

Dr. Ferraz Gonçalves e os cuidados paliativos:

«Não podemos estar toda a vida à espera»

Controlo de Sintomas no Cancro Avançado é o título do mais recente livro do Dr. Ferraz Gonçalves, editado pela Fundação Calouste Gulbenkian. Trata-se de um «manual» onde os profissionais de saúde podem encontrar uma «ferramenta de trabalho» que os ajudará a lidar com os seus doentes

«Tempo Medicina» foi falar com este especialista em Medicina Interna e em Oncologia Médica, Chefe de Serviço e responsável pela Unidade de Cuidados Continuados do IPO, no Porto, além de membro de várias sociedades científicas em Portugal e no estrangeiro.

«Tempo Medicina» - Como enquadra este seu novo livro?

Dr. Ferraz Gonçalves - Nos doentes oncológicos a dor é importante, mas há outros problemas que também são importantes. Este livro é um contributo, digamos assim, para que quem trata estes doentes tenha uma ferramenta, um fonte de informação que lhe permita fazer algo pelos doentes. Porque quando falamos da assistência ao doente em cuidados paliativos estamos a falar de uma organização, de estruturas; simplesmente, em Portugal existem muito poucas estruturas e a minha ideia é a de que o médico, mesmo isolado, tenha acesso à filosofia dos cuidados paliativos e saiba tratar. Não será o ideal, mas se estivermos à espera de ter o ideal para fazer seja o que for...

«TM» - Está a dizer que não é preciso criar unidades...

Dr. F.G. - É desejável que existam estruturas, criar unidades de cuidados paliativos é necessário, mas é um processo demorado.

«TM» - Mas, mais que criar unidades, é preciso ter pessoas preparadas, não é verdade?

Dr. Ferraz Gonçalves - Exacto, mas a realidade é que as pessoas não estão preparadas, não há formação nesta área, nas faculdades há alguma formação pós-graduada que nós e outros fazemos, mas existe uma lacuna na formação do pessoal de saúde.

«TM» - Perante essa lacuna, o melhor seria começar pela formação e depois estruturar?

Dr. F.G. - Na minha opinião, a formação deveria começar numa fase pré-graduada, ainda nas faculdades deveria haver alguma coisa que indicasse aos futuros médicos como se trata a dor, como se tratam os sintomas dos doentes com cancro e outras doenças avançadas.

«TM» - Nesta área da Medicina, a dor é entendida como algo que vem depois?

Dr. F.G. - A dor crónica nos doentes com cancro avançado é apenas um aspecto do seu problema, por vezes nem é o mais importante, é preciso que as pessoas tenham consciência dos outros problemas e não só dos problemas físicos. Embora o livro aborde apenas os problemas físicos, os cuidados paliativos não pretendem tratar apenas o corpo, mas sim o doente como um todo, as suas reacções físicas, mas também sociais, espirituais, psicológicos. E tudo isso é que compõe a dor total ou o sofrimento, e é a isso que é preciso responder. Portanto, uma pessoa que tenha a sua

consciência dominada pelo problema físico, pela dor física, pela falta de ar, pelas náuseas, não consegue pensar noutra coisa e só por essa razão os problemas físicos têm alguma prioridade e o seu controlo é importante. E a partir daqui conseguimos abordar outras questões.

«TM» - Nesse sentido, este livro deverá ser entendido como um manual, até porque são referidas situações muito específicas de actuação?

Dr. F.G. - É realmente um manual, pretendi criar uma ferramenta de trabalho, de fácil consulta. Tem, por exemplo, vários esquemas para que as pessoas o possam consultar e saber facilmente como fazer.

«TM» - Um manual na tentativa de minorar a lacuna que há nesta área?

Dr. F.G. - A formação é muito deficiente nesta área, há uma lacuna clara e reconhecida pelas próprias pessoas, nos cursos que damos aqui temos muito mais pedidos que vagas, há um reconhecimento, se bem que não seja universal. Há muitos médicos e enfermeiros que reconhecem que não tiveram formação e que têm um problema quando lidam com estes doentes.

«TM» - Relativamente ao tratamento, há consensos sobre quando tratar, como tratar, quando dar morfina. Por exemplo, há uns anos havia alguma discrepância nas actuações. Como é agora?

Dr. F.G. - Essas actuações estão definidas, o tipo de medicamentos tem que depender da situação concreta. Tanto em médicos como em doentes, há aquela ideia, por exemplo, de que a morfina só se usa na fase final da doença. Hoje sabe-se que não é assim, porque embora se possa estabelecer alguma tolerância, é sempre possível adaptar as doses às necessidades do doente. Concluindo, estes fármacos devem usar-se quando necessário e não, necessariamente, numa fase terminal.

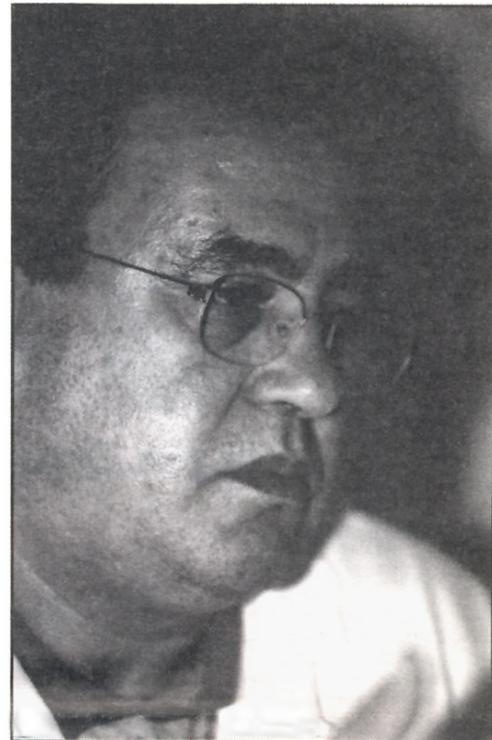
«TM» - Trata-se, então, de aliviar a dor, de cuidar?

Dr. F.G. - Está mais que provado que quando os doentes tomam morfina ou outro opióide do género para tratar a sua dor não desenvolvem viciação ou dependência psicológica, há, sim, uma certa tolerância física, e isto quer dizer apenas que se o medicamento for retirado não se deve fazê-lo de um dia para o outro. Desde que se sigam essas regras, não há problema quanto à dependência psicológica - estão estudados dezenas de milhares de doentes. A verdade é esta ideia perturba os doentes, eles têm medo e colocam esse problema, é preciso tranquilizá-los.

Dor e sofrimento

«TM» - Logo no início do seu livro, escreve que a «dor é temida por muitos doentes mais que a própria morte»...

Dr. F.G. - Quando se fala em cancro, automaticamente pensamos em dor e sofrimento. Quando os médicos e enfermeiros vêm aos cursos de formação, pedimos para escreverem as primeiras cinco palavras que lhes vêm à cabeça, associadas ao cancro. Sempre nessas cinco primeiras palavras surge a palavra «dor» e, na maior parte dos casos, é a primeira. Cancro é sinónimo de dor, de sofrimento, e é isso que as pessoas temem.



«Criar unidades de cuidados paliativos é necessário, mas é um processo demorado», diz o Dr. Ferraz Gonçalves

«TM» - E é essa inevitabilidade de que os médicos têm de tratar, mesmo que não seja possível curar?

Dr. F.G. - Sim, porque isso podemos fazer. Não se pode ignorar que mais de 50% dos doentes com cancro vão passar por uma fase mais complicada.

«TM» - Não se pode curar, mas pode-se dar melhor qualidade de vida. E isso, em termos de estratégia de saúde, é uma prioridade?

Dr. F.G. - Claramente não!

«TM» - Portanto, em Portugal, um doente com cancro ainda continua a sofrer, mesmo que aos médicos seja possível minorar esse sofrimento?

Dr. F.G. - Infelizmente, a atenção aos doentes nesta fase é deficiente, muito deficiente. Esta unidade (do IPO, Porto), que é pioneira no País, existe há oito anos e nestes oito anos vimos muito pouco acontecer. Há uma unidade no Fundão, em Coimbra, há uma equipa de assistência domiciliária em Lisboa e... isto é muito insuficiente.

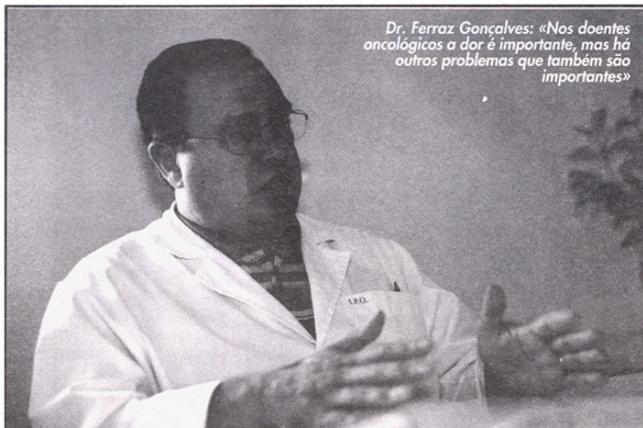
«TM» - Por exemplo, a quantos doentes é que esta unidade consegue dar resposta?

Dr. F.G. - Temos 20 camas, mas não temos os doentes todos internados, temos tratamento em ambulatório, assistência domiciliária, é pouco... temos outras 20 camas que ainda não estão abertas, existem desde início mas continuam por abrir, embora isso seja manifestamente insuficiente!

«TM» - É a incontornável questão das prioridades?

Dr. F.G. - É por isso que lhe digo não estar optimista quanto ao desenvolvimento dos cuidados paliativos a médio prazo, ou que isso vá acontecer, que esteja nos planos de quem dirige a Saúde. Portanto, o livro é um contributo nesse sentido, pois mesmo não existindo essas estruturas especializadas, é importante que as pessoas tenham pelo menos alguma capacidade interventiva, que mesmo dentro das suas limitações, do seu espaço de intervenção, do seu consultório possam contribuir para o bem-estar dos doentes. Não será esta a forma ideal de o fazer, mas é como lhe digo, não podemos estar toda a vida à espera... isto é um problema urgente, é um problema grave, muito grave. É um problema de Saúde Pública!

«TM» - Porque será que ainda está quase tudo por



fazer nesta área, se a Medicina já evoluiu o suficiente para se avançar?

Dr. F.G. - Nos cursos de Medicina, essas situações são ignoradas, os médicos sem das faculdades com a finalidade de curar, e quando isso não é possível a morte é entendida como uma espécie de fracasso.

«TM» - Defende no seu livro que a maioria das dores oncológicas pode ser tratada e minorada. Como é que isso se concretiza na prática diária?

Dr. F.G. - Pois o drama é esse. Há respostas, a Medicina tem capacidade para resolver o problema ou, pelo menos, para o minimizar enquanto não o consegue resolver completamente e, no entanto, a realidade

deixando para trás o recurso a técnicas mais invasivas. Hoje há métodos mais simples e eficazes.

«TM» - Mesmo na ausência de algo radicalmente novo, a evolução da farmacologia permite dar uma resposta eficaz?

Dr. F.G. - Se aquilo que já temos fosse aplicado, resolveria, seguramente, 80% dos casos de dor crónica. Os meios existem... As técnicas mais invasivas ficariam reservadas a um pequeno grupo que não responde aos fármacos.

«TM» - No seu livro também faz referência à abordagem da dor de difícil controlo; será aquela para a qual ainda não há resposta capaz?

Dr. F.G. - Este é um conceito

conceito é relativo, depende sempre da abordagem.

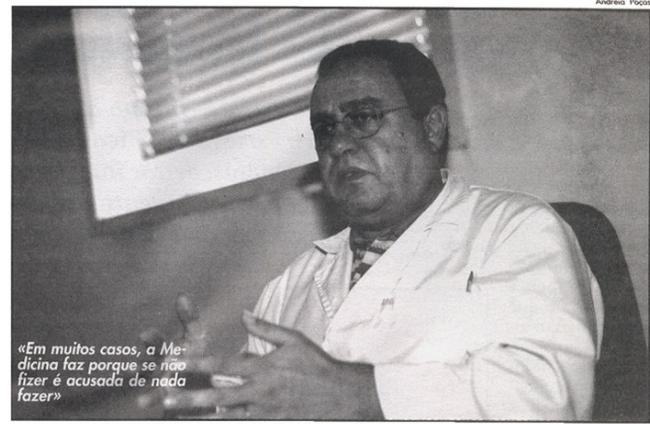
Meios inadequados

«TM» - Neste seu manual abordou questões muito concretas, situações que não são muito frequentes, não muito faladas neste contexto, como, por exemplo, os sintomas respiratórios.

Dr. F.G. - Não se fala muito nisso porque o foco de atenção tem sido a dor quase exclusivamente, mas como já disse há muitos outros sintomas que são importantes. Por exemplo, a dispneia é uma situação que causa grande desconforto ao doente, e embora seja menos frequente que a dor, trata-se de uma situação complicada que exige uma resposta. E aí a morfina e os opióides também podem ajudar.

«TM» - Até que ponto intervir e quando não o fazer. Esta parece ser também uma questão que o preocupa...

Dr. F.G. - Em muitos casos, a Medicina faz porque se não fizer é acusada de nada fazer. Ou seja, há a convicção de que é sempre melhor fazer qualquer coisa do que não fazer coisa nenhuma. Por exemplo, quando um destes doentes chega a um serviço de Urgência, automaticamente alguém lhe põe um soro, é um acto que pode não ir resolver nada, mas é uma acção. O problema dos profissionais de saúde e o de não fazerem nada, mesmo quando não há nada a fazer, quando os doentes necessitam apenas de acompanhamento, de disponibilidade. É importante que se defina sempre para cada doente qual é o objectivo da intervenção, se for curar e se houver essa possibilidade, o médico tem de ser agressivo e os tratamentos às vezes põem em causa a própria vida do doente (como a leucemia aguda), mas a finalidade é realista; quando não é assim, o que temos a fazer é cuidar do bem-estar, interessa a qua-



«Em muitos casos, a Medicina faz porque se não fizer é acusada de nada fazer»

lidade de vida, não a quantidade. E se formos capazes de definir isso, não temos dúvidas e não estamos a empregar meios curativos num doente que não se pode curar, nem, por outro lado, obviamente errado, a empregar meios inadequados num doente que pode ser curado.

«TM» - Quer dizer que isso, hoje, ainda acontece?

Dr. F.G. - Sim, mas mais nos cuidados paliativos, não relativamente aos doentes que podem ser curados, porque essa é a vocação da Medicina, é para isso que os médicos são treinados e aí penso que as coisas correm melhor. Quanto aos outros doentes, são tratados como os mesmos meios como se a situação fosse curável, ou então diz-se que não há mais nada a fazer.

«TM» - No final do seu livro, escreve sobre os «últimos dias» para criticar um tipo de actuação que, naquele momento, não faz sentido, simplesmente violenta o doente.

Dr. F.G. - É uma violência para o

doente o que muitas vezes se passa nesta fase, quando alguns fármacos e técnicas já não acrescentam nada, pelo contrário, não servem de maneira nenhuma os interesses do doente. Infelizmente, isso ainda acontece muito frequentemente.

«TM» - É falta de preparação dos profissionais ou é o tal fazer alguma coisa em vez de não fazer nada?

Dr. F.G. - Nos últimos dias de vida, tudo o desnecessário deverá ser suspenso, apenas aquilo que faz diferença no imediato deve ser mantido. Há quem continue a administrar vitaminas, ferro, o que não faz sentido algum. Aí a Medicina tem que reconhecer que o seu objectivo é outro, não pode pensar que é impotente em relação a essas situações - porque esse é o paradigma do curativo mas tem, sim, que incorporar a palição para que não se diga, perante um doente, que não há nada a fazer. Porque há sempre alguma coisa que se pode fazer no sentido da palição, na

maioria das vezes basta estar presente. Isso é importante, e por isso os cuidados paliativos continuam a fazer sentido e há médicos especialistas a recorrer à formação.

«TM» - Como foi o seu caso?

Dr. F.G. - Estive em Inglaterra, Espanha, Suíça, Itália. Antes de começar a unidade, foi condição prévia ter oportunidade de fazer formação, de conhecer várias maneiras de aplicação da filosofia e das técnicas dos cuidados paliativos. Era importante porque a nossa realidade aqui é diferente e o que se fez não foi cópia de nada, mas sim uma adaptação.

«TM» - E em relação ao que se faz lá fora, como é que nos posicionamos?

Dr. F.G. - É semelhante, só que nós fazemos muito limitadamente. Depende dos países, o Reino Unido, por exemplo, é pioneiro nesta matéria, nenhum serviço de Oncologia é certificado sem ter especialistas de cuidados paliativos. Em Espanha, estes cuidados também estão muito desenvolvidos, com uma cobertura ao nível nacional, a Alemanha está rapidamente a aumentar a sua capacidade de atendimento, depois há lacunas relativamente a outros países.

Paula Pinto de Carvalho

«Quando os médicos e enfermeiros vêm aos cursos de formação, pedimos para escreverem as primeiras cinco palavras que lhes vêm a cabeça, associadas ao cancro. Sempre nessas cinco primeiras palavras surge a palavra dor e, na maior parte dos casos, é a primeira»

é que muitas pessoas continuam a sofrer injustificadamente, é chocante!

«TM» - Em termos farmacológicos, como é que se tem avançado?

Dr. F.G. - Sobre a farmacologia da dor os princípios básicos já são conhecidos há muitos anos, a OMS apontou o caminho que tem sido seguido até hoje desde 1986. Foi estabelecido o método a usar recorrendo a fármacos relativamente baratos. O que tem vindo a acontecer é o aperfeiçoamento, a alteração de alguns fármacos; relativamente aos opióides surgem outras formas de aplicação, por via transdérmica, por exemplo,

relativo, pois quem dominar as técnicas, os fármacos, terá esses casos de dor de difícil controlo mais reduzidos, mas há casos de dor que não respondem tão bem ao tratamento farmacológico, aos analgésicos primários, e precisam de outros fármacos que são os adjuvantes. As vezes, para se conseguir esse controlo é preciso ir usando uns, usando outros, subindo na escala analgésica. Por exemplo, as dores neuropáticas são relativamente mais difíceis de controlar que as outras, pelo menos em alguns casos é preciso usar doses mais altas, adjuvantes para se conseguir esse controlo. Mas esse

«Estes fármacos (opióides) devem usar-se quando necessário e não, necessariamente, numa fase terminal»