

ESPECIAL

Suplemento à edição de «Tempo Medicina» n.º 849, de 6 de Novembro de 2000

Perspectivas sobre cuidados paliativos

No âmbito do I Curso Pós-Graduado em Cuidados Paliativos, que decorreu na Aula Magna da Faculdade de Medicina de Lisboa, realizou-se no dia 12 de Maio uma mesa-redonda moderada pelo Prof. Luís Rebelo, subordinada ao tema «Perspectivas sobre cuidados paliativos»

Na introdução desta reunião científica, o Prof. Luís Rebelo salientou que foram as necessidades sentidas nesta área que levaram à organização do I Curso Pós-Graduado em Cuidados Paliativos. Recordou um artigo inserido na *Revista da Ordem dos Médicos*, onde o tema foi igualmente abordado, demonstrando assim a emergente carência. Para ilustrar a importância deste assunto, lembrou que o facto de se chamar um doente para uma cirurgia e este já ter falecido tomou-se uma banalidade, algo que deveria chocar os médicos, como sucede com a restante população.

Na opinião do prelector, são os momentos difíceis como a morte e a terapêutica paliativa que solidificam para sempre a relação entre o médico, o doente e a sua família. Nas diferentes especialidades, predominantemente em ambulatório, tem sido feito um esforço importante, particularmente nos centros de saúde, no sentido de oferecer cuidados de apoio, em especial a nível de Enfermagem, aos doentes e familiares - o chamado programa de cuidados continuados.

Frustração

O Prof. Luís Rebelo apresentou em seguida o Dr. Bruno da Costa, oncologista médico no HSM, que iniciou a sua exposição afirmando que os cuidados paliativos surgiram como resposta à frustração de médicos e enfermeiros por não poderem tratar eficaz e humanamente os doentes em fase terminal da doença. Esta fase é caracterizada pela multiplicidade de sistemas e o seu agravamento intenso, causador de grande sofrimento.

Segundo o orador, o objectivo dos cuidados paliativos é melhorar a qualidade de vida, diminuindo o sofrimento mesmo quando a causa deste não pode ser removida.

As patologias associadas à exacerbação do sofrimento na fase terminal são várias, mas em 80 a 90% dos casos trata-se de cancro.

Nas próximas décadas, devido ao estilo de vida e ao rápido envelhecimento das populações na Europa e nos EUA, o cancro transformar-se-á na primeira causa de morte e aumentará a população de doentes carentes de cuidados paliativos.

Para o Dr. Bruno Costa, as terapêuticas antineoplásicas e as paliativas devem coexistir ao longo da

doença, as primeiras predominando no início e intensificando-se as segundas na fase terminal. Seguramente que a qualidade de vida melhora imenso ao longo da doença se desde o início se incorporarem na terapêutica os cuidados paliativos. Porém, não deve minimizar-se que o núcleo duro dos cuidados paliativos foi e continua a ser a fase terminal, em que à exacerbação do sofrimento corresponde, entre nós, um progressivo vazio de apoio qualificado. Há necessidade de melhorar a preparação, nesta área, dos clínicos gerais, dos oncologistas e ainda de outros especialistas, mas sem prescindir de médicos com dedicação exclusiva e preparação específica profunda que deverão ter o papel de consultores e capacidade de resolução dos problemas mais complexos.

Dois paradoxos

O orador chamou a atenção para um dos paradoxos dos nossos dias, em que a maioria dos doentes preferem morrer em casa, mas acaba por morrer nos hospitais. Muitos doentes em fase terminal são conduzidos ao hospital pelos familiares porque não se conseguem em casa o apoio médico e de enfermagem de que necessitam, ou por esgotamento dos apoios familiares ou sociais. As experiências europeia e americana mostram que a estruturação de uma rede de cuidados paliativos permite aumentar muito a percentagem de doentes que permanecem em casa na fase terminal. Porém, mesmo nessas circunstâncias, continua a ser avultado o número dos que vão morrer aos hospitais; por isso, faz todo o sentido transpôr os cuidados paliativos para o meio hospitalar.

Uma das modalidades traduz-se numa equipa hospitalar de cuidados paliativos de reduzida composição (médico, enfermeira, assistente social), que se desloca a todos os serviços, com múltiplas vantagens, como o seguimento continuado destes doentes (uma vez que estes tendem



Prof. Luís Rebelo

a passar por vários serviços), melhoria do controlo sintomático, planificação da alta, contacto com os vários apoios extra-hospitalares e diminuição de tensões.

O orador salientou ainda a vantagem de estas equipas não exigirem espaço nem equipamento e referiu o exemplo do Reino Unido, onde já há mais de duas centenas com muita experiência.

O Dr. Bruno Costa salientou ainda que o apoio a estes doentes exigirá continuidade dos cuidados paliativos, recorrendo a uma articulação estruturada entre as várias formas de os prestar (unidades extra-hospitalares, apoio domiciliário, hospitais).

Foi então dada a palavra ao Dr. Oliveira Marques, médico-cirurgião, que começou por frisar o aspecto multidisciplinar dos cuidados paliativos, envolvendo a colaboração de vários especialistas. Reforçou a importante associação entre a Oncologia e a Cirurgia, uma vez que para muitos tumores a ressecção constitui a única

hipótese de cura. Mas como esta nem sempre é possível, recorre-se à cirurgia paliativa para melhoria da qualidade de vida. Mesmo neste caso, o prognóstico «fechado não impede todo o esforço e investimento. Segundo o orador, uma forma de melhorar a qualidade de vida é combater as complicações, fundamentalmente as estenoses/obstruções, hemorragias, perfurações e infecções.

O prelector apresentou então vários casos clínicos, que incluíam neoplasias obstrutivas em diferentes órgãos (esófago, estômago, cólon) e as várias técnicas cirúrgicas de anastomose, ressecção parcial de tumor e colocação de próteses, as quais conduziram a uma melhor qualidade de vida.

O Dr. Oliveira Marques constatou o alargamento progressivo da actuação curativa, não só pela melhoria da técnica cirúrgica mas também pela acção da equipa multidisciplinar que acompanha o doente oncológico. Muitas vezes, estes doentes têm complicações associadas, não directamente com a patologia primária, que conduzem à diminuição da qualidade de vida.

Radioterapia

Na intervenção dedicada aos cuidados paliativos em radioterapia, a Dr.ª Isabel Monteiro Grillo apresentou a abordagem feita pelo serviço de

Radioterapia do HSM, tendo em conta a sua prática diária. Essa abordagem é subdividida em três grupos: tratamentos paliativos, cuidados paliativos e cuidados terminais. A oradora definiu os tratamentos paliativos como todo o cuidado dirigido contra um tumor primário localmente avançado que ultrapassa a fase de abordagem cirúrgica. A abordagem terapêutica consiste na redução do volume tumoral e em evitar a invasão de estruturas ou órgãos nobres; o quadro clínico mais importante neste tipo de doentes é sobretudo a dor.

A radioterapia pode ter um importante papel na resolução da dor se a área onde esta está instalada for bem identificada. É também relevante no combate a outros problemas, como a obstrução intestinal, melhorando a sintomatologia de oclusão e consequentemente a qualidade de vida. Os tumores cerebrais constituem outra importante área de intervenção. Estes doentes apresentam volumosos tumores que ultrapassaram a fase cirúrgica, em geral com edema cerebral importante; têm cefaleias e convulsões. A radioterapia desempenha um papel importante nestas situações, desde a redução da massa tumoral ao alívio da sintomatologia. A técnica de irradiação é complexa; devem ser utilizados múltiplos campos de irradiação no sentido de poupar todo o tecido cerebral são que envolve o tumor, tornando-se muito importante a protecção dos tecidos nobres.

A Dr.ª Isabel Monteiro Grillo definiu então os cuidados paliativos em radioterapia como o tratamento dirigido aos portadores de doença secundária. Estes constituem 25% dos doentes do seu serviço e apresentam como causas mais frequentes as metástases cerebrais e ósseas. Segundo a prelectora, nestes casos, o objectivo da radioterapia é o alívio da dor, a diminuição do uso de narcóticos, melhoria da mobilização e função, interrupção do crescimento tumoral local e ainda um papel preventivo na dor intratável, compressão medular e fractura patológica. Nas metástases cerebrais, a sobrevivência é muito baixa e relaciona-se em grande parte com o estado geral, doença extracerebral e condição neurológica do doente.

Por fim, a oradora definiu os cuidados terminais como a administração de terapêutica de suporte utilizada na última fase de vida do doente, sendo

O Prof. Luís Rebelo lembrou que o facto de se chamar um doente para uma cirurgia e este já ter falecido «tornou-se uma banalidade, algo que deveria chocar os médicos, como sucede com a restante população»

importante o encaminhamento deste para a comunidade, em particular para o seu centro de saúde.

Infeção por VIH

A última intervenção nesta mesa-redonda coube ao Prof. Francisco Antunes, que falou sobre o doente infectado por VIH. Segundo o prelector, calcula-se que existam 35 milhões de pessoas infectadas pelo

VIH, com uma mortalidade de cerca de 2 milhões por ano. Antes da disponibilidade de terapêutica anti-retroviral, a história natural desta infecção correspondia a 10 anos de evolução. A fase inicial corresponde a uma infecção aguda com sintomas semelhantes aos da gripe, ou melhor, a uma síndrome mononucleósica, evoluindo posteriormente para uma fase crónica com falência gradual do sistema imunitário, até à morte. A partir

de 1996, houve uma alteração profunda na história natural desta doença, com uma diminuição brutal do número de casos de SIDA e da consequente mortalidade. Concluiu-se então que a melhoria da terapêutica anti-retroviral e da profilaxia das infecções oportunistas, e o acesso aos cuidados de saúde, a par de uma maior experiência nos cuidados assistenciais e da diminuição dos infectados pelo VIH, conduziu a

diminuição da morbilidade e da mortalidade por SIDA. Na opinião do Prof. Francisco Antunes, este foi o maior sucesso da Medicina nos últimos anos.

Para um número apreciável dos doentes tratados, com boa adesão ao tratamento, a doença torna-se crónica. Aqueles em que tal não acontece, e que são a maioria relativamente ao total dos infectados, apresentam grande sofrimento,

evoluindo para caquexia e morte. De acordo com o orador, devido à faixa etária atingida, que engloba indivíduos jovens em franca fase de vida activa e produtivos, as ajudas são de extrema importância, em particular o apoio social, o conforto, a informação e a assistência. É essencial o apoio de uma equipa multidisciplinar, quer ao doente quer à família, em particular nos estádios mais avançados da doença.