



Pablo González Blasco

Doutor em Medicina
Diretor Científico da SOBRAMFA
(Sociedade Brasileira de Medicina de Família)

O Paciente e a Família perante a morte:

O Papel do Médico de Família

Estudar a morte, o último evento da vida, do ponto de vista médico traz novidades de metodologia. Para começar o termo final vem dado, sabemos o que esperar. Por outro lado, a morte é um fenômeno individual: cada um morre sozinho, de um jeito determinado, com suas vivências personalíssimas. Cabe, pois, estudar o processo de morrer, propriamente dito, onde o médico –o profissional de saúde em geral– deverá ser um elo entre os outros dois termos do processo: o paciente, em fase final da vida, e a família do paciente. Se no processo de cuidar e de curar, situado no âmago da atuação médica, deve-se lembrar que o protagonista é sempre o paciente e não o médico, no caso da morte esta ressalva assume particular destaque. De qualquer forma é bom recordar que o médico, o bom médico, pode aspirar no máximo a ser um bom coadjuvante no processo. O ator principal é sempre o paciente.

Mas a função de coadjuvante não pode fazer perder de vista o que denominamos postulado fundamental da Medicina de Família: “Perante a doença, o único profissional é o médico. A família e o paciente são sempre amadores”. Quer dizer, é do médico de quem devemos esperar uma atitude profissional na situação que nos envolve, e não do paciente, nem da família. Traduzindo em exemplos do dia a dia: não existe o paciente complicado, a família difícil de lidar. São desafios para o médico que com seu profissionalismo deverá dirigir a situação. O paciente que não adere ao tratamento, que não confia no profissional, a família insegura são, embora seja penoso reconhecê-lo, resultado de falta de competência do médico que não soube conduzir-se com a atitude correta.

Pensar na morte implica reconhecer nela uma possibilidade real que deve ser administrada, uma situação que deveria ser de ordinária administração, e não apenas uma circunstância infeliz que trunca as vidas e dificulta a brilhante atuação profissional do médico. Centrar-se no paciente que morre, na

família que sofre, vai muito além das funções que, infelizmente, o médico contempla como próprias e que, de um modo ou outro vem engrossar o seu curriculum.

É necessária uma preparação que vai além da técnica para saber enfrentar profissionalmente a morte; como médicos, na acepção plena da palavra. É preciso atitudes, valores, saber lidar com o sentido da vida, compreensão do momento vital. Tudo isso que se poderia condensar na palavra filosofia de vida, não tivesse o sentido depreciativo, de impotência técnica que, por ignorância, costuma-se lhe atribuir. Recorrer à filosofia quando a técnica nada tem a fazer, é prova da deficiente formação profissional que hoje respiramos, como se a filosofia fosse um recurso “in extremis” e não o que realmente é: postura diante da vida, que envolve valores, crenças, significados, assim como técnicas, procedimentos e recursos modernos para o bom desempenho da missão que a vida conferiu a cada um.

Nada tem de estranho que haja uma insensibilização perante a morte, por parte dos médicos e da própria sociedade: afinal os médicos são elementos dessa sociedade. Na verdade a falta de sensibilidade que aparece no momento da morte, não é mais do que o reflexo de uma falta de sensibilidade habitual para as situações corriqueiras da vida. Quem habitualmente quer consertar tudo -a pessoa doente- com a técnica, frustra-se quando repara que a técnica nada mais tem a fazer. Quem habitualmente despreza o ser humano, na sua atitude profissional, não terá como encontrar esse mesmo ser humano que sofre, no moribundo. Como se poder querer possuir recursos no caso limite -quando nada mais há para fazer- se habitualmente se desprezam esses recursos no dia a dia? Já comentava alguém que ética e humanismo para os médicos não são temas para discutir à beira do leito da UTI, com o paciente agonizante. São questões para ter presente na hora de prescrever, por exemplo, aspirina. Quem não prescreve aspirina com ética, carecerá dela quando tenha de tomar uma decisão que supõe aceitar, serenamente, o final de uma vida. Erroneamente se considera a ética como assunto para situações limites, quando na verdade toda atividade médica está intrinsecamente perpassada pela veia ética.

O médico deveria lembrar-se disso e dedicar tempo a pensar nessas questões. Mas parece que nem para pensar há tempo nos dias de hoje. Não será o mundo globalizado e intercomunicado quem nos oferecerá a oportunidade da reflexão necessária, da ponderação que precisamos. Vivemos um paradoxo de comunicação “on line” com uma falta cada vez maior de conteúdo. Fala-se muito e a toda hora de coisas cada vez menos importantes. É curioso -por não dizer assustador- que haja pessoas que consigam “conversar” na Internet durante horas a fio, e sejam incapazes de manter um diálogo substancial por dez minutos, ao vivo, sentados na mesa de um bar, tomando um café. A solução, pois, não deve



vir de fora, do simples progresso. Este é um problema que cada um deverá resolver por si só, em autodidatismo e com decisões individuais. Mas é uma condição de sobrevivência, para o médico, para a medicina, e para a própria vida.

A sociedade esconde a morte. “Em vez de enfrentar a realidade da proximidade da morte, nos empenhamos em aparentar que nunca chegará. Mentimos aos outros, mentimos para nós mesmos, e em vez de falar do essencial, ter palavras de amor, gratidão e perdão; em vez de nos apoiar mutuamente para cruzar juntos esse momento transcendental que supõe a morte de um ser querido, colocando todo o humor e o amor de que somos capazes, envolvemos com silêncio e solidão este momento única e essencial da vida”.

Saber cuidar da morte implica no médico duas frentes de ação. A primeira, já enunciada, uma mudança de atitude, ampliando seus horizontes habituais, fazendo do humanismo um companheiro freqüente na sua atuação profissional. A segunda, representada pela sua função técnica, poderia denominar-se, o gerenciamento a morte.

Ampliar os horizontes -necessariamente quotidianos e não apenas tanatológicos- é pensar na relação médico-paciente-família, onde a atitude do médico deve conquistar, uma vez e outra, a confiança, condição sine qua non para um bom relacionamento, subsídio da terapêutica eficaz. A confiança não se impõe; apenas -e não é pouco- inspira-se, e o paciente sabe em quem pode confiar. Basta ouvir os comentários dos pacientes nos “bastidores” da consulta médica. Frases como: “Esse médico sabe muito,

“Perante a doença, o único profissional é o médico. A família e o paciente são sempre amadores”

mas este outro é melhor”, ou “Não fui com a cara dele e não voltei”, ou ainda “Agora os médicos não te examinam. Somente pedem exames. Nem olham na tua cara; somente digitam no computador”, deveria nos fazer pensar que o relacionamento médico-paciente não está com a melhor das cotações. Algo neste estilo queria significar Sir William Osler, paradigma do médico humanista, quando afirmava: “Mais importante que aquilo que o médico faz é o que o paciente pensa que o médico faz”.

Os médicos são também sensíveis ao tema, e procuram de modo sistemático novos recursos para melhorar esse relacionamento. Fala-se em Significância Pessoal, que ultrapassa a significância estatística e clínica, para chegar a entender como o paciente vê a sua própria doença. Este é um complemento necessário da Medicina Baseada em Evidências, moderno recurso que aprimora a qualidade de informação, para levar até o paciente essa informação qualificada numa linguagem que ele possa entender: uma verdadeira Medicina Baseada na Pessoa.

É que na verdade não podemos esquecer o que já os filósofos nos ensinavam: “Não vemos as coisas como elas são, mas como nós somos” (Kant). Filósofos que falam da vida do dia a dia, como os poetas, que também conhecem esse modo pessoal de ver e viver as situações que atingem a cada um. “A vida é o que fazemos dela/ As viagens são os viajantes/ O que vemos não é o que vemos/ Senão o que somos”(Fernando Pessoa). É assim que o paciente vê a sua moléstia. E o médico tem de entrar na mesma perspectiva se quiser atender ao paciente de modo integral, correto. Isso é parte do que se denomina arte médica.

Promover o humanismo é saber que conhecer a pessoa que tem a doença é pelo menos tão importante como conhecer a doença que tem aquela pessoa. Foi comentado na literatura que aborda o tema que o paciente está mais seguro com um médico sábio do que com um médico treinado artificialmente. É natural se pensamos que a doença nos reduz a uma dependência de crianças. O homem, quando doente, requer que alguém lhe tire a dor provocada pela doença e aquela outra, que a incerteza lhe causa, de mais difícil manuseio. Por estes motivos, a Medicina de Família, que se define mais pela relação médico-paciente do que

pelo conteúdo, onde o conhecimento da pessoa é elemento integrante indispensável no processo de cuidar, traz uma colaboração importante para o tema que nos ocupa. Conhecer a pessoa antes de conhecer a doença que padece. A pessoa em primeiro lugar. Postura fundamental na atitude médica que assume importância evidente no caso do paciente terminal.

A Medicina de Família traz um estilo médico centrado no paciente. Procura-se metodologicamente a sintonia com o paciente que requer nossos serviços. Por isso se destaca a doença como algo pessoal, individual, o que supõe saber captar os sinais no corpo e na atitude do paciente. Interpretar a expressão, os medos e incertezas, lidar com sentimentos e emoções ao tempo que se procura a melhor terapêutica. Uma abordagem da doença em versão pessoal. Esta doença -no caso, o processo de morrer- neste paciente determinado.

O gerenciamento da morte, uma função técnica do médico, seria a sua segunda frente de ação. Uma técnica que é curiosa, por não dizer peculiar, já que não deverá modificar o resultado final da sua intervenção. Modifica, sim, e muito o processo de como a situação evolui. Dito com outras palavras: morrer, todos morrem algum dia; a diferença está no modo como se morre. Aí entra a função técnica, gerencial, do médico.

Requer esta função realismo e competência. Competência para eliminar a dor, com os modernos recursos da medicina paliativa. Os estudiosos do tema costumam apontar a Medicina Paliativa como o melhor antídoto contra a solução fácil, cômoda, e antiética da eutanásia. Dizem eles que quando um paciente que sofre afirma: “Doutor, não quero viver”, o que no fundo está dizendo é: “Doutor, não quero viver deste modo”. Em outras palavras, eliminar a dor faz parte da função técnica do médico.

O gerenciamento da morte supõe perguntar-se a todo o momento no que é melhor para o paciente, antes de tomar as medidas “de praxe”, como internações desnecessárias, transferências para a UTI, terapêuticas obstinadas e naturalmente inefcazes quando do processo de morrer se trata. Perguntar-se, antes de tomá-la, o que espero desta medida, desta prescrição. E, dialogando com a família, tomar a decisão pessoalmente, sem

dividir responsabilidades, assumindo-o a conduta com caráter profissional. Não descobriu sua missão o médico que pensa ser dispensável sua presença porque “não está fazendo nada”. Está fazendo, sim, e muito; sua função é “estar lá, junto do paciente” e atender as solicitações que a família lhe traz. O fato de não poder se medir esta atitude em miligramas e doses terapêuticas não fala contra a importância desta atitude. O amor de uma mãe junto do filho doente não pode ser representado em dosagens terapêuticas, mas é inegável sua eficácia. O médico deve estar lá com amor, mas como médico -não como a mãe- e aqui está a chave do seu profissionalismo.

O gerenciamento da morte implica diretamente no cuidado simultâneo do paciente e da família. A família coloca questões que tem “pouco caráter técnico”, mas de vital importância. Quer saber, por exemplo, se o paciente está sofrendo, e se pode ser feita alguma coisa a mais. E sempre requer explicações do que está acontecendo.

O médico não pode cansar-se de repetir as explicações sabendo que é necessário tempo para que a família possa digerir a situação. As palavras do médico são recurso que facilita este processo de adaptação, e o médico não pode poupá-las. Não se trata de explicar um problema de fisiopatologia, mas de fazer entender de modo vital, com toda a carga de sentimentos normais na situação, o que está acontecendo com o familiar que está morrendo. Isto requer tempo e paciência.

Deixar que a família participe no processo de morrer, junto do paciente, é atitude que elimina muitas dúvidas e ônus de consciência a posteriori. Quando a família está participando, vendo, tocando o paciente, não se pergunta depois que faleceu se poderia ter feito alguma coisa mais por ele, pois vivenciaram toda a evolução. Valha aqui uma reflexão sobre o distanciamento desnecessário da família em UTIs, visitas limitadas e todo este universo que mereceria uma abordagem particular em outro momento.

O paciente sabe mais do que o médico imagina que sabe. É um sentido a mais, de realismo vital, que a condição de moribundo lhe confere. Por isso espera do médico realismo, conforto, acompanhamento profissional. Tanto prejudica o paciente o médico que com sua atitude “desiste” por ser um “caso terminal”, como aquele que pretende iludir o paciente como se nada de grave estivesse acontecendo. Requer-se por parte do médico uma atitude ponderada, realista, imbuída da virtude da prudência em verdadeiro balanceamento paradoxal. E, levando em consideração, que cada paciente é diferente, e gosta de modos diferentes na abordagem de um processo que, afinal, é o que ele está sofrendo. Por isso vale a pena lembrar as palavras de um médico humanista, estudioso das questões éticas: “Uma morte realmente digna não consiste somente na ausência de tribulações externas. A dignidade

perante a morte não vem conferida por algo exterior, mas surge da grandeza de ânimo com que a pessoa enfrenta essa situação única. Por isso, morrer com dignidade significa não ser paciente apenas, mas agente. Estar ativo, participar do processo”.

Finalizando estas considerações, é forçoso reconhecer que o estudo da morte, que para os médicos deveria ser do seu cotidiano, encerra também riquezas enormes para a vida do dia a dia. A mesma autora que possui ampla experiência em Medicina Paliativa na sua clínica de Paris traz novas luzes para nossa consideração: “A morte que nos tocará viver e que agora leva amigos e familiares é a que nos impulsiona a não ficar na superfície das coisas e dos seres humanos, o que nos empurra a penetrar na sua intimidade”.⁶⁶ Refletir sobre a morte nos confere densidade na existência para enfrentar a vida na sua verdadeira dimensão, com peso específico, sem conformar-se com superficialidades que minimizam a pessoa e, no caso do médico, o tornam inapto para sua função. A vivência da morte é uma verdadeira orientação para a vida: “O fato de que a morte nos angustie tanto talvez se deva a que nos situa perante as últimas perguntas, as autênticas, essas que tantas vezes adiamos para melhor ocasião, para quando sejamos velhos, ou sábios, para quando tenhamos tempo de nos defrontar com as questões essenciais da vida”.

Saber cuidar da morte é o resultado de quem sabe cuidar da vida. Ser médico, humanista e técnico, com ciência e arte, perante a morte implica ser médico todos os dias da vida, nas atitudes cotidianas, em permanente aprendizado e constante atenção para cuidar do paciente que se confia a nós. Bem exprime nosso poeta este sentimento que deveria inundar a vida e atitudes dos médicos e profissionais de saúde: “Podeis aprender que o homem/ é sempre a melhor medida/ Mais, que a medida do homem/ não é a morte mas a vida”.

Endnotes

- 1 HENNEZEL, M. “La mort intime” Ed. Robert Laffont, SA. Paris. 1995
- 2 SWEENEY G.K; MAC AULEY, D; GRAY, D.P (1998). “Personal significance: the third dimension” .Lancet 351: 134-6
- 3 MC.CORMICK, J (1996) - “The Death of the personal doctor” Lancet 348: 667-8
- 4 MCWHINNEY, I.R. “The importance of being different. The marginal status of family medicine (part I); Transcending the mind-body fault line (part II)”. Canadian Family Physician. Fev/Mar 1997
- 5 KASS, L.R. “Human Life Review” N. York .Vol. XVI
- 6 HENNEZEL, M. Idem
- 7 Ibidem
- 8 João Cabral de Melo Neto, “Morte e vida Severina”

Referências Bibliográficas