



Paliar: das origens ao conceito na actualidade

João M. Videira Amaral

Paliar, como se sabe, significa aliviar ou remediar. Daí a palavra *paliativo*, utilizada frequentemente fora do contexto técnico-científico (por exemplo: foi um paliativo...).

Lembro-me, a propósito do que era ensinado na faculdade onde me formei, há várias décadas, sobre o significado de *tratamento paliativo*, aproximando-se da ideia de *tratamento sintomático*: alívio dos sintomas que originam sofrimento ou mal-estar ao doente por comparação com a de *tratamento etiológico*, dirigido à causa do problema.

De facto, no sentido lato, as designações de paliativo e sintomático poderão ser consideradas sinónimas se nos reportarmos ao que é veiculado, quer nos dicionários clássicos da língua portuguesa, quer nos de termos técnicos.¹

Falando-se hoje de *cuidados paliativos*, verifica-se que a terminologia anteriormente simplista foi retomada nos últimos anos, passando a consubstanciar uma nova cultura de humanização na prestação de cuidados compreendendo diversas vertentes, seguindo-se a uma fase inicial de terapêutica “clássica” culminando em fracasso.²

Neste contexto, importa referir que a evolução da medicina, contribuindo para melhorar o prognóstico de inúmeras doenças e incrementar a taxa de sobrevivência de crianças e adolescentes, veio a gerar paralelamente um grupo significativo de doentes portadores de doenças crónicas com sequelas graves, muitas vezes dependentes de tecnologia e requerendo palição.³

Inicialmente os locais onde passaram a ser prestados cuidados paliativos, vocacionados especialmente para doentes oncológicos adultos, eram designados por Unidades de Tratamento da Dor chamando-se a atenção para a importância do sintoma dor.⁴

Contudo, paliar não se resume ao tratamento da dor; exige também que se proceda à avaliação global da pessoa que sofre atendendo à sua complexidade: designadamente biológica, psicoafectiva, familiar e social. Tal avaliação deve ser feita por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e outros profissionais; ou seja por uma equipa com competências permitindo uma visão holística de cada caso, fundamental para um plano terapêutico no qual cada elemento vai ter o seu papel.⁵⁻⁷

Vem este escrito a propósito de dois artigos de grande cunho pedagógico publicados na presente edição da Acta Pediátrica Portuguesa (APP) da autoria, respectivamente: de Joana Mendes, Lincoln Silva e Maria João Santos; e de Ana Forjaz de Lacerda.

Com características diversas, ambos transmitem, de modo exemplar, inovação e mensagens baseadas nos princípios da beneficência e não maleficência. Por sua vez, tais mensagens têm implicações práticas no desenvolvimento da área de cuidados paliativos neonatais e pediátricos no nosso meio em obediência aos Direitos e Superiores Interesses da Criança e Adolescente.

De salientar ainda que os autores, com tal contributo, ajudam a desfazer equívocos e a arrumar ideias à luz de consensos actuais tendo como base as noções de *bios* (a natureza da vida) e de *ethos* humano (a natureza espiritual do Homem). Ou seja, o sofrimento humano tem uma componente *bios* (a dor), e uma componente *ethos* (afectiva e racional). Efectivamente, de acordo com Daniel Serrão, “ a análise qualitativa das situações de sofrimento que se apresentam ao médico tem de ser bioética”.⁷

Por fim, desejava centrar-me sobre o que considero as principais ideias-chave transmitidas, admitindo que possam constituir estímulo para uma análise mais aprofundada pelos leitores da APP:

- 1 - A noção de cuidados paliativos não diz respeito exclusivamente a cuidados terminais, em fim de vida.
- 2 - Recolhendo a experiência das unidades de adultos, torna-se fundamental criar no nosso país equipas pediátricas especializadas (porque inexistentes) salientando-se o papel da família dos doentes como elementos integrantes.
- 3 - Dado que o tema Cuidados Paliativos se dispersa pelas matérias leccionadas nas várias patologias, importa incrementar ou iniciar tal formação no âmbito dos currículos das Escolas de Ciências da Saúde, associada à das Humanidades e Bioética.^{8,9}

Correspondência:

João M. Videira Amaral
Director da APP
app@spp.pt
jmvamaral@fcm.unl.pt

Referências

1. Manuila L, Manuila A, Lewalle P, Nicoulin M. *Dicionário Médico*. Lisboa: Climepsi; 2011.
2. Piva JP, Garcia PCR, Lago PM. Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria. *Rev Brasil Ter Intensiva* 2011; 23: 1-12.
3. Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. *Manual of Neonatal Care*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008; 1-8.
4. Lourenço Marques A. Unidades de tratamento da dor: que possibilidades ou dificuldades? In: Lourenço Marques A editor. *Dor Oncológica e Unidades de Dor*. Fundão: Unidade de Medicina Paliativa /Hospital Distrital do Fundão; 1999; 76-8.
5. Radbruch L, Payne S. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *Eur J Palliat Care* 2009; 16: 278 – 89.
6. Neto IG. A interface do tratamento da dor e a Medicina Paliativa. In: Lourenço Marques A editor. *Dor Oncológica e Unidades de Dor*. Fundão: Unidade de Medicina Paliativa /Hospital Distrital do Fundão; 1999; 79-80.
7. Serrão D. A dor humana e o mistério do sofrimento. In: Lourenço Marques A editor. *Dor Oncológica e Unidades de Dor*. Fundão: Unidade de Medicina Paliativa /Hospital Distrital do Fundão; 1999; 83 – 8.
8. Videira-Amaral JM. As Humanidades e a formação médica pediátrica. *Acta Pediatr Port* 2005; 36: 159 - 62.
9. Serrão D. O ensino da Bioética. In: Archer L, Biscaia J, Osswald W editores. *Bioética*. Lisboa - São Paulo: Editorial Verbo;1996; 168 - 74.