

FICHA

Entrevistado: Dr. Eric Wilson

Entrevistador: Dr. Charles Amaral de Oliveira.

Local: Campinas-SP, Brazil

Data: junho/2015

Oliveira CA, Wilson E. Entrevista [arquivo .mp3]. V Curso Singular de Medicina Intervencionista da Dor; Campinas (SP); junho 2015. Copyright 2015.

ENTREVISTA

Dr. Charles Oliveira: Muito obrigado por ter vindo novamente ao Brasil! Eric, a primeira pergunta: quais são os desafios que temos no Brasil e na África do Sul? Que você acha que são os desafios que enfrentamos nestes dois países.

Desafios em comum com a África do Sul

Dr. Eric Wilson: A minha impressão é... (pausa) a de que temos tecnologia e temos tratamentos que podemos utilizar, mas muitas vezes são... O preço de entrega deles está fora do alcance da população. Então, é possível fazer muito mais do que conseguimos fazer, mas isto é limitado, principalmente pelo financeiro.

Em segundo lugar, a tec... O tipo de tecnologia que podemos utilizar, como estimuladores e bombas, a tecnologia sofisticada requer uma população que é capaz de lidar com ela no ambiente doméstico. Por isso, é sem sentido implantar uma tecnologia de primeiro mundo em alguém que vai voltar para um ambiente domiciliar de terceiro mundo e não poderá manter nem sustentar tal tecnologia. E, também, essas populações de pacientes que se beneficiariam com essas tecnologias não têm o entendimento educacional do que você está tentando passar para eles, e assim requer muito mais esforço para, num ambiente multilíngue e multicultural, tentar conseguir uma distribuição uniforme de informações para os pacientes que você atende. Nem todos têm a mesma capacidade para entender, financeira e/ou educacionalmente, o que precisamos, o que PODEMOS fazer por eles, o que precisamos fazer por eles. Então acho que isto é um denominador comum entre os dois países.

Treinamento em dor nos dois países

Dr. Charles Oliveira: Como são os médicos nos dois países? Estão preparados para dar o melhor aos pacientes?

Dr. Eric Wilson: Acho que sim. Sabe... A minha impressão dos [médicos] que vi no programa Singular, apenas falam com uma língua diferente para o mesmo nível de treinamento e personalidades e competências como da África do Sul. A vantagem que temos no Brasil e na África do Sul é que temos uma grande população, um grande número de pacientes, de modo que a experiência como médico excede em muito a de um médico residente na Europa, que tem uma pequena clínica. E lá há muitos médicos, então, você não consegue volume. Nós vemos um largo espectro de patologias que exige que se tenham as habilidades. Você tem que adquirir competências para lidar com esse espectro.

Quero somente voltar a uma das questões que temos em comum com vocês, que é esta: o Brasil é um país enorme. Assim, as pessoas viajam longas distâncias para ser atendidas por você. Cuidamos de pacientes de toda a África, até lá da África Ocidental, e temos o mesmo tipo de problema. Viajam longas distâncias e muitas vezes vêm com expectativas de que eles conseguirão tratamento no dia em que chegam. Mhm... e um dos nossos desafios é tentar conseguir com que os pacientes, antes de virem, sejam adequadamente investigados clinicamente e examinados no local em que vivem, para que possamos entregar um tratamento eficaz. É quase impossível lidar com alguém de... que não passou por uma propedêutica adequada, no dia, na clínica. E por isso temos o mesmo tipo de problema. A pessoa chega com uma mala e acha que de alguma forma você pode oferecer um serviço que é abrangente e eficaz em um dia, que não é... Isto não é prático.

Formação médica – especializar ou não?

Dr. Charles Oliveira: Você acha que precisamos preparar os médicos para não serem tão especializadas em um... em cabeça ou na coluna vertebral, mas um médico que pudesse ver o paciente de dor da cabeça aos pés?

Dr. Eric Wilson: Nós discutimos isso hoje mais cedo eu acho. Você e eu. E o dilema é ter alguém como um especialista em dor. Eles têm um conhecimento integrado de como as vias de dor funcionam – como uma condição integrada. Eu acho que tem um papel para uma amostragem mais seletiva dos problemas maiores. Então, tome, por exemplo, a oncologia: no ambiente de qual venho, as hospedarias de cuidados paliativos regularmente utilizam morfina, anti-inflamatórios não esteroides e paracetamol. Esta é a soma da experiência deles em farmacologia. Eles não têm nenhuma experiência com o tratamento intervencionista e não têm nenhuma experiência em nenhuma das outras modalidades: de bombas de dor, de estimuladores, nenhuma outra. Portanto, os pacientes internados na hospedaria de cuidados poderiam receber melhores tratamentos se ensinássemos a esses médicos bloqueios simples, outros regimes farmacológicos simples. Então é isso em nível de hospedarias de cuidados.

Para as dores musculoesqueléticas, sua clínica é como nossa clínica. Vemos muito ombro, quadril, joelho, que poderia ser tratado com bastante eficácia na rede de periferia da atenção à saúde. Assim, eu acho que definitivamente tenha um papel para uma visão em que procedimentos comuns possam ser feitos por qualquer médico qualificado competente na rede de periferia e, quando os tratamentos forem ineficazes, encaminhar o paciente para um centro de referência como os nossos centros.

Desafios futuros na área da dor

Dr. Charles Oliveira: Quais são os desafios para os próximos dez anos na área da dor?

Eu acho que nossos desafios estão nos tratamentos emergentes de... na contramão da medicina reparadora; vê-se a medicina regenerativa, vendo a maneira de mudar fundamentalmente a maneira como tratamos pacientes. Se conseguirmos a regeneração dos espaços articulares, se conseguirmos a regeneração dos discos em vez de a colocação de próteses, acho que esses são os campos em que as mudanças mais animadoras vão acontecer. Acho que melhor diagnóstico de algumas das condições. Assim, se olharmos para a alteração na compreensão do tratamento da artrite reumatoide, osteocondrite, artrite psoriática, com o tratamento biológico desses, acho que ainda temos que ver esse nível de tratamento bioquímico das vias da dor. Ainda estamos limitados a cinco ou seis classes terapêuticas de crescimento, que tendemos a usar quatro ou cinco deles porque não sabemos realmente qual vai funcionar melhor, em vez de terapia muito mais direcionada. Então, se pessoas com artrite reumatoide ou espondilite anquilosante agora... se você começar a tratá-las cedo, com os fatores biológicos, acabarão não tendo as doenças comuns que costumamos ver nas clínicas de dor 25 anos depois. Assim, o diagnóstico mais precoce, o melhor diagnóstico, o tratamento precoce ou tratamentos mais eficazes, acho que serão estes a fazer a diferença para os pacientes.

Além disso, penso que uma das questões-chaves é a comunicação. Como você vê por experiência própria em sua clínica aqui, as redes sociais possibilitam disseminar a nossa mensagem, mas, ao mesmo tempo, elas fazem os pacientes procurarem cuidados que não necessariamente precisam ou deixarem de procurar consultar primeiro com seus médicos de primeiros cuidados. Esses pacientes desviaram da cadeia de cuidados primários. Apesar de recebermos pacientes sem encaminhamento sim, não fazemos esse atendimento tão voluntariamente como quando vêm encaminhados por outro médico. Um médico... Um paciente encaminhado por um colega profissional competente, que já tenha realizado a propedêutica essencial, excluído as doenças que podem ser tratadas, mas não por uma clínica de dor, faz com que a entrega de nosso serviço seja muito melhor. Temos um problema em que os pacientes chegam com... espondilite anquilosante não diagnosticada ou artrite reumatoide não diagnosticada. Não é para isso que serve uma clínica de dor. Nós não somos um serviço de diagnóstico. De fato somos um serviço de tratamento, mas conseguir com que os pacientes sejam diagnosticados corretamente é o que irá melhorar a qualidade de vida deles, melhorar o que fazemos.

Papel da US na clínica de dor

Dr. Charles Oliveira: E, por último, como você vê o ultrassom na clínica de dor?

Dr. Eric Wilson: O ultrassom é, sem dúvida, muito mais benéfico para o paciente em termos de doença iatrogênica potencial da radiação. E eu acho que ele muda nossa percepção. Você vê uma imagem em tempo real de um tecido vivo real. Você vê os planos vasculares, neurovasculares, e você realiza, eu acho, uma colocação muito mais precisa de instrumentos, agulhas e fármacos, de fato no lugar em que realmente precisa, em vez de uma localização implícita, que é o que você vê num raio X. Você tem uma inferência de onde você está, não tem uma imagem em tempo real de onde se encontra. Portanto, acho que ultrassom é definitivamente o futuro. Eu acho que ultrassom será melhorado; acho que o processamento dos sinais vai melhorar as imagens que vemos, que realmente estão melhorando. Mas eu acho que, com a integração, se buscarmos a integração de CT e ultrassom, a integração do ultrassom com outras modalidades de imagem investigativa...termografia com ultrassom, mudaria a imagem que temos. No momento [o uso] ainda é isolado: ultrassom, ou termografia, ou raios X, ou RMN; então, quando integrarmos essas imagens, teremos uma mudança real no que fazemos.

Experiência pessoal com dor crônica – aprendizados e reflexo na prática clínica

Dr. Charles Oliveira: É uma pergunta pessoal. Sabemos que você teve uma plexopatia há muitos anos, que você parou de praticar a medicina e foi estudar economia e outras coisas numa escola muito importante, a London Business School, se me recordo bem. Como isso fez você uma pessoa melhor e melhorou o tratamento aos seus pacientes que sentem dor 24 horas por dia?

Dr. Eric Wilson: Bem, eu acho que certamente abriu meus olhos para as deficiências no tratamento da dor, de que os médicos que me trataram eram em primeiro lugar cirurgiões e não estavam realmente interessados na dor. Estavam interessados no tratamento da patologia subjacente, não, o resultado da patologia. E a compreensão do que é viver com dor todos os dias. Há trinta anos da minha vida que vivo com dor; a gente aprende a lidar com ela. Ela faz você perceber que existe um componente da personalidade na forma como você expressa dor. Se eu não tivesse tido uma lesão no meu ombro, se eu não tivesse lesionado meu plexo braquial, eu nunca teria visto e feito as coisas que eu fiz. Sendo assim, eu não escolheria ter a lesão novamente, mas certamente ampliou minha perspectiva de vida, e é preciso olhar para os aspectos positivos disso. É muito fácil ficar pensando sobre os aspectos negativos e ser a vítima. Eu acho que você pode escolher encontrar o valor nas lições aprendidas ou você pode escolher ser uma vítima. Nosso desafio como médicos é levar as pessoas a mudarem sua percepção. Em vez de se sentirem vítimas, de serem parte de um processo e de aprenderem a lidar melhor com estas coisas: quer se trate de fim da vida e entendimento do tipo de relacionamento que tem com sua família, ou percepção que as pessoas têm sobre a morte e o morrer, por meio de você, ou pessoas ao seu redor que enfrentam adversidades, ensinando-as a capitalizarem aquilo que aprenderam e seguirem em frente com suas vidas. Muitas pessoas que vemos nas clínicas de dor estão presas num papel de doente, num papel de dor que não conseguem superar. E esse é o desafio do componente psicológico, de levar as pessoas a transporem isso, vivendo com a dor, em vez de tentarem viver SEM ela e nunca progredirem em suas vidas.

Dor do câncer – dor tratado adequadamente por oncologistas?

Dr. Charles Oliveira: Você concorda que os oncologistas tentam cuidar da enfermidade... a patologia e se esquecem de cuidar da dor dos pacientes?

Dr. Eric Wilson: Eu acho que até certo ponto isso pode ser verdade. Eles têm um trabalho muito desafiador. Eles lidam com regimes farmacológicos muito complexos, com pacientes que têm pavor do componente emocional... das famílias. Eu acho que eles têm um desafio. Eu acho também, é justo dizer, que eles foram desapontados com a forma como outros médicos fazem o controle da dor; então eles estão relutantes em referir esses pacientes porque eles veem como outros médicos tratam mal a dor. Clínicas de dor são relativamente novas e têm número reduzido. E por isso, se na visão dos oncologistas, quando enviam um paciente de volta para a comunidade, o tratamento da dor dos pacientes decai muito e não é tão eficaz, em parte é nossa culpa como não oncologistas por não demonstrarmos que podemos entregar esse serviço e,

também, em parte, a nossa culpa por não educarmos os oncologistas para saber que somos qualificados. Então, eu penso que há dois lados da questão. Quando oncologistas confiam que uma clínica de dor lide com a dor de forma adequada, ele fica disposto a referir. Clínicas de dor que não oferecem um serviço que muda a vida das pessoas vêem os oncologistas menos dispostos a encaminhar pacientes para elas. E eu acho que é um equilíbrio: é encontrar a maneira como uma parceria em cuidar de pacientes realmente funciona. E isso é um desafio. É um grande desafio.

Dr. Charles Oliveira: Muito obrigado pela entrevista e volte logo para o Brasil!

14: 52-

Dr. Eric Wilson: É sempre um prazer. E bom estar no Brasil, país maravilhoso!

Dr. Charles Oliveira: Esperamos vê-lo novamente no ano que vem.

Dr. Eric Wilson: Bom, fantástico! Bom estar aqui.

Dr. Charles Oliveira: Este ano... *(risos)*. Obrigado!

Dr. Eric Wilson: É... esses são grandes desafios... grandes desafios.

Oliveira CA, Wilson E. Entrevista [arquivo .mp3]. V Curso Singular de Medicina Intervencionista da Dor; Campinas (SP); junho 2015. Copyright 2015.

