

Primeiro Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos

O sofrimento como ameaça à integridade da pessoa

«Há sofrimento sempre que a integridade da pessoa está ameaçada ou foi atingida», afirmou o Dr. Bruno da Costa, durante o primeiro Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, que decorreu quinta-feira da semana passada (dia 18) na Faculdade de Medicina de Lisboa

O orador começou por esclarecer que, graças aos «prodigiosos avanços» em todos os domínios da Medicina, a cura foi sendo conseguida em alguns doentes e longas remissões foram sendo conseguidas noutros. A esperança de vida, que era de 47 anos em 1900, passou para 75 anos em 2002.

Quer dizer, o fim da vida deixou de ser fruto de um súbito desfecho, para ocorrer em doenças crónicas, incuráveis e progressivas, passando a haver um número considerável destes doentes, cuja parte final da sua doença se caracteriza por ser «incurável, avançada, progressiva, de prognóstico ilimitado, com sintomas múltiplos e rapidamente evolutivos, terminando num grande sofrimento para o doente e para a família».

Trata-se de pessoas que «foram, e ainda são, entre nós, objecto de um abandono assistencial sub-reptício ou descarado, tanto nas suas casas como nos hospitais, vendo-se privados de qualquer alívio para o seu sofrimento físico, psicológico, social e espiritual». Os cuidados paliativos surgiram, então, para dar resposta a estas «complexas necessidades» dos doentes e das famílias.

No seu entender, deve haver uma separação entre tratamentos paliativos e cuidados paliativos. Os primeiros fazem-se em qualquer especialidade para resolver um problema que causa sofrimento e dor; são banais. Os segundos definem-se por cuidado activo e total dos doentes, cuja doença não corresponde à terapêutica curativa. Não se pretende prolongar a vida, mas sim

melhorá-la, tanto a dos doentes como a dos familiares.

Problemas intensos

O cancro, a SIDA, a doença do neurónio motor e doenças crónicas de órgãos são, como disse o Dr. Bruno da Costa, as patologias que aparecem habitualmente nos cuidados paliativos.

Porquê aquelas? Porque uma percentagem maior ou menor dos seus portadores «tem uma fase» em que é assaltada por «problemas intensos e variados», que lhe provoca ansiedade. «São elegíveis para cuidados paliativos, não em nome da patologia, mas em nome das necessidades. Não são dirigidas a uma doença, mas aos doentes com estas características».

Os doentes de cancro correspondem a uma das «percentagens elevadas», e quando aparecem nos cuidados paliativos a sua sobrevivência «é geralmente baixa» havendo uma «grande incerteza no prognóstico», com um sexto das mortes nos primeiros sete dias e outro sexto depois dos seis meses. Noutros doentes, verifica-se um decalagem relativamente lento, imparável e com uma aceleração final.

Enquanto os doentes oncológicos «apresentam geralmente uma relativa boa saúde» até aos quatro, seis meses, os doentes crónicos com insuficiência renal, hepática, pulmonar ou cardíaca enfrentam uma situação mais difícil, vivendo num «estado de má saúde muitas vezes estabilizado, normalmente pontuado por crises».

Nestes casos, «a morte surge

por um súbito e imprevisível acontecimento (uma infecção, uma arritmia, um enfarte...)».

Patologias aumentam

O Dr. Bruno da Costa disse, noutro passo da sua intervenção, que as necessidades de cuidados paliativos estão a aumentar, porque as patologias que lhes estão ligadas também estão a aumentar. «O cancro é uma doença muito comum, contrariamente ao que se pensa. Neste momento, a esperança de contrair um ao longo da vida é, nos homens, de um para dois e, nas mulheres, de um para três».

«É uma doença curável, mas uma percentagem muito elevada (cerca de 50%) dos casos acaba por morrer», adiantou, para destacar a seguir o envelhecimento da população como «causa fundamental do aumento da incidência do cancro».

Tal envelhecimento é ditado por dois factores primários: «a baixa da fecundidade e o aumento da esperança de vida a partir dos 65 anos na União Europeia. Estes dois fenómenos coexistem em Portugal, esperando-se que em 2020 a pirâmide tenha sofrido uma distorção com um aumento considerável dos doentes de idade avançada».

Como a SIDA «também está em crescimento» em Portugal, «temos duas das patologias fundamentais» a alargar

«Toda a gama de emoções humanas precisa da relação com os outros para ter expressão plena, e essa possibilidade, quando desaparece, faz sofrer», afirmou o Dr. Bruno do Costa



Dr. Bruno da Costa: «A dor não só é muito frequente, como tem uma capacidade espantosa de interferir com aspectos fundamentais da vida»

claramente os seus domínios e com doentes carentes de cuidados paliativos, o que «constitui um dos grandes desafios nesta matéria».

Tratamento da dor

Mais adiante, e depois de falar nos limites da Medicina, o Dr. Bruno da Costa tocou no tratamento da dor e de outros sintomas, para dizer que «esta é, de certo modo, a parte mais médica do assunto».

«Ador não só é muito frequente, como tem uma capacidade espantosa de interferir com aspectos fundamentais da vida. Tratá-la é, talvez, uma obrigação primária, uma carga de que ninguém se pode descartar, quando se assistem estes doentes», salientou o orador.

Na sua opinião, «é preciso perceber que a dor é causa fundamental do sofrimento dos doentes, mas não é a única e,

em alguns casos, nem sequer é a mais importante». A dor e o sofrimento aparecem como sinónimos na literatura médica, «mas são fenomenologicamente distintos. Não é a alteração fisiológica em si que causa sofrimento, mas a consciência do impacto do estado físico na pessoa».

Mais: «Há sofrimento sempre que a integridade da pessoa está ameaçada ou foi atingida. Portanto, está ligado ao sentido atribuído pelo doente à sua dor, à sua importância e projecção no futuro, à perturbação de todos os aspectos da sua vida. É tão pessoal que é perfeitamente inteligível que a mesma causa a dor, o mesmo sintoma, origine sofrimentos muito diferentes. Um doente com esclerose múltipla, se for violoncelista, tem a sua vida destruída».

De registar, também, o facto de o sofrimento não ser, muitas vezes, visível, na medida em que o doente não o manifesta. «Convém, por isso, fazer perguntas em aberto, deliberadamente vagas, para se perceber o que se passa com ele». É igualmente de ter em conta que «todos os aspectos da vida ameaçados pela

doença podem ser causa de sofrimento».

Para o Dr. Bruno da Costa, «é muito evidente que o passado não passou apenas, o passado está continuamente presente na nossa vida, e o significado pessoal que qualquer doente atribui a uma doença, a um tratamento ou a um internamento depende fundamentalmente da sua experiência».

«Há uma perspectiva cultural própria forjada ao longo da vida - adiantou -, que estabelece uma hierarquia pessoal de valores, padrões e atitudes, e a importância dada às perdas depende muito dessa perspectiva cultural. Qualquer pessoa exercita funções, e a incapacidade para o exercício é causa de sofrimento. As relações com os outros são perfeitamente capitais, não havendo consciência, nem acto, nem pensamento, nem fantasia que não envolva os outros. Toda a gama de emoções humanas precisa da relação com os outros para ter expressão plena, e essa possibilidade, quando desaparece, faz sofrer».

Ferreira de Castro