

ENTREVISTA

ANTÓNIO XAVIER



EDUARDO BRUERA

Quando a Medicina não cura

Uma das preocupações do maior especialista em Cuidados Paliativos é evitar qualquer confusão entre esta área e a eutanásia

EMÍLIA CAETANO

Iniciou a sua carreira a tentar curar o cancro, como um *vulgar* oncologista. Mas, a certa altura, foi o alívio do sofrimento que passou a interessá-lo. Aprendeu a dosear morfina e opiáceos mas, sobretudo, a falar com os doentes. Hoje, Eduardo Bruera é o presidente da Associação Internacional de Palição e a principal referência, na área dos cuidados paliativos.

Veio, recentemente, a Portugal, como convidado do primeiro mestrado em Cuidados Paliativos, que a Faculdade de Medicina de Lisboa acaba de criar. A Direcção-Geral de Saúde aproveitou para o ouvir sobre os resultados do seu trabalho

VISÃO: Cuidados paliativos são exactamente o quê?

EDUARDO BRUERA: Surgiram como resposta à falta de atenção da Medicina organizada e da académica a quem tinha enfermidades graves e progressivas. Era preciso tratar o sofrimento físico e psicossocial dos doentes e das famílias. Os diagnósticos de muitas dessas pessoas beneficiam imenso com cuidados paliativos integrados com o tratamento da doença. Mas não são necessariamente para os últimos dias de vida. Podem durar meses ou anos.

V: E destinam-se a que doenças?

EB: Mais de 80% dos nossos doentes são casos de cancro, mas há também ▶

Dirige o Departamento de Controlo de Sintomas e Cuidados Paliativos da principal instituição oncológica norte-americana, o Anderson Cancer Center da Universidade do Texas, em Houston. Os EUA foram buscá-lo ao Canadá: chefiava um serviço semelhante na Universidade de Alberta. Nascido na Argentina, onde se licenciou em 1979, Bruera, 48 anos, foi nomeado, em 1994, pela Organização Mundial de Saúde e a Organização de Saúde Pan-Americana, consultor regional em Cuidados Paliativos para a América Latina e Caraíbas. Tem mais de 300 trabalhos publicados e participou em mais de 50 livros

ENTREVISTA

Eduardo Bruera

quem tenha outras doenças crónicas, como a sida e patologias cardíacas ou pulmonares. A grande maioria de nós irá morrer de uma doença crónica, mas este tipo de cuidados não existe na maior parte dos hospitais e dos programas curriculares das faculdades de Medicina.

V: Mas porquê?

EB: Por volta da II Guerra Mundial, a Medicina conseguiu, pela primeira vez, mudar seriamente a história natural da enfermidade, com os enormes êxitos verificados nas doenças infecciosas e o progresso que trouxe muitas técnicas cirúrgicas. Nós, médicos, começámos a pensar que o mais importante era isso, mudar a história natural da doença. Mas esse avanço fez-nos esquecer o nosso papel no alívio do sofrimento. E era ele que nos tinha credibilizado durante milhares de anos. Os cursos de Medicina e a organização dos hospitais puseram, então, de lado a questão do alívio e focaram-se totalmente na eliminação da enfermidade. Até que, no fim dos anos 60, princípio dos 70, um grupo em Inglaterra reagiu contra isto.

V: Os pais fundadores dos cuidados paliativos...

EB: Como não encontraram receptividade da parte dos hospitais, começaram como um movimento marginal. Levavam doentes que não eram curáveis para casas, onde havia camas, médicos e trabalhadores sociais. Lentamente, esse movimento tornou-se global, por pressão dos doentes, das famílias e de alguns médicos. Agora entrou, finalmente, na Medicina académica e na organizada que, durante muitos anos, o recusaram. Foi uma chegada de fora, não promovida por Harvard ou outra grande universidade.

V: E como é visto hoje?

EB: Há um enorme entusiasmo por esta área, porque aprendemos que a alta tecnologia é a palição do sofrimento e a comunicação, em vez da nova máquina ou o novo procedimento. Será este o futuro da Medicina. As mais importantes universidades estão a organizar os seus departamentos de cuidados paliativos. Mas é ainda uma matéria pioneira. Só estará devidamente ramificada

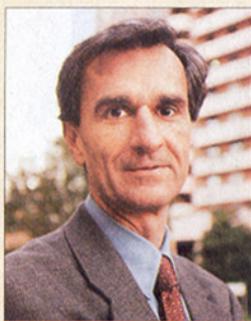
quando todos os estudantes tiverem de aprender, no programa normal de Medicina, a falar com os doentes e a tratar o sofrimento.

V: Porque diz que um médico e um serviço que se oponham ao uso da morfina ou de opiáceos são imorais?

EB: Parte do medo de recorrer a esses medicamentos resulta da falta de educação dos profissionais de saúde. Desconhecem que podem usá-los de forma muito segura e eficaz no tratamento do paciente. Dantes, a morfina, por exemplo, utilizava-se apenas nas últimas horas de vida. Muitas pessoas pensavam até que era essa a causa da morte. Na verdade, administrava-se só nessa altura, porque havia muito pouca e a utilização era limitada. Hoje sabemos que podem dar-se estes medicamentos, du-

V: Dizer a alguém que vai passar para cuidados paliativos não é assustador? Parece que a Medicina desistiu dele...

EB: Se for só no fim da vida, a transição dos cuidados curativos para os paliativos será, de facto, mais difícil, porque todos queremos viver o máximo de tempo possível, na esperança da cura. Mas se os cuidados paliativos forem integrados com os cuidados curativos desde o início da doença, os médicos dos dois grupos podem trabalhar em conjunto. Até porque o paciente pode já estar em grande sofrimento muito antes de o oncologista ou o cardiologista lhe dizer que não há nada a fazer. Então, o grupo paliativo vai-se tornando mais importante do que o outro, à medida que a doença progride. Não é uma visão derrotista. Apenas ficamos a saber que temos uma retaguarda, se precisarmos dela.



“A eutanásia é um tema sexy. Dá sempre debates muito interessantes, porque pode mudar-se só com legislação”

V: Quer dizer que o tratamento dado nos hospitais normais aos doentes terminais não tem nada a ver com aquilo de que eles precisam?

EB: Durante muitos anos conceberam-se os hospitais para tratar doenças e não doentes, embora sejam estes quem paga os impostos. Ora, as pessoas que estão mais doentes são as que não têm cura. Tem de haver ajuda para elas.

rante meses e anos, com segurança, quando se sabe prescrevê-los.

V: O que são os cuidados paliativos, além destes medicamentos?

EB: Ajudam a controlar todos os sintomas físicos, a dor, falta de apetite, fadiga, insónia, depressão ou ansiedade. Mas tentam também enfrentar os problemas sociais e psicossociais, os temores ou a solidão por que passam todas as pessoas com uma doença incurável. E ensina a família a tratar o paciente. É um tratamento muito global do enfermo. A ideia é que, mesmo que ele não tenha cura, possa dispor do máximo do seu potencial físico, psíquico e social pelo máximo de tempo possível. Os doentes podem estar onde se sentem mais seguros e confortáveis. Para alguns isso é a sua casa. Para outros pode ser uma unidade mais supervisionada, porque a residência deles é pequena ou não têm família e sentem-se sós.

Alguns de nós irão, um dia, precisar de Ortopedia, outros de Dermatologia, mas todos iremos morrer.

Os profissionais não estão treinados e, quando não conheço bem um problema, o melhor é afastar-me dele e tentar mandar o doente para casa. Isso pode até acabar por suceder, mas com o doente com os sintomas muito mais controlados.

V: Um colega seu diz que é necessário transformar a cultura do que é morrer. Concorda?

EB: Antigamente, muito da cultura de morrer estava ligada à religião e ao simbolismo da vida eterna. A sociedade compensava muito o sofrimento do final da vida e toda a gente sabia que, em determinado ponto, o médico não mudava muito. Quando o médico começou a curar magicamente com antibióticos e a ter o poder de extirpar coisas ao paciente com anestésias, surgiu a ex-

pectativa de que podíamos curar muito mais.

E a laicização da sociedade colocou a um preço muito mais alto a morte. Passou a ser a eliminação da vida e não a passagem de uma para outra vida. Dante, os avós morriam em casa. Na nossa geração vão para uma instituição em que as crianças não os vêem mais, desaparecem do mundo. Eliminamos um pouco o processo, porque o negamos muito.

V: E como pode ser diferente?

EB: Os anos mostraram-nos que não podemos continuar a pensar em curar tudo. Devemos integrar a morte não como uma possibilidade, mas uma realidade. Talvez possamos criar novos simbolismos. Para uns continuará a ser a vida eterna, mas para outros poderá ser um legado, um mundo um pouco melhor ou uma família. Todos nascemos terminalmente enfermos, mas sabemos que, quando chegar essa altura, teremos grande sofrimento existencial. É normal. Mas sem os cuidados paliativos o sofrimento será muito maior do que é preciso. Não pode transformar-se o acto de morrer num piquenique, mas para quê aumentá-lo desnecessariamente?

V: Porque resistem os governos a esta ideia? Aparentemente, poupariam...

EB: Eles reagem à pressão que recebem da sociedade sobre o que ela diz que necessita. Em Portugal e muitos outros países a sociedade não pede, porque desconhece que existem os cuidados paliativos. O outro problema é a necessidade de gratificação imediata. Para tratar bem os pacientes e para que eles possam ir bem para casa, é preciso um investimento inicial para criar as comunidades de cuidados paliativos. No início, quando organizei o meu serviço no Canadá, o Governo também resistiu. Até que lhes propus um contrato por dois anos. Eles criavam a unidade e o serviço domiciliário e se, dentro de dois anos, todo esse investimento não estivesse pago, podiam fechar tudo e pô-los a todos na rua. Pagou-se tudo num ano. É possível poupar milhares de dias de internamento e dar melhor qualidade de vida às pessoas.

V: Quando as pessoas chegam a esse estado, o que recebem mais? A morte ou o sofrimento?

EB: Creio que isso é muito pessoal. Al-

guns têm muito medo do sofrimento, outros da morte. Se receassem só o sofrimento, muito mais doentes me diriam que não queriam viver mais. Na grande maioria dos casos não ouço isso. É muito mais vulgar pedirem-me que os ajude a acabar com a dor ou outros sintomas, mas querem viver. Se perguntar aos portugueses que andam aos saldos se vão querer continuar a viver se, um dia, chegarem a uma situação em que precisem de ajuda para tomar banho e tenham de tomar remédios para tudo, dois terços vão responder que não. É o que mostram estudos que fizemos no Canadá e nos EUA. Mas trato doentes quotidianamente e eles não me dizem isso. Os dias têm valor para eles. A nossa posição sobre as coisas depende muito da situação em que estamos.

V: Os cuidados paliativos poderão evitar a eutanásia? E fazer o público mudar de opinião sobre este tema?

EB: São coisas completamente diferentes. Alguns tentam colocá-los como alternativa, mas é tão errado como pretender que os cuidados curativos sejam alternativos dos paliativos.

V: Mas não podem reduzir os pedidos de eutanásia...

EB: Podem ajudar a que menos pessoas se candidatem, por exemplo, na Holanda, onde não existem bons cuidados paliativos. Nos países que os têm, há menos problemas com a política de eutanásia. A grande maioria dos doentes que morre de cancro ou sida não escolhe a eutanásia, mas cuidados paliativos. Mas mesmo quem opte pela eutanásia, vai precisar de cuidados paliativos. Não é uma coisa ou outra.

Os cuidados paliativos são um assunto mais importante, mas a eutanásia é um tema *sexy*. Dá sempre debates muito interessantes, porque se muda simplesmente com legislação. Não são precisas camas, enfermeiros, médicos ou serviços. Todos falam com grande paixão. E não vai alterar quase nada, porque a percentagem de pessoas a requerê-la será baixíssima. O que mudará a história natu-

ral do sofrimento humano são os cuidados paliativos e isso não é *sexy*. Custa tempo, planificação e um pouco de dinheiro. Os jornais perdem o interesse. Nos EUA tudo tem de ser explicável em 15 ou 20 segundos, senão ninguém liga.

V: Mas o que acha da eutanásia?

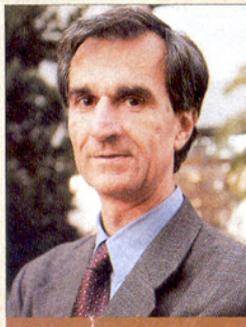
EB: Pessoalmente, não sou favorável à eutanásia, como procedimento médico. O doente querer morrer é uma decisão dele, mas não deve torná-la num problema meu. Além do mais, outro doente meu até poderia rezear que eu lhe propusesse a eutanásia. Precisamos de uma cultura médica diferente e isso muda-se com educação e com programas, não com leis.

V: Como investigador, trocar a cura pelo alívio do sofrimento foi igualmente compensador?

EB: Quando acabei o internato, a maioria dos doentes que andava no oncologista ia morrer não muito tempo depois. O programa do meu curso, os livros de estudo e a prática diária não me ensinavam nada para tratar os sintomas ou melhorar a comunicação. E ainda hoje, 20 anos depois, a situação é a mesma em muitos locais. Eu reagi contra isso. Não queria continuar a tratar tão mal os doentes até ao fim da minha carreira. Precisávamos de um corpo de conhecimentos sólidos. Senão, seria uma tremenda frustração profissional.

V: E acabou por ser gratificante...

EB: Muito, porque permite mudar rápida e eficazmente o sofrimento. Nos cuidados paliativos a taxa de decepção profissional é muito baixa. Claro que deve continuar a investigar-se sempre o caminho para a cura. Mas investir a vida num tratamento que faz toda a diferença é altamente compensador.



ANTÓNIO XAVIER

“ Os hospitais e as Faculdades de Medicina puseram de lado todo o tema do alívio do sofrimento ”