

O Estudante de Medicina Diante da Finitude do Homem

Viviane Raquel Buffon*

“Tu importas por que eres tu; tu eres importante hasta el último momento de tu vida. Y haremos todo lo que podamos para que te sientas mejor y te ayudaremos a mantener tu calidad de vida, y en su final, te apoyaremos y daremos confort en su morir”

Cicely Saunders

A decisão de fazer estágio em uma das principais enfermarias do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE) dedicada ao atendimento de pacientes terminais foi muito importante para a minha formação acadêmica. Afirmo com convicção, principalmente após iniciar um novo semestre (sétimo) e perceber o quanto a graduação falha ao não permitir um espaço para a discussão do processo de morrer e da morte. Não coloco a responsabilidade somente nas faculdades de medicina, pois quem as dirige também é parte da sociedade, que está impregnada pela cultura do “medo da morte” e do sentimento de tristeza e abandono que acompanha esse acontecimento.

Quando iniciei a minha graduação em medicina, no ano de 2003, na Universidade de Caxias do Sul, imaginava que poderia “salvar” os pacientes da morte, proporcionando a cura,

já que a própria definição de medicina é a “arte de curar”. No entanto, à medida que comecei a estudar, praticar e a observar os pacientes na clínica médica ambulatorial e hospitalar, compreendi que não estava sendo preparada para decidir sobre a vida ou a morte. Percebi que é obrigação do médico prevenir e aliviar, e que a dor e o sofrimento podem ser insuportáveis para o paciente quando percebe que o médico não encontra mais alternativas para a sua doença, ou seja, quando teoricamente não há mais nada para fazer. Entretanto, esses sentimentos de impotência e abandono podem ser suprimidos a partir do momento em que a equipe de saúde aprende a oportunizar cuidados paliativos aos seus pacientes.

Felizmente, a minha faculdade de medicina oferece a disciplina de CP. Confesso que se não tivesse cursado essa disciplina, talvez, ao me formar, não saberia sobre a abrangência e urgência desse serviço para o doente terminal e para a sua família. Apesar de ter estudado conceitos básicos do paliativismo no curso de medicina, foi por meio da prática oportunizada pelo estágio na enfermaria do HSPE/SP e na visita domiciliar que sedimentei o meu conhecimento inicial.

Acompanhei a Dra. Maria Goretti Sales Maciel, médica responsável pelo setor de CP do HSPE de São Paulo, e recebi orientação do Dr. Marco Tullio de Assis Figueiredo, professor da disciplina de CP da Unifesp, que investe



* Acadêmica de Medicina do Quarto Ano da Universidade de Caxias do Sul.

incansavelmente no desafio de ensinar os futuros médicos a oferecer dignidade e respeito ao paciente terminal. Nesse período que permaneci estudando exclusivamente CP, observei a angústia e o sofrimento dos pacientes quando se descobrem com uma doença incurável.

O caso mais marcante do meu estágio foi do paciente “João”, 44 anos, procedente de Suzano, em São Paulo, pai de três filhos, ex-etilista e com diagnóstico de câncer no assoalho da boca. Foi encaminhado pela otorrino ao serviço de Cuidados Paliativos pela primeira vez em 31/10/05 em estado lamentável, com edema de face e dor de forte intensidade. Permaneceu por 30 dias, recebendo alta no dia 30/11/05 devido à melhora do estado geral (dor controlada e sem edema) e do estado psicológico (jogava dominó e estava muito animado). Retornou à enfermaria em janeiro de 2006 com o mesmo quadro da primeira internação e fístula orocutânea. Ficou por nove dias internado e recebeu alta com os sintomas controlados. Após uma semana em casa, buscou novamente os cuidados paliativos por aumento significativo do edema, dor de intensidade insuportável, piora da fístula orocutânea, destruição da mandíbula e infecção secundária. Nessa terceira internação, não mais responsivo ao tratamento com antibióticos e corticóides e não obtendo diminuição do edema facial, foi proposta ao paciente sedação. O paciente ficou apavorado e não quis mais deitar para dormir por medo de morrer. Melhorou um pouco após alguns dias, recebeu alta e ficou sob os cuidados de uma cuidadora que resolveu curá-lo por meio de curativos com ervas caseiras. Retornou após dez dias, quarta internação, com aumento da fístula orocutânea e da infecção, cefaléia, dor insuportável, angústia e medo. Devido ao quadro avançado, que o deixava em risco iminente de morte por hemorragia e ao estado psicológico do paciente, optou-se por sedação lenta e progressiva com midazolam. O seu aspecto e sofrimento

*O médico deve estar
preparado para
acolher, medicar e ouvir.*

E para que isso ocorra,

*o médico deve estar,
portanto, preparado*

também para suportar

o sofrimento e o

desgaste emocional

desse trabalho

eram desumanos para todos, inclusive para a equipe de saúde. Morreu dormindo após algumas horas durante a madrugada. A acompanhante do paciente relatou que ao morrer teve uma expressão serena e pacífica. Utilizou para controle dos sintomas: morfina e após metadona para a dor e como adjuvantes olanzapina e buscopam. Sedação com doses crescentes de midazolam. Para diminuir as secreções, foram feitos curativos com metronidazol, rodefin e clindamicina. Como antiinflamatório, decadron. Quando o visitei, nessa quarta e última internação, estava totalmente desfigurado e com dor intensa, que não aliviava com mais nenhuma medicação. Ao entrar no quarto, visualizei o paciente sentado, com o tronco fletido e o olhar fixado em um ponto do chão. Interpretei essa postura como uma demonstração de vergonha e tristeza. Não consegui conversar com o paciente, principalmente após a retirada do curativo que estava em sua hemiface direita. O paciente gemia de dor física e emocional, mas não queria morrer e, por medo da morte, não dormia. Tinha receio de não acordar! Tive sensações de impotência, angústia e desespero, que se acalmaram quando o paciente faleceu no dia seguinte da visita após sedação.

Em contraponto à triste história terminal do “João”, Lya Luft, escritora, relata, na seção Ponto de Vista da Revista Veja, do dia 8 de março de 2006, de modo não intencional, a história da morte de seu grande amigo Caio Fernando Abreu, escrevendo o testemunho do escritor: “Eu sempre vivi como quem quer se matar. Agora que sei que vou morrer... como eu amo a vida!” Perguntou posteriormente a Lya, em uma conversa por telefone: “O que você acha que vai acontecer comigo quando eu me libertar deste corpo?” Respondeu na maior simplicidade aquilo em que acreditava: “Acho que, livre desse corpo, você vai ser pura intuição, e enxergar num deslumbramento tudo isso que passamos a vida procurando entender, e sobre o que escrevemos tanto”. E Caio, após um breve silêncio, perguntou novamente: “E se não for assim?” Com o mesmo tom de voz, Lya respondeu: “Ah, meu querido, se não for assim, nós dois vamos virar uns diabos bem perversos e vir fazer toda a sorte de malandragem neste mundo!” Caio riu de forma linda, clara e forte como nos tempos de saúde, conforme descrição de Lya Luft. Foi o último contato que tiveram. Dias depois ele faleceu. A morte, portanto, está em todas as nuances da arte da vida. A intenção de Lya não era descrever o processo de aceitação da morte por meio do questionamento de seu amigo, mas homenageá-lo e fazê-lo viver novamente por meio de suas lembranças. O seu amigo talvez não tenha recebido cuidados paliativos, mas teve a chance e a capacidade de expressar o que todos os pacientes sentem antes de morrer: dúvida, medo e esperança.

Analisando os dois casos que destacam aspectos diferentes da situação do paciente terminal, percebo que não há diferença nas decisões dos profissionais para esses dois casos. O médico deve estar preparado para acolher, medicar e ouvir. E para que isso ocorra, o médico deve estar, portanto, preparado também para suportar o sofrimento e o desgaste

emocional desse trabalho. No livro *Em Busca da Boa Morte*, de Rachel Aisengart Menezes, há um relato de uma médica sobre o trabalho do paliativista: “Aqui, talvez por esta perspectiva contínua de sofrimento, de perdas, sinto mais vezes necessidade de tirar férias. Nossas férias deveriam ser duas vezes por ano. Você tem necessidade de relaxar: ir à praia, passar uma semana à toa, tomar chopinho, falar bobagem e ter contato com pessoas saudáveis. Isto seria para dar uma equilibrada no seu foco, porque senão a gente começa a ver tudo muito pessimista, muito *down*. O profissional aqui se angustia mais do que em outros hospitais. No outro hospital também me angustio, mas é diferente: é quando vejo um doente velhinho em uma maca sem colchão, com dor e não tem remédio no hospital, é quando ele está esperando uma cirurgia há três meses e a cirurgia não sai. Lá, minha angústia tem mais o caráter de revolta, diante da situa-

“Lentamente, yo aprendi la importancia del no poder.

Lo siento en mi propia vida y

convivo con ello em mi trabajo.

El secreto es no tener miedo – no escapar.

Quien está muriendo sabe que

nosotros no somos Dios.

Todo lo que pide es que no le

abandonemos.”

(autor desconhecido)

ção social não resolvida. Aqui, a angústia é por outro foco, é mais intrínseca, é a carga, o tipo de paciente e o tipo de trabalho”.

Ser paliativista é, em suma, um exercí-

cio diário de humanidade e perseverança. O acadêmico em sua formação deve compreender o sentido de saber conduzir os pacientes e seus familiares para o entendimento e aceitação deste fato que é indiferente à nossa vontade para não abandonar o paciente por não saber como tratá-lo paliativamente e por não ter desenvolvido habilidades no cuidado com o paciente terminal. ♦

REFERÊNCIAS

1. Twycross, R. *Morrir sin sufrimiento*. Oxford University. 2005.
2. Menezes, Rachel A. *Em busca da boa morte*. Antropologia dos Cuidados Paliativos. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004.
3. Zaidhaft, Sérgio. *Morte e Formação Médica*. Ed. Francisco Alves.
4. Luft, Lya. *Caio, amado amigo*. Revista Veja. In: Ponto de Vista. Ed. Abril. 2006;39(9):20.



II Congresso de Internacional Cuidados Paliativos e Dor

Dias 19, 20, 21 Outubro/06
Local: Curitiba - PR

Comissão Científica

Roberto T. Bettega (Paraná)
 Maria Goretti Salles Maciel (São Paulo)
 Silvana Bozza (Paraná)
 Silvia Maria de Macedo Barboza (São Paulo)
 Cisio Brandão (São Paulo)
 Samio Pimental Ferreira (São Paulo)
 Inês Tavares Vale e Melo (Ceará)
 Antônio Gomes Teles (Goiás)
 Luiz Fernando Rodrigues (Paraná)
 Claudia Burla (São Paulo)
 Cláudia Naylor (Rio de Janeiro)
 Marco Túlio de Assis Figueiredo (São Paulo)
 Ana Claudia Wanderbroocke (Paraná)
 Nívea Regina Stremel Andrade (Paraná)
 Fernanda Tuoto (Paraná)
 Mirlane Cardoso (Amanzonas)

Prezados Colegas,

É com satisfação que comunicamos a realização do II CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS E DOR realizado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos, Hospital Erasto Gaertner e Instituto Nacional do Câncer.

O tema central do congresso este ano ARTE E CIÊNCIA NO CUIDAR. Na ocasião do II CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS E DOR, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos estará realizando Assembleia de sócios da Academia.

Contamos com a presença de todos.

Secretaria Executiva e Informações

Centro de Projetos e Pesquisa - CEPEP
 Rua Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jd. das Américas - CEP 85520-060
 Curitiba - PR - Brasil - Tel.: (41) 3361-5120 • Fax: (41) 3361-5166
 Site: www.erastogaertner.com.br/cepep/paliativos
 email: eventos@erastogaertner.com.br

Realização

