

Dr^a. Carolina Monteiro defende: cuidados paliativos são uma filosofia

"Há sempre alguma coisa a fazer!"

A Dr^a. Carolina Monteiro, médica da Unidade de Cuidados Continuados do IPO do Porto, foi uma das participantes do 9^o Congresso da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC). Mais de mil profissionais, entre médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, participaram neste Congresso, que se realizou em Abril, na Alemanha. A eutanásia e a sedação terminal foram alguns dos temas abordados. O NOTÍCIAS MÉDICAS foi saber como é trabalhar numa unidade de cuidados paliativos

"Os cuidados paliativos são uma filosofia de actuação médica."

Esta é a convicção da Dr^a. Carolina Monteiro, médica da Unidade de Cuidados Continuados do IPO do Porto (entretanto, o nome deve ser alterado para Unidade de Cuidados Paliativos, uma designação que, se bem que menos eufemística, parece ser mais apropriada). Para a Dr^a. Carolina Monteiro, **"o doente deve ser visto como um todo e, como tal, deve ser tratado de uma forma global. Tudo o que fazemos deve ser bem pesado. Deve-se investir quando há resultados esperados. Muitas vezes, ouvir o doente é muito importante. Uma das frases que se ouve muito, entre a classe médica, é: não há nada a fazer. Nós banimos esta frase do nosso discurso! Há sempre alguma coisa a fazer! Às vezes, não fazer nada é fazer muito!"**

Criada há 10 anos, a Unidade de Cuidados Paliativos do IPO do Porto foi a primeira unidade com internamento a surgir no país, recebendo doentes de toda a zona Norte. Actualmente, dispõe de 20 quartos individuais. A média de internamento ronda as duas semanas, mas é



muito variável. **"Já tive um doente aqui durante oito meses"**, indica.

A equipa dos cuidados paliativos inclui médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, nutricionista e o capelão. O internamento implica que o doente está a necessitar de um controlo de sintomas mais intenso, que não seja possível fazer em casa. **"Mas o nosso interesse é que o doente esteja em casa pelo máximo período de tempo"**, ressalva.

Normalmente, associa-se os cuidados paliativos à dor. Essa associação é inevitável, uma vez que 80% dos doentes com cancro avançado têm dor. Mas como a Dr^a. Carolina Monteiro explica, os cuidados paliativos vão muito para além do controlo da dor. Assim, o controlo de sintomas implica aspectos físicos, mas também psicológicos e espirituais. Desses sintomas, salienta os vómitos, ansiedade, depressão, insónia, agitação, confusão. Tudo isto acaba por se reflectir, necessariamente, sobre o familiar, que, não conseguindo descansar, acaba por deixar de ser capaz de prestar cuidados ao doente. **"Às vezes, um dos motivos de internamento é permitir o descanso da família"**, refere. Outras vezes, o internamento prolonga-se porque a família não

"Nós temos sucesso naquilo que fazemos porque o nosso objectivo não é curar o doente, não é fazer o doente viver mais, mas sim ajudar o doente a viver melhor até ao fim ou a morrer melhor, quando o fim é breve"

"Deve haver mais Unidades como esta e mais vocação da classe médica para cuidar dos doentes até ao final, mesmo numa fase muito avançada. Estes doentes, quando não são bem acompanhados, estão sempre a cair no serviço de urgência porque têm dores ou hemorragias, porque não têm quem lhes faça os pensos, porque estão a vomitar, porque estão muito fracos, etc."

pode estar com o doente em casa. **"Hoje em dia, as famílias não estão preparadas porque todos os seus membros trabalham e não há ninguém em casa 24 horas por dia disponível para estar junto do doente. É muito limitado o tempo que um familiar pode deixar de trabalhar"**, lamenta.

Por outro lado, alguns dos doentes exigem cuidados de enfermagem que não podem ser prestados em casa, até porque os centros de saúde não disponibilizam equipas para apoio domiciliário com a frequência necessária. **"Se os Centros de Saúde tivessem enfermeiros a prestar cuidados no domicílio, poderíamos libertar**

alguns doentes", assevera. Ao contrário, em países onde a rede de cuidados paliativos já está mais implementada, nomeadamente em Inglaterra, há equipas que prestam cuidados no domicílio, inclusivamente em casos de agudização. Em Portugal, isso já acontece na Unidade do Centro de Saúde de Odivelas, em Lisboa, dirigida pela Dr^a. Isabel Galriça Neto. **"Se nós pudéssemos ter o Centro de Saúde de Odivelas junto com o IPO do Porto, seria ouro sobre azul"**, afirma. Segundo crê, esta experiência é um exemplo de **"força de vontade"**. Infelizmente, não tem sido replicada noutros pontos do país. Enquanto não

surgem outras unidades do género, a Dr^a. Carolina Monteiro vai lamentando que muitos doentes tenham de recorrer ao IPO por coisas relativamente simples. Por isso, promove-se o contacto com os doentes através do telefone. **"Com isto, conseguimos fazer ajustes da terapêutica e dar algumas indicações, evitando deslocações desnecessárias"**, sublinha.

A Dr^a. Carolina Monteiro sublinha que cada doente é um caso. No entanto, há alguns princípios gerais. Por exemplo, deve-se tentar **"minimizar"** e **"simplificar"** a quantidade de medicamentos para não sobrecarregar estes doentes, privilegiando a administração de fármacos por via oral ou subcutânea. **"Há que ter bom senso. A partir do momento em que o doente não precisa de determinado medicamento, nós retiramo-lo. Não podemos pensar em manter só porque não está a fazer mal. Temos de optar pelos medicamentos mais adequados, até porque estes doentes precisam que lhes controlemos os sintomas o mais rápido possível. Temos de escolher medicamentos que tenham um efeito rápido, mas que não tenham sequelas. Nós queremos que o doente tenha o máximo de qualidade de vida e que não fique preso a uma cama"**, explica.

"A morte está connosco todos os dias"

Enquanto filosofia de atitude médica, os cuidados paliativos podem ser aprendidos. Para isso é que existe formação. Segundo a Dr^a. Carolina Monteiro, **"há tentativas de arranque da formação de cuidados paliativos nas universidades, mas estão muito aquém do desejável"**. Entretanto, no IPO do Porto, são realizados cursos de cuidados paliativos, abertos a médicos e a enfermeiros.

Desde que esta Unidade foi criada, já se realizaram mais de duas dezenas.

Mas, para aprender, há um elemento absolutamente essencial que é a vontade do próprio médico. **“É preciso querer! Nós lidamos muito com a morte. Na nossa formação académica, aprendemos a curar e isto é visto como um insucesso da Medicina, de quem esteve a trabalhar antes. O nosso sucesso é diferente. Nós temos sucesso naquilo que fazemos porque o nosso objectivo não é curar o doente, não é fazer o doente viver mais, mas sim ajudar o doente a viver melhor até ao fim ou a morrer melhor, quando o fim é breve”**.

De referir que um dos critérios de admissão nesta unidade é que o doente não tenha menos de três dias de vida, nem mais de seis meses. **“Isto porque em menos de três dias é difícil conseguirmos oferecer alguma coisa ao doente. Por outro lado, é difícil admitir-mos muitos mais doentes porque somos poucos. Nós não temos a pretensão de ficar com todos os doentes deste instituto e há muitos doentes que não chegam até nós porque a evolução da doença acaba por ter outro curso”**.

Para a Dr^a. Carolina Monteiro, lidar com a morte faz parte da rotina. **“A morte está connosco todos os dias. Nós começamos a morrer no dia em que nascemos. A morte é inevitável. Tem de acontecer de uma forma natural. Nós estamos aqui para que a morte ocorra da forma mais natural possível, para que os doentes morram com tranquilidade e sem sofrimento. Esse é o nosso sucesso”**.

A propósito, a Dr^a. Carolina Monteiro diz que a eutanásia está nos antípodas dos cuidados paliativos. **“Aqui não há cabimento para a eutanásia! Só pede a eutanásia quem está em sofrimento. Quem**

pede a eutanásia não tem motivos para viver. Já tive uma doente que me disse que queria morrer, numa fase de grande sofrimento físico e psíquico, até pela alteração da imagem dela. Era uma doente que sabia exactamente o que tinha e o tempo que lhe tinha sido atribuído. Tinha acabado esse tempo e ficou à espera... A partir do momento em que foi internada para controlo de sintomas, a situação alterou-se completamente. A doente adquiriu hábitos de pintura. Ganhou qualidade de vida. No pouco tempo que viveu, revelou uma força extrema. De vez em quando, era-lhe permitido estar com os amigos ou ir a casa. Houve uma altura em que me disse que o IPO era a sua casa. Era uma pessoa com quem dava gosto falar”.

Segundo a especialista, as pessoas menos diferenciadas têm, por vezes, um **“trato mais aberto. Falam à vontade da doença. Dizem que o seu fim está para breve, sem problema. Tenho uma doente com uma ferida externa grande, que é traumatizante para quem vê. No entanto, para ela e para a familiar que a acompanha, aquilo são mimosinhos de Deus. A forma como as pessoas encaram a doença é muito relativa. Alguns pensam que é uma desgraça, outros pensam que são mimosinhos de Deus”**.

De resto, é comum os doentes justificarem as doentes mediante a crença que têm. A respeito, a especialista acredita que a forma digna como o Papa morreu pode ajudar muitos doentes a morrer.

“Vale a pena investir nestes doentes

A Dr^a Carolina Monteiro considera que, no futuro, há muitos desafios que se colocam. E



“Hoje em dia, as famílias não estão preparadas porque todos os seus membros trabalham e não há ninguém em casa 24 horas por dia disponível para estar junto do doente. É muito limitado tempo que um familiar pode deixar de trabalhar”

“Se nós pudéssemos ter o Centro de Saúde de Odívetas junto com o IPO do Porto, seria ouro sobre azul”

formula alguns desejos. Desde logo, diz, **“deve haver mais Unidades como esta e mais vocação da classe médica para cuidar dos doentes até ao final, mesmo numa fase muito avançada. Estes doentes, quando não são bem acompanhados, estão sempre a cair no serviço de urgência porque têm dores ou hemorragias, porque não têm quem lhes faça os**

pensos, porque estão a vomitar, porque estão muito fracos, etc.”.

Ou seja, nem que fosse de um ponto de vista meramente economicista, **“vale a pena investir nestes doentes”**. Um estudo recentemente realizado no Canadá concluiu que o dinheiro gasto com internamento destes doentes em hospitais de agudos dava para construir unidades de cuidados paliati-

vos. Por cá, ainda se está a avaliar o custo real dos doentes. No entanto, isso tem muito a ver com a política de saúde. **“Como os nossos doentes têm internamento muito prolongado, os hospitais não têm interesse em os ter”**. Em seu entender, é preciso classificar estes doentes de forma diferente para que isto não aconteça.

Por outro lado, acrescenta, eram necessárias **“unidades de retaguarda”**, isto é, outros centros com internamento, designadamente lares. Actualmente, os lares não aceitam doentes com esta **“carga física”**, nomeadamente pensos ou alimentação com sondas.

Da mesma forma, a médica do IPO do Porto acha que é urgente promover **“outra atitude perante as famílias”**. Segundo crê, seria fundamental criar condições para que os familiares pudessem estar em casa com um doente que se prevê que venha a ter um tempo de vida muito curto.

Também a participação dos medicamentos deveria ser alterada, em sua opinião.

“Neste momento, estamos a fornecer os opióides gratuitamente aos doentes da nossa unidade, mas não fornecemos os outros. Tínhamos doentes que, só para opióides, precisavam de 100 a 120 contos por mês. É muito difícil para a carteira do vulgar cidadão conseguir arcar com uma despesa destas!”, advertiu. No fundo, o que a Dr^a. Carolina Monteiro pretende é que estes doentes tenham um tratamento semelhante ao que o Estado dá outros. **“Se os diabéticos e os epilépticos têm medicação gratuita, se até os toxicó-dependentes têm medicação gratuita, porque é que estes, que não pediram para estar doentes, não têm essa facilidade?”**, questionou. ■

Cláudia Azevedo