

Fundamental é a qualidade de vida do doente

MÔNICA FERREIRA

Embora admita que os recursos disponíveis em caixa afastam o risco de uma nova crise financeira como a ocorrida no primeiro semestre deste ano, o diretor do Hospital do Câncer assume publicamente

algumas decisões polêmicas, como racionalizar o uso de quimioterápicos e controlar o tempo de duração das cirurgias. Há 33 anos no hospital e há seis meses à frente da direção, Jacob Kligerman é inflexível ao defender a necessidade de se avaliar com rigor quando vale a pena investir

no tratamento de um paciente sem chances de recuperação: — Não posso deixar o dinheiro público ir embora pelo ralo com casos irreversíveis. Especialista em cirurgia de cabeça e pescoço, Kligerman afirma que a oncolo-

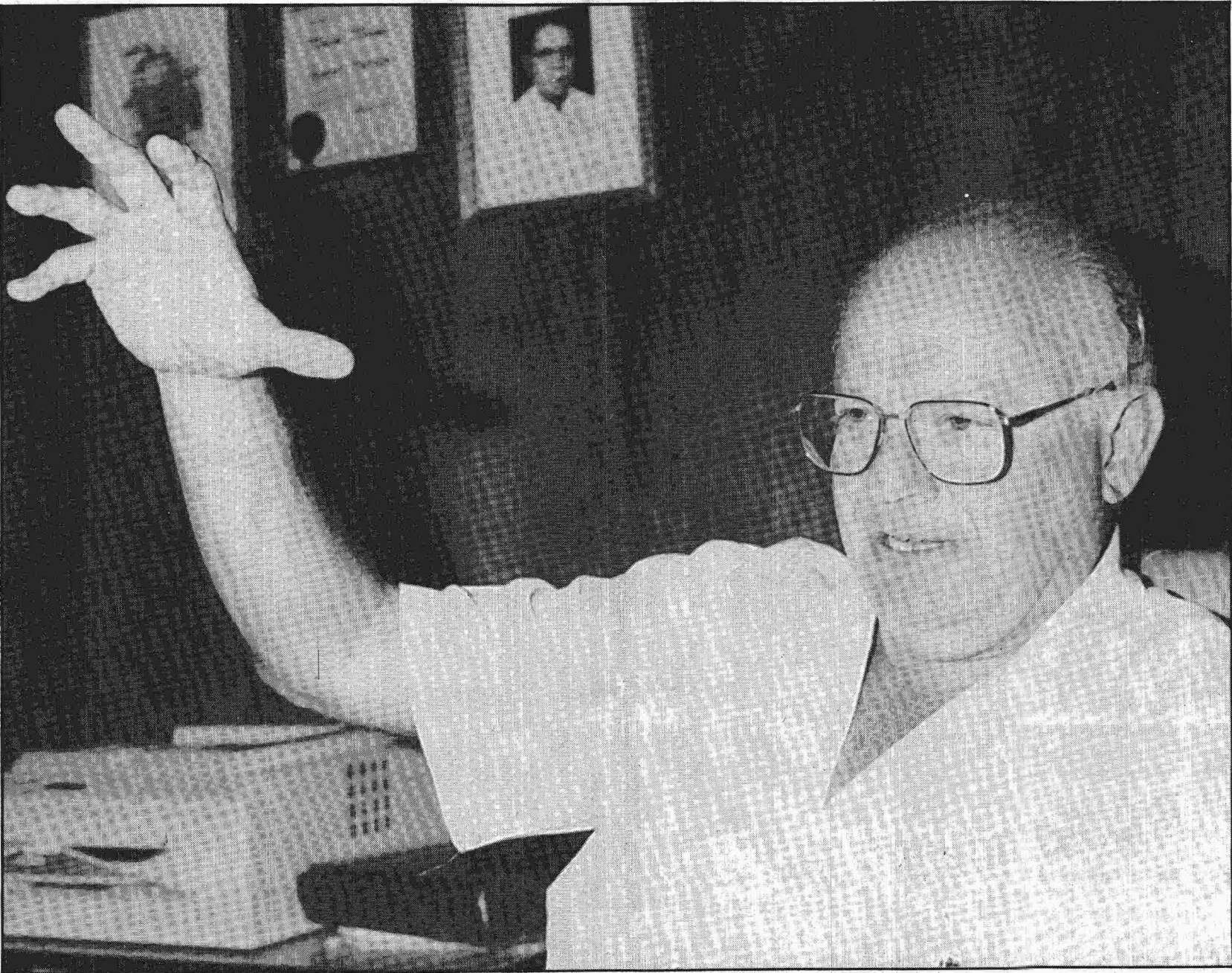
gia da década de 90 tem como enfoque a preservação de órgãos, contra as cirurgias radicais dos anos 80. E não se abala ao reconhecer que suas decisões encontram resistência de um grupo de médicos do Hospital do Câncer: — A unanimidade é burra.

O GLOBO — Ao adotar medidas polêmicas, como o controle do tempo de duração das cirurgias e a suspensão de tratamentos de quimioterapia, seu objetivo era economizar os recursos do hospital? JACOB KLIGERMAN — Essas medidas são racionalização de custos. Se analisarmos os dez últimos óbitos ocorridos no hospital, veremos que eram pacientes absolutamente sem possibilidades terapêuticas. Casos assim consomem toda a verba da instituição sem que haja nenhum proveito nem para o doente nem para o hospital. Quero racionalizar para atender a um universo maior de doentes, visando sempre à qualidade de vida. No caso de um paciente em fase terminal da doença, não adianta continuar usando quimioterápicos, radioterápicos, quando se sabe que isso não vai ter utilidade para ele. O que ele precisa é ter sua dor minimizada, ser alimentado. Tratar especificamente da doença não aumentará o tempo de vida dele, não melhorará sua qualidade de vida. E, com isso, o hospital deixará de usar esses recursos em pessoas que têm possibilidades maiores de sobreviver.

O GLOBO — O hospital faz uma opção entre quem deve ou não receber atendimento? KLIGERMAN — Não se trata de opção. Estamos procurando o caminho. Ainda não temos clareza. Todos os setores que lidam com doenças degenerativas querem adequar seus recursos, já que, se não adequarmos a utilização dessa verba com o melhor resultado, uma melhor qualidade de vida, o dinheiro vai pelo ralo. E, com isso, deixamos de tratar gente que poderia se beneficiar dele. Não é uma decisão polêmica. É racional. Esses dez pacientes que morreram sequer tinham sido tratados no Hospital do Câncer. Quando se inicia um tratamento no hospital, os pacientes e suas famílias são educados com a cultura do “morrer em casa”. No momento em que concluímos que não há mais o que fazer — quando a doença volta, por exemplo — a família sabe que o lugar onde ele deve morrer é em casa, com sua família, com o carinho dela.

O GLOBO — Essa teoria implica uma retaguarda não disponível para todos. Na maioria das vezes, os parentes trabalham, não têm como cuidar do doente e não dispõem de recursos para contratar uma enfermeira, por exemplo. KLIGERMAN — Concordo. Só que o lugar dessa pessoa não é no Hospital do Câncer. Existem os chamados hospitais de apoio, que são subsidiados pelo governo e onde esses pacientes podem ficar. Nós, inclusive, damos os remédios para esses pacientes, como analgésicos, por exemplo, o que é nossa obrigação. O Hospital do Câncer é uma instituição de tratamento.

O GLOBO — Dos pacientes que chegam ao hospital, quantos têm chances de cura? KLIGERMAN — Casos em que não adianta nenhum tratamento, quando o paciente não tem mais qualquer possibilidade de cura, o índice é pequeno: não deve chegar a 10%. Já os casos avançados representam 80%. Isso é uma praga dos países subdesenvolvidos. As pessoas só procuram socorro quando estão num estágio avançado da doença ou depois que foram manuseadas erroneamente numa instituição não especializada, a doença avançou e ela já vem para cá numa situação muito complicada. Aí, sim, temos um dilema, porque temos que adequar nossos recursos para os doentes que chegam num estágio inicial da doença versus aqueles que estão num estágio avançado. Tratamos todos, mas é uma questão complicada: a quem você vai dar preferência? E essa é uma questão internacional. Num congresso de que participei recentemente, chegamos à conclusão de que, evidentemente, os doentes que têm a doença na fase inicial são



Eurico Dantas/16-2-93

“Um doente em fase terminal de câncer não necessita de tratamento quimioterápico. O que ele precisa é ter sua dor minimizada.”

“Não podemos mutilar um paciente numa cirurgia e, depois, entregá-lo a uma família que não tem recursos para cuidar dele.”

prioridade, porque têm mais chances de cura do que os outros. Infelizmente, é preciso dar prioridade aos recursos.

O GLOBO — Pessoalmente, é difícil tomar essa decisão? KLIGERMAN — Pessoalmente, a decisão não é muito complicada. Se recebo um paciente com uma lesão avançadíssima, que tem chance de 20% e vai ficar um mês internado; e, ao mesmo tempo, outro com uma lesão pequena, que precisa de um tratamento mais simples e vai ficar um dia internado, é óbvio que a prioridade será este último. E o que está em estado mais grave vai esperar um pouco mais — o que também não vai influenciar no resultado final do quadro dele.

O GLOBO — Muitos médicos têm denunciado a crueldade de serem obrigados a decidir quem atender primeiro, em função da falta de condições de tratar de todos os pacientes simultaneamente. Eles compararam essa situação à que é retratada no filme “A escolha de Sofia”, onde uma mãe é obrigada a escolher qual dos dois filhos irá para a câmara de gás num campo de concentração. Isso acontece no Hospital do Câncer? KLIGERMAN — “A escolha de Sofia” decide quem vai morrer e quem não vai morrer. Aqui a decisão é entre aquele que vai viver mais e aquele que vai viver um pouco menos. Então, não tem “escolha de Sofia”. E apenas uma adequação ao perfil do doente que vai se beneficiar melhor do tratamento disponível. O importante é que todos são tratados. Se considerarmos que um paciente, mesmo em estágio avançado, faz uma radioterapia paliativa, recebe analgésico, ele está sendo tratado.

O GLOBO — Por que o senhor limitou o tempo de duração das cirurgias? Para alguns

médicos, essa decisão é polêmica.

KLIGERMAN — Não existe polêmica. O que eu afirmo é que uma cirurgia de 12 horas precisa ser avaliada; precisamos saber se vai beneficiar o doente. Se for realmente beneficiar, ele vai ser operado. Continuamos fazendo cirurgias com 12, 14 horas de duração. Mas são cirurgias analisadas; isso é a adequação. Será que o paciente vai ter uma qualidade de vida melhor fazendo isso tudo? E isso o que tenho tentado impor filosoficamente às pessoas. Essa situação não ocorre somente num hospital público. Várias vezes, em clínicas privadas, famílias que têm recursos perguntam: “Doutor, será que vale a pena investir tanto?”. Isso também passa pela minha cabeça quando decido sobre um paciente no meu consultório particular: “Será que vale a pena fazer isso tudo?”, “Como vai ser a qualidade de vida dele?”, “Depois da cirurgia, ele vai conseguir engolir um alimento?”. O cirurgião tem que considerar isso; se não considerar estará sendo desumano. Se isso acontece quando o paciente está se tratando com recursos próprios, imagine eu, que estou gerindo recursos públicos. Tenho que ser muito mais rigoroso.

O GLOBO — E o paciente? Será que para ele não vale a pena fazer o tratamento ou a cirurgia para ter mais algumas semanas ou até mesmo alguns dias de vida? KLIGERMAN — Essa posição é egoísta. E o outro paciente, que pode viver mais 15 anos?

O GLOBO — Mas isso considerando-se que o médico tenha que optar entre duas pessoas para atender apenas uma. E quando a situação permite o atendimento de ambos? O senhor faz uma opção entre um e outro? KLIGERMAN — Não é questão de opção. Estou optando por

aquilo que vai dar melhores condições de vida para o paciente, não é só o tempo de vida. Não adianta operar um doente que vai ficar mutilado, recluso em casa, sem comer, ligado a uma sonda. Não sou eu, claro, que vou decidir por ele. Se ele decidir fazer a cirurgia, faremos.

O GLOBO — Essa possibilidade de escolha também é dada aos pacientes do Hospital do Câncer? KLIGERMAN — Também.

O GLOBO — A questão é apresentada para o paciente? KLIGERMAN — Claro. Dizemos a verdade para os pacientes. Não para todos, porque alguns não têm condições de saber a verdade, mas a maioria tem. Não tem sentido dizer para um paciente: “Olha, o senhor não tem nada, não. Eu só vou tirar metade da sua cara”. Como é que se lida com um problema como esse? Explicamos como é a cirurgia e muitos recusam, principalmente quando ela pressupõe mutilação.

O GLOBO — O paciente ou a família sempre participam dessa decisão? KLIGERMAN — Participam ativamente. Ninguém ignora sua situação. Muitas vezes, o médico sabe que a doença vai ser um trauma para todos, porque o doente é um pai de família, de quem depende o sustento de todos. Outro fator complicador: como podemos mutilar uma pessoa e, depois, entregá-la a uma família que não tem recursos, sabendo que ela vai precisar de sonda, de dieta alimentar específica? Isso tudo tem que ser pesado.

O GLOBO — Qual a sua expectativa quanto aos resultados dessas medidas? KLIGERMAN — Nosso objetivo é ter um perfil de paciente que

vá se beneficiar melhor. Não é nada de economia. Estamos com recursos próprios razoáveis. Temos problemas, apenas, com material de consumo permanente — pois a verba mandada pelo Governo é realmente pequena — e com os equipamentos, cujo uso é muito grande. Raio X, ressonância, tomógrafo etc. quebram frequentemente, têm uma manutenção difícil e são super utilizados. A quantidade de exames que fazemos é imensa. Afinal, somos a única instituição de câncer no Rio de Janeiro.

O GLOBO — Os critérios de uso desses equipamentos também estão sendo mudados? KLIGERMAN — Sim. Muitos exames são desnecessários. Um exemplo: se você for fazer uma operação e o médico não pedir um exame de coagulação sanguínea você vai ficar intranquilo, não vai? Mas sabe qual é a necessidade desse exame numa pessoa assintomática? Um por cento. Raio X de pulmão é a mesma coisa: dependendo da faixa etária, não precisa ser feito. É necessário qualificar quem precisa fazer esses exames.

O GLOBO — Que tipos de câncer têm mais chances de cura? KLIGERMAN — O câncer de pele tem uma probabilidade de cura de quase 100%. De uma maneira geral, todos os tumores na fase inicial têm um percentual de cura acima de 70%. Quando está na fase avançada, esse índice cai para 30, 20%.

O GLOBO — O senhor diz que 80% dos pacientes que chegam ao Hospital do Câncer estão na fase avançada da doença. Qual a explicação para esse fato? Erro de diagnóstico? KLIGERMAN — Não. Nas classes de maior poder aquisitivo, normalmente é por negação à doença, por um mecanismo psi-

quico de fuga; nas classes mais baixas, por falta de acesso. O doente não sabe onde procurar atendimento, fica vagando de ambulatório em ambulatório e, até ser encaminhado para cá, a doença já avançou.

O GLOBO — Então, são poucos os pacientes que chegam ao hospital com possibilidade de recuperação? KLIGERMAN — Infelizmente, é verdade. Vinte ou 30% dos casos têm chances reais de cura. Para os outros, o que podemos fazer é melhorar seu estado geral, dando uma sobrevida boa para ele.

O GLOBO — O Hospital do Câncer também é muito procurado para dar diagnóstico. Isso é correto? KLIGERMAN — Esse é outro grande problema. Por sermos um hospital de referência, 40% dos doentes vêm em busca de diagnóstico. E eles só deveriam nos procurar depois de terem feito um exame que indicasse pelo menos uma suspeita da doença. Gastamos 40% dos nossos recursos fazendo diagnóstico.

O GLOBO — Essas pessoas são encaminhadas por médicos de outros hospitais? KLIGERMAN — Não. Sessenta por cento dessas pessoas vêm espontaneamente. Elas acham que têm câncer e vem. E aí da gente que não atenda...

O GLOBO — Por que limitar o tempo de duração das cirurgias? KLIGERMAN — Antes de assumir a direção do hospital, comecei a me preocupar com a mutilação dos pacientes. Me perguntava: será que vale a pena tirar a língua desse paciente? E eu nem estava preocupado com a parte econômica da questão; pensava na parte técnica e humana. Fazíamos, rotineiramente, várias cirurgias muito radicais, que resultavam num paciente vivendo mal, vivendo pouco. E comecei a me perguntar: para que fazer isso, se o paciente viveria o mesmo tempo recebendo apenas alimentação, higiene, remédios? Não posso considerar normal manter um paciente 12 horas na mesa de cirurgia e ele morrer dez dias depois. Alguma coisa está errada. As chefias têm que se responsabilizar pelos resultados. Isso é uma fiscalização da direção; é minha obrigação como diretor.

O GLOBO — Mas há médicos do hospital que não concordam com essa teoria... KLIGERMAN — Sim, há uma ala que não está nem um pouco preocupada com isso. Eles querem tratar todo mundo. E uma ala muito pequena e, na minha opinião, muito demagógica. Eu já os convidei, inclusive, para acompanhar nossos problemas, ver as dificuldades que temos com equipamentos, para que entendam o quadro. Mas hoje esse grupo é muito pequeno. O setor de oncologia clínica, por exemplo — um dos que têm me dado mais alegria — decidiu suspender a quimioterapia para os casos terminais de câncer de cabeça e pescoço.

O GLOBO — Essa mudança pode ser considerada uma nova tendência da oncologia? KLIGERMAN — A década de 80 foi a época da retirada de órgãos. Deu-se com os burros nã-gua. Na década de 90, o grande enfoque é a preservação de órgãos. É a tentativa de fazermos cirurgias mais fisiológicas sacrificando o menor número possível de órgãos. Alguns médicos, porém, ainda acham que retirando uma parte do rosto do paciente ele vai viver mais confortavelmente. Particularmente, acho isso uma monstruosidade. E estou falando por uma questão humana. Isso não é uma crítica a esses médicos, até porque é difícil encontrar uma opinião unânime sobre qualquer coisa. Aliás, a unanimidade é burra.