

IV Reunião Internacional de Atualização em Cirurgia do Esófago e do Estômago

A necessidade dos cuidados paliativos

«O exercício da Cirurgia no século XXI: Questões éticas» foi tema de uma conferência moderada pelo Prof. Walter Osswald, inserida na IV Reunião internacional de Atualização em Cirurgia do Esófago e do Estômago, que decorreu entre 3 e 4 de Maio, no Porto, em que estiveram em destaque as mudanças que obrigaram a uma profunda alteração da relação médico-doente e do próprio contexto que envolve a prática médica nos nossos dias

O Dr. Alvaro Pacheco, cirurgião e Director do Hospital de Elvas, que nos últimos anos se tem dedicado à vertente dos cuidados paliativos, apresentou uma comunicação sobre o «Relacionamento com o doente oncológico: o que deve e o que não deve ser dito; como fazer?». Começou por dar conta da evolução que tanto a Cirurgia, enquanto especialidade médica, como o próprio cirurgião registaram nestas últimas décadas em que tudo mudou. A começar pelo modo como o médico passou a ser encarado, tendo de abandonar o pedestal que durante «tantos séculos lhe pertenceu, e sempre idolatrado», o que se reflectiu na relação médico-doente. E num contexto geral de mudança dos cuidados de saúde, também as pessoas, os doentes, começaram a querer saber mais, a questionar os profissionais de saúde, deixando de aceitar de «ânimo leve» a informação que lhes é transmitida. Questiona-se, então, «qual será a posição do médico actual?». Em resposta, o Dr. Alvaro Pacheco sublinhou que a «postura do médico moderno deverá ser reconhecer que o acto médico não mudou na sua natureza substantiva, mas que evoluiu de tal forma na perspectiva dos doentes que passou a tratar-se de um relacionamento pessoal, interpessoal e social».

Comunicar

A informação surge então como um aspecto fundamental da relação médico-doente que, na opinião deste cirurgião, deverá ser considerada um «objectivo da formação em saúde». Comunicar, prossegue, «é algo que não se aprende nas faculdades, onde também devíamos ter uma sólida preparação ética, não tanto dos valores e das normas, mas principalmente no

campo da humanização. Deveríamos aprender a gerir convenientemente as emoções dos doentes e as nossas próprias, mas faltam-nos conhecimentos da Antropologia Social e Cultural, e principalmente o suporte de uma equipa multidisciplinar». No relacionamento médico-doente é preciso desenvolver formas de comunicar, «é um processo dinâmico e aberto, pois tudo transmite uma mensagem, até o silêncio», diz o cirurgião, defendendo que a «comunicação é uma arma terapêutica essencial», o que nem sempre é compatível com «gestões que pressionam os médicos para verem cada vez mais doentes, e cada vez mais rapidamente».

De qualquer forma, a informação é uma «ajuda necessária» para se lidar com situações patológicas, nomeadamente no que diz respeito aos doentes oncológicos, e aqui, o cirurgião defende como princípios fundamentais «dizer a verdade, pois todo o doente tem o direito de saber a verdade sobre a sua situação; dizer a verdade sem afastar a esperança dos doentes; e dizer a verdade de modo que a mesma seja bem aceite. Deve usar-se a palavra "cancro" caso a situação seja apropriada, não usar linguagem demasiado técnica e muito menos entrar numa "conspiração do silêncio"».

Cuidados paliativos

«Cuidados paliativos: Fronteira entre o princípio da beneficência e da não maleficência» foi o tema da intervenção que a Dr.ª Isabel Galriça Neto, responsável pela equipa de cuidados paliativos do Centro de Saúde de Odivelas. Quando se fala em cuidados paliativos, fala-se em proporcionar qualidade de vida numa fase tão avançada da doença em relação à qual

«não podemos continuar a dizer que não há nada a fazer». Na opinião desta médica, o modelo que frequentemente ainda existe é que «estes são os doentes em que não investimos, porque não existindo a possibilidade de cura, deixa de se justificar o investimento», tal como existe a ideia de que «os cuidados paliativos estão remetidos para o final das vidas dos doentes, sinónimo de dias e horas em que estão em agonia, já moribundos». De facto, defendeu a Dr.ª Isabel Galriça Neto, «não é isto que gostaríamos de proporcionar a esses doentes». E «nem é isso que os doentes nos pedem quando dizem que morrer não custa, custa é sofrer», prosseguiu a especialista, frisando que «isto é um pedido de ajuda e nós, como médicos, devemos saber responder». Como recordou, «é um facto que, como médicos, fomos preparados para curar, mas não apenas para curar, e, nesta fase das suas vidas, o que os doentes esperam de nós é que estejamos presentes».

Investir

No caso da equipa do Centro de Saúde de Odivelas, as

O Dr. Alvaro Pacheco sublinhou que a «postura do médico moderno deverá ser reconhecer que o acto médico não mudou na sua natureza substantiva, mas que evoluiu de tal forma na perspectiva dos doentes que passou a tratar-se de um relacionamento pessoal, interpessoal e social»



«Mesmo quando não se curam, é preciso que os doentes saibam que existem médicos, pessoas empenhadas em dar-lhes dignidade até ao fim da sua vida e que, apesar das más notícias, continuam a merecer o mesmo investimento», referiu a Dr.ª Isabel Neto, na foto acompanhada pelo Dr. Alvaro Pacheco

neoplasias são os casos mais frequentes, nomeadamente do tubo digestivo e cólon. «O que fazemos não são terapias de acompanhamento, é bastante mais do que isso, sobretudo são cuidados preventivos - por mais escandalosa que esta afirmação possa parecer -, que devem ser activos, intensivos e estruturados cientificamente para alívio do sofrimento quando a cura deixa de ser possível», explicou.

«O que seria desejável - prosseguiu - era que houvesse uma transição gradual entre o intuito curativo e o paliativo, que o investimento variasse em todos as fases do processo da doença».

Assim, os objectivos centrais dos cuidados paliativos referem-se ao controlo dos sintomas, ao acompanhamento adequado, ao apoio à família, sempre a partir de um trabalho de equipa. Em primeiro lugar,

explicou a Dr.ª Isabel Galriça Neto, deverá existir uma «obsessão» pelo controlo dos sintomas, tal como o «peso» entre a beneficência e a maleficência deverá ser sempre ponderado, evitando o desrespeito pela autonomia dos doentes, sem esquecer que o princípio da não maleficência pressupõe a «evicção de futilidades», ou seja, a obstinação terapêutica, apesar de se continuarem a «fazer intervenções perfeitamente desadequadas».

O investimento que estes doentes merecem terá de ser feito de forma adequada às suas necessidades. Por exemplo, no caso dos doentes com neoplasia digestiva avançada incluem-se uma série de sintomas que vão desde a anorexia, caquexia, disfagia, náusea e vômitos, dor, uma panóplia de situações que podem ser tratadas por vias alternativas à oral. Neste momento existem já disponíveis vários sistemas trans-dérmicos que representam uma mais-valia nos cuidados a estes doentes, e em-bora os custos não possam ser calculados de forma directa, «é um imperativo controlar melhor estes sintomas». O mesmo se passa relativamente à utilização da via subcutânea para administração de fármacos, cujas vantagens são evidentes, tornando os procedimentos menos agressivos, menos lesivos. «Tudo isto é sinónimo de rigor, de técnica, é prática consignada», sublinhou. «Medo de sofrer» Relativamente aos cuidados a ter nos últimos dias de um doente, a Dr.ª Isabel Galriça Neto lembrou que existem já *guidelines* bem definidas

e que é de evitar medidas desnecessárias, que muitas vezes só servem para «acalmar as nossas próprias consciências». O abuso do recurso às sondas nasogástricas é disso exemplo.

Os cuidados paliativos não se restringem aos últimos dias, e a um doente nestas circunstâncias, mais do que a morte é o «medo de sofrer» que o assusta. Logo, a comunicação e a relação que a equipa de cuidados paliativos desenvolve com o doente é fundamental. «Quando não há qualidade relacional, não há qualidade assistencial», disse a Dr.ª Isabel Neto, afastando qualquer atitude paternalista, pois é de uma «equipa de profissionais» que se trata. «Até porque motivação não basta, é preciso formação e treino, não é uma questão de boa vontade, mas de preparação, e nesse sentido é preciso mudar o panorama actual».

A Dr.ª Isabel Galriça Neto recordou ainda a existência de uma directiva europeia que prevê que todas as especialidades médicas com actividade clínica tenham especificidade ao nível básico, no âmbito dos cuidados paliativos. «Há que reconhecer a necessidade dos cuidados paliativos e há que incentivar o treino destas competências. Mesmo quando não se curam, é preciso que os doentes saibam que existem médicos, pessoas empenhadas em dar-lhes dignidade até ao fim da sua vida e que, apesar das más notícias, continuam a merecer o mesmo investimento», concluiu a Dr.ª Isabel Neto.

Paula Pinto de Carvalho