

III Congresso Português de Psico-Oncologia

Como cuidar quando não há cura

«Modos de cuidar quando não há cura» foi o tema de uma mesa-redonda incluída no III Congresso Português de Psico-Oncologia, - que decorreu recentemente, em Coimbra.

A multidisciplinaridade e a humanização nos cuidados continuados ao doente terminal foram aspectos sublinhados pelos conferencistas

É necessário abrir mais canais de comunicação entre as diversas especialidades médicas e passar a multidisciplinaridade à prática», alertou a Dr.ª Teresa Tomé. A moderar a mesa-redonda, esta especialista em Medicina Geral e Familiar defendeu que nas doenças malignas «os profissionais devem, além de tratar, abrir o coração. No fundo, saber fazer, mas também saber sentir e saber compreender».

Na opinião desta médica, «diminuir a angústia psicossocial, diminuir a solidão na doença e aumentar a auto-estima, apoiara família e lidar com estratégias de coping» devem ser algumas das prioridades destes cuidados. Abordando os «Cuidados continuados nas unidades oncológicas», a Dr.ª Margarida Ferreira, médica no Centro Regional de Lisboa do Instituto Português de Oncologia, esclareceu que todos os cuidados devem ser continuados quando se fala em doença oncológica. Por outro lado, «a noção de cuidados continuados não deve ser confundida com a de cuidados paliativos, em contraposição aos curativos».

Introduzindo um tema que considerou «polémico», a especialista disse que «o cancro é a mais curável de todas as doenças crónicas» e explicou que «uma cirurgia pode curar um sarcoma de baixo grau, da mesma forma que um carcinoma da faringe numa fase relativamente precoce é curável pela radioterapia». O problema é que o acompanhamento do doente não pode terminar nestes procedimentos, «nunca podemos prometer a cura a um doente», acrescentou.

A Dr.ª Margarida Ferreira considerou que os oncologistas estão numa posição que lhes

permite gerir todos os cuidados continuados - efectuados por uma equipa multidisciplinar - que é necessário dar a um doente destes, «porque as consequências do tratamento inicial necessitam, elas próprias, de tratamento». A cirurgia, exemplificou, «é uma mutilação e as mulheres com cancro da mama sentem-se diminuídas na sua imagem; a quimioterapia tem toxicidades agudas que necessitam de ser prevenidas (náuseas, vômitos, inflamações das mucosas da boca, queda de cabelo)».

De acordo com a Dr.ª Margarida Ferreira, «a terapêutica de suporte a um doente oncológico inclui radioterapia e quimioterapia, suporte nutricional, controlo da dor e da ansiedade, além de todo o apoio psicológico». E tudo isto só se consegue com uma multidisciplinaridade, «que a Oncologia Médica está posicionada para orquestrar, mas à qual são chamados a intervir todos os outros serviços em perfeita igualdade de circunstâncias». Cirurgiões, gastroenterologistas, pneumologistas, nutricionistas, especialistas de radioterapia e de quimioterapia, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais são importantes na manutenção do bem-estar do doente. Esta equipa deve, no entender da Dr.ª Margarida Ferreira, estar reunida num centro oncológico, mas mantendo um constante contacto com os médicos de família e com os outros hospitais. Só assim podemos cuidar bem e continuamente dos nossos doentes», terminou.

Vida com qualidade

O Dr. Ferraz Gonçalves, Presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, recordou uma publicação

da Organização Mundial de Saúde alertando para que «durante muito tempo não dispomos de medidas realmente eficazes de prevenção, diagnóstico ou cura para o cancro e, assim, os cuidados activos de suporte serão a melhor solução - ao mesmo tempo humana e realista - para os nossos doentes».

Segundo o médico que fundou a Unidade de Cuidados Paliativos do IPO do Porto, «os cuidados paliativos podem ser definidos como o conjunto de cuidados médicos prestados ao doente com doença progressiva e avançada, sendo a ênfase colocada na qualidade e não na duração da vida, já que os indivíduos têm um prognóstico de vida limitada». No entanto, «ao contrário do que se diz ou pensa, os cuidados paliativos não são praticados por um grupo de pessoas simpáticas e caritativas que têm compaixão por estes doentes e que se encarregam de os tratar», frisou. É também necessário que os profissionais tenham formação para actuar sobre os sintomas e as necessidades desses doentes, notou.

«O que importa é a qualidade de vida e não a sua duração. Consideramos que a morte é um processo natural contra o qual, em certas condições, não vale a pena lutar, e as tentativas de o fazer causam, por vezes, mais sofrimento ao doente do que a própria doença», declarou o Dr. Ferraz Gonçalves. Por outro lado, encurtar a vida - suicídio assistido ou eutanásia - não é um método dos cuidados paliativos, ressaltou.

Para a equipa de cuidados paliativos «é importante a vida que resta viver: ajudar os doentes a viver, com o um dia-a-dia activo, dentro das suas limitações», destacou o especialista.

O médico referiu ainda que os cuidados paliativos são aplicados a outras doenças que não o cancro - sempre que o tratamento deixa de ser eficaz contra uma doença - e defendeu que se os mesmos fossem integrados logo no início os benefícios seriam notáveis. Segundo a explicação do Dr. Ferraz Gonçalves, «os cuidados paliativos assumiriam, neste esquema, um papel mais importante à medida que diminuísse a potência do tratamento».

Quanto à actividade da unidade de cuidados paliativos que coordena, o Dr. Ferraz Gonçalves lamentou que a assistência domiciliária se resumia à área do Grande Porto.

«Há doentes que são de longe, porque a área de influência alarga-se à zona Norte do País, e isso causa-nos dificuldades em dar alta aos que continuam a necessitar de apoio frequente».

Articulação de serviços

À Dr.ª Isabel Neto, Coordenadora da equipa de cuidados continuados do Centro de Saúde de Odivelas, coube falar da «Articulação hospital, centro de saúde e comunidade».

Na opinião da médica, esta «articulação entre os diversos níveis de cuidados - todos eles diferenciados na sua área, frisou - só pode existir se o trabalho de cada unidade assentem em pressupostos comuns e, muitas vezes, é por falta deles que as coisas falham».

Da sua prática diária de cuidados continuados - assistência a pessoas com dependência - em ambiente domiciliário, a médica referiu que mais de 50% dos doentes estão em cuidados paliativos.



Dr.ª Isabel Neto: «Os cuidados paliativos não são os cuidados do "já não há nada a fazer", mas sim cuidados activos, que pretendem ser uma resposta ao sofrimento»

No entanto, tal como o Dr. Ferraz Gonçalves, a Dr.ª Isabel Neto acentuou que «os cuidados paliativos não são os cuidados do "já não há nada a fazer", mas sim cuidados activos, que pretendem ser uma resposta ao sofrimento e que não devem estar remetidos apenas para as fases finais das doenças incuráveis (oncológicas e não oncológicas)».

«Os cuidados paliativos não se destinam apenas aos cuidados na agonia, não se antagonizam com os cuidados curativos e seria extremamente vantajoso que doentes em tratamento com intenção curativa pudessem beneficiar de práticas paliativas, aplicadas no sentido de maximizar o seu conforto», acrescentou. E isto porque, no entender da médica, o doente e a sua família como objectivo da actuação devia ser «a máxima de todas as equipas». Quando «eles estiverem no centro das nossas decisões, muito sofrimento será evitado», referiu, notando ser este um dos pressupostos que todas as instituições de saúde devem partilhar.

Concordando que «não é possível oferecer bons cuidados paliativos sem controlar sintomas», a Dr.ª Isabel Neto considerou que os doentes precisam de atenção, conforto, sensibilidade. No fundo, «falamos da humanização dos cuidados, que não deve ser apanágio dos cuidados paliativos».

Para a especialista em Medicina Geral e Familiar, os doentes em cuidados paliativos «não são

pertença de nenhum nível de cuidados e devem ter garantida a fluidez na transição entre os diferentes recursos de saúde». Sendo desejável a oferta de cuidados em todas as áreas, a médica reparou que, no âmbito dos cuidados primários, esse desígnio é ainda difícil de cumprir, uma vez que, além de nem sempre existirem unidades de internamento alternativas (para cuidados prolongados ou reabilitação), o serviço domiciliário não funciona 24 horas por dia, sendo que as necessidades destes doentes não se compadecem com horários. «O hospital de doentes agudos é, neste momento, o sector mais privilegiado para prestar estes cuidados, mas a hospitalização, na minha opinião, não é garantia de oferta de cuidados de melhor qualidade», acrescentou.

Por último, a Dr.ª Isabel Neto destacou o pressuposto da interdisciplinaridade, garantia de complementaridade e de trabalho em equipa, onde não se somem os aportes de cada um sem qualquer tipo de conexão, mas se usem esses mesmos aportes para contribuir para a qualidade de vida da pessoa.

«Aquilo que é importante é que cada um de nós garanta o seu contributo. E que a ausência de contributo das outras partes não seja a justificação da nossa ausência de contributo», concluiu.

Cristina Rodrigues