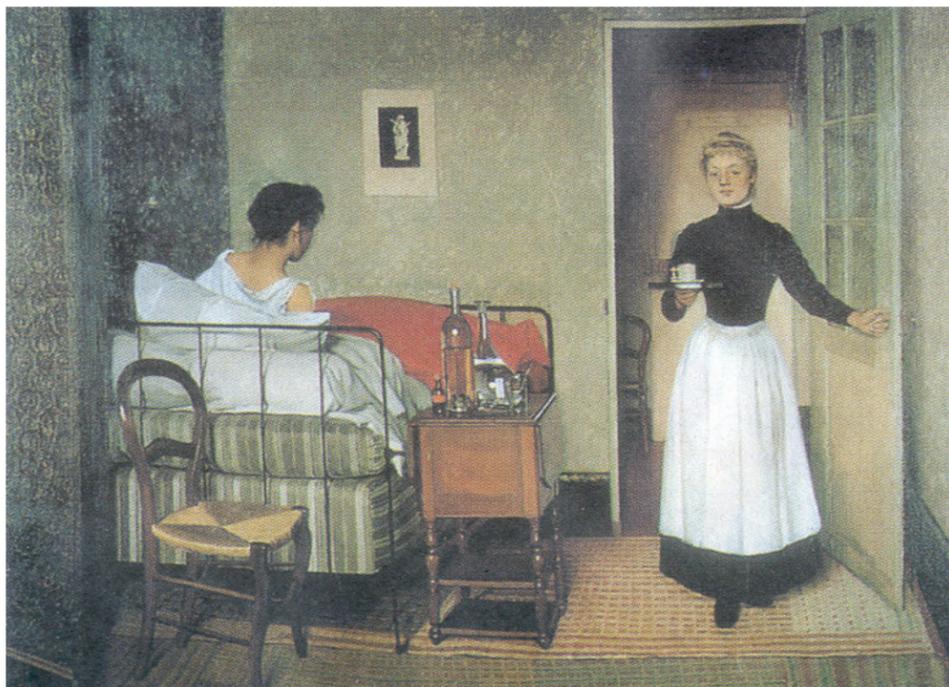


Dr^a. Isabel Galriça Neto alerta

“A formação dos médicos em cuidados paliativos é paupérrima”

Na mesma semana em que o Ministro da Saúde anunciou a criação de uma rede de cuidados continuados (ver abaixo), a Dr^a. Isabel Galriça Neto voltou a lamentar as graves carências do país em matéria de cuidados paliativos. Foi durante as **Jornadas de Bioética da Universidade Fernando Pessoa**, que decorreram no Porto, no mês de Março. Mas este não é só um problema de infra-estruturas. A especialista disse que **“a formação dos médicos é paupérrima, nesta área”**, considerando que é fundamental melhorar a comunicação com os doentes



peças que acham que prestam cuidados paliativos e que, na verdade, são sintomatologistas, tratam apenas sintomas. É importante tratar os sintomas, mas não chega”, alertou.

Uma das coisas absolutamente fundamentais em cuidados paliativos é, sem dúvida, a comunicação entre médicos e doentes. Poucos sabem, mas existe um protocolo de transmissão de más notícias que ajuda os médicos no cumprimento dessa tarefa que, aliás, muitos rejeitam, escudando-se numa tradição paternalista.

O calcanhar de Aquiles dos cuidados paliativos parece ser, afinal, a formação. Segundo a Dra. Isabel Galriça Neto, **“a formação dos médicos é paupérrima, nesta área”**. Salvam-se algumas honrosas excepções, como o curso de mestrado em que lecciona.

De referir que o próximo Congresso Nacional de Cuidados Paliativos, organizado pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos, a que a Dra. Isabel Galriça Neto preside, está marcado para os dias 11, 12 e 13 de Outubro, no Seminário de Vilar, no Porto⁽¹⁾.

Quanto às Jornadas de Bioética da Universidade Fernando Pessoa, na qual se inseriu esta conferência, contaram, ainda, com a participação do Prof. Walter Osswald, Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, do Prof. Daniel Serrão, Professor de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, do Prof. Linhares Furtado, Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, do Prof. Filipe Almeida, Professor Auxiliar de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, do Prof. Fleming Torrinha, Presidente da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, e do Prof. Salvato Trigo, Reitor desta Universidade.

(1). Mais pormenores sobre este evento poderão ser encontrados no site da Associação: www.ancp.pt

Cerca de 200 mil pessoas precisam, anualmente, de cuidados paliativos, no nosso país. Todas elas têm doenças incuráveis ou, mesmo que curáveis, com um intenso sofrimento associado. A maior parte está a morrer e precisa de cuidados específicos que nem sempre a família sabe, pode, ou quer prestar.

O panorama é, hoje, completamente diferente do que era há um século atrás. Em 1990, as pessoas viviam, em média, até aos 46 anos e morriam por causa de infecções, ou por complicações pós-parto. A dependência antes da morte era quase inexistente. No século XXI, a esperança de vida ronda os 80 anos e as pessoas morrem com doenças cardiovasculares, demência e cancro, depois de estarem cerca de quatro anos dependentes de terceiros.

A Dra. Isabel Galriça Neto, especialista de Medicina Geral e Familiar e coordenadora da Unidade de Cuidados Continuados do Centro de Saúde de Odivelas, diz que esta mudança provocou um autêntico “tsunami” e que os serviços de

saúde terão de se adaptar, sob pena de deixarem de lado muitos doentes para quem não se vislumbra uma cura.

Segundo a responsável, 90% das pessoas morrem com doença prolongada e apenas 10% são vítimas de morte súbita. Cerca de metade morre nos hospitais.

E não se pense que o problema é temporário. No futuro, a situação tende a agravar-se. Calcula-se que uma em cada quatro pessoas irá sofrer de cancro. Metade irá falecer com a doença.

É, porém, errado pensar que só os idosos sofrem de doenças crónicas. Sabe-se que 80% são idosos, mas há um contingente apreciável de jovens que padecem de doenças incuráveis e geradoras de grande sofrimento.

“Faz todo o sentido investir num doente que não se cura”

De acordo com a Dra. Isabel Galriça Neto, os profissionais de saúde não têm sabido lidar convenientemente com estes doentes crónicos e terminais, di-zendo-lhes, frequente-

mente, que não têm mais nada a fazer. **“Isto é mentira! Nós fomos ensinados a mentir! É possível dar conforto, dignidade e sentido”**, asseverou, lembrando que a maior parte dos pedidos de eutanásia e de suicídio assistido tem a ver com o facto de os doentes não encontrarem qualquer sentido para o seu sofrimento. As culpas, disse, são, em grande parte, do ensino pré-graduado, que se concentra apenas na cura. Daí resulta um **“abordagem dicotómica da doença”**, isto é, **“há doentes em quem se investe e há doentes em quem não se investe”**. Para esta médica de família, esta abordagem é condenável do ponto de vista ético. **“Faz todo o sentido investir num doente que não se cura. Investimento não deve ser sinónimo de medidas agressivas ou invasivas”**, observou. Em seu entender, é preciso lutar pela vida, aceitando a inevitabilidade da morte. Só que os médicos não foram ensinados a encarar a morte como algo natural, tentando salvar os doentes até, literalmente falando,

ao último suspiro. **“Sabem qual é a diferença entre Deus e os médicos? É que Deus sabe que não é médico”**, disse, a propósito. Mesmo sabendo que está a pisar um **“terreno escorregadio”**, dada a possibilidade de se confundir a interrupção de um tratamento inútil com a prática de eutanásia, a Dra. Isabel Galriça Neto não deixou de se manifestar frontalmente contra o prolongamento dos cuidados para além do razoável. **“Sou contra o encarnecimento terapêutico que continua a ser praticado nos nossos hospitais. Interromper um tratamento fútil não é eutanásia”**, garantiu. Do mesmo modo que a sedação paliativa não o é. **“Não é possível praticar cuidados paliativos sem opióides”**, considerou.

A especialista disse que **“não se pode confundir boa vontade com cuidados paliativos organizados e estruturados”** e lamentou que haja muita gente que professe, mas não pratique. **“Nós temos de professar à cabeceira do doente. Conheço**

Governo vai criar 16 mil camas para os cuidados continuados

O Ministro da Saúde anunciou aquela que diz ser, “porventura, a mais importante reforma do sistema de 1978”. O objectivo é criar uma rede de cuidados continuados que atenda às necessidades de milhares de doentes, sobretudo dos mais idosos. Os cuidados paliativos também entram neste pacote de medidas a implementar ao longo dos próximos anos

O Governo pretende criar mais 16 mil camas para os cuidados continuados, destinados a doentes crónicos, dependentes ou convalescentes, ao mesmo tempo que reduz o número de camas para doentes agudos. Feitas as contas, a densidade de camas de saúde irá aumentar dos 2,2 para os 3,6 por mil habitantes.

O diploma que cria a rede de cuidados continuados de saúde a idosos e dependentes foi aprovado no dia 16 de Março, em Conselho de Ministros, e anunciado pelo Ministro da Saúde, nesse mesmo dia, na Assembleia da República. De acordo com o Prof. Correia de Campos, a falta de condições de tratamento de milhares de idosos doentes em hospitais era **“uma enorme lacuna do sistema de saúde nacional, que o Governo está em condições de**

colmatar”.

Ao contrário do que aconteceu no passado, este Governo não irá **“comprar lugares em camas de retaguarda”**, preferindo apostar na definição de unidades de convalescença (até 30 dias de internamento), cuidados intermédios (de 30 a 90 dias) e cuidados de saúde de longa duração, os quais serão complementados por cuidados domiciliários.

De acordo com o Ministro, o papel do sector privado, social e lucrativo será **“essencial”**.

No seu entender, **“a passagem do hospital para os cuidados continuados no local adequado deveria decorrer em passadeira vermelha, com base em critérios de avaliação do nível de dependência, a cargo de equipas de alta em hospitais e de unidades sediadas em**

centros de saúde”.

Os cuidados paliativos, que considerou **“outra grave lacuna do sistema”**, também serão contemplados nesta reforma, prevendo-se que venham a ser prestados quer em hospitais, quer por equipas domiciliárias dos centros de saúde.

Esta será, porventura, como o próprio disse, **“a mais importante reforma do sistema desde que em 1978 se abriram as condições de universalidade e generalidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e este se centrou nos cuidados primários”**.

Nas palavras do Prof. Correia de Campos, esta reforma vem, finalmente, resolver o dilema de Jasão, o do Tosão de Ouro, na colina de Atenas, ao pretender projectar seu pai no abismo quando este lhe diz: **“Filho és, Pai serás, assim como fores, assim acharás”**.

Concentração dos locais de parto visa evitar “acidentes obstétricos”

O governante deu, ainda, conta da enorme adesão dos médicos de

família à criação de unidades de saúde familiares (USF), que se traduzia, à data, em sessenta candidaturas. Espera-se que venham a ser cerca de 150 candidaturas, das quais serão seleccionadas 100, de modo a cobrir 1,5 milhões de habitantes até ao final de 2006.

No capítulo da despesa, congratulou-se com uma redução de 4% do encargo do Serviço Nacional de Saúde com medicamentos comparticipados, no segundo mês de execução de 2006, comparativamente com meses homólogos. O mesmo esforço tem sido feito em relação aos meios de diagnóstico não essenciais. Para **“cortar a gordura do sistema”**, o ministro conta com uma **“gestão hospitalar exigente, responsável, sóbria no gasto, sem ser omissa na inovação”**.

Conforme garantiu, a requalificação das redes de urgência e de apoio perinatal, que tanta polémica tem levantado, nos últimos tempos, não se insere nesta **“linha de preocupação económica”**. A concentração dos locais de parto em serviços considerados **“mais qualificados”** tem a ver, apenas, com **“ra-**

zões de saúde das mulheres e das crianças. Não seria possível a ninguém, depois de os técnicos mais competentes do país nos recomendarem condições para as melhores práticas perinatais, esquecer tais recomendações em nome de uma paz social momentânea. Ela pagar-se-ia em acidentes obstétricos sempre imprevisíveis, de consequências irreparáveis”.

O mesmo acontecerá, segundo disse, com as redes de referência de urgência. **“A concentração de locais dotados de condições técnicas é um paradigma civilizacional irrecorrível com uma falsa segurança de um insuficiente e incompleto acolhimento, onde só a proximidade é valorizada. E se é a qualidade o nosso imperativo, tornemos então mais viável a proximidade, com meios de transporte e informação que hoje podemos mobilizar”**, apelou.