

Artigo de Opinião / Opinion Article

A Radiologia e os Cuidados Paliativos

Radiology and Palliative Care

Henrique Vilaça Ramos



Presidente da Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear no biénio de 1992-1993
Sócio Honorário da SPRMN

A situação dos doentes em processo de fim de vida, com todo o seu cortejo de problemas biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, esteve na origem do conceito e movimento dos hospícios que na Inglaterra se ficou a dever à acção da Dame Cicely Saunders. Radica neste movimento o desenvolvimento dos cuidados paliativos¹ que, convém dizer, não estão indicados só na fase terminal das doenças, mas são igualmente apropriados em situações que, não tendo cura, necessitam, por vezes durante períodos bastante longos, de cuidados específicos. Os cuidados paliativos afirmam a vida² e procuram dar ao doente a melhor qualidade de vida apesar da incurabilidade da doença, com atenção aos objectivos, critérios e expectativas de cada doente nos planos físico, emocional social e espiritual. Aliás, mesmo doentes com doença avançada, nomeadamente oncológica, como sucede nos que já apresentam metastização, mas que ainda podem beneficiar de terapêutica antitumoral, podem também beneficiar do concurso do médico paliativista.

A emergência dos cuidados paliativos constituiu uma revolução na abordagem médica dos doentes naquelas situações. A formação da generalidade dos médicos em cuidados paliativos é muito escassa ou mesmo inexistente, o que explica o notório desconhecimento de muitos profissionais quanto às capacidades, indicações e métodos desta área da prática médica. Daí a ideia frequente de que, quando já não há possibilidade de cura, a medicina já pouco ou nada possa fazer. Ora, a incurabilidade altera somente o foco da acção, não a extingue, mas reclama dos profissionais um conhecimento adequado das exigências destes doentes. Ao invés do que é frequente pensar-se, a medicina paliativa não se limita à importante missão de aliviar a dor e outras formas de sofrimento, mas trabalha com o doente e a sua família no sentido de ponderar os riscos e benefícios de todos os procedimentos que a situação exigir, tendo em vista a melhor qualidade de vida e os anseios, objectivos e expectativas do doente.

A medicina de cuidados paliativos é hoje uma subespecialidade médica³ e necessita, como todas as outras áreas da medicina clínica, do concurso da imagiologia. O radiologista, em particular o intervencionista, desempenha um papel de grande relevo no tratamento destes doentes, mas tanto

quanto à exigência de perícia técnica, ele deve obrigar-se a um cuidado muito particular na ajuda ao doente (e com ele à sua família), de modo a que possa tomar decisões esclarecidas tendo em conta o efeito previsível da sua intervenção no controlo dos sintomas e eventualmente sobre a própria sobrevivência, tendo em conta os benefícios e os riscos. Trata-se de uma exigência ética, em homenagem ao princípio de autonomia e, ponderando que muitas vezes “o melhor é menos”, chamando também à colação o princípio de não maleficência que a medicina hipocrática consagrou na expressão *primum non nocere*. Nesta avaliação, quem conhece as exigências dos cuidados paliativos sabe bem que, muitas vezes, o sofrimento do doente não tem tanto origem no físico, no biológico, quanto no psicológico, no social ou no espiritual. É que, na chamada “dor total”, as componentes não físicas desempenham um papel relevantíssimo, por vezes dominante.

A avaliação do que está em jogo, de toda a constelação de problemas envolvidos em cada caso concreto, deve seguir uma estratégia adequada, de que é exemplo a chamada PEACE, acrónimo inglês de Physical symptoms, Emotional and cognitive symptoms, Autonomy-related issues, Communication and closure of life issues, and Existential issues.⁴ Tendo considerado tudo isso, há ainda muitas perguntas a fazer, como sejam: “Como é que eu posso aliviar o sofrimento do doente? Como posso maximizar a sua capacidade de controlo? Em que medida este procedimento se repercute na família (em termos da carga de cuidados, impactos financeiros, stress emocional). Estou a actuar no melhor interesse do doente? E, por fim, estou a ajudar?”⁵

Isto dito, compreende-se que a radiologia necessite também de se adequar a esta área dos cuidados, para que conheça as suas necessidades e se arme com as aptidões requeridas para lhes dar resposta. Não é uma radiologia nova, mas é uma nova maneira de a fazer que exige preparação, nem é uma radiologia que se limite a tratar de doentes provenientes de unidades de cuidados paliativos, pois muitos chegam de outras origens, nomeadamente de serviços hospitalares de diversos tipos. Nalguns departamentos de radiologia de intervenção, a maioria dos doentes, nalguns acima de 80%, já é de medicina paliativa⁶ e, no entanto, não é essa a perspectiva

que muitos radiologistas têm sobre a sua acção. Com a noção errada de que quando a cura já não é possível então já não há nada a fazer, o radiologista facilmente julga que está a fazer um tratamento activo e não medicina paliativa, até porque muitos dos doentes, como disse, nem provêm de unidades de cuidados paliativos. Mas tratando-se de radiologia paliativa, o médico interventor deve ponderar com particular cuidado se o que vai fazer se justifica face às consequências negativas associadas ao tratamento e se, afinal, não está a ser agente de distanásia. Esta sensibilidade adquire-se com o conhecimento adequado da medicina de cuidados paliativos que, quando conduzidos de forma precoce e apropriada, não só garantem melhor qualidade de vida, como aumentam o tempo de sobrevida.

Como é sabido, a radiologia, em especial a radiologia de intervenção, desempenha um papel relevante desde o diagnóstico até à fase terminal da doença, ao aliviar o sofrimento e prolongar a vida, sem distanásia nem eutanásia, antes contribuindo para uma verdadeira ortotanásia. O radiologista carece para isso das “competências para estabelecer em conjunto com os doentes os objectivos de tratamento, para dar as melhores recomendações à pessoa e a mais elevada qualidade de cuidados”.⁷

Nos EUA esta área médica é já uma subespecialidade desde 2006⁸ e o radiologista que quiser obter esta competência necessita de 1 ano de treino em medicina paliativa e aprovação no respectivo exame final de certificação.⁹

Nos EUA os radiologistas podem candidatar-se à subespecialização, desde que tenham obtido um fellowship de um ano em cuidados paliativos, tal como podem

subespecializar-se médicos de outras especialidades médicas, sendo que a titulação é dada após provas prestadas perante o American Board of Internal Medicine.¹⁰

Em Portugal estamos muito longe disso, pelo que não parece possível propor hoje uma titulação desse tipo em cuidados paliativos, até porque não há ainda a consciência do seu interesse. Todavia, acalenta-me a esperança de que esta singela chamada de atenção para o problema possa contribuir para suscitar, nalguns Colegas mais envolvidos no atendimento destes doentes, o desejo de conhecer melhor a questão, obtendo algum tipo de informação – e, se possível, de formação – junto dos que se dedicam aos cuidados paliativos, de modo a otimizar o seu labor profissional. Se esse caminho for percorrido, mais cedo ou mais tarde o Colégio da nossa especialidade e, com ele, os órgãos directivos da Ordem dos Médicos, irão considerar a forma mais adequada de institucionalizar a formação radiológica em cuidados paliativos. Se tal competência vier a ser considerada requisito para provimento como radiologista em algumas unidades hospitalares, designadamente de oncologia, não faltarão candidatos à correspondente formação.

Divulgações Éticas / Ethical disclosures

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare. Suporte financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Referências

1. A designação de cuidados paliativos surgiu em 1974 e deve-se a Balfour Mount, cit. por Campbell TC e Von Roenn JH, Palliative care for interventional radiology: an oncologist's perspective. *Semin Intervent Radiol.* 2007;24:375.
2. Infelizmente, nalguns países, os cuidados paliativos podem incluir a eutanásia...
3. Entre nós é considerada uma “competência” pela Ordem dos Médicos (designada Competência em Medicina Paliativa).
4. Campbell TC, Von Roenn JH. Palliative care for interventional radiology: an oncologist's perspective. *Semin Intervent Radiol.* 2007;24:375.

5. Campbell TC e Von Roenn JH, idem

6. McCullough HK et al. The radiologist as a palliative care subspecialist: providing symptom relief when cure is not possible, *AJR Am J Roentgenol.* 2011;196:462-7.

7. Campbell TC e Von Roenn JH, ibidem

8. ABMS Subspecialty Certification in Hospice and Palliative Medicine, acedido em <http://aahpm.org/certification/subspecialty-certification>

9. American Board of Radiology, Initial certification. Hospice and Palliative Medicine, acedido em <https://www.theabr.org/ic-hpm-faq>

10. American Board of Radiology, idem