

"Devemos evitar dor desnecessária"

Especialista lamenta falta de formação dos profissionais de saúde para lidar com sofrimento do paciente e da família

Alexandre Gonçalves

A maioria das instituições de saúde no Brasil ainda não sabe como lidar com o sofrimento humano. O diagnóstico foi feito pelo médico argentino Eduardo Bruera, chefe do Departamento de Cuidados Paliativos do M.D. Anderson Cancer Center, principal centro de pesquisa e tratamento de câncer nos Estados Unidos. Bruera é considerado um dos maiores especialistas mundiais no alívio do sofrimento que acomete doentes terminais. Ele afirma que a marginalização dos cuidados paliativos não é um fenômeno só do Brasil. Ocorre na maioria dos países, também nos Estados Unidos.

Bruera chegou ao País na sexta-feira. Visitou as instalações do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo Octavio Frias de Oliveira, que lançou ontem seu Programa de Cuidados Paliativos, e participou de um evento promovido pela Sociedade Brasileira de Cuidados Paliativos. Em entrevista ao Estado, Bruera fala sobre cuidados paliativos, as faculdades de medicina, a insensibilidade de muitos médicos e a eutanásia.

Qual é a importância dos cuidados paliativos?

Cerca de 80% das pessoas morrem de uma doença crônica e progressiva. A medicina é impotente diante desse fato: a morte é o destino de qualquer homem. A doença traz consigo sofrimento físico, psicológico, familiar e social. Infelizmente, os médicos não aprendem na faculdade a lidar com a dor do paciente e da família. Os cuidados paliativos são um conjunto de conhecimentos que auxilia os profissionais de saúde a prestar uma ajuda eficaz em um momento muito difícil. Há sofrimentos necessários, que são inerentes ao estar vivo. Mas há sofrimentos desnecessários, causados pela ignorância das formas de controle da dor, dos cuidados que paciente e família exigem. Devemos evitar esse sofrimento.

Por que as faculdades não ensinam cuidados paliativos?

Até o início do século 20, o máximo que um médico podia fazer era aliviar o sofrimento. Mas, com o advento da anestesia - que viabilizou práticas cirúrgicas - e dos antibióticos, surgiu a possibilidade real de curar os pacientes. A maioria dos médicos esqueceu-se da preocupação com o bem-estar do paciente e da sua família. Preferiram debruçar-se sobre a doença e a cura. Naturalmente, isso determinou os currículos das faculdades de medicina. Creio que os estudantes ingressam com muitos ideais no primeiro ano. Desejam ajudar, curar e cuidar. Mas, durante toda a graduação, as aulas focam apenas o órgão, a especialidade e a doença. Surge então um processo natural: como não aprendi a lidar com o sofrimento do paciente e da família, dou um jeito de despersonalizá-lo, de fugir da questão humana. Como não sei cuidar do senhor João, vou tratar apenas do pulmão do senhor João. Isso explica, em parte, por que um grande especialista, com família e muitos amigos, pode atuar de forma desumanizada na sua prática médica diária.

Quando ressurgiu a preocupação com os cuidados paliativos?

No fim dos anos 60 e durante a década de 70 e 80, especialmente na Inglaterra, fora das grandes universidades. Nasceu como um protesto de médicos, enfermeiras e psicólogos que retiravam os pacientes terminais dos hospitais para oferecer-lhes cuidados em centros especiais ou nas próprias casas dos doentes. Era, e continua sendo, um movimento marginal. Acredito que não é sensato esperar que os jovens humanizem o atendimento no futuro. Vai demorar trinta anos. Os professores das faculdades de medicina e os diretores de hospital devem encarar esse problema agora.

Qual é a situação no Brasil?

Há um movimento de profissionais da saúde que, com muito esforço, realiza um ótimo trabalho. Mas a maioria das faculdades de medicina e dos hospitais ainda está alheio a esse processo. Basta olhar para várias instituições no Rio de Janeiro ou em São Paulo: milhares de pessoas morrem nesses centros de saúde todos os anos. Mesmo assim, poucos possuem um departamento especializado em cuidados paliativos. Têm departamentos de ortopedia e dermatologia, mesmo quando a maior parte dos pacientes não utilizará esses serviços. Ao mesmo tempo, não mantêm uma equipe especializada no alívio da dor, quando 100% dos pacientes vão sofrer. Até centros especializados em aids, câncer ou outras doenças progressivas prefererem ignorar que vários dos seus pacientes vão morrer por causa da doença.

Qual seria o impacto dos cuidados paliativos para os custos de tratamento?

Quando o médico vê a dona Maria sofrendo e não sabe como ajudar, redobra seus esforços para combater a doença. Ele estuda, receita outros remédios e realiza novas cirurgias. Muitas vezes, o uso de um bom analgésico e uma conversa com dona Maria ou com seus familiares seriam mais importantes para melhorar a qualidade de vida da paciente. Mas como o médico não trata o doente - apenas a doença -, o tratamento fica mais caro e ineficaz. Cerca de 70% dos custos com cuidados de saúde acontecem no último ano de vida. E boa parte deles não são realmente necessários.

Qual é a sua opinião sobre a eutanásia?

Pessoalmente, sou contra. Não me parece que matar um paciente seja a melhor forma de ajudá-lo. Além do mais, menos de 5% dos doentes em estado terminal consideram a eutanásia. É uma discussão que preocupa mais as pessoas que não estão doentes, mas consideram que não suportariam passar seus últimos dias em uma cama de hospital. No entanto, quando essas pessoas encaram de perto o sofrimento, costumam encontrar um sentido e mudam de idéia. Vejo isso de forma cotidiana no meu trabalho. A discussão sobre eutanásia gasta a energia de legisladores e mobiliza a opinião pública, mas não gera benefícios para ninguém. É uma polêmica fácil porque não exige dinheiro, nem esforços, ao contrário dos cuidados paliativos. É mais confortável para um político entrar em um debate sobre eutanásia do que discutir por que não temos ajuda adequada para os pacientes terminais.