

Ciência e Tecnologia

26/11 às 23h27 - Atualizada em 26/11 às 23h27

O direito de morrer: um debate sobre saúde e dignidade

Especialistas reforçam a importância dos cuidados paliativos em pacientes terminais

Jornal do Brasil

A visão da medicina como garantia da saúde a todo custo torna o debate em torno da morte de pacientes com doenças terminais ainda mais complexo. Muitas vezes, a busca incessante pela cura desvia a atenção do bem estar do doente e estende um período de sofrimento que se convencionou chamar “processo de morrer”. Para discutir o tema e reforçar a importância dos cuidados paliativos - medidas que buscam o controle dos sintomas e da dor, além da manutenção da dignidade do paciente - a Academia Nacional de Medicina promoveu nesta segunda-feira (26) o simpósio “O direito de morrer”.



“UTI não é lugar de morrer”, afirma Camargo

“Não há possibilidade de morte digna num mar de sofrimento físico e uma das nossas maiores missões como médicos é aliviar a angústia dos pacientes”, disse o coordenador do evento e especialista em cirurgia torácica José Camargo. Na sua visão, existe um entendimento equivocado de que qualquer morte fora da terapia intensiva representa um subatendimento médico. “UTI não é lugar de morrer, não é um ambiente adequado para alguém nos seus últimos dias”, explicou.

Para Camargo, que enxerga no Brasil um despreparo no trato com doentes terminais e suas famílias, cabe aos médicos a sensibilidade de entender as necessidades específicas de seus pacientes. “A supersinceridade é perigosa. O médico precisa ter sensibilidade para determinar qual a real necessidade de conhecimento do paciente, o que ele realmente quer saber quando pergunta alguma coisa”, afirmou.

A medicina brasileira ainda tem muito a fazer no que diz respeito aos cuidados paliativos de pessoas próximas à morte. Na última edição do Índice de Qualidade de Morte, em que a consultoria britânica Economist Intelligence Unit avaliou 80 países, o Brasil ficou em 42º - atrás de nações como Uganda, Mongólia e Equador. Na visão de Maria Goretti Sales Maciel, presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, os discursos sobre o assunto ainda não estão completamente alinhados por aqui.

“Pessoas com doenças graves têm que ser acompanhadas por esses cuidados desde o momento do diagnóstico, e não apenas em seus últimos momentos de vida”, alertou. De acordo com ela, a assistência deve continuar ainda após a morte do paciente, com o luto de seus familiares. A especialista também lembrou que é importante desconstruir a ideia de que só pacientes com câncer necessitam de cuidados paliativos, dado que apenas um em cada quatro casos de prescrição desse acompanhamento diz respeito a um dos tipos dessa doença.



Os cuidados paliativos devem ter início desde o diagnóstico de um paciente com doença crônica

Macial ainda frisou a importância de uma equipe por trás dos cuidados paliativos, que olhe para as necessidades particulares de cada doente. Neste sentido, o oncologista Filipe Gusman trouxe para debate o conceito de “dor total”, que engloba não só o aspecto físico, mas também as mazelas psicológicas, sociais e espirituais que podem acometer um paciente em seus últimos momentos de vida. Um dos impasses para o uso de medicações que controlem a dor, ele afirmou, é a má distribuição pelo país.

No Rio de Janeiro, por exemplo, Gusman destacou a dificuldade de se encontrar morfina para uso domiciliar de pacientes com doenças terminais. De acordo com ele, também existem barreiras como a associação da droga à morte e o medo da dependência - ainda que apenas um em cada 10 mil paciente crie dependência em relação à morfina e que, na opinião do oncologista, essa não deva ser uma preocupação em casos de doentes crônicos.

Morte assistida: um tabu que por vezes conforta

A ANM também dedicou uma parte do simpósio ao debate acerca da morte assistida, conhecida também como “suicídio assistido”. Proibida no Brasil e ainda tida como tabu, a prática consiste na prescrição, com o consentimento do paciente terminal, de um medicamento que, se ingerido, levará à sua morte. O conceito não pode ser confundido com a eutanásia voluntária, quando o próprio médico injeta uma substância letal no paciente.



"Todos os pacientes precisam ser cuidados até o final de suas vidas", afirma o oncologista Tabak

“Eu prefiro o termo morte assistida porque suicídio dá uma ideia negativa de autodestruição e doença mental. Essa prática foi considerada no sentido de conservar a preservação do indivíduo, reconhecendo que aquele momento era quando ele gostaria de terminar de viver. [No caso da morte assistida], o médico participa, mas de fato quem ingere a medicação é o paciente”, explica o oncologista Daniel Tabak, que também coordenou o simpósio.

De acordo com ele, os bioeticistas “reconhecem eutanásia voluntária e morte assistida como sendo a mesma coisa, mas de fato não o são”. Tabak ainda aponta que, nos países onde a prática é permitida, um terço dos pacientes que recebem a medicação da morte assistida não chega a ingeri-la. “O que os pacientes querem, principalmente, é controle. E isso os deixa confortáveis, o fato de ter a medicação promove certo alívio. Mas esse é um debate de ideias, e não de propostas, e em nenhum momento essas medidas devem ser consideradas uma alternativa aos cuidados paliativos. Todos os pacientes precisam ser cuidados até o final de suas vidas”, conclui.

Compartilhe:

Recomendar 2

G+1 2

Share 1

Tweet