

A pequenina ferida

The Little Wound

Susana Leal*

Enquanto aluna do 6º ano de Medicina, esta apresentou-se como uma oportunidade irrepetível de proceder a uma análise sobre a prestação de Cuidados Paliativos, em Portugal. De facto, a convivência diária, ainda que incontestavelmente pouco vasta, com os doentes de vários serviços e os sucessivos ajustes ao *modus operandi* das respectivas equipas médicas, permitiram-me, essencialmente, fazer uma reflexão vivencial e ética mais profunda sobre o percurso percorrido por estes doentes e respectivas famílias e sobre a forma como a comunidade médica tende a lidar nestas circunstâncias.

Em primeiro lugar, sinto como premente a necessidade de reafirmar, de forma clara e inequívoca, os Cuidados Paliativos como a assistência prestada ao doente com doença avançada, progressiva e incurável. Porque, a prática comum de reservar este tipo de assistência apenas para os doentes moribundos e em fase agónica, implica privar todos os outros, que não necessariamente em estado terminal, de um conjunto de cuidados especializados, dirigidos e baseados nas suas reais necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais, mais do que no seu diagnóstico ou prognóstico.

Este tipo de acompanhamento contempla a proximidade da morte numa perspectiva totalmente humanizada, reconhece a dignidade do Ser Humano no contexto de profundo sofrimento a que o fim da vida não raras vezes se associa e tem como objectivo principal preservar ao máximo a qualidade de vida.

Desta forma, em vez de ser repetidamente adiado, à mercê de uma eventual recuperação irrealista, deve ser prestado o mais precocemente possível, de forma a fazer-se o acompanhamento individualizado do doente.

No entanto, compreendo que esta aceitação seja por vezes perturbante, já que o desinvestimento no acto curativo pode ser falsamente confundido com desconhecimento técnico, falta de empenho profissional e derrota pessoal. Como se a inevitabilidade da morte fosse, não o evidente desfecho natural da vida, mas antes a personificação dos nossos medos, incertezas e falhas.

Há que ter presentes os princípios éticos da *beneficência* e da *não-maleficência*, com os quais estamos comprometidos, para com todos os doentes. Assim, estamos encarregues, não de oferecer-lhes a cura em todas as circunstâncias, preservando a vida a qualquer custo, mas de proporcionar-lhes um tratamento adequado à sua situação. Já que, nem sempre a procura da cura é o maior benefício para o doente e temos como responsabilidade médica, segundo o *Juramento de Hipócrates*, a obrigação de actuar “*para o bem do doente*”, o nosso investimento não pode ser feito na doença, mas sim no doente.

Um componente que julgo ser de especial importância nesta área é a comunicação, que me faz lembrar imagens relativamente frequentes em contexto hospitalar. Recordo então as vozes sussurradas frente ao doente, como se o som das palavras as tornasse mais reais, as mentiras piedosamente contadas, como se a verdade acelerasse o curso da doença e as visitas da equipa médica, quase instintivamente apressadas, como forma de protecção contra eventuais perguntas de resposta difícil.

Recordo nitidamente um doente, com quem contactei há uns anos numa enfermaria, que me disse, com voz convicta e serena, “*Vou ser operado a uma pequenina ferida no intestino, mas não é nada de grave. O Sr. Dr. disse-me que não era nenhum tumor*”.

Fiquei mais tarde a saber que, afinal a “*pequenina*

*Aluna do 6º Ano da Licenciatura de Medicina, da Faculdade de Medicina de Lisboa

Estágio Clínico de Medicina do 6º Ano

Serviço de Medicina I do Hospital Fernando Fonseca

Recebido para publicação a 11.06.08

Aceite para publicação a 31.10.08

ferida”, como decidiram chamar-lhe era, na verdade, um adenocarcinoma do recto.

Confesso que, ao longo dos anos, frequentemente me surpreendi a imaginar como teria reagido este doente, ao acordar da anestesia e aperceber-se que, afinal, tinha sido submetido a uma cirurgia mutilante e para a qual não tinha sido preparado, ou como viria a reagir, uns anos mais tarde, se o Sr. Dr. lhe dissesse que a “pequenina ferida”, afinal, se tinha espalhado pelo corpo todo.

Recordo também episódios presenciados, noutras enfermarias, onde se era antecipadamente informado que certas palavras, tais como “tumor” ou “cancro”, não deveriam ser pronunciadas frente aos doentes e onde os alunos eram estrategicamente incumbidos de ir observar determinados doentes, para evitar situações constrangedoras, já que “*tu não estás dentro do caso e assim, não te fazem perguntas*”.

Em todas as áreas da medicina, mas no contexto dos Cuidados Paliativos em particular, uma falha ao nível da comunicação, pode transmitir ao doente uma sensação de abandono e desinvestimento do médico, que podem aumentar a ansiedade face ao desconhecido e acompanhar-se de sentimentos de auto-culpabilidade e solidão.

Assim, o médico deve tentar estabelecer uma relação empática com o doente e perceber o tipo de informação que este pretende e está apto a receber.

Ainda que, por vezes, a maior parte da informação seja dada à família, quer por incapacidade do doente a perceber, quer por decisão deste, os familiares frequentemente esperam que o médico os acompanhe no seu silêncio para com o doente. Nestes casos, é importante tentar perceber quais as verdadeiras motivações da família e ter sempre em mente que o nosso primeiro e maior dever é para com o doente.

Não devem nunca ser dadas expectativas irrealistas, pois funcionam apenas como momentos de fuga transitórios, mas que, à medida que a verdade se impõe, aumentam o descrédito do doente na sua relação com o médico.

Em contrapartida, deve ser sempre mantida a esperança do doente, já que esta, enquanto expectativa positiva de se atingir um determinado objectivo, é sempre válida. É então fundamental partir de premissas realistas e ir descobrindo novos caminhos e novas perspectivas, em novos momentos.

No entanto, tenho-me apercebido que esta é, por vezes, uma tarefa ingrata para o médico que, na

prática, vê a sua actividade constantemente condicionada por um conjunto de limitações, de múltiplas etiologias e difícil resolução, que tendem a agrupar-se exponencialmente.

Quando a transmissão de uma má notícia é quebrada por interrupções constantes, ou um momento de privacidade se resume a uma cortina corrida num quarto com demasiados ouvidos, ou a um canto de corredor com demasiados olhos, é compreensível que o desânimo ganhe espaço e os actos se afastem das convicções.

É então necessário um esforço acrescido, para proporcionar aos doentes uma qualidade assistencial na morte semelhante à da assistência na vida.

A morte, enquanto tema desconfortável, é normalmente abordada apenas de forma implícita pelos profissionais de saúde e restringida aos seus aspectos meramente técnicos.

Assim, é importante salientar a transversalidade dos temas associados à área dos Cuidados Paliativos, já que a dignidade e o respeito para com os outros devem ser duas premissas comuns a qualquer prática médica e, como afirmado por Philippe Ariès, historiador francês do século passado, “*esquecer-se da morte e dos mortos é prestar um péssimo serviço à vida e aos vivos*”. ■