

Cuidados paliativos, uma prioridade na doença em fase terminal

«Morrer não custa, o que custa é sofrer»

«Dignidade e qualidade de vida para a morte» é o lema que orienta o dia-a-dia da Dr.^a Isabel Galriça Neto. Esta médica dá equipa de cuidados continuados do Centro de Saúde de Odivelas, esteve presente no debate para explicar em que medida os cuidados paliativos, área em que trabalha, constituem uma «resposta humanizada» nas situações em que a cura é impossível. Definidos como «cuidados globais prestados aos doentes com doença avançada, incurável, progressiva e sem resposta à terapêutica curativa», os cuidados paliativos visam «proporcionar a máxima qualidade de vida possível, integrando o controlo de sintomas, a comunicação adequada e o apoio à família». A médica salientou como principal questão o facto de os profissionais de saúde serem treinados para curar, pelo que «a fase não curativa das doenças continua a surgir como uma frustração». Mas quanto a este sentimento de derrota, salientou: «E quem disse que o facto de um médico ajudar um doente a morrer bem não é um sucesso?» Diferentes da eutanásia, estes cuidados devem ser os «defendidos para apoiar os doentes em fim de vida».

«Não se tem medo de morrer, tem-se medo de sofrer. Morrer não custa, o que custa é sofrer». Quem o afirmou foi Maria do Céu, doente terminal, cujas palavras chegaram em vídeo graças às novas tecnologias. Frase ouvida inúmeras vezes por quem lida com estas situações, é também, segundo a Dr.^a Isabel Galriça Neto, exemplo perfeito daquilo a que se destinam os cuidados paliativos. «Ao contrário do que, infelizmente, continuamos a verificar na prática», estes cuidados devem aplicar-se a «todos os doentes com problemas médicos incuráveis» e não apenas a doentes oncológicos ou em agonia, salientou. Com a mesma intenção de

Para reflectir sobre o tema «Morte assistida», a Comissão de Ética do Hospital Militar Principal organizou, no passado dia 7, mais um «Serão Clínico». «Já não há nada a fazer» é a resposta que nenhum profissional de saúde pode dar a um doente terminal, concluíram em uníssono os participantes no debate



O ideal seria existir «um sistema de rede, de maneira a que em todos os recursos de saúde haja uma resposta de cuidados paliativos», afirmou a Dr.^a Isabel Galriça Neto

contrariar aquilo que é habitualmente posto em prática, a médica salientou a importância de haver uma continuidade entre o investimento que se faz em cuidados curativos e em cuidados paliativos. Ao comparar o dinheiro que é gasto com um bebé de seis meses e com um idoso de 80 anos, afirmou: «A ideia de que há uns doentes em que investimos e outros em que deixamos de investir deve ser ultrapassada».

Aprofundando conceitos, salientou a importância dos cuidados de suporte enquanto «cuidados dirigidos à doença, à pessoa e à família». Aplicados em diversas fases da doença, e não apenas na fase terminal, devem «induzir maior qualidade de vida aos doentes. O que marca a diferença é considerar que o doente e a família estão no centro da decisão, que participam no plano de cuidados e que este vai ao encontro das necessidades do doente»,

defendeu, apesar do cliché que reconhece na afirmação. Bastante conhecedora da realidade que apresentou, a Dr.^a Isabel Galriça Neto sabe que, no final da vida, as necessidades dos doentes centram-se no controlo sintomático, assim como na comunicação e apoio. Estas carências coincidem exactamente com as áreas fundamentais a que os cuidados paliativos procuram dar resposta e exigem que o trabalho seja organizado em equipa multidisciplinar. Sobre o controlo de sintomas, a médica afirmou, com convicção, desconhecer a possibilidade de administrar «cuidados paliativos sem a utilização de opióides», e insistiu na necessidade de recorrer a vias alternativas, nomeadamente a subcutânea, como forma de proporcionar maior conforto ao doente. Em relação ao outro vector que os doentes elegem como primordial, foi peremptória: «A comuni-

cação deficiente induz muito sofrimento».

Ao finalizar, alertou para o facto de o número destes doentes tenderem a aumentar, pelo que o ideal seria existir «um sistema de rede, de maneira a que em todos os recursos de saúde haja uma resposta de cuidados paliativos».

A agonia

«Curar às vezes. Aliviar com frequência». Foi desta forma que o tenente-enfermeiro Lousa resumiu a sua experiência enquanto Enfermeiro-Chefe do Serviço de Medicina e Oncologia do Hospital Militar de Belém. Habitado a lidar com doentes em fase terminal, referiu que a agonia «ainda é considerada por muitos médicos como uma fase em que não há nada para fazer». Perante este contexto, deixou em aberto a questão: «Será que os profissionais de saúde, de um

modo geral, e os enfermeiros, em particular, estão preparados para ajudar estes pacientes e a família a ultrapassarem esta fase?»

Depois da dúvida suscitada, o enfermeiro avançou para os principais sinais e sintomas da fase agónica, os quais são «fundamentais para elaborar um plano de cuidados para o paciente» e servem para fornecer orientação à família. Defendeu a importância da «equipa multidisciplinar, que deve avaliar e tentar satisfazer as necessidades físicas, sociais, psicoemocionais e espirituais do doente» para que este «possa encarar a agonia de uma forma mais calma e serena, e morrer dignamente». Tendo em conta que «a assistência a estes doentes assenta essencialmente no tratamento dos sintomas e nas chamadas medidas de conforto», é importante notar que o doente tende a privilegiar a relação que o pessoal de enfermagem estabelece com ele, mais do que «as suas habilidades ou os seus conhecimentos científicos. Ele vai valorizar as suas atitudes, os seus comportamentos, a sua postura». Além disso, «apesar da debilitação, devemos continuar sempre, até ao fim, a considerar o paciente como uma parte integrante do cuidado».

Por fim, reiterou a sua convicção de que «há muito a fazer, por forma a proporcionar total conforto e dignidade de vida ao paciente, sem no entanto retardar ou acelerar a morte». Foram moderadores da sessão o coronel médico Dr. Jorge Duro Mateus Cardoso e o Dr. Manuel Mendes Silva, este na qualidade de Presidente da Comissão de Ética do Hospital Militar Principal. Para comentar as apresentações foi convidada a Dr.^a Marta Fernandes, Chefe do Serviço de Anestesiologia da instituição que promoveu o debate.

Andreia Vieira