

Ordem dos
Médicos

Ano 16 Nº 14 Março-Abril 2000 Mensal 320\$00

**Cuidados
Paliativos
em Fim de Vida**

Reflexão sobre
uma actividade
médica de
importância primordial

Combater a dor Promover o conforto

Os Cuidados Paliativos devem começar mais cedo, e não apenas quando se acha que “já não há nada a fazer”, uma expressão que não faz parte da linguagem da Dr.^a Isabel Neto.

Texto de Fernando Melo



Dr.^a Isabel Neto: “É uma prática específica com uma zona de conhecimento definida” —

Com a determinação de quem vive com intensidade os momentos, dentro e fora da profissão, a Dr.^a Isabel Galriça Neto fala com clareza sobre os Cuidados Paliativos, área em que se tem vindo a especializar há cerca de sete anos. Apesar de se tratar, na sua opinião, de uma área de grande relevância para todos os médicos que têm actividade clínica, actualmente no nosso país há menos de dez médicos exclusivamente dedicados a cuidados deste tipo.

Pensa que a Ordem dos Médicos, enquanto entidade composta por colégios de especialidade, pode recomendar conteúdos curriculares que passem a abarcar os Cuidados Paliativos, para garantir que as técnicas se tornem rapidamente do conhecimento do máximo de médicos e para que estes, por sua vez, fomentem equipas preparadas para dar assistência aos doentes com doença avançada e/ou em fim de vida. Aliás, existem recomendações europeias nesse sentido.

O repto é deixado, na medida em que, como afirma, “os médicos são treinados em Portugal predominantemente no sentido da actividade curativa. Como tal, quando se debatem com estas realidades, muitas vezes sentem-se ultrapassados e recuam perante as mesmas”.

Por que se verifica a hesitação em avançar para os Cuidados Paliativos numa perspectiva profissional?

Em primeiro lugar, porque as situações se apresentam com aspectos complexos e incómodos, do ponto de vista pessoal. Depois, porque, como os profissionais não foram treinados, sentem-se pouco à vontade para intervir. Exceptuam-se destes alguns médicos que têm motivações pessoais para agir, mas trata-se de um domínio da medicina no qual as inclinações particulares de cada um devem enriquecer-se dando lugar à capacidade real de prestação de cuidados de qualidade, resultado de um treino e formação específicos. Saber controlar a dor de um doente em condição avançada, apoiar um doente em agonia, nos seus últimos dias de vida, deve fazer parte da formação de base de qualquer médico.

As faculdades devem, então dar lugar nobre a esse aspecto da medicina?

Certamente. Algumas faculdades de Medicina abordam superficialmente alguns aspectos do controlo sintomático, mas ainda há que homogeneizar o ensino e submetê-lo a avaliação obrigatória.

A Faculdade de Medicina de Lisboa vai organizar em Maio um curso pós graduado de cuidados paliativos, e espero que possa constituir o início de um percurso crescente.

Parece-lhe que o assunto deva ser tratado apenas no ensino pós-graduado?

Não, pelo contrário. Os Cuidados Paliativos deveriam estar a ser ensinados aos alunos pré-graduados. É muito importante haver uma consciência de todo o espectro da medicina quando se é novo, despertando especialmente a atenção para que a medicina nem sempre implica curar embora tenha que cuidar sempre.

Em Portugal, os Cuidados Paliativos são matéria recente...

Não chega a dez anos, e isto se contabilizarmos iniciativas individuais. A primeira estrutura específica de internamento para cuidados paliativos

foi a do IPOFG Porto, embora destinada exclusivamente a doentes oncológicos. Do ponto de vista individual, o Dr. Lourenço Marques dirige no Fundão uma unidade de dor com internamento e que está, neste momento, a aproximar-se de uma unidade de Cuidados Paliativos, ao fazer a transição entre a dor e outras vertentes mais alargadas.

A formação do conhecimento

Quando se deu o seu contacto com esta vertente da medicina?

Interesso-me por esta área há cerca de sete anos, motivada por algumas vicissitudes pessoais que me fizeram aproximar deste percurso. Em 1993 participei numa reunião europeia para formular as recomendações para o ensino dos Cuidados Paliati-

Mas existe, tradicionalmente, o voluntariado na assistência aos doentes em fim de vida...

Sim, o que é bom, especialmente no domínio de apoio social nas actividades de vida diária e na vertente religiosa. Mesmo os voluntários deverão ter uma preparação rigorosa para este tipo de trabalho. A boa vontade não chega!

Os Cuidados Paliativos são uma prática específica, com perícias diversas e uma zona do conhecimento científico médico – e não só – bem definida.

Está sempre a referir-se aos doentes em fim de vida?

Não necessariamente. Como já disse, cada vez mais a ideia é não vincular os Cuidados Paliativos exclusivamente aos doentes em fim de vida. Isto contraria uma abordagem

Os Cuidados Paliativos devem ser ensinados aos pré-graduados. A medicina nem sempre implica curar

vos, e esse facto foi marcante para o meu percurso pessoal. Nessa altura quem mais falava de Cuidados Paliativos eram o Dr. José Luís Portela e o Prof. Mário Bernardo, do IPOFG de Lisboa.

Depois, comecei por trabalhar fora, em Inglaterra e Espanha. A equipa de Cuidados Continuados de Odivelas, baseada no Centro de Saúde e à qual pertenço, existe há cerca de dois anos, como estrutura de apoio domiciliário, que é outra dimensão dos Cuidados Paliativos.

O que é prestar assistência de Cuidados Paliativos?

É aplicar as técnicas conhecidas aos doentes com doença avançada e incurável, tão precocemente quanto possível por forma a prevenirmos o sofrimento. Ao contrário do que às vezes se pensa, este tipo de cuidados não está exclusivamente ligado à doença terminal ou aos doentes oncológicos.

que corresponde aos primórdios da medicina paliativa, altura em que havia no doente um investimento muito grande no sentido da cura até que se desistia, por assim dizer, para passar aos Cuidados Paliativos. Esta forma de agir está completamente ultrapassada. Os Cuidados Paliativos desenvolveram-se precisamente para responder ao "não há nada a fazer", que infelizmente se continua a dizer a familiares e doentes nos nossos dias.

Começar mais cedo Ao contrário do habitual

Cura e Cuidados Paliativos devem evoluir lado a lado?

Sim, logo desde o diagnóstico. Há um esforço na cura no início, mas, em termos rigorosos de abordagem, devem desde logo aplicar-se técnicas de Cuidados Paliativos, vendo-os sempre como uma prevenção do sofrimento. Em função dos objecti-

vos terapêuticos assim recorreremos mais a técnicas curativas e/ou paliativas.

O trabalho que desenvolve afecta a envolvente familiar do doente?

Os cuidados paliativos, por definição, têm quatro áreas fundamentais.

para que o conjunto da assistência seja eficaz e melhora, dentro do possível, a qualidade de vida dos cuidadores.

Por último, existe o trabalho em equipa. Numa abordagem algo inédita no mundo da medicina, encontra-se nos cuidados paliativos uma

Quanto serão em Portugal os médicos que estão orientados profissionalmente para os Cuidados Paliativos?

Devemos ser menos de 10 os que estamos mais directamente envolvidos na prestação de Cuidados Paliativos.

Isso é muito pouco...

Mas é sempre assim, no início de qualquer percurso inovador. Acredito que o futuro vai trazer mais pessoas interessadas a esta área, mas para já estamos apostados em dizer que é uma área fundamental para os doentes e serviços, precisa de mais técnicos e pode ser bastante incrementada. Dentro de dez anos, penso que já vamos ter uma estrutura oficial organizada, assim o Ministério concretize a prioridade que atribuiu a esta forma de assistência aos doentes e suas famílias.

No exercício da sua prática, está sempre disponível, 24 sobre 24 horas?

Por opção própria, neste momento sim, mas tenho consciência que não é possível suportar este regime de trabalho a longo prazo. O que estou a fazer, para além de prestar cuidados, é dar formação e ajudar a preparar enfermeiros e outros profissionais de saúde. O investimento que estou a fazer visa, afinal, a criação de equipas, segundo o conceito que expus atrás.

Patologias frequentes

Como estão então organizados em Odivelas?

Somos uma equipa de cuidados continuados, com sede no Centro de Saúde de Odivelas, trabalhando em parceria com forças imprescindíveis da comunidade. Prestamos apoio domiciliário a doentes dependentes nas áreas de Ramada e Odivelas.

Surgimos a partir de uma prioridade da ARSLVT e do empenhamento de vários profissionais a nível local.

Que tipo de patologias encontram nestes doentes retidos nas suas casas?

AVCs, fracturas do colo do fémur, cancro, SIDA, insuficiência respiratória e cardíaca. Assistimos doentes de todas as idades, embora a maior faixa se situe acima dos 65 anos. Dentro da prática dos Cuidados Continuados fazemos obviamente Cuidados Paliativos e estes não são aplicados – ao contrário do que muitas vezes se pensa – apenas aos doentes oncológicos.

O trabalho que a equipa desenvolve visa que aspectos?

O nosso trabalho visa sempre o doente e a sua família. Sempre que possível é desejável que os doentes recuperem a sua autonomia, mas sabemos que há um grupo significativo em que isso não é viável. Dentro deste sub-grupo temos os doentes em situação avançada e incurável, quer dizer, os que recebem Cuidados Paliativos.

Existe iniciativa privada nesta área?

Curiosamente não, quando os encargos e os investimentos nem são muito elevados, prendendo-se essencialmente com os custos de pessoal e de criação de infra-estruturas. Alguns grupos financeiros já mostraram interesse, mas nenhum apresentou ainda um projecto concreto. É preciso ter pessoal treinado e em número razoável.

Que caminhos aponta?

- 1 - Há necessidade de formação e é possível realizá-la, desde logo a nível pré-graduado.
- 2 - Diz respeito a todos os médicos com actividade clínica, não é só para alguns.
- 3 - A oferta de Cuidados Paliativos distribui-se por várias estruturas, desde o internamento até ao apoio domiciliário. Pode haver consulta, equipas de suporte, centros de dia e outras estruturas, dedicadas a Cuidados Paliativos. Mas o ponto mais importante é o da atitude. Não basta construir novas estruturas. O que conta fundamentalmente é que aquilo que se faça esteja certo e de acordo com as técnicas específicas inerentes a esta área de cuidados.

O apoio familiar é fundamental para que a assistência seja eficaz, e melhora a qualidade de vida dos cuidadores

Em primeiro lugar, o controlo de sintomas, onde se inclui a dor; depois, a comunicação com o doente; a seguir, o apoio à família; e por último o trabalho em equipa.

Por definição os cuidados paliativos devem incluir a família nas suas actividades e prolongam-se, se necessário, no apoio durante o luto.

As boas práticas implicam sempre treino nessas quatro áreas?

Sim, porque é nelas que assenta toda a medicina paliativa, sem se dispensar qualquer uma.

Fazer cuidados paliativos não é exclusivamente controlar os sintomas. Há que promover uma abordagem das necessidades globais do indivíduo e sua família, e por isso falamos nos outros três pilares. Trata-se sempre de eleger como prioridade principal a qualidade de vida.

No segundo pilar, o da comunicação, há muito trabalho já feito para que se consigam ultrapassar os obstáculos mais frequentes na relação terapêutica. A conspiração do silêncio, que frequentemente se desenvolve na envolvente familiar do doente, está bem tipificada, e tem soluções muito concretas que se oferecem ao médico ou profissional de saúde que está a acompanhar determinado caso. No aspecto da comunicação directa com o doente, também é importante não ir mais longe do que ele próprio quer ir, ou saber, sobre a sua doença.

O terceiro pilar, do apoio familiar, mostra-se muitas vezes fundamental

grande horizontalidade de profissões, valorizando igualmente todos os contributos. Um enfermeiro pode ter a liderança de um caso, não sendo, necessariamente, um médico. Pode ainda ser um fisioterapeuta, ou um psicólogo, conforme as características de determinada situação. Trata-se, de facto, de uma abordagem de equipa.

Equipas multidisciplinares

Exige um grande eclectismo dos profissionais de saúde...

Penso que exige sobretudo profissionalismo e humildade, para aprender sempre mais.

Sou um pouco obstinada na vida, e não aceito facilmente expressões como "não há nada a fazer". Mesmo em casos extremos, há sempre alguma coisa que se pode fazer e foi isso que mais me atraiu nos Cuidados Paliativos.

Os cuidados paliativos estão particularmente orientados para os médicos de família?

Não especificamente. Pela parte que me toca, posso afirmar que não cheguei à área dos cuidados paliativos por ser médica de família. Pode ter facilitado, enquanto especialidade generalista, muito abrangente. Conheço colegas espanhóis e ingleses das mais diversas especialidades, desde a medicina interna até à oncologia, passando pela fisioterapia, radioterapia e medicina geral e familiar.



Dr. Ferraz Gonçalves: "Não nos limitamos aos métodos habituais da oncologia"

Qualidade de vida

O Dr. Ferraz Gonçalves dirige a Unidade de Cuidados Continuados do Instituto Português de Oncologia do Porto. O conceito ultrapassa de longe a clássica assistência à morte, consistindo em promover uma vida melhor para os doentes.

Texto de Vasco Ventura

O processo de aparecimento dos Cuidados Paliativos tem sido gradual, sendo desejável que seja acelerado. É necessário levar os conhecimentos sobre esta área a um número cada vez maior de médicos. O Dr. Ferraz Gonçalves trabalha nesse sentido.

Como tem evoluído nos últimos anos o conceito de dor?

Em 1986, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um trabalho que se chamava "O Tratamento da Dor Oncológica", em que apontou os princípios básicos do tratamento da dor crónica oncológica. Propôs um método simples, com poucos medicamentos e relativamente barato. Dado o seu baixo custo e simplicidade, em princípio poderia ser aplicado em qualquer caso. Era a chamada escada analgésica da OMS.

Esse foi um dos trabalhos mais divulgados de sempre da OMS, e constituiu um salto importante. Culminou um longo período de estudo, investigação e prática.

Hoje já está bem divulgado junto da classe?

Continua a ser muito desconhecido por grande parte dos médicos. Uma das razões para isso é o facto de a dor ter um papel muitíssimo secundário nas faculdades. Ainda hoje, não é abordada de modo suficientemente profundo para que as pessoas saibam tratá-la. Mesmo a nível pós-graduado, o tratamento que se dá à matéria não é suficiente.

É necessário inverter essa tendência?

É, nomeadamente porque existem hoje graves problemas a nível da dor. Calcula-se que nos países desenvolvidos cerca de metade dos pacientes que sofrem de dor oncológica não a têm suficientemente controlada. A situação vai melhorando muito lentamente. O progresso não é tão rápido como deveria ser.

Ou seja, demora demasiado tempo a reflectir-se no bem estar do doente...

Já passaram 14 anos desde que foi divulgada a escada analgésica da OMS, e os doentes continuam a sofrer desnecessariamente.

Sensibilizar a comunidade médica

Qual o papel que cabe ao médico no combate a esse atraso?

Podemos tentar dar um exemplo positivo. É o que procuramos fazer, por exemplo, através da própria existência desta Unidade de Cuidados Continuados. Outro tipo de intervenção que exercemos também através desta unidade é a divulgação do problema e das práticas terapêuticas, e a realização de acções de formação.

São ministrados aqui cursos de Cuidados Paliativos para médicos?

Para médicos e enfermeiros do Instituto Português de Oncologia e de outras instituições.

Qual a sua regularidade?

Acontecem seis vezes por ano. Quatro desses cursos são básicos. Um é feito apenas para as pessoas que trabalham no IPO. Este ano, pela primeira vez, vamos fazer um curso complementar para aqueles que já frequentaram o primeiro. A dor é um dos aspectos a tratar. Há muitos outros que são igualmente importantes.

Como se podem definir hoje os cuidados paliativos?

Os cuidados paliativos não se limitam ao tratamento da dor. Existem outros sintomas não menos importantes. É o caso da dispneia, dos vômitos e de problemas de outra ordem. Não interessam apenas os aspectos físicos, mas também os psicológicos, sociais e espirituais. Perspectivamos o paciente como um todo, não olhando apenas para o órgão doente.

É um trabalho pioneiro, até porque as próprias unidades de dor são ainda incipientes.

Sim, mas é necessário fazer uma distinção. As unidades de dor lidam

só com a dor, que não é o único problema de muitos doentes, e por outro lado lidam também com problemas que não cabem no âmbito dos cuidados paliativos, como por exemplo a dor pós-operatória.

Quais as grandes controvérsias que atravessam hoje o tratamento do cancro?

Começo por salientar que apenas 40 a 50% dos doentes encontram a cura. Há vários tipos de tratamento, mas nos casos em que a doença está muito avançada os progressos da oncologia continuam a ser muito insuficientes. Ao longo dos últimos anos, a esperança de vida dessas pessoas modificou-se muito pouco.

Qual tem sido a actuação dos médicos?

Às vezes, por falta de alternativas, focam-se muito em métodos como a quimioterapia e a cirurgia. Procuram assim controlar os problemas inerentes à doença, quando muitas vezes esse trabalho seria mais eficaz através de Cuidados Paliativos e de tratamento da dor que já são conhecidos mas ainda não suficientemente aplicados. É necessário integrar melhor os cuidados paliativos no tratamento ao doente oncológico.

Como é que isso pode ser conseguido?

Interessa fazê-lo desde o início. Há problemas, de dor ou de outra ordem, que podem ser abordados pelos Cuidados Paliativos. À medida que a doença avança, os tratamentos específicos que se dirigem ao cancro devem ter um papel cada vez menor, e os Cuidados Paliativos uma importância progressivamente maior. Essa integração proporcionaria aos doentes o objectivo que a oncologia deveria ter nos casos sem cura, ou seja, o bem estar dos doentes. O primeiro objectivo é curar. Se isso não for possível, o segundo é prolongar a vida. Se tal também não é realizável, o terceiro é proporcionar bem estar.

Qual o papel da qualidade de vida?

A qualidade de vida está implicada em todas estas fases. Se bem que por vezes, a partir de uma determinada fase, a qualidade de vida é a única coisa que se pode proporcionar.

Que estratégias são utilizadas?

É necessário usar os meios disponíveis de forma adequada a atingir objectivos realistas. Se nos limitarmos aos métodos habituais da oncologia, há uma parte do doente que fica sem tratamento.

Uma mentalidade nova nos tratamentos**Isso acontece na maioria dos casos?**

Acontece em muitos casos. Os Cuidados Paliativos vêm preencher essa lacuna. Possibilitam que se abandonem as duas únicas atitudes que eram possíveis anteriormente – continuar a utilizar os tratamentos específicos numa fase em que deixam de ter efeito, ou partir-se do princípio que já não há nada a fazer e desistir.

Quando surgiu esta preocupação?

A questão dos Cuidados Paliativos não é recente. Na Inglaterra já existem há mais de 30 anos. O St Christopher's Hospice, a primeira unidade

de de Cuidados Paliativos, foi inaugurado em 1967.

Portugal encontra-se atrasado neste processo?

Esta continua a ser a única unidade de Cuidados Paliativos que existe no país. E tem apenas cinco anos.

O que o levou a decidir-se pelo trabalho nesta área?

Depois de me especializar em medicina interna, entrei no primeiro ciclo de estudos especiais de oncologia médica do IPO, aqui no Porto. Fiquei no IPO até que em 1993, ainda estava a ser construída esta unidade, me convidaram para dirigi-la. Aceitei com a condição de receber formação, e como não havia experiência neste país, isso teve que ser feito fora de Portugal.

Os exemplos que recolheu influenciaram o trabalho que levou a cabo mais tarde nesta unidade?

Sim, a todos os níveis. Foi uma experiência vasta e útil. Estive em Inglaterra, Espanha, Itália e Suíça. Foi importante ter tido esse conhecimento de experiências muito diferentes. Até se podem, por exemplo, prestar cuidados paliativos sem ter uma unidade a eles dedicada. Pode não ser a melhor maneira, mas é um método utilizável. Há países em que existe uma equipa – um médico, um

enfermeiro e um assistente social, por exemplo – que se deslocam aos serviços onde se encontram os pacientes, ou ao domicílio, e exercem aí a sua actividade.

Qual é a melhor solução?

A melhor maneira de fazer Cuidados Paliativos é aquela que resulta das condições em que podemos exercê-la. Se estivermos à espera das condições ideais para trabalhar, nunca vamos começar a fazer Cuidados Paliativos. As melhorias podem fazer-se depois gradual e progressivamente, mas para que existam é necessário um ponto de partida.

Aprender com a experiência**Qual foi o desta unidade?**

Durante um ano tivemos apenas cinco camas e estivemos instalados num outro serviço. Isso foi positivo, até porque contribuiu para a experiência gradual na área, de que a equipa carecia então. Não é preciso esperar para ter tudo. Às vezes até é melhor começar progressivamente, com condições que não são ainda as perfeitas.

Qual é a razão de ser dos Cuidados Paliativos?

O objectivo dos Cuidados Paliativos é fazer com que os doentes vivam melhor. Trata-se de proporcionar-lhes uma vida digna. Não se deve ter acerca dos Cuidados Paliativos a visão de que se destinam a prestar assistência à morte, aos últimos dias de vida. Quando esta unidade iniciou a sua actividade, os primeiros doentes que aqui chegavam eram aqueles que já se encontravam muito próximos da morte. Só quando as pessoas foram percebendo para que serviam os Cuidados Paliativos é que nos começaram a enviar os pacientes mais cedo.

Quero salientar o papel fundamental que a Liga Portuguesa contra o Cancro desempenhou em todo o processo, através da sua Secção Regional do Norte que tomou a iniciativa de construir esta Unidade.

Passos lentos mas seguros

A Unidade de Cuidados Continuados do Instituto Português de Oncologia do Porto existe há cinco anos e é dirigida desde então pelo Dr. Ferraz Gonçalves. Quando tudo começou, existiam apenas 5 camas. Neste momento já há 20, o que se pode considerar um bom progresso. A capacidade de resposta às necessidades da população cresceu bastante. Na opinião do seu director, a unidade tem dado um contributo muito importante para o tratamento dos doentes oncológicos.

Num cenário idealista, seria desejável que existissem, só para a cidade do Porto, várias unidades do género. Especialmente se se pensar que o seu âmbito deveria extravasar o dos doentes oncológicos e alargar-se a outras patologias crónicas. Como por exemplo as cardíacas, neurológicas, renais ou respiratórias. No entanto, o conceito ainda não está suficientemente implantado nas mentalidades nacionais, pelo que as unidades como esta demorarão alguns anos a multiplicar-se.

Forçar o progresso

A solidão na doença e a falta de acompanhamento familiar são algumas das questões que preocupam o Dr. Lourenço Marques, e o levaram a criar no Hospital do Fundão uma Unidade de Dor. A sua experiência na área aliou-se à necessidade de agir.

Texto de Fernando Melo

A motivação para um profissional de saúde se dedicar aos Cuidados Paliativos, habituado a lutar pela cura, reveste-se, normalmente, de empenhamento pessoal. O Dr. Lourenço Marques, director da Unidade de Tratamento da Dor do Fundão, fala da sua experiência e da forma como vê este aspecto particular da medicina.

Como é lidar clinicamente com a morte?

Na minha opinião, é uma forma natural do exercício da medicina, qualquer coisa que lhe é indissociável. A formação clássica médica é no sentido da cura. O problema da morte praticamente não é abordado na universidade. A medicina que se aprende é a da pessoa eterna. Na prática não é assim, todos os médicos, de uma forma ou de outra, se defrontam com a problemática do termo da vida. Hoje, na grande maioria das situações, quando o doente se aproxima do fim da vida, o médico retira-se, considerando não ter mais nada a fazer, afastada que está a esperança de cura.

Os doentes já perderam, nessa fase, a sua autonomia e só podem contar com a solidariedade das famílias. Ficam colocados em situações de abandono e incapacidade de superação dos problemas. Os serviços de urgências também já não têm, muitas vezes, a disponibilidade que podiam ter, por se tratar de doentes em fase avançada. O quadro global é de grande sofrimento para o doente, nu-

ma altura crítica da sua vida, quando todas as atenções e cuidados lhe deviam ser dispensados.

Um dos grandes paradigmas da situação é a doença oncológica. Sabemos quantos doentes morrem em Portugal por cancro e sabe-se que existe dor crónica em pelo menos 90% dos doentes oncológicos avançados. A administração de opióides é uma terapêutica eficaz na maioria dos casos. Uma vez que em Portugal a aplicação de opióides é baixa, temos, seguramente, que a dor não está a ser tratada devidamente.

A cultura ocidental não gosta de ser confrontada com a morte, embora a tolere na forma de filmes, jogos e outros tipos de entretenimento. A morte do indivíduo, "ao vivo", é rejeitada pela sociedade.

Ao médico, cabe a responsabilidade de acompanhar o doente até à morte. Tem, necessariamente, de o ajudar a viver até ao último momento de vida, acompanhá-lo no seu sofrimento e fazer com que tenha o máximo de qualidade de vida.

Qual o seu percurso?

Sou anestesista, trabalhei no Hospital de Castelo Branco até 1989, fiz o provimento no Hospital do Fundão e a Unidade de Dor foi fundada em Novembro de 1992.

Como despertou para o tratamento da dor?

A morte no hospital é frequente, mas por vezes reveste-se de aspectos terríveis em matéria de sofrimento hu-

mano. A solidão dos últimos momentos está frequentemente associada ao facto de o doente estar num serviço de agudos, desajustado em relação às necessidades, em termos de acompanhamento familiar. Sempre houve necessidade de se desenvolver mais qualquer coisa. A certa altura, o Jornal do Fundão denunciou uma situação de um indivíduo que tinha um cancro terebrante da boca, e estava há três meses em sua casa, numa pequena aldeia da Gardunha, no Casal da Serra, com a mulher e dois filhos. Estava no domicílio há três meses, sem qualquer assistência. Quando fui lá, juntamente com o jornalista, encontramos uma situação inconcebível, no final do séc. XX. Quando a história foi publicada, o poder político reagiu, no sentido de criar infra-estruturas assistenciais com a vocação do tratamento da dor.

Foi então que nasceu a unidade a que preside hoje?

Parte da minha formação como anestesista foi no IPO de Lisboa, com o Dr. José Luís Portela, um dos pioneiros do tratamento da dor em Portugal. Esse *background*, associado à experiência e consciência de quanto a medicina pode melhorar a condição das pessoas, mesmo nos últimos momentos de vida, fez-me avançar para a criação da Unidade de Tratamento da Dor.

Diria que estamos no princípio da história do tratamento da dor em Portugal?

Penso que sim. Só agora o problema da morte começou a ser encarado pela medicina e pode-lhe acrescentar muito, ao tratar objectivamente a dor.

Como foi o princípio da Unidade de Dor do Fundão?

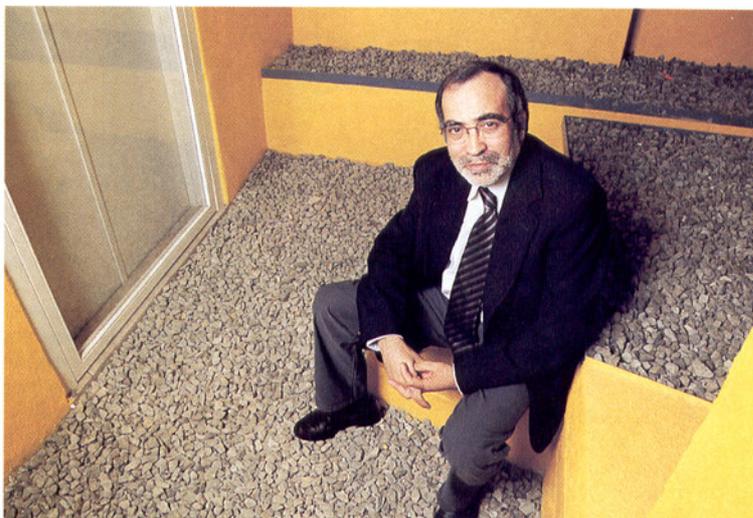
Inicialmente, tivemos o apoio da enfermagem e da cirurgia. Conseguimos que uma enfermaria, localizada num dos topos norte da cirurgia, nos fosse atribuída. Com cinco camas, separadas entre si, para assistir de forma diferenciada homens e mulheres, com alguma distância, começámos a funcionar. Hoje, temos música, televisão e um quarto para as situações mais complexas, a juntar às 10 camas que já conseguimos, bem como enfermagem própria, autónoma. Apesar de, pela sua juventude, estar ainda algo instável, por razões de colocação no quadro, está a funcionar de forma muito satisfatória.

Destina-se à globalidade dos doentes?

Não, por enquanto. Neste momento, recebemos apenas doentes com diagnóstico oncológico avançado.

Faz-se apenas tratamento da dor, ou Cuidados Paliativos?

Temos vindo a passar de um modelo para o outro. A assistência tem de ser global, incluindo a família dos doentes. Temos vindo a desenvolver esforços nesse sentido. Os contactos com unidades congéneres noutros países têm sido úteis e servido de exemplo, em muitos casos. Mantenho relações com a Faculdade de Medicina da Universidade de Salamanca e frequentei um curso de doutoramento em Psicologia na Universidade Pontifícia da mesma cidade. Isto tem-me mostrado perspectivas inéditas. Na Universidade de Salamanca, o assunto é leccionado logo no terceiro ano do curso, o que cria



Dr. Lourenço Marques: "O conhecimento da situação clínica própria aumenta a tranquilidade"

uma visão englobante da medicina nos estudantes.

Que aprendizagem fez acerca da envolvente familiar?

Logo desde o início, procurámos uma área no hospital que tivesse fácil acesso. Assim, as famílias podem visitar os doentes entre as 8 e as 21 horas, sem interrupções. Procuramos que os familiares mais próximos estejam junto dos que estão internados na nossa unidade. A maioria reage pela positiva e aproxima-se, apercebendo-se da utilidade da sua companhia e da eficácia.

O tratamento da dor oncológica passa pela aplicação de determinadas técnicas que devem ser aplicadas com consciência e seguindo uma certa ordem. O não tratamento da dor aumenta a morbidade do doente.

Na comunicação com os doentes, encontra sempre informação sobre o seu estado de saúde?

Na maioria dos casos, vem alguém da família à frente, muitas vezes pedindo que não se comunique ao doente a sua situação. Penso que isto tem a ver com o problema cultural da morte, quando não com alguma obrigação ao silêncio que, não sei porquê, as pessoas sentem. Mesmo assim, tentamos sempre estabele-

lecer comunicação directa com o doente.

É fácil?

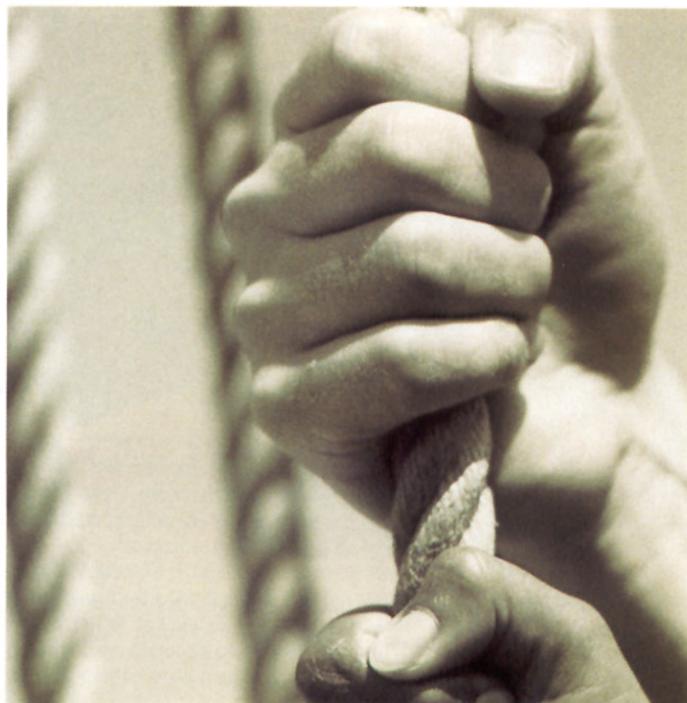
Os doentes são muito evasivos. Além disso, mesmo já no final do percurso da doença, constata-se que têm muito pouca informação. A experiência diz-me que quando há informação, a morte é mais serena. O conhecimento com alguma profundidade da situação clínica própria, leva a uma tranquilidade acrescida e a encarar a morte como um alívio da sua situação.

Encontra diferenciação social nos casos que acompanha?

Nós recebemos todos os casos. É claro que quem tem mais posses pode criar em casa as condições que nós tentamos proporcionar, mas o importante é termos um serviço totalmente horizontal, orientado para a solidariedade.

Que futuro vê para a medicina paliativa?

A tendência europeia, ou mesmo mundial, é de criar equipas pluridisciplinares, nas quais os médicos são uma parte. Prevejo, ou gostava de ver, algum reconhecimento do trabalho que os médicos que se têm dedicado a esta área ainda não tiveram, tanto em Portugal como no estrangeiro.



UMA DEONTOLOGIA ESPECÍFICA PARA O FIM DE VIDA

O respeito absoluto pela vida humana a que o médico é obrigado significa a recusa total em participar em qualquer acto que objectivamente e de forma directa a abrevie, mesmo que praticado com intuitos aparentemente piedosos ou benevolentes.

Por J. Germano de Sousa

A ética médica é essencialmente uma ética normativa que respeita um dos preceitos fundamentais da ética Kantiana, segundo o qual nenhum ser humano será visto como meio para a obtenção de qualquer finalidade, porque a dignidade humana impõe que o homem seja considerado somente como fim. Assim a ética médica ocupa-se de questões que têm a ver com a prevenção e manu-

tenção da saúde, e consequentemente com a manutenção da vida. Sendo o direito à vida o primeiro de todos os direitos, as normas reguladoras da ética médica integram-se totalmente no conjunto dos direitos humanos, e no seu conjunto encontramos alguns dos grandes princípios que integram a ética filosófica e que são a autonomia, i.e. o direito à liberdade do doente, o respeito ao ser humano considerado como um

fim, e a justiça, i.e. a equidade. Assim a ética médica tenta preservar os ideais éticos propostos historicamente pelas filosofias e implica a realização histórica de valores que encarnam os direitos de que todos os seres humanos deveriam primordialmente usufruir.

Entre estes direitos está o direito a viver com dignidade. Do princípio ao fim. E viver o fim com dignidade significa a ausência de sofrimento fi-

sico. E viver o fim com dignidade significa também e principalmente a ausência de sofrimento moral e psíquico, pois a angústia do doente que sabe estar o fim de vida muito próximo, e a solidão que sente (haverá acto mais solitário que morrer?), tornam mandatório também aqui que o médico cumpra o princípio ético da Benevolência, não descurando jamais o princípio da Não Malevolência.

O respeito absoluto pela vida humana a que o médico é obrigado significa a recusa total em participar em qualquer acto que objectivamente e de forma directa abrevie a vida, mesmo que praticado com intuítos aparentemente piedosos ou benevolentes, pois eliminar a dor física ou moral não pode significar eliminar o portador da dor. É a recusa total e absoluta da eutanásia seja sob que pretexto ou sofisma for. Esse respeito, porém, não pode nem deve impedir o médico de recorrer a tratamentos paliativos que, embora possam eventualmente contribuir de forma indirecta para o não prolongamento da vida, promovem o bem estar físico e psíquico do doente terminal garantindo-lhe um fim de vida sereno e digno. O doente tem o direito a terapêuticas paliativas para diminuir a dor e o sofrimento, tem o direito a que o médico respeite a sua autonomia, isto é tem o direito de ser informado e de consentir ou recusar qualquer tratamento, tem o direito de não ser abandonado, tem o direito a um fim de vida mentalmente saudável. O médico tem pois o dever deontológico de dedicar aos seus doentes terminais todo o seu saber e humanidade para que esse fim de vida seja vivido, dentro do possível, em dignidade e relativo bem estar.

No período pré moderno, a sociedade e o médico sabiam das suas limitações frente à morte. Muitas vezes o papel do médico era apenas acompanhar o doente na fase terminal da sua vida, minorando-lhe a angústia. Ele e o padre compartilhavam a missão de proporcionar ao doente terminal um fim de vida tranquilo e resignado, acompanhado e

rodeado pela família. Com a modernização da Medicina, modificou-se naturalmente a maneira de encarar o doente terminal e a morte. O médico passou a dispor de uma panóplia de armas eficazes que, muitas vezes, lhe permitiram vencer a sua eterna adversária. Tudo passou a ser possível e o médico tudo passou a fazer para prolongar ou salvar a vida do seu doente. Só que por vezes não conseguiu evitar intervenções terapêuticas inúteis, não discernindo que era chegada a altura de deixar o doente morrer em paz e dignidade, abraçando a morte como o desfecho natural da vida. Parafraseando Ortega y Gasset, o médico é ele e a sua circunstância. Inserido numa cultura ocidental que nega e esconde a morte, que consciente ou inconscientemente recusa a inevitável condição humana e que desesperadamente procura a imortalidade, o médico é vítima desses medos e anseios sendo por vezes pressionado para prolongar inutilmente o sofrimento de um doente terminal. Esta obstinação, este orgulho desmedido, este encarniçamento ou futilidade terapêutica, gerador de sofrimento e indignidade, tem um nome – Distanásia – e embora esteja nos antípodas da Eutanásia é do mesmo modo ética e deontologicamente censurável.

“O respeito que o médico deve ter pela vida humana desde o seu início”, é consagrado no nº1 do Art.º 47 do Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Por sua vez o mesmo Código, no n.º 2 do Artigo

47º, consagra a autonomia do doente em fim de vida: – “Não é considerada Eutanásia, para efeitos do presente artigo, a abstenção de qualquer terapêutica não iniciada, quando tal resulte de opção livre e consciente do doente ou do seu representante legal”. Depois o Artigo 49º, subtítulo “Dever de abstenção da terapêutica sem esperança”, consigna o direito a uma morte digna: – “Em caso de doença comportando prognóstico seguramente infausto a muito curto prazo, deve o médico evitar obstinação terapêutica sem esperança, podendo limitar a sua intervenção à assistência moral ao doente e à prescrição ao mesmo de tratamento capaz de o poupar a sofrimento inútil, no respeito do seu direito a uma morte digna e conforme à sua condição de ser humano”.

Estes três artigos resumem com clareza qual deve ser o comportamento ético e deontológico dos médicos frente ao doente em fim de vida, e exprimem toda a dignidade que é devida a esse ser humano que sofre e que merece toda a nossa solidariedade e respeito.

Vale a pena terminar recordando alguns passos da oração de Maimónides, o célebre médico judeu do século XII

“Oh! Deus, enche a minha alma de amor para a arte e para todas as criaturas/

“Faz com que eu veja apenas o homem naquele que sofre/

“Afasta de mim a ideia que tudo posso”.

Os últimos dias

Os Cuidados Paliativos em Fim de Vida foram o tema do colóquio organizado pela Ordem dos Médicos e pela Confederação Nacional das Associações de Família no passado dia 16 de Fevereiro, na sede da Ordem dos Médicos, em Lisboa. Estiveram presentes, além do bastonário, vários intervenientes com contributos reconhecidos e responsabilidades

nesta área. Foram debatidos diferentes temas, como uma deontologia específica para o fim de vida, o acompanhamento do fim de vida na prática médica ou a necessidade de legislação específica para a eutanásia. As necessidades espirituais em fim de vida e o acompanhamento da vida até à morte foram também discutidos pelos oradores presentes.