



BOLETIM

Nº 2 e 3 - Verão / Outono 1996

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

EDITORIAL

Desde a publicação do Boletim nº 1, registaram-se alguns desenvolvimentos importantes nos cuidados paliativos em Portugal.

Um deles, foi a inauguração das instalações definitivas da Unidade de Cuidados Continuados do Centro do Porto do Instituto Português de Oncologia (IPO), em 25 de Maio, pela Ministra da Saúde. Criaram-se assim as condições indispensáveis para o desenvolvimento da Unidade e dos cuidados paliativos em geral.

Outro facto importante foi a realização do I Simposium da ANCP, em 14 e 15 de Junho, no Auditório do IPO - Porto. O simpósio registou uma assistência razoável e teve um nível excelente, como seria de esperar pela qualidade dos conferencistas.

Esta iniciativa da ANCP teve como objectivo fazer a apresentação pública da Associação. Achámos que o melhor modo de o fazer seria a discussão de alguns dos temas mais importantes em cuidados paliativos, promovido por palestras proferidas por pessoas com larga experiência provenientes de centros de prestígio. Havia também que dar a conhecer a realidade portuguesa: a origem da Unidade de Cuidados Continuados (UCC) do IPO - Porto, o papel da Liga Portuguesa Contra o Cancro, o papel do IPO e dados sobre a actividade desenvolvida na UCC. Falou-se também do logotipo da ANCP e do seu processo de criação.

Este número do Boletim será inteiramente dedicado ao simpósio. Publicam-se os resumos das palestras nele proferidas. Contudo, por falta de espaço algumas serão publicadas no próximo número.

Dr Ferraz Gonçalves
Presidente da ANCP

A ACTUALIDADE DA MEDICINA PALIATIVA

Os problemas relacionados com os doentes que sofrem de doença incurável são muito importantes e a sua abordagem complexa. Considerados numa perspectiva quase sempre redutora de doentes terminais, apenas poderiam esperar duas atitudes: ou o abandono ou a solidariedade de pessoas piedosas que, a título individual ou de forma organizada, em instituições vocacionadas para esse fim, procuravam reconfortar estes doentes, ajudando-os a suportar o sofrimento e a aceitar a fatalidade do resto da vida com as suas incertezas, temores e desconfortos inevitáveis.

Com os avanços da Medicina que, triunfalmente, levaram à cura de muitas doenças e doentes até há pouco tempo considerados incuráveis, seria de esperar que a situação se modificasse. No entanto, tal não aconteceu. Os doentes incuráveis continuavam a não ser compreendidos, a serem remetidos para um plano secundário, em suma, a serem marginalizados. E assim, nos países menos evoluídos, com longas listas de espera e falta de camas, estes doentes eram vítimas de atitudes de rejeição por parte do hospital que os tratava que, simplesmente, procurava dar-lhes alta para poder acudir aos doentes curáveis ou, então, eram rejeitados pela família que, entendendo não ter condições para manter o doente em casa em fase terminal, os procurava manter internados quando não os abandonava no átrio do hospital num jogo em que ninguém desejava assumir as suas responsabilidades perante os doentes nesta fase.

Os avanços de algumas tecnologias médicas levavam, por vezes, a um predomínio da vertente técnica sobre a vertente humana dos profissionais de saúde, nomeadamente dos médicos, interferindo na evolução da fase terminal da vida com práticas de reanimação e intensivismo inteiramente desproporcionadas à situação clínica, numa perda de perspectiva total sobre os benefícios daí resultantes para o doente.

Talvez esta recusa em assumir a oportunidade de um outro tipo de abordagem no doente em fase terminal, preferindo um encarniçamento terapêutico sem objectivos lúcidos, pudesse ser o reflexo de uma frustração de quem foi instruído e treinado para curar doentes, sem o conseguir em alguns casos, ou o preconceito de que a Medicina Paliativa não tinha

projeção científica e era, portanto, uma actividade menor.

A par do avanço tecnológico da medicina tem havido um avanço paralelo no que respeita aos direitos (e deveres) dos doentes e foi-se entendendo que estes direitos resultam de princípios éticos muito importantes que têm que ser postos em destaque na actividade médica, modulando-a de modo a poder responder não só às questões da doença mas, e sobretudo, do doente como pessoa humana complexa, na sua individualidade e na sua relação com a família e com a sociedade.

Daí que a sensibilidade quanto a estes problemas tenha vindo a despertar não só entre os profissionais de saúde mas também na Comunidade levando a que cidadãos organizados em instituições voluntárias, em colaboração com os profissionais e as autoridades da saúde, tenham procurado dar resposta a estes importantíssimos problemas de um modo abrangente envolvendo não só os conhecimentos científicos mas também as competências complementares de outros profissionais e voluntários, capazes de constituírem uma equipa e de

permitir prestar ao doente incurável o apoio necessário em todas as suas vertentes: o apoio físico, espiritual, social, intelectual, envolvendo não só as suas relações mais íntimas e estáveis (família, vizinhos, amigos) mas também o médico, a enfermeira, a assistente social, a fisiatra, a voluntária, o assistente religioso, o psicólogo e, por vezes o psiquiatra.

Repensar os cuidados continuados (preferimos chamar-lhes assim) em termos de equipa, sua constituição e preparação, de estrutura física: Unidade de Cuidados Continuados, com Internamento, Centro de Dia e Assistência Domiciliária, foi tarefa que o Núcleo Regional da Liga Portuguesa Contra o Cancro assumiu, numa perspectiva que sempre modulou a actividade da Instituição, isto é, numa colaboração altamente profícua com o Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil que tem traduzido, de maneira modelar, a simbiose que existe e se pretende aperfeiçoar, entre uma instituição estatal (o IPOFG) e uma associação privada de utilidade pública, proveniente da Comunidade (Liga Portuguesa Contra

o Cancro).

A abertura recente da Unidade de Cuidados Continuados para doentes com cancro incontrolável, pioneira em Portugal, é motivo de orgulho para todos nós que, no Norte, tanto nos empenhamos numa manifestação de solidariedade que felizmente, é natural entre nós.

A Unidade e a Equipa que a faz funcionar aí estão para tratar, apoiar, ensinar (com cursos e estágios) outros profissionais de saúde que queiram estar aptos, pelo país fora, a atender doentes nesta fase, quer nos seus domicílios, quer nas Unidades de Saúde com internamento mais próximas.

Com o impulso da Liga e do IPOFG e a dedicação de muitos profissionais e voluntários, a Medicina Paliativa adquiriu, também entre nós, o lugar e o prestígio que já havia conseguido noutros países.

*Dr. José Cardoso da Silva
Presidente da Liga Portuguesa Contra
o Cancro - N. R. Norte*

O PAPEL DO IPO - PORTO

Tenho estado a ouvir a história da criação da Unidade de Cuidados Paliativos no Instituto Português de Oncologia. Penso que devo falar um pouco da pré-história pois, ao fim e ao cabo, nada pode existir sem ter havido, previamente, um abrir de caminho, teimosias e vontades ainda a definirem-se, toda uma preparação de terreno que acaba, perante a obra realizada, por ser esquecida.

Embora não seja meu hábito valorizar o meu trabalho ou a minha influência, considero que fui, no que se refere aos cuidados específicos da enfermagem a doentes terminais praticados em ambiente adequado e com uma filosofia própria, uma voz a clamar no deserto durante muito tempo.

Praticamente desde o seu incio, tive contacto com os chamados "hospícios" em Inglaterra e mais tarde nos Estados Unidos. Por formação ou por personalidade, estive sempre em consonância

com a sua lógica, a clareza dos seus objectivos, a humanidade transparente que refletiam.

Os enfermeiros mais antigos do IPO podem testemunhar que não havia aula ou actividade de enfermagem em que eu participasse, em que não fosse referida a importância de uma enfermagem diferente ou de uma maneira diferente de encarar a fase final da vida. Por causa disso fui muitas vezes chamada de idealista e de teórica.

Havia objecções:

- como aceitaríamos os doentes serem tratados em instituições para cuidados terminais?

- e a família? Como explicar à famí-

lia?

- e o próprio pessoal? Como suportar a presença contínua da morte, a perda constante dos doentes?

Havia dúvidas:

- a cultura portuguesa seria capaz de aceitar este conceito?

- quem, profissionalmente, queria fazer este trabalho?

- quem iria convencer a tutela? E os médicos?

Lembro-me de, numa altura em que alguns médicos do IPO começaram, teoricamente, a achar a ideia interessante, o Dr. Cardoso me dizer:

- Vai ter de pensar em freiras porque os enfermeiros não vão querer trabalhar nessas instituições.

Lembro-me do Dr. Guimarães a dizer-me:

- Enfermeiros, acho que sim, mas onde é que vai conseguir médicos que façam uma opção dessas?

No entanto, sem o Dr. Guimarães e o Dr. Cardoso da Silva (independentemente de todos os outros) esta unidade de cuidados continuados não existiria.

Afastando linearmente a hipótese do Dr. Cardoso e deixando para o futuro as dúvidas do Dr. Guimarães, o reduzido núcleo que entretanto se formara entre os enfermeiros começou a trabalhar.

Fizeram-se cursos. Médicos e enfermeiros vieram de Inglaterra (o país iniciador deste movimento) e em 1987 tivemos o 1º curso sobre a enfermagem em cuidados paliativos. O programa não foi muito diferente dos actuais:

- filosofia dos cuidados paliativos;

- controlo de sintomas - com grande relevância para o sintoma dor;

- necessidades físicas e psicológicas dos doentes e família;

- o luto e o acompanhamento familiar;

- os centros de dia;

- a visitação domiciliária;

- a equipa multidisciplinar.

Após esta 1ª fase e gradualmente, as pessoas mais significativas na definição dos objectivos do Instituto assumiram o interesse numa fundação neste género.

Com o apoio da Liga, os enfermeiros que manifestaram interesse pelos cuidados paliativos tiveram oportunidade de fazer visitas, estágios e cursos em países que se adiantaram a nós na aplicação destes conceitos: Inglaterra, Espanha, Suíça e Itália.

O IPO, ao realizar os seus cursos de Enfermagem Oncológica, com os apoios da Europa Comunitária e da Associação Europeia de Enfermagem Oncológica, organizou módulos de ensino teórico e prático em enfermagem a doentes paliativos.

Um dos nossos enfermeiros, trabalhou na Suíça numa experiência, que para ele foi muito gratificante, com este tipo de doentes. O seu regresso veio dar uma nova dinâmica ao nosso movimento. A prática vinha dar razão à teoria.

Tínhamos uma equipa de enfermeiros preparados ainda antes do edifício construído para Unidade de Cuidados Continuados, estar concluído.

Assim, tendo por um lado a preparação de um médico e enfermeiros, e por outro o envolvimento e a concretização que a Liga prestou ao projecto, estamos agora perante uma realidade que, há 15 anos, era simplesmente considerada

impossível de existir em Portugal.

A semente foi lançada e muitos a cuidaram para que nascesse. Mas o cuidar traz novas preocupações e responsabilidades.

Outros enfermeiros, que não eu, estão agora a transmitir a atitude de cuidar destes doentes. Porque é a atitude que é importante, mais do que o local ou a metodologia.

Outros enfermeiros terão de ser intransigentes fazendo cumprir o objectivo principal: - que o doente e família se sintam acompanhados, confiantes, livres do sofrimento físico, e apoiados no sofrimento psíquico inevitável.

Penso por vezes que este caminhar para uma entropia total é como que um regresso às origens. E o regresso às origens, seja qual for a vida vivida, é com certeza telúrico. Esta é a falha que eu aponto neste projecto do IPO - o doente está isolado da terra, do céu das plantas, do ciclo normal e calmo da vida e da morte.

Era esta mensagem que eu gostaria de deixar aos enfermeiros: Tentarem conquistar um espaço maior e mais humano para o doente, agora que conquistaram o privilégio de estar com ele até ao fim.

O IPO e a Liga Portuguesa Contra o Cancro do Norte deram-nos os meios. O resto é convosco: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, voluntários, religiosos, auxiliares - que tenham tanta satisfação no vosso trabalho como eu tenho por ter feito parte dele.

Enf Zenáida Sobral

Enf Directora do IPO - Porto



O LOGOTIPO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

Este logotipo foi escolhido pelo staff da Unidade de Cuidados Continuados em votação sigilosa, e por conter os elementos que mais traduzem a filosofia da Associação Nacional de Cuidados Paliativos.

Podemos interpretar os diversos elementos deste logotipo da seguinte forma: as ondas e a água transmitem tranquilidade, transparência e relaxamento, podem também representar a própria vida, o conhecimento e respeito pelo seu processo natural, sendo a base fundamental de todo o trabalho a desenvolver; a lua é a luz que rompe da escuridão a serenidade e a paz; o triângulo representa o equilíbrio. A triangulação que pode ter um carácter ecológico, científico, em suma de relação, mas sempre abrangente e nunca estático como pretende a filosofia em que assenta a Associação Nacional de Cuidados Paliativos.

Enf. Maria da Conceição Pereira

CUIDADOS PALIATIVOS NO IPO - PORTO: EXPERIÊNCIA ANTERIOR

O IPO-Porto, vem desenvolvendo há algum tempo o processo de criação de uma Unidade de Cuidados Paliativos:

- formação da equipa de enfermagem iniciada em Abril de 1993;
- abertura a 07/07/94 de um serviço com 25 camas - inicialmente previsto para Radioterapia (RT) -50% e Cuidados Paliativos (CP) -50% - tendo a RT crescido em detrimento dos CP (processo de formação da equipa);
- abertura de 5 camas de CP a 17/10/94, no serviço de RT;
- abertura a 25/05/96 da unidade construída para o efeito pelo Núcleo Norte da Liga Portuguesa Contra o Cancro.

A abertura desta unidade, revelou alguns aspectos positivos, sendo o mais relevante a possibilidade de exercer CP e o conseqüente reconhecimento da sua necessidade e importância para a promoção do conforto e do bem estar dos doentes com cancro avançado. Permitiu ainda validar e experimentar conhecimentos já muito divulgados no resto do mundo relativos ao controlo dos sintomas, do sofrimento, da integração da família, da utilização de vias de administração de medicamentos menos agressivas e

limitantes (oral e sub-cutânea), utilização criteriosa de opiáceos, etc.

As dificuldades relacionam-se com:

- o espaço físico e condições arquitectónicas dificultando a presença e o acompanhamento da família;
- número de camas insuficiente para as solicitações;
- integração da equipa na filosofia dos CP;
- coexistência de duas filosofias de cuidados (mesmo espaço e equipa com objectivos e atitudes terapêuticas diferentes);
- informação, que o doente possui, insuficiente e desajustada.

Concluimos da nossa experiência que as unidades integradas noutros serviços são um modelo possível e viável havendo benefícios mútuos dessa coabitação. A filosofia dos CP, não é incompatível com os serviços de objectivos curativos, beneficiando estes em HUMANIZAÇÃO. Este modelo poderá ser adoptado de forma transitória ou definitiva, na perspectiva de novas instalações ou da melhoria das condições existentes.

Todas as desvantagens deste modelo de unidade são ultrapassadas pela possibilidade de exercer CP.

Enf. José Carlos Pimentel

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS IPO - PORTO: RESUMO DA ACTIVIDADE

O IPO-Porto, desenvolveu durante algum tempo o processo de criação da sua Unidade de Cuidados Paliativos, originando a sua abertura a 17/10/94.

Inicialmente com uma pequena Unidade com cinco camas, em coabitação com o serviço de Radioterapia, e desde 25/5/96 a funcionar em edifício próprio construído pela Liga Portuguesa Contra o Cancro-Núcleo Regional do Norte.

Da experiência de ano e meio de actividade, enquanto integrado noutro serviço e após a análise do processo clínico dos doentes, nomeadamente da folha de terapêutica, diário clínico e notas de enfermagem incluindo a folha de avaliação de sintomas criada

para o efeito, obtivemos os seguintes resultados:

- Foram efectuados 135 internamentos, o que corresponde a 114 doentes internados, tendo 21 destes sido readmitidos mais que uma vez.
- O sexo feminino é predominante.
- A faixa etária mais comum é superior a 40 anos.
- Grande parte dos doentes provêm das Clínicas Oncológicas do IPO-Porto (cirurgia e medicina), havendo também do Serviço de Assistência Domiciliária um considerável número de doentes admitidos.
- Os sintomas mais frequentes nos doentes internados foram: dor (78%), astenia (62%), xerostomia

(58%) e dispneia (38%).

- A terapêutica farmacológica mais usada foi a morfina, antibióticos, ansiolíticos, laxantes, corticoides e analgésicos de acção periférica entre outros.
- A média relativamente ao tempo de internamento é de 20,8 dias sendo a amplitude de 1 a 121 dias.
- O tempo de internamento em cerca de metade dos doentes (47%), situa-se entre 1 e 10 dias.
- A família teve a possibilidade de beneficiar de períodos de visita e presença alargados, de acordo com o estado do doente, disponibilidade de espaço e condições de privacidade do serviço.

Enf Margarida Isabel Freitas

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS: PROTOCOLOS EM CURSO

Os protocolos da Unidade de Cuidados Continuados foram elaborados devido à necessidade da equipa de: uniformizar a sua actuação; facilitar a sua prospecção e retrospectiva; responder a dúvidas concretas; melhorar a eficácia no controlo do sistema; melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Os protocolos em curso são os seguintes:

- Úlceras de Pressão. Estabelecido para facilitar a prevenção e tratamento de úlceras de pressão, de forma a que a actuação de toda a equipa seja o mais uniforme possível. A prevenção de UP é estabelecida a partir da observação do doente relativamente a: mobilidade, edema, hidratação da pele e controlo esfinteriano; classificando-se assim cada factor de risco de acordo com tabela pré-definida.
- Primeiras 48 Horas. Pretende-se com este protocolo levan-

tar os problemas relevantes do doente, de uma forma sistematizada, visando o controlo dos sintomas nesse espaço de tempo. Neste momento, este é um estudo global, não específico e prospectivo.

- Últimas 48 Horas de Vida. É um protocolo retrospectivo e tem como objectivos a avaliação de: circunstâncias da morte como o estado de consciência, dor, dispneia, hemorragia, etc.; eficácia do tratamento sintomático; repercussões da Unidade de Cuidados Continuados no doente /família/ comunidade. Pretende-se assim mensurar a eficácia e qualidade dos cuidados de acompanhamento prestados.

- Medicação Sub-cutânea. Tem como fim último avaliar: a preferência do doente pelo local de punção; a dor ao punccionar; reacções locais; interferências com as actividades de vida diária; facilidade da administração terapêutica.

- Perfusões Sub-cutâneas Contínuas. Surge com a necessidade de confirmar a impressão da equipa de que a perfusão sub-cutânea contínua aumenta o risco de infecções locais. Está já elaborado um registo que se espera vir responder a dúvidas concretas, tais como: o risco de infecção está relacionado com/ o tipo de doente?/ o local de punção?/ os fármacos administrados?/ o nº de manipulações?/ o volume injectado?

- Morfina na Dispneia. Pensa-se que por esta via a morfina tem uma acção local (a nível pulmonar), destinando-se fundamentalmente a reduzir a dispneia. Apesar da sua absorção ser feita a nível sistémico, existem vantagens em se usar esta via. Considera-se oportuna a sua avaliação formal, dada a incerteza quanto à eficácia desta forma de administração de morfina.

Com todos estes protocolos, procuramos dar resposta a problemas concretos com que nos deparamos, e validar conhecimentos para a nossa prática.

Enf Ana Barros

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS:

PERSPECTIVAS FUTURAS

Como é evidente, a Unidade de Cuidados Continuados (UCC) assume-se como pioneira na área dos Cuidados Paliativos em Portugal. Sendo assim, e fazendo juízo às suas dimensões físicas e responsabilidades acrescidas, estabeleceram-se três grandes áreas de actuação: Assistencial, Ensino e Investigação.

A área Assistencial integra quatro pontos fundamentais que constituirão o núcleo prioritário desta Unidade:

a) Internamento - actualmente com 5 camas, alargar-se-á até à lotação máxima de 40 camas, obedecendo a um conjunto de critérios de admissão, com vista a evitar a degradação e o desvirtuamento das finalidades de uma Unidade deste género.

b) Centro de Dia - pretende proporcionar actividades e contactos dife-

rentes aos doentes e repouso às famílias. Funcionará 5 dias por semana, na sua capacidade máxima, e cada doente visitará o Centro um a dois dias por semana.

c) Consultas - destinam-se ao controlo de sintomas de doentes internados noutros serviços do Instituto Português de Oncologia (Consulta Interna) e ao acompanhamento de doentes da UCC em regime ambulatorio (Consulta Externa).

d) Assistência Domiciliária - ainda na dependência do serviço de Medicina Comunitária, será integrada na Unidade, sendo a formação e coordenação de Equipas Multidisciplinares um dos maiores desafios com que nos deparamos.

As actividades relacionadas com o

Ensino têm como objectivo a promoção e divulgação dos Cuidados Paliativos, através de estágios (para médicos, enfermeiros, voluntários, psicólogos, ...), cursos multidisciplinares, participação em congressos e organização de reuniões temáticas.

No campo da Investigação a nossa actuação será dirigida, sobretudo, ao controlo de sintomas (embora se possam considerar outros aspectos importantes), desenvolvendo protocolos de estudo próprios e em colaboração com Instituições similares.

O alargamento das actividades da UCC será progressivo por estar intrinsecamente ligado à necessidade de admissão de mais pessoal com experiência, de modo a não comprometer o seu bom funcionamento.

Enf Alexandra Silva

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALITIVOS

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA

R. Dr António Bernardino de Almeida
4200 Porto
Tel. (02) 550 20 11 - Fax. (02) 526 489

O PASSADO, O PRESENTE E O FUTURO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Resumo da palestra do Dr. Anthony Smith:

O Dr. Anthony Smith trouxe-nos o seu testemunho sobre o passado, o presente e o futuro dos Cuidados Paliativos.

Os Cuidados Paliativos lidam com a doença terminal.

Quando Cecily Saunders começou a cuidar de doentes em casas de repouso e nos hospitais ela via doentes a morrer com dor e em sofrimento. Numa das casas de repouso por onde passou era habitual darem morfina para aliviar a dor e dessa forma ela constatou que se promovia a qualidade de vida. Então procurou mostrar e ensinar a importância da qualidade de vida para as pessoas que estavam a morrer com cancro avançado.

Como poderia fazer isso?

Percebeu que seria necessário ter uma instituição própria, onde o tradicional afecto que as pessoas recebem no seio da família, continuasse a ser dado aos doentes; onde haveria enfermeiras da comunidade; e os médicos seriam preparados para aliviar a dor, tornando os doentes pessoas verdadeiramente livres.

Se olharmos com atenção para um doente com dor ou outros sintomas, podemos observar no seu rosto, que tem dor, medo, ansiedade, angústia etc.

Se conseguirmos aliviar essa dor tornaremos o doente livre para desfrutar da sua qualidade de vida; para se interessar em ter alguma actividade (ler, pintar, desenhar, ver T. V. etc.). Livre também para estar mais disponível para aqueles que o rodeiam e gozar a companhia da família. Estará assim mais preparado para uma morte calma e em paz.

A Dra Saunders conseguiu transmitir aos que trabalhavam com ela que o controlo da dor é basicamente simples e indispensável.

Em 1967, a Dra Cecily Saunders funda em Inglaterra o St. Christophers Hospice.

Porquê a palavra "hospício"? Em inglês esta palavra estava em desuso, mas está relacionada com hospital, albergue, hotel. Assim, ela trouxe a ideia de local de repouso, de boas vindas, de hospitalidade, tratamentos activos,

lugar onde se está seguro para morrer.

Houve necessidade, também de ter a sua equipa médica e de enfermagem de modo a que os medicamentos adequados fossem administrados. Deveria ser suficientemente grande para permitir o estudo e a investigação sobre os cuidados prestados. Ser ainda um exemplo de como os cuidados deveriam ser prestados. Exemplo mas não "modelo".

Através dos hospícios das comunidades Religiosas, foi encontrado um outro caminho, que não é por si só "religioso", mas é uma resposta Cristã, actual e moderna, para o sofrimento e a dor. Ela aplica-se a muitas religiões e a cenários seculares, a todas as comunidades e pessoas que procuram o hospício.

Assim nos últimos 30 anos esta ideia espalhou-se rapidamente. Nos primeiros 10 anos muitos vieram ver o que a Dra Saunders fazia, uns com curiosidade, outros com interrogações e outros ainda com hostilidade. Mas a maioria verificou que aquilo era algo que

eles todos queriam nas suas comunidades.

Assim, a ideia e o exemplo foram difundidos através dos países, continentes, línguas e culturas.

Desde 1967 até aos nossos dias, a quantidade de unidades em todo o Mundo tem crescido significativamente:

- 1967 - 10/12 Unidades em Inglaterra.
- 1987 - 1.500 a 2.000 Unidades.
- 1993 - cerca de 3.000 Unidades.
- 1996 - cerca de 3.500 a 4.000 Unidades e equipas em todo o Mundo.

Actualmente o cenário dos Cuidados Paliativos desenvolve-se em:

• Unidades Cuidados Paliativos: instituições feitas propositadamente ou reconversão de casas antigas.

• Serviços Hospitalares.
• Serviços Domiciliários: específicos e de aconselhamento.

• Equipas de apoio aos hospitais gerais (por vezes uma só enfermeira que faz a ligação com a equipa da comunidade).

No Reino Unido existem cerca de 200 Unidades de Cuidados Paliativos e entre 400 a 500 equi-

pas de Cuidados Domiciliários. Sendo portanto muitos mais os doentes que são apoiados nas suas casas.

Cuidados Paliativos são um serviço médico relevante, isto é a Medicina e Enfermagem no seu melhor. São cuidados médicos e de enfermagem especializados com cuidados sociais e espirituais.

Os seus principais componentes são:

- Controlo da dor
- Controlo dos sintomas
- Boa comunicação
- Cuidados Espirituais
- Apoio à família
- Apoio no luto
- Trabalho em equipa
- Investigação
- Educação

Assim a morte de um doente com doença avançada deixa de ser vista pelos profissionais como um insucesso para passar a ser um enriquecimento na forma de cuidar. Não estamos a matar doentes, mas sim a permitir que vivam de uma forma completa e morram em paz.

Não devemos esquecer os aspectos éticos. Não encurtamos a vida nem a prolongamos deliberadamente.

Eutanásia, suicídio assistido e sedação são aspectos éticos muito importantes em Cuidados Paliativos que serão abordados noutra palestra.

O que os Cuidados Paliativos pretendem é promover a qualidade de vida no fim da vida.

Olhemos agora para o futuro. Esperamos que o futuro para os doentes com cancro avançado e outras doenças malignas progressivas, esteja aqui em Portugal e em todo o Mundo através da difusão destes cuidados para aqueles que deles necessitam.

Ele significa novos estudos, novos livros, na língua de quem os faz e publica. A investigação e os cuidados que se prestam definirão a qualidade daquilo que se publica em Cuidados Paliativos.

Esperamos também que aumentem os Cuidados Domiciliários para que as pessoas possam estar em casa os seus últimos tempos e morrer no seio da família, se assim o desejarem. Há também que implementar o trabalho em equipa assim como o respeito pelas pessoas frágeis, com doença terminal e moribundas.

** Possam vocês, implementar cada vez mais a divulgação e a partilha do conceito de Cuidados Paliativos em Portugal.*

** Possam vocês, encontrar cada vez mais alegria e satisfação neste trabalho.*

Enf. Lília Costa