

Presidente da SPMP, em declarações do «TM»

Os cuidados paliativos devem «integrar-se no exercício médico»

A ideia da criação, entre nós, da Sociedade Portuguesa de Medicina Paliativa (SPMP) surgiu de «um grupo de médicos com a percepção de que os doentes terminais, em que a cura já não pode ser encarada, recebem pouca atenção e pouca terapêutica que possa aliviar o seu sofrimento e proporcionar-lhes a qualidade de vida de que forem capazes», declarou ao «TM» o Dr. Eduardo Bruno da Costa, Presidente da nova instituição, cujos objectivos se prendem, basicamente, com «a sensibilização da nossa sociedade» e a «integração dos cuidados paliativos no exercício médico» através de uma «atitude formativa» constante.

A instituição, que tem existência legal desde outubro do ano passado, prevê para Julho (ou princípios de Agosto) a realização de um simpósio em Lisboa, pretendendo com esta iniciativa trazer até nós «gente de nomeada. Entre os especialistas, que já confirmaram a sua presença na reunião, figura o Prof. Dr. Vittorio Ventafria, considerado uma autoridade na área dos cuidados paliativos. De referir que a criação desta Sociedade foi decidida durante um encontro, em Janeiro do mesmo ano, presidido pela Dr.ª Maria Barroso. Dos seus corpos directivos, recentemente eleitos, fazem parte, para além do Dr. Eduardo Bruno da Costa (Presidente), o Prof. Dr. Mário Bernardo e os Drs. Oscar Candeias e Carlos Oliveira, Vice-Presidentes para o Sul, Norte e Centro, respectivamente.

Oncologista do Hospital de Santa Maria, o Dr. Bruno da Costa começou por afirmar que a Medicina paliativa corresponde a «uma necessidade já sentida noutros países, há muitos anos». Na Inglaterra, por exemplo, «percebeu-se, na década de 60, que muitos pacientes com doença incurável, ou terminal, eram abandonados, facto este que levou à criação das primeiras unidades dedicadas aos cuidados paliativos». Para se ter uma ideia exacta, refira-se que este país «tem actualmente mais de 100 hospícios e mais de 200 unidades de apoio domiciliário» que actuam nesse tipo de tratamento. Mas, a nível internacional, o movimento já tem uma significativa

expressão: existe uma «bem estruturada» Associação Europeia de Cuidados Paliativos e a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) tem desenvolvido iniciativas tendentes à criação de «centros de referência» em diversos países. A nível europeu, para além da Inglaterra, os países que se revelam mais desenvolvidos na área dos cuidados paliativos são a Dinamarca, Espanha, França, Irlanda, Luxemburgo, Holanda, Suécia e Suíça.

Segundo o Dr. Bruno da Costa, a ideia deste tipo de cuidados «é relativamente simples». Até ao século XIX, segundo o clínico, «a Medicina foi quase exclusivamente paliativa, sem interferência real na cura e o que os médicos faziam era, de certo modo, tratar os sintomas para melhorar a qualidade de vida». E actualmente? «Temos já um número razoável de doenças curáveis, mas não tanto como está na cabeça dos próprios médicos que se vêem muito na função de indivíduos que curam». Ora, perante patologias crónicas e que provocam a morte, «é preciso atender a todos os aspectos que causem sofrimento e ter sempre presente que o doente, em nenhuma situação, deve ser desligado da família». Disse, por outro lado, que «perante um doente na fase terminal, com uma conotação negativa, não se pode pensar que tudo terminou e nada vale a pena». Na sua opinião, «isso traz implícita a ideia de cepticismo terapêutico e de passividade, dois sentimentos que a Medicina paliativa nega». Embora não visando a cura, «os cuidados paliativos envolvem

uma terapêutica programada, activa, destinada a controlar a dor e o sofrimento do doente numa afirmação constante da vida, em que a morte é considerada como um processo normal».

Os objectivos da Sociedade

Com efeito, um relatório de peritos da OMS (1990) refere que o propósito dos cuidados paliativos «é a mais elevada qualidade de vida possível para os pacientes e famílias»,

pequena parte dos pacientes falecidos em consequência de cancro, nos Estados membros, receberam cuidados paliativos em 1989: «39.139, de um total de 771.046», o que corresponde a cinco por cento.

A Sociedade Portuguesa de Medicina Paliativa (que ainda não dispõe de sede própria), segundo o respectivo programa, tem como objectivos fundamentais: «1 - A sensibilização da nossa sociedade para um problema de importância nascente, não só ao nível específico dos cuidados



Dr. Bruno da Costa

Segundo o Dr. Bruno da Costa, «perante um doente em fase terminal, não se pode pensar que tudo terminou e nada vale a pena», porque isso «traz implícita a ideia de cepticismo terapêutico e de passividade, dois sentimentos que a Medicina paliativa nega».

respondendo «às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais».

Por outro lado, um estudo efectuado a nível da União Europeia revelou que só uma

de saúde mas também ao nível social e humano; 2 - Promover, no nosso meio, tendo em conta as experiências já recolhidas e amadurecidas noutros países, uma reflexão sobre a visão

estratégica que deverá orientar medidas concretas a desenvolver neste campo; 3 - Realçar a importância da Medicina paliativa como parte integrante e fundamental do exercício médico e, neste sentido, promover e desenvolver a investigação científica e a diferenciação profissional nesta área; 4 - Desenvolver uma atitude formativa, dirigida aos vários técnicos de saúde, sobre os aspectos técnicos e práticos que devem orientar os cuidados em Medicina paliativa».

Segundo o Dr. Bruno da Costa, os objectivos enunciados «só poderão ser atingidos e ter a devida repercussão se forem apoiados numa base de experiência concreta, colhida de uma vivência diária numa instituição dedicada aos cuidados paliativos». Referiu que, nestes termos, a Sociedade tem em vista a criação de um centro piloto «que possa constituir, pela sua qualidade e princípios, uma unidade de aprendizagem e formação na área dos cuidados paliativos». Esse centro, previsto nos respectivos estatutos, deveria ter uma estrutura assente em três suportes: «uma rede de assistência domiciliária que se constituísse como a base fundamental do trabalho do centro; uma pequena unidade

de assistência ao regime de internamento curto, permitindo apenas resolver problemas que requerem, pontualmente, medidas terapêuticas mais exigentes; e articulação como uma estrutura mais vocacionada para cuidados paliativos terminais ou para internamentos mais prolongados».

«Germen de uma mutação cultural»

A filosofia de base que orienta a instituição reside, «de facto, na inversão do peso relativo que os hospícios e o domicílio habitualmente têm nas redes de cuidados paliativos existentes noutros países». Dá a ênfase colocada na assistência domiciliária. Para melhor caracterizar essas linhas de orientação, importa transcrever a parte final do «Programa e Princípios», que diz o seguinte: «O que propomos constitui o germen de uma mutação cultural de atitude perante a doença e a morte. Recusar o hospital como o local onde obrigatoriamente se deve morrer e recusar até reconhecer uma estrutura institucional de cuidados paliativos como a solução ideal. O nosso empenho será sempre destacar a importância de não retirar a qualquer doente a

possibilidade de viver na sua própria casa e bem apoiado os seus últimos dias».

Refira-se que a luta contra a dor e outros sintomas é uma das prioridades do programa elaborado pela OMS de luta contra o cancro. Trata-se de um tratamento que, como se sabe, envolve especialidades como a Anestesiologia, Neurologia, Neurocirurgia, Oncologia, Farmacologia, Fisiologia, Cirurgia e Enfermagem. Aquela instância refere que, «pelo emprego de um número limitado de medicamentos, a supressão da dor é um objectivo atingível na maioria dos cancerosos». Importa sublinhar que, a nível mundial, são todos os anos

diagnosticados cerca de sete milhões de novos casos, metade dos quais nos países em desenvolvimento. E destes cerca de cinco milhões de doentes morrem. Os dados de prevalência indicam que, actualmente, há mais de 14 milhões de pessoas com cancro (67 por cento homens e 60 por cento mulheres).

A dor (cujo controlo representa um dos objectivos fundamentais dos cuidados paliativos) é, na definição da Associação Internacional para o seu estudo, «uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesões reais ou possíveis, ou descrita pela referência a essas lesões». Subjectiva, cada

indivíduo aprende a conhecê-la nas experiências ligadas aos ferimentos no início da vida. «É indiscutivelmente uma sensação experimentada numa ou em partes do corpo sempre desagradável e *que*, deste modo, constitui uma experiência emocional».

O problema dos morfínicos. Como se sabe, em numerosos países, a morfina e a codeína não estão disponíveis nas quantidades suficientes para o tratamento da dor cancerosa. Em resultado disso, «os cancerosos sofrem inutilmente». Relativamente a Portugal, o Dr. Bruno da Costa referiu a existência de restrições, tornando necessária a sensibilização das autoridades para

este problema. A OMS, no seu encontro de peritos de Genebra (Julho de 1989), também se debruçou sobre esta questão, tendo decidido desenvolver esforços no sentido de «fazer compreender melhor ao pessoal sanitário a importância da administração de morfínicos, pela via oral no tratamento da dor cancerosa. Deliberou, igualmente, encorajar as entidades competentes de cada país a autorizar o fornecimento das quantidades suficientes dessas substâncias para o tratamento dos doentes.

J.F.



Dr. Bruno da Costa: «A nível europeu, os países que se revelam mais desenvolvidos na área dos cuidados paliativos são a Inglaterra, Dinamarca, Espanha, França, Irlanda, Luxemburgo, Holanda, Suécia e Suíça»