

JOSÉ EDUILTON GIRÃO

REFLEXÕES DEONTOLÓGICAS



a partir de **vivências médicas**

(máxime, para jovens médicos e graduandos de Medicina)



REFLEXÕES DEONTOLÓGICAS

formação e atuação da elite médica cearense
(1913-1948)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Reitor

José Jackson Coelho Sampaio

Vice-Reitor

Hidelbrando dos Santos Soares

Editora da UECE

Erasmio Miessa Ruiz

Conselho Editorial

Antônio Luciano Pontes
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso
Francisco Horácio da Silva Frota
Francisco Josênio Camelo Parente
Gisafran Nazareno Mota Jucá
José Ferreira Nunes
Liduina Farias Almeida da Costa
Lucili Grangeiro Cortez
Luiz Cruz Lima
Manfredo Ramos
Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Marcony Silva Cunha
Maria do Socorro Ferreira Osterne
Maria Salete Bessa Jorge
Sílvia Maria Nóbrega-Therrien

Conselho Consultivo

Antônio Torres Montenegro (UFPE)
Eliane P. Zamith Brito (FGV)
Homero Santiago (USP)
Ieda Maria Alves (USP)
Manuel Domingos Neto (UFF)
Maria do Socorro Silva Aragão (UFC)
Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça (UNIFOR)
Pierre Salama (Universidade de Paris VIII)
Romeu Gomes (FIOCRUZ)
Túlio Batista Franco (UFF)

José Eduilton Girão

REFLEXÕES DEONTOLÓGICAS

a partir de **vivências médicas**

(máxime, para jovens médicos e graduandos de Medicina)

1ª Edição
Fortaleza - CE
2014



REFLEXÕES DEONTOLÓGICAS

© 2014 *Copyright by* José Eduilton Girão

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Paranjana, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60740-000 – Tel: (085) 3101-9893. FAX: (85) 3101-9893
Internet: www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmio Miessa Ruiz

Diagramação

Narcelio de Sousa Lopes

Capa

Narcelio de Sousa Lopes

Revisão de Texto

José Eduilton Girão

Ficha Catalográfica

Giordana Nascimento de Freitas CRB-3 / 1070

G516r Girão, José Eduilton
Reflexões deontológicas: formação e atuação da elite médica
cearense (1913-1948) / José Eduilton Girão. — Fortaleza: EdUECE, 2014.
275 p. : il.

ISBN: 978-85-7826-244-0

1. Medicina – Prática profissional – Ceará. 2. Educação médica. I. Título.

CDD: 610.7

Meu reverente reconhecimento aos Professores de Medicina, Preceptores e outros colegas que se dedicam a transmitir, aos jovens da área médica, conhecimentos e práticas, bem assim, os princípios éticos, estes tão essenciais quanto aqueles.

A todos os meus mestres, a minha grade gratidão.

Aos graduandos e pós-graduandos de Medicina, o estímulo para que não desvançam defronte a dificuldades, de qualquer e ordem, e que sempre contemplem a saúde e o bem estar dos seus pacientes como sua primeira e maior recompensa profissional.

Ao colega Dr. José Gerardo Araújo Paiva, conceituado e competente discípulo de Hipócrates, o agradecimento pelo incentivo, o prefácio e a amizade.

Agradeço ao Prof. Dr. Marcelo Gurgel, pelo apoio.

À minha família, toda a minha benquerença.

A Deus, amor e graças.

JEG

The Physician's Prayer

*From inability to let well alone,
from much zeal for the new and contempt for what is old,
for putting knowledge before wisdom, science before art,
and cleverness before common sense,
from treating patients as cases and for making the cure
for the disease more grievous than the endurance of the same,
good Lord deliver us.*

Esboço de tradução para *A prece do médico*: “Mais do que a impossibilidade de se sentir bem, estando sozinho; do gosto pelo que é novo e do desprezo pelo que é velho; de colocar o conhecimento antes da prudência, a ciência antes da arte e a habilidade antes do bom senso; de tratar os pacientes como “casos”; e de tornar a cura da doença mais penosa do que a resistência deles - livrai-nos, meu Deus.”



Sir Robert Hutchison
(1871-1960)

Sumário

PARTE I

| | |
|--|-----------|
| Equívocos, Dificuldades, Ciladas e Paradigmas | 15 |
| 1 - Uma pilha de exames, avançados. E os dados clínico - epidemiológicos ? A importância – maior - da observação clínica..... | 16 |
| 2 - A <i>Clínica</i> é soberana, mas não, soberba. A importância da interconsulta.... | 37 |
| 3 - Sendo um especialista, não <i>abdicar de ser médico</i> | 41 |
| 4 - Boa relação médico-paciente: muitos benefícios; algum detrimento..... | 43 |
| 5 - Preservando a dignidade do paciente. <i>O doente do leito número</i> . Ao paciente não cabe transmitir recados. | 51 |
| 6 - O médico e os outros membros da equipe assistencial..... | 53 |
| 7 - O caso raro, interessante | 56 |
| 8 - Ao bom médico, não basta a competência | 57 |
| 9 - O médico carismático e brilhante. O risco do charlatanismo..... | 60 |
| 10 - A <i>fórmula mágica</i> . Restrições à <i>Medicina anti-envelhecimento</i> e outros métodos sem apoio em evidências. O uso racional de medicamentos. | 65 |
| 11 - “ <i>Na minha experiência</i> ” | 76 |
| 12 - <i>Medicina baseada em evidências</i> ; mas, também, na competência e na consciência ética | 79 |
| 13 - Médico amigo. O amigo médico | 81 |
| 14 - <i>Invasividade Médica</i> : risco x benefício. <i>Primum non nocere</i> : vigilância contra o iatrogenismo. | 84 |
| 15 - Opiniões dúbias. Palavras e gestos irrefletidos | 88 |
| 16 - Solidariedade profissional, corporativismo, <i>encobrimento</i> | 92 |
| 17 - Aos jovens médicos e estudantes de Medicina | 94 |
| 18 - Lições de dois Mestres da Clínica Médica, no Ceará | 98 |
| 19- Do médico, como um trabalhador. | 105 |
| 20- O médico defronte à aposentadoria | 109 |

PARTE II

| | |
|--|------------|
| Alguns Cenários, na Prática Médica. Outras Reflexões | 115 |
| 21- Fatores de riscos para doença; recomendações preventivas | 116 |
| 22- UTI: a sua utilização racional e as dificuldades, na realidade brasileira..... | 129 |
| 23- Controle das INFECÇÕES HOSPITALARES: dever ético e legal..... | 135 |
| 24- Terapêutica com antibióticos: uma conquista desperdiçada? | 142 |
| 25- Depressão. Alguns problemas correlatos..... | 162 |
| 26- Síndromes digestivas funcionais: peculiaridades da terapêutica | 185 |
| 27- Reflexões éticas em Sexologia Feminina | 187 |
| 28- O idoso. O inválido. Familiares, acompanhantes e cuidadores. | 194 |
| 29- Alguns aspectos relativos ao final da vida do paciente..... | 204 |
| 30- A importância dos cuidados paliativos | 208 |
| 31- Intervenções médicas, para o manejo adequado do paciente terminal..... | 230 |
| 32- Reflexões sobre da morte | 238 |

PARTE III

| | |
|---|------------|
| SUGESTÕES PARA A MELHORIA DA ATUAÇÃO MÉDICA..... | 251 |
|---|------------|

PREFÁCIO

Em 1969, quando concluía o curso de Medicina na Universidade Federal do Ceará e, em seguida, seguia para a cidade do Rio de Janeiro, onde cumpriria programa de Residência em Clínica Médica no Hospital Servidor do Estado, o jovem médico José Eduilton Girão já tinha feito duas opções: a primeira era ser clínico geral e a segunda a de buscar uma prática médica reflexiva, de modo que o exercício da medicina lhe possibilitasse crescimento ético-profissional e humanitário. O que o Dr. Eduilton não imaginava é que um dia escreveria um livro, com reflexões elaboradas durante quarenta e quatro anos de pleno exercício médico. Possivelmente sua alma inquieta, sensível e preocupada com o paciente e com o jovem médico, o motivaram a escrever **“REFLEXÕES DEONTOLÓGICAS – a partir de vivências médicas”**.

O autor transformou vivências em textos, partindo de recordações de situações da prática clínica, da relação com seus pares, das dificuldades inerentes ao exercício da profissão e da carreira de médico. Parte do que é abordado não é encontrado comumente na literatura médica-científica.

Na primeira parte do livro ressalto a preocupação com a relação médico-paciente e a qualidade da consulta. Por vezes, o paciente sai do consultório sem que o seu problema seja identificado. Algumas dessas situações ocorrem, menos pela complexidade do doente e, mais pela realização de uma consulta disfuncional.

Outro aspecto é o quanto temos dado atenção a morbidade psíquica de alguém que sofre de um problema físico. O sofrimento psíquico aumenta na medida em que não somos

claros nas nossas respostas ao doente, solicitamos exames e realizamos uma medicina. A medida certa das nossas intervenções, sem excessos e nem faltas, vai além da competência médica.

Na segunda parte do livro são abordadas questões da prática médica com dicas interessantes, extraídas da sua vivência algumas delas ilustradas com casos clínicos, o que muito enriquece o texto. Chamo atenção para capítulo sobre o Controle de Infecções Hospitalares. O tema é atual, pela epidemia de bactérias multiresistentes que tiram a vida de nossos pacientes. O autor, com grande experiência nesta área, discorre de forma abrangente e instrutiva para todos nós médicos.

Nos capítulos finais o autor fala sobre o idoso, o final da vida, os cuidados paliativos e o manejo do paciente terminal. Essa sequência de temas valem pelas suas orientações, na condução do paciente terminal e pela mensagem que fica nas entrelinhas: o médico tem um papel inalienável na preservação da dignidade humana, ao final da vida.

Por fim quero dizer o quanto me senti honrado em ter lido este livro, antes da sua publicação. Não é um manual para consulta rápida. Ele traz no seu âmago elementos para reflexão e conhecimento dos médicos, não só os jovens, mas os de todas as idades, entre os quais me incluo.

José Gerardo Araújo Paiva - Médico Reumatologista do Hospital Universitário Walter Cantídio/UFC e do Hospital Geral Dr. Cesar Cals/SESA

CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

A **Medicina – Ciência e Arte** - não é necessariamente um sacerdócio, no sentido de que o seu exercício exija uma dedicação tamanha, a ponto de privar o médico do convívio familiar e social e do lazer, essenciais à sua saúde física e mental. De outra parte, porém, ao referido profissional são postas, de ofício, imposições, que o fazem estar, queira ou não, continuamente predisposto a servir às pessoas. Tal implicação ético-social, *per si*, deve, ou deveria, nos tornar – a nós médicos - cômicos de que não podemos ficar isentos do compromisso para com quem quer que venha a necessitar da nossa atenção profissional. O Juramento de Hipócrates, com mais de dois milênios, continua válido e essencial, a exemplo de muitos outros sábios preceitos daquele médico de Cós, pois, no *vendaval* de dificuldades que avassala a assistência à saúde, no nosso país, vítima de mazelas de toda a natureza, a prática médica, mais do que nunca, necessita do permanente e vigilante balizamento ético, a fim de assegurar uma assistência adequada ao paciente, o qual, como se sabe, é o beneficiário - primeiro e maior - da boa competência e da conduta ética do médico. Nestas páginas, não ousou estabelecer normas de procedimento ético-profissional, a serem seguidas pelos colegas. Nos relatos, procurei valorizar, primordialmente, os dados da observação clínica, sobretudo a história da doença. As ilações, obtidas a partir da evolução de cada caso, foram, para mim, valiosas, em termos de aprendizado, em reforço ao aforismo, segundo o qual *doença não lê livro e não existem doenças e, sim, doentes*. Cada ser humano é um autêntico universo, com suas peculiaridades biopsíquicas, crenças, medos, vontades e neces-

sidades. Diante de um enfermo, o médico, os demais membros da equipe assistencial e os próprios familiares devem ter em mente, sempre, os referidos aspectos peculiares. Devemos, mesmo, nos ver na posição do paciente, a fim de melhor compreendê-lo e, assim, lhe propiciarmos a assistência e o cuidado, os mais adequados possíveis. Quanto aos temas abordados, além daqueles mais frequentes na prática do Clínico, discorri, também, sobre outros aspectos, que julguei de interesse, como: *o idoso; alguns aspectos relativos ao final da vida e o enfrentamento da aproximação da morte; o paciente com doença terminal (e algo sobre cuidados paliativos), depressão e sua abordagem pelo Generalista; invasividade médica (iatrogenismos) e UTI*. Achei pedagógico partir de casos ou situações, que vicencie ou de que tive conhecimento, em que a conduta médica, e/ou o fluxo de providências, para a resolução dos problemas relacionados à saúde dos pacientes, deixaram de ser adotados racionalmente ou, até mesmo, de modo desastroso. Não foram poucas as ocasiões em que, por razões, geralmente injustificadas, se perdeu a oportunidade de atuar corretamente, o que resultou em aumento da morbidade, quando não da mortalidade, das pessoas e a elevação dos gastos, por parte dos sistemas de saúde. Sem querer parecer pedante, julgo que a grande maioria dos problemas, na assistência médica, seriam evitados, resolvidos, ou, ao menos, racionalmente equacionados, se os médicos, especialmente aqueles que labutam na atenção primária e nos serviços de emergência, tivessem as condições de trabalho necessárias, já a partir da sua indispensável competência técnica, do permanente senso ético-humanitário, da remuneração digna e do suporte diagnóstico e terapêutico essenciais, assim como uma carga de trabalho que lhes ensejassem abordar, com a tranquilidade e a percuciência, devidas, cada paciente. O cenário que

se tem visto, infelizmente, é o oposto, não cabendo repetir, aqui, todas as mazelas, cronicamente existentes e já bastante conhecidas e noticiadas.

Os gestores, na área da saúde, por desconhecimento ou, principalmente, má fé, aferram-se em planejar e implementar ações, que não contemplam os requisitos acima citados. Quanto aos médicos, uma grade maioria, por comodismo ou, mesmo, desprezo pelo insigne papel de que ele se revestiram, ao jurar por Hipócrates, abdicam de propugnar, com o denodo necessário, por aquelas condições necessárias ao exercício adequado do seu nobre ofício.

José Eduilton Girão

PARTE I

EQUÍVOCOS, DIFICULDADES, CILADAS E PREMISSAS

1- Uma *pilha* de exames. E os dados clínico-epidemiológicos? A importância – maior - da observação clínica.

Este filme deve ser bem conhecido de quase todos os médicos, mas *vale a pena ver de novo*, em face da sua grande importância, para a saúde do paciente e a racionalidade na assistência médica.

Perdi a conta das vezes em que pacientes adentram a sala de entrevista, seja em consultório privado ou no serviço público, conduzindo muitos exames, entre os quais vários de imagens, incluindo tomografias computadorizadas (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM), não raramente contempando mais de um sistema orgânico.

Tais pacientes costumam vir em razão de não terem logrado, até então, um diagnóstico e/ou uma terapêutica eficazes, para os seus sintomas. Assim, na maioria das vezes, manifestam grande esperança de que, a partir da minha participação no caso, eles possam obter, finalmente, sucesso para a solução do seu problema de saúde.

Não nego que, em face de tal cenário, sou possuído de certa preocupação, pela suposição de que terei que me desincumbir, da melhor maneira possível, a fim de elaborar um diagnóstico e um plano terapêutico, visando a propiciar a desejada solução, então buscada.

Tenho procedido, geralmente, como convém, ou seja, *começando, pelo começo*, realizando a história clínica, em que, além dos dados demográficos do paciente, levo em conta, obviamente, também, a sua história fisiológica e patológica progressa, histórico de doenças na família, seus hábitos, sua história alimentar e a medicação de que tem feito uso.

Não me escuso de indagar do paciente e, se necessário, também, do seu acompanhante ou cuidador, a respeito das hipóteses diagnósticas, já levantadas ou comprovadas, por médicos que, anteriormente, tenham abordado o caso, assim como de esquemas terapêuticos já adotados e dos respectivos resultados. Dessa maneira, penso não estar demonstrando insegurança, mesmo porque a verdade diagnóstica e a eficácia terapêutica nem sempre pertencem a um só médico. Muitas vezes, aquele paciente já teve o diagnóstico correto, podendo a falta de eficácia terapêutica ter resultado de um esquema inadequado, seja da parte do prescritor, seja pela não adesão correta, por parte do próprio paciente.

Exemplos comuns são os casos de transtorno de humor, especialmente depressão e os transtornos de ansiedade, com ênfase ao transtorno do pânico.

A respeito de depressão, discorro, mais detalhadamente, páginas à frente, mas cabe adiantar algumas considerações, que vêm enfatizar a necessidade da boa relação médico-paciente.

Para a eficácia terapêutica, naqueles transtornos, é essencial aquela empatia. A tolerância, por parte do médico, é, também, indispensável, não se negando de atender o paciente, seja por telefonema, *e-mail* ou, revisão presencial, sobretudo no início de um esquema terapêutico. Os medicamentos antidepressivos, mesmos os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), os *duais* e outros mais recentes, geralmente não propiciam o efeito terapêutico logo no início. E o pior: geralmente causam os efeitos colaterais, desagradáveis, já na primeira dose.

Para uma pessoa que esteja padecendo de depressão, a qual causa um grande sofrimento, a ponto de poder levá-la ao

suicídio, aquela tolerância e boa vontade, por parte do médico, são indispensáveis, para o êxito do tratamento. Ao mesmo tempo, exige dele toda a capacidade persuasiva, a fim de conseguir que aquele sofredor cumpra, corretamente, a prescrição. Outro fator que, não raramente, agrava a situação está na circunstância de que os próprios familiares, nem sempre, têm paciência, esquecendo-se daquele período de latência (que pode durar semanas), e durante o qual poderá não se notar a remissão significativa dos sintomas.

Às vezes, a posologia não foi suficiente, pois, em muitas situações, o medicamento necessita de uma dose maior, sem o que não se alcançarão os níveis terapêuticos eficazes. Casos há, como é sabido, que demandam a utilização de mais de um princípio ativo, o que ocorre, por exemplo, nos transtornos afetivos com componente bipolar, em que, geralmente, é indispensável um modulador do humor ou, até mesmo, um neuroléptico.

Dos transtornos de ansiedade, o pânico é um dos que mais sofrimento traz ao paciente, pelo menos enquanto o diagnóstico não seja estabelecido. Até lá, ele já se supôs portador de doença cardíaca ou neural e já frequentou, por mais de uma vez, serviços de pronto socorro, onde, certamente, foi submetido a exames cardiológicos ou outros mais avançados.

Nestes casos, uma história clínica, adequadamente colhida, pode fornecer o diagnóstico, dispensando exames mais sofisticados e, assim, ensejar a que o médico, com razoável experiência e conhecimentos atualizados, venha a estabelecer um esquema terapêutico benéfico.

Nestes casos, aquela empatia é ainda mais importante, porquanto a terapêutica se faz operar a partir da explicação, ao paciente, dos seus sintomas, assegurando-lhe a não existência

de doença orgânica grave. Um ansiolítico, como clonazepan ou alprazolam é essencial, no início, enquanto se alcançarem os efeitos terapêuticos de um inibidor seletivo da recaptção da serotonina (ISRS), geralmente Paroxetina ou Sertralina, utilizado em doses geralmente menores do que as usadas no tratamento da depressão. Na presença de taquicardia ou picos hipertensivos, betabloqueadores (atenolol ou propranolol) poderão ser acrescentados, caso inexista alguma contra-indicação, como história de asma ou broncospasmo.

Lembremo-nos de que, mesmo não sendo rara a associação de transtorno do pânico com prolapso de valva mitral, não parece ser prudente fazer a pesquisa do referida alteração cardíaca, pelo menos no início, exceto se os dados da auscultação sugerirem refluxo de grande monta, insuficiência valvar e/ou arritmia importante. É que o diagnóstico adicional de uma doença cardíaca, mesmo não grave, pode acentuar, de modo nefasto, a ansiedade do paciente, dificultando o tratamento do seu transtorno de ansiedade.

Ao tecer tais considerações, não afirmo estar me assenhoreando da prática psiquiátrica, embora confesse ter, por várias razões, uma razoável experiência nesta área. Aqueles transtornos, só ou em associação com problemas ditos orgânicos, são muito comuns, cabendo ao clínico ou outro médico, com visão generalista, o seu manejo, desde que mantenha, obviamente, o dever ético de encaminhar o paciente, para um psiquiatra, ao constatar que se trata de um caso complexo.

O diagnóstico do transtorno do pânico, pois, dispensa exames complementares sofisticados.

O mesmo tipo de raciocínio pode se aplicar, com poucas mudanças, aos casos de cefaléia primária, com destaque para a

enxaqueca. Muitas foram as ocasiões em que pacientes já vêm conduzindo tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética do crânio, com laudos de normalidade, os quais foram solicitados em razão da referida cefalalgia. Apenas com uma anamnese adequada, é possível se fazer, sem dificuldade, o diagnóstico e se estabelecer um plano terapêutico, para as crises algícas e a sua profilaxia. Dentre os dados da observação clínica, cujos critérios diagnósticos constam dos livros de textos e manuais, cabe lembrar que o paciente com enxaqueca tem, em geral, familiar em primeiro grau com o mesmo problema.

Ainda a propósito de enxaqueca, outro dado contraditório é a ocorrência de depressão em pessoas que foram, ou ainda são, portadores de enxaqueca. Um caso bem elucidativo foi de um paciente, de 45 anos, médico, *padecente* de migrânea, desde a infância. As suas crises se tornaram mais frequentes e severas, com o passar do tempo, a ponto de ter que recorrer a esquemas profiláticos, sem muita eficácia. Para aliviar a dor, passou a fazer uso, quase diário, de analgésicos e ergotamínicos, transformando a sua enxaqueca em uma cefaléia mista (enxaqueca + cefaléia “analgésica”). O paciente em questão, até então, não sofrera de transtorno do humor, embora tivesse mais de um parente, em primeiro grau, que já haviam tido episódios de depressão severa (Transtorno Depressivo Maior). O paciente em questão teve o seu quadro depressivo desencadeado depois de uma viagem internacional, bem sucedida, a qual empreendera com muito entusiasmo. Uma explicação, além do determinismo genético do paciente, teria o uso que ele fez, na profilaxia das crises migranosas, de doses maiores, de flunarizina, medicamento que, atualmente, já é considerado como tendo potencial para desencadear depressão, em pessoas predispostas.

Com relação, ainda, aos **exames realizados de modo não racional**, cabe a advertência de que qualquer procedimento complementar, mesmo o não invasivo, só deve ser levado a efeito, na exata medida da sua necessidade, ou seja, para auxiliar na formulação de um diagnóstico ou no acompanhamento de estados mórbidos.

É, portanto, equivocada e prejudicial a postura de muitas pessoas, ao exigirem, do seu médico, que este faça a solicitação de “todos os exames a que têm direito, já que pagam um plano de saúde caro e pouco utilizado...”. A respeito, tem se constatado normalidade, na maioria daqueles exames, o que, além de gerar um dispêndio desnecessário, pode implicar em outros problemas. Não é raro que um ou outro exame, realizado a título de *check-up*, venha com um resultado fora do padrão de referência, o que, em se tratando de pessoa com tendência ansiosa, pode, no mínimo, inquietá-la, ainda mais. Há muitas evidências demonstrando a desnecessidade, pois, da realização de muitos dos tais exames preventivos, por não influenciarem beneficemente na saúde das pessoas.

Existem, naturalmente, as ressalvas. Muitos exames, para detecção precoce de processos mórbidos ou de fatores de risco de doença, devem ser realizados, mas, sempre, seguindo as devidas recomendações (*guidelines*), estabelecidas pelos sistemas de saúde (do Brasil e de outros países da Europa e dos EUA).

A colonoscopia, por exemplo, é bem indicada, para pessoas com idade em torno de 50 anos (ou com idade inferior, se houver história familiar de polipose ou câncer intestinal). O referido exame pode detectar um câncer, a tempo de ser tratado, com possibilidade de cura, ou, propiciar a ressecção, já no próprio procedimento, de uma lesão benigna, tipo pólip, que,

dependendo da sua natureza histológica, se lá fosse deixada, poderia vir a ser, no futuro, sede de um tumor maligno.

Assim, há indicação para que o referido exame seja feito, pelo menos, a cada período de dez anos, aproximadamente, como rastreamento (*screening*), na faixa de idade indicada e conforme os aspectos epidemiológicos acima citados. De todo modo, impõe-se que a sua realização siga o princípio da racionalidade, porquanto não são raras as ocasiões nas quais colonoscopia é praticada em pacientes jovens, com sintomas intestinais, que, se bem analisados, preenchem perfeitamente os critérios para o diagnóstico da Síndrome do Intestino Irritável. Esta síndrome, pela sua alta frequência e o sofrimento que pode trazer para o paciente, pode ser devidamente manejada pelo generalista experiente, deixando para se encaminhar o paciente, para Gastroenterologista ou Coloproctologista, nos casos refratários, complexos ou quando houver suspeita da existência de um agravo primariamente orgânico, como doença inflamatória intestinal ou neoplasia.

São oportunas algumas palavras sobre endoscopia digestiva alta, solicitada para pessoas com síndrome dispéptica. Esta, mesmo pouco onerosa e com risco iatrogênico mínimo, demanda, como em várias outras situações, uma prévia e cuidadosa avaliação clínica, tópico sobre o qual se deterá melhor, adiante, uma colega Gastroenterologista/Endoscopista.

Os *incidentalomas* (achados não esperados em exames, geralmente de imagens), raramente têm implicação na saúde das pessoas, embora existam casos de tumores ou outras alterações que merecem ser levadas em conta, exigindo o aprofundamento na sua pesquisa e, se indicado, um tratamento clínico ou cirúrgico.

Um exemplo muito comum são os nódulos de tireóide, nem sempre com significado de doença, mas, em certas ocasiões, merecedores de seguimento pelo exame clínico e por ultrassonografia ou, até mesmo, dependendo do seu aspecto e da velocidade do seu crescimento, de estudo por punção através de agulha fina.

Noutras ocasiões, um exame mostra uma alteração preocupante, implicando no diagnóstico de uma doença ameaçadora à saúde do paciente. Lembro-me do caso de um paciente, com história de cálculos renais recorrentes, o qual, numa das ultrassonografias abdominais de controle, foram encontradas alterações que terminaram com o diagnóstico de um linfoma retroperitoneal.

Exames periódicos de radiografias de tórax, mesmo em pacientes de risco para câncer, como os fumantes, não encontra ainda, apoio em evidências. Neste cenário, cogita-se da realização de tomografia computadorizada, com maior sensibilidade e especificidade.

Para redução da mortalidade por câncer de próstata, estudos chegam a questionar o valor da realização, como *check-up*, de ultrassonografia prostática transretal e a dosagem do antígeno específico da próstata (PSA). Já a consulta periódica, com o urologista e na qual seja realizado o toque retal, é racional.

Quanto à realização de exames complementares, cabe, finalmente, ressaltar a existência de numerosas situações, nas quais há a necessidade óbvia de que tais exames podem vir a ser numerosos e, até mesmo, repetidos. São os casos de difícil diagnóstico ou de estados mórbidos, graves ou complexos, com indicação, muitas vezes, de medidas terapêuticas igualmente complexas ou de grande potencial iatrogênico, que damandam cuidadosa vigilância laboratorial.



A importância – maior - da observação clínica

O Dr. **Miguel Couto** (Rio de Janeiro, 01.05.1865 - 06.06.1934, **foto**), foi um dos clínicos mais famosos do Brasil, labutando na cidade do Rio de Janeiro, onde, com a maior justiça, é dado o seu nome a um importante hospital público. Ele foi diplomado pela Academia Imperial de Medicina, em 1883, tendo se doutorado em 1885. Foi titular de três cátedras, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; membro-titular da Academia Nacional de Medicina desde 1886, foi seu presidente em 1914, sendo reconduzido ao cargo até seu falecimento; membro da Academia Brasileira de Letras, em 1916; pesquisador na área de saúde pública, tendo deixado extensa obra, nesse setor; e, desde 1927, foi Presidente Honorário da Associação Brasileira de Educação. Dentre o seu legado, destacam-se: “Contribuição para o Estudo das Desordens Funcionais do Pneumogástrico na Influenza”; “A Gangrena Gasosa Fulminante”; “Diagnóstico Precoce da Febre Amarela pelo Exame Espectroscópico da Urina” e “Lições de Clínica Médica”. Foi, também, Deputado, na Assembléia Nacional Constituinte de 1934. Ao lado da grande cultura e competência, era um médico muito humanitário e dava sempre ao seu paciente todo o conforto. Foi, igualmente, notória a sua grande habilidade em fazer o diagnóstico das doenças, numa época em que os métodos complementares eram escassos. Ao lhe ser indagado o porquê da tal acurácia, ele respondia:” Eu pergunto ao doente, até ele me *dizer* o seu diagnóstico”, ou seja, ele se valia o quanto podia, da anamnese.

Nos dias atuais, mesmo com a disponibilidade de grande número de exames complementares, alguns onerosos e/ou invasivos, a anamnese continua pontificando. Não foram poucas as ocasiões, nas quais tenho testemunhado um autêntico descaminho, na condução de situações clínicas, em razão da falta de uma observação clínica adequada, seja na parte da história clínico-epidemiológica ou quanto ao exame físico.

Para não me alongar no assunto, lembro de um caso recente, em que uma senhora, de cerca de 75 anos, viúva de um colega médico, em um fim de semana, foi ao serviço de emergência de um hospital de Fortaleza, muito conceituado, se queixando de dor forte, localizada na região do hipocôndrio direito, e que lhe surgira dois antes antes.

Em face da intensidade da algia, o colega emergencista, depois da prescrição de um opióide, por via endovenosa, solicitou ultrassonografia abdominal, cujo resultado não foi conclusivo (sugeriria uma anormalidade hepática, que o médico executor não soube precisar). A paciente, assustada, indagou da possibilidade de um tumor, hipótese que o radiologista lhe informou não ter condições de afastar, razão pela qual sugeriu a realização de uma tomografia computadorizada. Esta, feita na ocasião, também não esclareceu a natureza daquele achado. A essa altura, aquela senhora, até então com boa saúde, já se acreditava sofrer de um doença intra-abdominal grave. Quem sabe, um câncer ?!

Tomada, assim, de grande ansiedade, teve aumentada a sua sensação dolorosa do hipocôndrio direito, a qual passou a ter irradiação para a face posterior do hemitorax homolateral.

No dia seguinte, me veio ao consultório, muito preocupada, em companhia da sua filha, esta não menos angustiada

do que a mãe. Ouvi-lhe novamente a história, procurando caracterizar a dor, quanto à sua natureza, intensidade, periodicidade, irradiação, fatores modificadores e sintomas associados. Apesar da pouca especificidade dos exames, até então realizados, não deixei de conjecturar a hipótese de doença hepatobiliar, mesmo na inexistência de náuseas, vômitos, febre ou calafrios. Inexistiam outras pistas para obstrução das vias biliares (icterícia ou alterações da cor da urina – escura, ou das fezes – claras).

Na pesquisa da sua caracterização, o fato de a dor ser do tipo “queimante” me levou a indagar da existência de alguma alteração na pele suprajacente, ao que a paciente informou ter notado algumas lesões maculopapulares, discretas, as quais não lhe tinham chamado a atenção.

No decorrer do exame físico encontrei, de fato, aquelas lesões, sendo que inexistiam outras alterações dignas de nota.

Fiquei, então, com o diagnóstico de Herpes Zoster, o que ganhou suporte, com o aumento do tamanho e extensão das lesões, nos dias seguintes. Com o uso, via oral, de tramadol+paracetamol, houve remissão significativa da intensidade dolorosa. A paciente, pouco mais de uma semana depois, estava praticamente assintomática e aliviada emocionalmente, por saber não estar portadora de uma doença maligna.

Cabe salientar que, no episódio acima, não exercitei qualquer ato extraordinário. Procedi, apenas, conforme a boa prática propedêutica.

Aqueles exames de imagem em nada contribuíram para o diagnóstico e, ao contrário, serviram para causar, desnecessariamente, um estado de ansiedade para a paciente e seus familiares.

Outro exemplo, da grande importância da anamnese e o exame físico, foi o de um jovem empresário, de 36 anos, que me veio ao consultório, acompanhado da sua genitora, ambos preocupados. Poucas semanas, antes da consulta, lhe surgiram pequenos pontos, com prurido, no tronco, edema de palpebras, hiperemia acentuada nas conjuntivas, lacrimejamento, coriza - sintomas que, mesmo não ameaçadores, lhe causavam acentuado sofrimento, e o levaram a procurar serviço de emergência, por mais de uma vez. Exames laboratoriais apresentaram alguns anormalidades, que não auxiliaram na obtenção do diagnóstico e, mesmo com o uso de medicamentos antialérgicos, não logrou remissão daqueles agravos. Confesso que, desde o início da entrevista, fiquei possuído de certa apreensão, em face da possibilidade de se tratar de uma doença rara (ou a manifestação rara de uma doença comum), o que iria demandar um grande esforço diagnóstico. Ocorreu que, já quase no final da história clínica, ao indagar se o paciente teria feito uso, atual ou recente, de algum medicamento que nunca usara antes, ele lembrou-se que, de fato, os sintomas surgiram, poucos dias depois de ter iniciado o uso de lamotrigina. Ao fazer, já naquela ocasião, uma revisão na literatura médica, vi, na parte dos efeitos colaterais daquele produto, a possibilidade da ocorrência de quase todos os sintomas antes descritos. O cliente, por sinal, já tivera, anteriormente, alguma intolerância, em menor intensidade, a medicamentos da mesma classe do referido fármaco. Assim, assumi, pelo menos para fins operacionais, a hipótese de ser aquele estranho quadro uma consequência do medicamento em tela (uma farmacodermia) e, a partir daí, suspendemos o seu uso, tendo sido acrescentada a prescrição de um antialérgico mais potente. Ficou colocada a possibilidade de se lançar mão de corticoide (prednisolona), via oral, na dose de 40 mg. Dois dias depois, me recogizei, ao saber da remissão, qua-

se total, da referida farmacodermia, o que foi completado com o acréscimo da prednisolona, por curto período de tempo. Tal citação serve para acentuar a importância da história clínica, na elaboração do diagnóstico e, por consequência, da formulação da terapêutica.

Não raros são os casos – e testemunhei alguns deles – em que uma pessoa, geralmente idosa, inaugura o seu cortejo sintomático com confusão mental, coincidindo com febre alta, motivando, muitas vezes a internação hospitalar. Exemplo típico foi o de uma senhora, já com demência moderada, admitida em hospital, com febre alta e alterações cognitivas, levando à realização de vários exames, cujos resultados evidenciaram leucocitose importante, sem alteração significativa à radiografia do tórax. O diagnóstico só veio a ser feito, dois dias depois, quando foram encontradas lesões cutâneas em uma das pernas, típicas de erisipela. Aquela paciente, sem dúvida, poderia ter feito o seu tratamento com medicação por via oral, em regime domiciliar.

Para realçar, ainda, a importância da história clínica e do exame físico, me reporto a uma das minhas atividades médicas, como Médico Perito da Previdência Social (INSS), por mais de três décadas. É notório e, não raramente, temível, o ambiente de hostilidade que reina naquele cenário, ocorrendo alterações entre Médico Perito e segurado, algumas vezes com agressão física, quando a decisão médico-pericial contraria o requerente do benefício.

Constater, inúmeras vezes, que, depois de ter ouvido com atenção o segurado e submetê-lo, mesmo que sucintamente, a um exame físico, ele reduz ou, até, inibe a sua postura de revolta ou agressividade, mesmo em face de uma decisão pericial, que lhe seja contrária.

Há outro grande benefício, para o paciente, a partir da consulta e do exame físico, adequadamente levados a efeito. É que, ao ser bem atendido e examinado, recebendo a necessária explicação sobre seu estado de saúde, os exames que, eventualmente, lhe sejam requeridos e os itens terapêuticos que lhe sejam prescritos, o paciente, já a partir daí, auferirá um grande alívio do sofrimento, não sendo raras as situações nas quais passa, mesmo, a se sentir muito bem. Ou seja, a atenção e a observação médicas, bem feitas, já representam, *ab initio*, muito da terapêutica ! Ademais, havendo, da parte do médico, uma atitude de acolhimento, escuta e compreensão, fica estabelecida a chamada empatia, construindo-se uma boa relação médico-paciente, pilar indispensável para todas as próximas etapas, que venham a ser necessárias. Isso é particularmente essencial, em se tratando de doença crônica ou grave, cujo êxito, no tratamento, necessitará da incondicional adesão pelo paciente. Até mesmo em situações mais simples ou objetivas, que não demandem diagnósticos difíceis ou ações terapêuticas complexas, aquela boa relação é sempre benéfica e eficaz. Sob tal perspectiva, é que se repudia a prática de “consultas” feitas às pressas, muitas vezes sem permitir, ao menos, que o paciente exponha os seus sintomas ou seus sentimentos (medo, ansiedade ou tristeza). Este último cenário, infelizmente, tem sido o lugar comum dos ambulatórios e consultórios, do serviço público ou dos convênios, onde são impostas, ao médico, agendas abarrotadas.

Deplorável, ainda mais, é o médico se vangloriar de ter *atendido* um grande número de pacientes, em determinado período de tempo, quando se sabe que, mesmo em ambulatórios de pronto atendimento, é impossível se realizar um diagnóstico, ao menos sindrômico, em menos de vinte a trinta minutos.

Ao falar sobre os equívocos dos nossos sistemas de saúde, páginas à frente, retorno ao assunto, muito correlato ao que ora descrevo.

O certo é que o trabalho médico, A PARTIR DA CONSULTA ou do primeiro contato com o paciente, deve ser, sempre, realizado conforme as normas da boa prática e, assim, não pode sofrer condicionamento de ordem institucional, seja por causa de uma agenda excessiva ou uma retribuição injusta. Estas duas questões, tão graves quanto perturbadoras, necessitam de equacionamento sério e atitudes fortes, em âmbitos específicos. A assistência, pelo médico, ao contrário, tem que ser correta, independentemente de outros fatores. A propósito, se pode afirmar, sem arroubo ou demagogia, que a boa prática deve ser a primeira - e mais importante - recompensa do médico, até porque, como ocorre no nosso País, a de ordem financeira é, em geral, muito aquém do merecido. Em síntese, mais do que uma obrigação, o trabalho correto, em benefício prioritariamente do paciente, é um direito inalienável do médico, a quem deve ficar a afável sensação do dever cumprido e do bem praticado. Isso, com certeza, lhe trará, também, posteriormente, benefícios de natureza varia, incluindo os de ordem material e econômica.

A seguir, sintetizam-se alguns aspectos operacionais sobre a realização da consulta médica, conforme recomendam Oliveira, FA & Pellanda, LC (v. fonte citada ao final). Eles acentuam ser a consulta um momento único para se estabelecer o diagnóstico e o manejo dos problemas da saúde dos pacientes, sendo, assim, uma tarefa fundamental do médico, o qual deve estar disposto não apenas a escutar o paciente, mas, sobretudo, ouvi-lo, a fim de de que possa ter compreensão e visão holística dele, incluindo, além dos aspectos clínico-epidemiológicos, aqueles outros, como os de natureza psicossocial. Para tanto,

além de alguns aspectos técnicos, a seguir enumerados, a condução da consulta requer, da parte do médico algo de arte. Um paradigma - clássico e a ser sempre observado - é o de que cada paciente é único, ou seja, *não existem doenças e, sim, doentes*.

Caso o paciente venha acompanhado, ele deve ser ouvido quanto à permissão, ou não, da presença do acompanhante, durante a entrevista e no exame clínico. Exceções são pessoas com importantes limitações de cognição, audição ou fala, transtorno mental ou com risco de delírio ou agressividade.

Em todo o caso, a prioridade da informação é sempre do paciente. Tratando-se de pessoa com delírio ou transtorno importante de comportamento, acompanhantes ou familiares podem, antes ou depois da entrevista, dar informações, que poderão ser valiosas, no diagnóstico e na terapêutica. A este respeito, abordo, páginas adiante, como tenho me conduzido em face daqueles problemas.

Na consulta, a comunicação com o paciente deve ser facilitada pelo médico, através da utilização de uma linguagem compreensível.

O motivo da consulta, a queixa principal, nem sempre tem relação com a doença, pois, não raramente, o paciente vai ao médico em busca, mais, de uma ajuda, para um sofrimento emocional, cuja causa reside num problema social.

Noutras ocasiões, o paciente vai, compelido pelos familiares, algo contra a sua vontade. São os casos de pessoas que passam a ter alterações psíquicas ou de memória, ou outros aspectos, como perda acentuada de peso, o que incomoda ou preocupa os da família, mas que, por iniciativas do paciente, ele nem teria ido ao médico. Não é raro que pacientes neguem tais alterações, talvez com receio de que se lhe descumpra uma determinada e temível doença .

Ainda com relação a este aspecto, têm-me vindo pacientes, que informam sintomas ou sinais, sem a necessária relação com o que realmente ocorre, cabendo ao acompanhante dizer o que, de fato, é mais preocupante. Nessa situação, não deixo de considerar tal informação, mas, por dever ético, sempre a coloco perante o paciente, para que ele se pronuncie a respeito.

No roteiro sobre os vários órgãos e sistemas, são feitas perguntas sobre eventuais sintomas, sinais ou alterações e que não constaram, ainda, da queixa principal (QP) ou da história da doença atual (HDA). Muitas vezes, é nesta ocasião, que se obtém uma informação, pouco ou, até, não valorizada pelo paciente, e a partir da qual se pode detectar um problema importante, como, por exemplo, hipertensão arterial. Há, entretanto, que se proceder com o necessário tato, posto que uma pergunta direta, seja afirmativa ou negativamente, pode gerar dificuldade ou inibição, por parte do paciente. Quanto ao aparelho digestivo, a pergunta sobre eventual dor à altura do estômago ou má digestão, deve ser feita com cuidado, pois, se o paciente tiver receio de estar com um câncer gástrico e não se dispuser a se submeter a uma endoscopia digestiva alta, ele pode não dar uma informação mais precisa, dependendo, naturalmente, do seu estado emocional.

Quanto a eventual alteração da memória, tenho presenciado pessoas, com franca demência, negarem qualquer alteração, o que pode ser esclarecido com o exame *Mini-Mental*. De outra parte, os idosos deprimidos e poliqueixosos já informam *esquecimento* acentuado, queixa possivelmente devida ao seu quadro depressivo, conforme se poderá confirmar através de uma das escalas para depressão geriátria, em que se pode fazer o diagnóstico diferencial com demência.

Essencial é, também, se verificar ser o quadro clínico de evolução aguda ou crônica; se já foram feitas intervenções, em termos de atendimentos clínicos, realização de exames; e, se adotada alguma terapêutica, qual foi a sua possível ação para com o quadro clínico. Em boa parte dos casos, as informações não são precisas, o que pode confundir, ao invés de auxiliar o médico na consulta atual, porém os dados devem ser analisados, mesmo que de modo crítico.

Quanto a tratamentos (ou tentativa de), já levados a efeitos, dois aspectos, merecedores de citação, dizem respeito ao uso prévio de antibióticos ou corticoides. Em um paciente com febre prolongada, de causa ainda identificada, sabe-se que o uso de antibiótico, além de poder mascarar os sintomas clínicos, prejudica a obtenção de um diagnóstico positivo, em hemocultura, dificultando, sobremaneira, ou, até mesmo, impedindo a identificação do microrganismo causador da infecção.

Em pessoas com dores nas articulações, cuja causa pode ser variada, a utilização prévia de corticoides, mesmo aqueles, por via intramuscular, aplicados a cada trinta dias, prejudicam a feitura do diagnóstico causal, pois é bem sabido terem os referidos produtos uma ação, de amplo espectro, sobre quase todos os tipos de dor articular.

A comunicação espontânea é muito importante e deve, sempre, ser valorizada, partindo do paciente. Este, muitas vezes, fica em silêncio, ocasião em que o médico não deve, logo, forçar o diálogo, se mantendo com uma expressão facial e uma postura receptivas. Em tal situação, deve haver uma atitude de facilitação, em que o médico pode resumir o que já foi informado antes, como “gancho” para prosseguir o interrogatório. Quando o paciente não coopera, uma certa *instigação*, pelo

médico, de modo delicado, pode ser útil. As perguntas devem ser abertas, evitando-se aquelas que impliquem em uma resposta *sim* ou *não*. Havendo necessidade, deve o médico fazer um certo direcionamento, como, por exemplo: “fale mais ou detalhe mais sobre isso”.

É essencial que, durante a consulta, o médico só atenda a telefone ou outra solicitação, se for de extrema importância, não somente visando a não prejudicar a linha de raciocínio, como, também, por respeito ao paciente.

Antes do exame físico, deve o médico indagar se o paciente, ou seu acompanhante, quer acrescentar algo, que eventualmente, considere importante e que não tenha sido abordado, antes. Então, o o médico informará das manobras que irá realizar, devendo, sempre que possível e dependendo do consentimento do paciente, ter presente um acompanhante, especialmente em se tratando de menor de idade ou pessoa do sexo oposto, ou com deficit cognitivo ou com acentuado transtorno mental.

Quanto à formulação do diagnóstico, há situações - complexas ou difíceis - em que não se pode fazê-la, logo depois da observação. São os casos de pacientes muito prolixos ou dispersivos, nas suas informações, de demenciados, ou de pessoas com graves transtornos mentais. Um fator complicador, embora possa auxiliar na consulta, é o acompanhante, que muitas vezes inibe o paciente. Nesta situação cabe ao médico atuar com firmeza. Noutras vezes, o quadro clínico, pela sua cronicidade ou sutileza na apresentação clínica, é realmente difícil de diagnosticar. Em tal situação, não havendo premência a para adoção de um encaminhamento diagnóstico complementar ou terapêutico, deve o médico, caso não disponha de mais tempo

para prolongar a observação clínica, na vez inicial, aprazar uma revisão para breve, quando, retomará à anamnese, repetirá o exame físico e, após pesquisa bibliográfica ou de outra natureza e reflexão sobre o problema, terá melhor possibilidade de chegar ao diagnóstico e à formulação de uma terapêutica racional.

Quando dúvidas perduram, tenho, com frequência, consultado compêndios, já perante o paciente, na busca de uma informação essencial, o que, para mim, não constitui desdouro. Eventualmente e visando sempre ao benefício do paciente, chego a consultar outro(s) colega(s), da minha especialidade ou de outra, que possa (m) ser mais experiente (s), em determinado assunto. Se formalizo pedido de parecer, sempre lembro ao paciente que, com tal atitude, não estou abdicando de continuar como seu médico e condutor do caso.

O que não se admite é a solicitação de exames ou a adoção de terapêutica, de modo não racional, o que, além de poder prejudicar o paciente, levará a desperdício financeiro.

Um aspecto relevante é o da conclusão diagnóstica (ou da sua suspeita) e sua comunicação ao paciente. É impositivo que o médico não regateie tal informação, embora haja situações, nas quais, isso tenha que ser exposto de modo cuidadoso. Primeiro, porque, a hipótese pode vir a não ser confirmada. Depois, o diagnóstico de uma determinada doença, como, por exemplo, Demência de Alzheimer (DA), tem implicações, de várias naturezas, na vida do paciente e de sua família. A propósito, este aspecto é abordado de maneira mais detalhada, à frente. Em qualquer situação, deve-se guardar o princípio de que o diagnóstico é restrito ao paciente (e ao médico), só podendo ser comunicado ao familiar ou acompanhante, autorizado, quando a doença ou condição mórbida implique em risco

para o paciente (e este não esteja em condições de assimilar tal diagnóstico) ou para a sociedade (paciente com grave psicopatia e tendência auto e heteroagressiva). Merecedora, também, de todo o rigor – ético e legal – é a declaração médica. Já testemunhei, muitos anos atrás, a situação de uma viúva, idosa, que tinha importante deficit cognitivo, sugerindo demência. A sua nora me solicitou um atestado de que a idosa se encontrava impedida de praticar os atos da vida civil. Felizmente, mesmo *perdendo a cliente*, não forneci o referido documento, já que, na ocasião, eu era médico assistente e, não, perito. Vim a saber, posteriormente, que aquela acompanhante intentava a interdição da paciente e que, na família, havia uma disputa interna pelos seus bens. Atualmente, já é praxe que, para assessorar o Juiz de Direto, na sua decisão, faz-se necessário um exame por peritos designados pelo magistrado, e que não sejam médicos assistentes da pessoa a ser periciada. Numa situação assemelhada, me ocorreram casos em que o paciente, muito doente, vezes com rebaixamento do nível de consciência, está impossibilitado de ir a bancos ou assinar cheques e não houvera estabelecido, anteriormente, uma procuração. O tabelião, para que possa emitir a referida procuração pública, exige a assinatura do paciente ou, pelo menos, a aposição de sua impressão digital. Para tanto, exige também uma declaração médica. Em frente de tal situação extraordinária, em que há necessidade de numerários para fazer face às despesas da família e ao próprio tratamento da saúde do doente, tenho emitido a referida declaração médica, desde que conheça a família há longo tempo e possa inferir da honestidade de propósito da pessoa a ser designada como procuradora.

2 - A Clínica é soberana, mas, não, soberba. A importância da interconsulta.

A reflexão acima colocada tem sentido, principalmente nesta *era da grande velocidade*.

Frente a um agravamento à saúde, não se pode abrir mão de métodos ou recursos, que venham a facilitar e agilizar a definição do diagnóstico e, por consequência, a terapêutica. Esta, como se sabe, se for precoce, será mais eficaz, podendo evitar uma seqüela grave ou, até mesmo, uma evolução fatal.

Tal paradigma se aplica a um sem número de situações (eventos coronarianos agudos, AVCs, infecções graves etc). Para tanto, é que os métodos complementares existem e, assim, não devem ser deixados de lado.

No sistema público de saúde brasileiro, é frequente e lamentável a dificuldade com que, muitas vezes, os médicos e a população se deparam, na obtenção de muitos métodos diagnósticos, muito mais por razões administrativas do que aquelas puramente financeiras.

Tais limitações nos remetem, ainda mais, para a necessidade da utilização racional de qualquer recurso, ao nosso dispor. Como corolário, volta-se a lembrar que exames complementares devem ser realizados, sempre conforme a sua sensibilidade, especificidade e valor preditivo, priorizando, também, a exequibilidade, a menor invasividade e o custo.

Reitero, por oportuno, que os resultados dos exames devem ser interpretados, sempre, no contexto de um raciocínio clínico adequado.

Há muitas situações, nas quais os dados clínicos não são, por algum motivo, claros, o suficiente para permitir a elaboração de uma ou mais hipóteses diagnósticas. Tal ocorre, principalmente, em pacientes com comorbidades, a maioria das vezes em idosos.

Nestas circunstâncias, há necessidade de se ampliarem os recursos diagnósticos, às vezes exames mais sofisticados e/ou onerosos.

Em algumas situações mais complexas ou que encerrem maior gravidade para o paciente, deve-se lançar mão de interconsultas ou, mesmo, de conferência médica (*junta médica*).

Não foram raras as situações em que enfrentei tais casos. Com efeito, um ou mais profissionais, com especialidade em determinada área, relacionada com a doença do paciente, deve ser solicitado a participar, cabendo ao médico que conduz o caso fazer, em tempo hábil, o relato de todos os dados clínicos, epidemiológicos e complementares, já disponíveis, e se colocar ao dispor dos demais participantes, para os esclarecimentos que forem necessários.

Neste contexto, não tenho hesitado em formalizar tal participação, tendo, algumas vezes, chegado a solicitar a participação de um colega da minha própria área de atuação (Clínica Médica) em quem eu reconheça notório saber médico e postura ética ilibada.

Nestas circunstâncias, inexistindo a necessidade de uma terapêutica de urgência, abstenho-me de fazer prescrição médica, enquanto não se chegue, após a conferência médica, a um consenso, no diagnóstico e na terapêutica. Quando reconhecer o meu paciente um agravo restrito à especialidade do cole-

ga consultado, costume deixar o paciente ou seu responsável à vontade para permanecer – ou não – sob os cuidados especializados do referido profissional. Em se tratando de um problema grave ou complexo e que eu vislumbre possa ser conduzido, mais adequadamente, pelo referido especialista, chego, mesmo, a propor, a transferência, para ele, da condução do caso. Nesta hipótese, naturalmente, declaro continuar à disposição (do paciente, da sua família e do referido colega) para qualquer participação que se faça necessária.

Havendo, por outro lado, comorbidades, opto por continuar, eu mesmo, conduzindo o tratamento, no qual posso adotar a recomendação do(s) outro(s) profissional(ais), nas questões pertinentes à (s) respectiva(s) especialidade(s). Neste cenário, em que há a participação de mais um médico, é essencial que um deles tenha as funções de *coordenador*, mesmo que este não seja, obrigatoriamente, um clínico ou internista.

Há um dito de que *quanto menos médicos, melhor para o paciente*.

Tal aforismo tende a perder força, em face do aumento da longevidade da população, porquanto os pacientes muito idosos podem ter acometidos vários sistemas orgânicos e, assim, necessitarem da referida multiplicidade de especialistas. Na coordenação do tratamento, como há pouco dito, deve haver só um profissional.

A propósito, se vê, com frequência, pacientes, usuários de planos de saúde, serem acompanhados, muitas vezes, por vários médicos, faltando-lhes, contudo, a referida coordenação. Nestas circunstâncias, costuma ocorrer um aumento da utili-

zação de exames e métodos complementares, o que, além do aumento de dispêndio financeiro para o convênio, há o risco da ocorrência de eventos iatrogênicos, decorrentes do uso - nem sempre racional - de esquemas terapêuticos.

3 - Sendo um especialista, não *abdicar de ser médico...*

Declaro-me clínico generalista, pois realizei Residência Médica em Clínica, no Hospital dos Servidores do Estado - HSE (Rio de Janeiro, RJ) nos anos de 1970/71 e, voltando à Fortaleza, tive a ventura de acompanhar, como um dos seus assistentes, o Doutor Paulo Marcelo Martins Rodrigues, por mais de duas décadas, no tratamento dos seus pacientes.

Naquela atividade, logrei ganhar, a cada dia do convívio, em aprendizado médico e ensinamentos deontológicos/morais.

Destaco que, ainda como Médico Residente de Clínica Médica, no HSE, o nosso Chefe, Doutor Theobaldo Viana, forjava os seus discípulos com o senso da abordagem global do paciente. Estagiava-se em todas as Disciplinas daquele Serviço (Neurologia, Cardiologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Endocrinologia e Hematologia), uma, em determinado período. Concomitantemente, prestava-se plantão na Emergência, Centro de Tratamento Intensivo (CTI) e Banco de Sangue.

Os nossos preceptores, especialistas nas suas respectivas áreas, tinham uma sólida base generalista, sendo que, quase todos, antes da especialização, haviam sido Residentes da Clínica Médica, no próprio HSE.

Aquela boa metodologia, felizmente, tem sido adotada, já há alguns anos, na maioria dos hospitais brasileiros, inclusive no Ceará, mantendo a Residência, em Clínica Médica, como pré-requisito para inscrição no concurso que pode ensinar o médico a cursar Residência em uma das subespecialidades clínicas. Desta maneira, eles devem ficar aptos a ter, no seu exercício

profissional, aqueles predicados holísticos. Lamenta-se, todavia, que muitos deles não se esforçam em exercitar aquelas habilidades, tendendo a se restringir às práticas da sua especialidade. Assim, muitas vezes, os seus pacientes são enviados a outros especialistas, em razão de um agravo ou intercorrência, que poderia ser, sem dificuldades, manejado pelo referido especialista.

Noutras vezes, tenho testemunhado que alguns problemas decorrem da circunstância de aquele especialista ter deixado de observar, na sua terapêutica, um aspecto que, com sua capacitação, prévia, em Clínica Médica, poderia ter sido evitado. Um exemplo é a realização de um exame de imagem, no qual chegam a ser usadas, às vezes, elevadas doses de contraste iodado, em pacientes com comprometimento da função renal.

Diante de tais considerações, se encarece dos colegas que, mesmo sendo destacados em suas especialidades, algumas muito específicas, não deixem de vislumbrar os aspectos gerais dos seus pacientes, ou seja, *não abdicuem de ser médicos...*

4 - Boa relação médico-paciente: muitos benefícios; algum detrimento

Quando eu, por qualquer motivo, não logro obter um resultado favorável ao paciente, encaminho-o a outro médico, em que eu reconheça competência e boa postura ética. Há casos, pouco frequentes, em que chego a indicar outro colega da minha mesma área de atuação.

Em grande parte das vezes, o caso continuará a ser bem conduzido pelo referido médico, podendo o paciente retornar, depois, para prosseguir sob os meus cuidados, caso seja resolvido o agravo ou intercorrência que motivou a interconsulta.

Houve casos – e não foram poucos – em que, entretanto, o paciente não permaneceu sob os cuidados do médico citado, apesar de reconhecer, nele, um profissional competente. O argumento, para tanto, é que, apesar da referida competência, o (a) paciente não conseguiu obter, com ele, o apoio emocional de que necessitava ou, pelo menos, a empatia que deveria existir na relação médico-paciente. Não são raras, também, situações em que aquele médico, mesmo demonstrando sua grande habilidade, não se conduziu com a abrangência no caso, conforme a expectativa do cliente.

De outra parte, e sem nenhuma autorreferência elogiosa, lembro da afirmação de muitos pacientes, os quais, após serem bem atendidos pelo médico, mesmo que não tenha, ainda, completado o diagnóstico e o tratamento, chegam a me declarar, com entusiasmo: *doutor, depois da consulta com o senhor, já estou me sentindo melhor !*

Tal exclamação não é pieguice, nem lisonja. É algo verdadeiro e sua explicação não requer exercício de psicologia avançada. De fato, faz bem a qualquer pessoa ser ouvida, compreendida e emocionalmente amparada, em especial quando isto parte de um profissional reconhecidamente competente, honesto e, sobretudo, humanitário, para com aquele paciente, então fragilizado por um estado mórbido e sofrimento psíquico que disso decorre.

De longa data, nos Estados Unidos da América, os processos, por erro médico, são muito comuns, prática que já existe, em menor escala, no nosso país. Lá, os médicos fazem seguro, geralmente caro, para cobrir a indenização, na hipótese de comprovada a sua responsabilidade no insucesso de um tratamento. Este problema pode ser evitado ou minimizado, se houver uma boa relação do médico com o paciente e/ou sua família. Em face disto, instituições médicas estadunidenses têm realizado esforços visando a aprimorar a referida relação. A respeito, tenho informações de que, lá, companhias seguradoras, por ocasião da contratação do seguro anual, por parte do médico, oferecem bônus se o profissional comprovar ter realizado o seu aprimoramento formal quanto à relação médico-paciente.

É sabido que nenhum médico, na sua prática, está isento de cometer algum deslize técnico. Tenho vivenciado, comigo e com colegas, situações simples, na maioria das quais não há prejuízo para a saúde do paciente, mas que podem *quebrar*, em algum grau, aquele bom relacionamento. Lembro-me do caso de uma viúva, muito idosa, com demência avançada, cujos agravos ao seu estado de saúde constituía, sempre, uma grande aflição para a sua família. Ela residia em um subúrbio de Fortaleza, para cuja residência eu me deslocava, prontamente,

ao chamado, angustiado, de um dos seus filhos, mesmo que se tratasse de um quadro clínico não preocupante, como um resfriado. Em uma das vezes, não pude atendê-la, de pronto, em face de absoluta impossibilidade da minha parte. Desde então, não mais fui solicitado, apesar da justificativa que dei, provavelmente em razão da quebra da referida relação.

Noutras ocasiões, a relação fica comprometida, depois de uma palavra ou gesto - não adequado, por parte do médico. Tais casos, obviamente, tendem a ocorrer, quase sempre, em situações, comuns, nos nossos sistemas de saúde. São circunstâncias em que o profissional tem a sua agenda sobrecarregada e/ou são precárias as condições de trabalho. Outra justificativa pode ser a de um problema relevante, pelo qual esteja passando o próprio médico.

No nosso país, tem crescido o número de casos em que o médico, com ou sem culpa, responde ética, civil e criminalmente, por resultados insatisfatórios, que ocorrem durante a sua atuação profissional. É oportuno lembrar que a evolução de uma doença nem sempre é favorável, até em razão da limitação orgânica, avançada, do próprio paciente. Noutras vezes, entretanto, tais complicações, são, realmente, causadas por procedimento diagnóstico ou terapêutico (um evento iatrogênico).

Havendo, da parte do médico, o correto desempenho profissional, no qual está sempre incluso o apoio emocional ao paciente e seus familiares, raramente se gera uma pendência judicial ou ética. Ao contrário, tenho testemunhado situações, em que, apesar de um procedimento mal sucedido, resultando em complicações, o profissional não veio a sofrer qualquer peso, visto como, quanto aos demais aspectos da condução do caso, ficou panteteada a sua competência técnica e, sobretudo, a sua retidão de conduta.

Ainda no que concerne à relação médico-paciente, impõe-se repetir o que já ficou implícito, linhas atrás, ou seja: **que o dever do profissional é, primariamente, para com o paciente e, somente depois, para com os familiares e outros profissionais.** Volto ao assunto, para lembrar que tenho vivenciado situações nas quais o familiar ou o cuidador propõe algum tipo de conduta, a qual é mais cômoda para si do que para o próprio paciente. Um dos muitos exemplos é quanto ao uso de hipnóticos, aspecto que exige do médico todo o rigor. Medicamentos para induzir o sono devem, especialmente na pessoa idosa, ser usados com muito cuidado, por muitas razões. Uma delas é a perturbação que pode trazer à cognição do paciente. Este, sonolento, à noite, ao se levantar para ir ao toalete, pode perder a estabilidade e cair, com grande risco de fratura de um osso, especialmente o fêmur, ou de traumatismo e hemorragia intracranianas. Há evidências, também, de que diazepínicos podem favorecer o advento de pneumonia. Assim, antes de prescrever tal sedativo, deve o médico perscrutar cuidadosamente a situação. Há cuidadores que podem ser considerados como um autêntico *anjo, pela sua dedicação ao paciente*; já outros, *nem tanto...* Este aspecto será abordado de novo, páginas à frente.

Outro problema, menor, mas, também, de importância, na relação do médico com o paciente ou seu familiares, pode decorrer da pouca habilidade e, muitas vezes, até de indelicadeza, por parte da atendente (secretária) do consultório. Alguns clientes já dizem ter mudado de médico, em razão da falta de atenção da respectiva secretária. Para esta, portanto, são exigidas receptividade e boa vontade para com o cliente.

É comum clientes necessistarem de tirar dúvidas sobre determinado item da prescrição ou informarem quanto à evolução do seu estado de saúde. Nestas circunstâncias, o médico

deve fazer os esclarecimentos necessários, por telefone ou por outro meio.

Quanto a mim, costumo determinar que a atendente anote nome e telefone do(a) cliente, para que eu venha a lhe retornar a ligação, logo que possível.

Não raramente, a abordagem, por parte do cliente, ocorre após meses ou anos depois de uma consulta anterior, o que dificulta ou, até mesmo, impede que se possa fazer uma correlação adequada entre o que ora foi indagado e o que constou naquela ocasião anterior. Nesta circunstância, exceto em se tratando de um problema simples, recomendo nova consulta, a fim de poder adotar uma conduta adequada.

Situação comum é, também, a de paciente que, sofrendo de ansiedade e/ou hipocondria, costuma ligar, sem uma razão justificada. Mesmo assim, sempre que posso, procuro não deixar de atendê-lo.

Um problema mais delicado é quando se trata de pessoa idosa, especialmente sofrendo de déficits cognitivos.

Outro aspecto, em que é essencial a irrestrita confiança do paciente em seu médico, diz respeito ao uso de medicação antidepressiva. É comum, conforme já mencionado antes, que tais produtos, mesmos os de últimas gerações, não proporcionem o efeito terapêutico antes de um certo período de uso, o que pode ser agravado pelo aparecimento, já a partir da primeira dose, de algum efeito colateral, como náuseas e outros.

O certo é que, em algumas especialidades clínicas, como a Clínica Médica, a consulta, em grande parte das vezes, não se encerra à saída do paciente do consultório. Os telefonemas podem ser frequentes e o retorno ao consultório, mesmo não previsto, pode ser necessário.

Aspecto, igualmente, digno de destaque, diz respeito ao médico, que, mesmo competente e destacado profissionalmente, é pouco tolerante com eventuais opiniões ou postulações do paciente, especialmente quando este questiona quanto à eficácia ou eventual efeito colateral de um determinado esquema terapêutico. Tal posição, não muito raramente, desestimula o paciente a continuar com aquele especialista, não sendo raro que venha a mudar de médico, alegando aquela falta de liberdade, em externar seus pontos de vista.

A este respeito, cabe lembrar o Capítulo IV do Código de Ética Médica, ao tratar de Direitos Humanos, onde está preceituado ser “... Vedado ao médico: Artigo 48 - Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar”.

Sem pretender ser um modelo de conduta, esclareço que tenho procurado, sempre que possível, compartilhar o meu plano diagnóstico e terapêutico com o paciente, mirando-me, inclusive, no pressuposto de que, assim, há maior chance de uma boa adesão, por parte dele, à referida prescrição.

Regras à parte, é essencial que nos conduzamos dentro da boa prática, no sentido da segurança e do bem estar do paciente e do resguardo ético-profissional do médico.

Por outro lado, há casos em que o paciente tem, para com o seu médico, uma confiança, *quase cega*.

Um exemplo, facilmente, me vem à mente. Uma senhora, atualmente nos seus 60s, com histórico de depressão na família, teve um episódio depressivo maior, há vários anos, com evolução favorável. Há cerca de dois anos, antes de estar no meu consultório, havia tido recorrência do seu quadro depressivo, em razão do qual, estava francamente incapacitada, por

não ter, ainda, obtido remissão satisfatória dos seus sintomas, o que lhe causou, e à sua família, um grande sofrimento.

Consta ser o seu psiquiatra bem dedicado, já tendo utilizado alguns esquemas medicamentosos, estando a paciente sendo mantida, também, em tratamento psicoterápico, continuado.

A consulta comigo, se ressalve, foi por indicação do seu psiquiatra, com o objetivo de pesquisar algum componente orgânico como agravante do transtorno depressivo. Não detectei tal componente, mesmo depois de exames complementares e algumas revisões da observação clínica.

Em algumas ocasiões, a paciente chegou a procurar atendimento médico, em serviço de emergência, em razão da severidade dos referidos sintomas, não tendo sido, igualmente, encontrado um outro agravo, além do transtorno de humor, antes citado.

Uma geriatra, jovem, que também atendeu a paciente, a pedido da família, recomendou, então, que a condução do caso fosse transferida para outro psiquiatra, já que o tratamento, até então adotado, estaria, na visão dela, sendo ineficaz. A família não concordou com tal recomendação, e até demonstrou insatisfação com a geriatra, justificando o bom relacionamento, sempre tido, com o médico, de costume, mesmo em face do insucesso terapêutico atual. Diante de tal situação, argumentei, para a paciente e sua família, que não desconsiderou o seu psiquiatra, habitual, que se obtivesse a opinião de um segundo especialista. Não mais tive notícia sobre o referido caso. Este exemplo mostra quão complexa e variável pode ser a relação do paciente e/ou seus responsáveis, com o médico, por sofrer interferência de muitos fatores.

Em casos assim, como em qualquer outro, a primazia é para bem do paciente. Não hesito, portanto, como o fiz no caso em tela, em recomendar que se buscasse a ajuda de outro(a) colega, mantendo-se, obviamente, as necessárias precauções, para não se ferirem suscetibilidades e, sobretudo, não se prejudicar o paciente.

5 - Preservando a dignidade e a autonomia do paciente. O doente do leito número ... Ao paciente, não cabe transmitir recados.

Julgo desnecessário repetir as razões da importância maior, para a eficácia da assistência à saúde, da boa acolhida e da necessária atenção que o médico deve, sempre, dar ao paciente.

Ao lado de tal eficácia, um aspecto, não menos importante, se relaciona com a **dignidade** da pessoa acometida de um agravo à sua saúde e da qual cuidamos profissionalmente. Esta parte, também, não tem sido, na maioria das vezes, devidamente levada em conta nos serviços, ambulatorios, hospitais e, até mesmo, em consultórios, especialmente ao nível de serviço público.

Alega-se que nós médicos somos submetidos a condições de trabalho, as mais indignas. Em ambulatorios de serviços públicos e de muitas empresas de planos de saúde, há, em geral, uma sobrecarga de pacientes, o que impede que o médico possa dedicar um tempo minimamente necessário, para fazer o diagnóstico, formular um plano de tratamento e, não menos importante, esclarecê-los e discuti-los com o paciente e/ou seu responsável.

Não é incomum colegas relatarem que “atenderam”, em um turno de quatro horas, algumas dezenas de pacientes e, o pior, se vangloriam de tal “eficiência”. Não é impossível que, mesmo com tamanha sobrecarga de pacientes, se consiga ter condutas acertadas, desde que o médico tenha um raciocínio clínico *eletrônico*, grande perspicácia e experiência clínica.

Certo é, porém, que se falhe, na maioria das situações. E – o pior – se deixe escapar o diagnóstico de estados mórbidos, ainda pouco manifestos, por incipientes, os quais, se agrava-

dos, levarão a consequências imprevisíveis para o paciente e, inexoravelmente, a mais e maiores dispêndios para os sistemas de saúde.

Outras situações desagradáveis decorrem de atraso, no atendimento e, não raramente, de cancelamento de consultas, quando tais problemas deixam de ser comunicados aos clientes com a devida antecedência.

Como atenuante, o médico, geralmente um cirurgião, pode argumentar ser o atraso decorrente da ter tido que realizar um procedimento mais demorado ou de urgência. Nestes casos, o mínimo a fazer é não se deixar de avisar o paciente. Estando este, por seu lado, necessitando do atendimento inadiável, é da responsabilidade do médico atendê-lo em horário extra ou, quando impossível por justificada razão, diligenciar para que seu cliente seja, ao menos, atendido por outro colega, então, disponível.

Ainda visando a preservar a dignidade do paciente, uma atitude - que procuro evitar - é a de lhe “mandar recados”, através da atendente ou de qualquer outra pessoa.

Quanto à interpretação do resultado de exames complementares e prescrição terapêutica, procuro comunicá-las diretamente ao paciente, seja pessoalmente ou por telefone, e-mail, ou através de um simples bilhete, devidamente reservado.

A discussão de caso clínico, com outro médico, a respeito de paciente que nos seja comum, procuro fazê-la, também, pelos meios acima citados, evitando que o paciente seja o “portador de recado”.

Tais procedimentos, além de representarem respeito para com o paciente, encerram atitude ética.

6 - O médico e os outros membros da equipe assistencial

Não cabe dúvida de que cabe ao médico a liderança e/ou a coordenação da equipe multiprofissional, na assistência ao paciente. Julgo que, para tal hierarquia, não se necessita de uma justificativa, desde que se tenha em mente a necessidade imperiosa da proteção à saúde do nosso paciente.

Em tempos não tão recuados, a referida equipe, ao nível de hospital, era formada, quase somente, por médico e os profissionais de enfermagem (nem sempre enfermeiras graduadas; muitas vezes, irmãs de caridade). Passados os anos, felizmente, a assistência foi enriquecida, contando, atualmente, com profissionais da fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, serviço social e terapeutas ocupacionais, além de poder contar, também, em algumas instituições hospitalares, com enfermeira estomatoterapeuta. Na área médica, há também diversificação de especialidades. Tal segmentação tende a ampliar o número de prescrições e realização de procedimentos, podendo, regra geral, trazer benefício.

Nalgumas situações, doentes graves, com prolongada restrição ao leito, muitas vezes em unidades de terapia intensiva, e/ou com várias comorbidades, necessitam da participação de vários daqueles profissionais, com seus procedimentos adjuvantes à atuação do médico. Em doenças crônicas, como, por exemplo, sequelas de acidente vascular encefálico, Doença de Parkinson e outros comprometimentos neuromusculares, tais medidas, com variada frequência, também são essenciais e devem ser mantidas, pelo tempo necessário, em domicílio. É

indiscutível, por exemplo, a melhora da deglutição, em pacientes com disfagia de etiologia neurogênica, com o tratamento fonoterápico. Pacientes afetados por alguns estados mórbidos, como neoplasia, especialmente em fase terminal, necessitam de suporte emocional, o que, além do que proporcionado pelo médico, pode ser reforçado com a participação de psicólogo. Já é, também, bem comprovado o benefício que a terapia ocupacional pode dar a alguns pacientes, como aqueles acometidos de déficit cognitivo, de qualquer etiologia. Quanto ao assistente social, fui testemunha da sua importante ação, em uma equipe do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, para com pacientes em fase terminal, assistência que se estendeu, inclusive à família, quando o paciente veio a falecer.

Ressalvas sobre isso são: a necessidade, sempre, de que qualquer ato, a ser praticado, passe pelo prévio conhecimento e aprovação por parte do médico responsável pela coordenação do caso; a vigilância contra eventuais efeitos iatrogênicos, especialmente em se tratando de procedimento invasivo ou que, por algum modo, possa comprometer as defesas do paciente; e a racionalização de custos da assistência. Os honorários pelo trabalho dos profissionais acima citados, podem ser, em grande parte, cobertos pelos convênios e planos de saúde. Muitas vezes, a responsabilidade fica a cargo do paciente, ou da própria família.

Outro aspecto, não desprezível, diz respeito a que, em algumas situações, onde atuam vários profissionais, pode o paciente se sentir desconfortável, pelo “excesso de manipulação”, a que tem de se submeter. Em razão disso e para que gastos sejam racionalizados, deve o médico, responsável pela coordenação,

nação do tratamento, ter a exata noção, quanto à real necessidade da participação de cada um daqueles profissionais. Ao médico cabe, também, usar a necessária habilidade, para evitar que eventual discrepância de ponto de vista, entre os membros da equipe, venha a quebrar a harmonia, com relação à assistência, objetivando, sempre, a beneficiar o paciente.

7 - O caso raro e *interessante*

Tenho visto, menos frequentemente na atualidade, que visitas clínicas, nas quais, ao redor do leito do paciente, fica um grupo numeroso de médicos, com seus discípulos, realizam uma discussão sobre o caso respectivo. Tais discussões, às vezes, são demoradas, até mesmo em razão de o diagnóstico ser, muitas vezes, difícil e desafiador. Durante tais discussões, são levantadas hipóteses, podendo ser, inclusive, verbalizada, na frente do doente, a possibilidade diagnóstica de doenças graves, o que, assim, poderá abatê-lo emocionalmente. Penso ser isso, obviamente, iatrogênico.

É natural que, no exercício da Medicina, o raciocínio clínico, quanto ao diagnóstico, terapêutico e prognóstico, chega a despertar grande interesse, para a equipe médica. Há colegas, geralmente preceptores de Médicos Residentes ou professores, que elaboram brilhantes raciocínios e levam a efeito discussões, que chegam a entusiasmar os presentes.

Atualmente, muitas dessas discussões são feitas, em um ambiente reservado, ou, pelo menos, longe do paciente e dos seus familiares, com a finalidade de lhes poupar de um maior sofrimento psíquico.

Os casos - ditos raros ou interessantes - devem ser apresentados e, sempre que possível, divulgados, por serem de grande valia para o aprendizado médico. Contudo, as manifestações, eventualmente entusiásticas, por parte da equipe médica, a respeito de um caso interessante ou raro, se na presença do paciente ou seus familiares, só deveriam ocorrer, na hipótese de serem, também, em regozijo por achados ou resultados favoráveis para com a saúde do enfermo.

8 - Ao bom médico, não basta a competência

“A Ética é a mais pura expressão da consciência humana, é a exteriorização da alma, do desejo e do caráter, é a que nos torna plenos ou miseráveis”

Douglas Ferrari

Fiquei esperançoso, a exemplos da maioria das pessoas, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), mas, infelizmente tenho visto resultados pouco exitosos, em muitas situações.

O PSF, sem dúvida, constitui um grande avanço, em nosso país, no que concerne ao aprimoramento na atenção à saúde da população.

No âmbito da Atenção Primária, o programa pode propiciar a que muito se faça, pela saúde das pessoas.

No PSF, deve haver – o que não estou certo de estar ocorrendo – uma maior comunicação, pelo meio mais viável, entre a clientela e a equipe de saúde, visando a esclarecer dúvidas, sobre: medicamentos prescritos (eficácia e eventuais efeitos colaterais); resultado de exames laboratoriais que ainda não foram liberados ou, mesmo, que não foram realizados; esclarecimento quanto ao surgimento de sintomas, que inexistiam durante a primeira consulta; enfim, dificuldades de qualquer ordem.

A clientela dos planos de saúde e, não raramente, até, os clientes “particulares” costumam enfrentar alguns óbices quanto à *fluidéz* dos seus tratamentos.

O bom funcionamento, quanto a tais aspectos, pode depender de ações que estão além da parte médica, principal-

mente se considerarmos as muitas dificuldades administrativas que impedem aquele funcionamento. Se tais dificuldades, ao nível prático, não dependem, necessariamente do médico, do seu relacionamento com o paciente, de qualquer nível social, econômico ou institucional, entretanto, não deveria ser um empecilho. Ao contrário, é esperável que o médico, detentor, por dever hipocrático, de postura humanitária, possa minimizar, com compreensão e solidariedade, falhas que advenham do mau funcionamento do sistema.

Desafortunadamente, são relatadas situações – e não são raras – de colegas que tentam justificar o seu menor empenho, nos problemas estruturais e funcionais das suas instituições empregadoras. Não penso, porém, ser aceitável que o médico justifique a sua falta de adesão às práticas hipocráticas, alegando a sua rotina assoberbada, ambientes de trabalho insalubres, e salários aviltantes.

Essas adversidades, portanto, não deveriam combalir o brio do médico - aquele membro da assistência à saúde, de quem a população espera uma postura sobranceira e sempre confiável.

Ao médico, a boa ética e a conduta humanitária são bens inalienáveis.

Tais considerações, contudo, não vão de encontro ao direito e dever, também inegociáveis, de nos colocarmos sempre a favor de todas as atitudes que visem a defesa dos interesses legítimos da sua classe.

Quanto à propaganda médica, veiculada por meios de comunicação, ou favorecidas por notícias em colunas sociais, cabem sempre necessárias reflexões, do ponto de vista ético.

Tem-se constatado, também, que o melhor instrumento de proselitismo de um profissional pode ser a informação *boca*

a boca. O médico que bem desempenha o seu nobre trabalho, ao nível de serviço público ou de plano de saúde, termina por lograr uma boa clientela privada, onde, em tese, terá, melhores condições, ainda, de realizar a sua prática. A propósito, tenho ouvido, e comprovado, a afirmação de que “ se conhece um bom médico, a partir de como ele atende os pacientes no serviço público”

Cabe cautela, também, quanto a relatos, excessivamente elogiosos, de clientes ou familiares, quando houve bom êxito no tratamento com determinado médico. Do mesmo modo, há pessoas, que, ao contrário, depreciam, na maioria das ocasiões levianamente, a ação de um médico, em razão de um insucesso, o qual pode ter decorrido da própria gravidade da doença ou de fatores alheios aos designos do referido profissional.

9 - O médico carismático. O risco do charlatanismo

Tenho assistido, com desprazer, a variadas situações, em que pacientes, alguns próximos à minha família, informam estarem sob tratamento com determinado médico, o qual, segundo adiantam, é um profissional *muito simpático*, lhe transmitindo boa impressão, mas cuja prescrição medicamentosa é muito *recheada*.

Na referida receita, em geral, consta uma longa lista com produtos, incluindo vitaminas, sais minerais e outros ditos *antioxidantes*. Pela multiciplidade de substâncias, o aviamento da referida prescrição é feito mediante manipulação, o que, por si só, já implica em maior custo financeiro.

No capítulo seguinte trago um caso emblemático, a respeito de tais *fórmulas mágicas*.

A reflexão de agora também tem certa interface com aspectos da Deontologia Médica.

Dentre as qualidades que favorecem o bom desempenho profissional do médico, além das já mencionadas (competência, ética, tolerância, enfim, amor ao próximo), indispensáveis a quem se propõe a seguir os ensinamentos de Hipócrates, há outras que são, também, de grande valia. Com efeito, a elegância, a desenvoltura e o carisma, com que o médico se conduz, costumam, sem dúvidas, reforçar a eficácia do seu trabalho. É benéfica, pois, a boa habilidade de persuasão que se tenha perante o paciente, até porque este é, muitas vezes, insubmisso em cumprir a prescrição dos medicamentos ou em não aderir às recomendações não farmacológicas (regime alimentar, atividade física e abstinência de hábitos nocivos, dentre outros).

Assim, qualquer influência, se correta, do médico sobre o paciente, é desejável, propiciando benefício terapêutico, mesmo antes de ter se concretizado a eficácia medicamentosa. Tal eficácia (efeito placebo), independentemente, assim, da ação farmacodinâmica que o mesmo produto tenha sobre a doença, será maior, na proporção da empatia e confiança que se estabeleçam na referida relação.

O benefício tende a ser, também, mais significativo, se o paciente for do tipo sugestionável e o seu médico, possuidor de grande carisma.

Em tempos passados, citavam-se médicos com grande renome, em termos de eficácia terapêutica e grande clientela e a eles se atribuíam casos de *curas extraordinárias*. Na maioria das vezes, se tratava realmente de médicos com todos aqueles atributos, já mencionados, o que explicava, sem subterfúgios, o bom êxito da sua ação. Um médico, alguns atrás, clinicando numa cidade da Região Metropolitana de Fortaleza, com notável fama, era muito procurado e enaltecido pelos seus clientes.

Da minha parte, não tenho informações para tentar aferir em que proporção aquele sucesso dependeu da sua competência ou do seu carisma, perante os tais pacientes sugestionáveis.

A respeito da influência de outros fatores, como milagres, de natureza transcendental, uma discussão, neste espaço, poderia ser, no mínimo precipitada.

São Lucas, médico no Século I d.C., foi notável pela sua competência, mesmo antes de se converter ao Cristianismo. Ainda como pagão, tinha uma conduta admiravelmente humanitária e equânime, pois, mesmo cobrando justos horários dos seus clientes de elite, não aceitava recebe-los das pessoas pobres.



Segundo escritores da antiguidade, Lucas, abreviatura de Lucano, nasceu na Antioquia, Síria, localidade onde São Paulo pregou o seu primeiro sermão cristão (numa sinagoga), e onde, também, os seguidores de Jesus teriam sido nominados, pela primeira vez, de Cristãos (Atos 11:26). Ainda jovem, Lucas estudou Medicina na sua terra natal, em uma famosa escola. Não há relatos de ele ter sido casado e nem de ter tido filhos. Buscando aperfeiçoamento na arte de curar as pessoas, Lucas mudou-se para Alexandria, posteriormente para Atenas e, depois, para Pérgamo. Nesta última cidade, durante uma das suas consultas, teria atendido e curado São Paulo, a quem, a partir de então, passou a acompanhar, pelas localidades de Filipos, Jerusalém e Roma. Várias pinturas retrataram o médico São Lucas, exercendo sua função, sendo as mais famosas: o painel de Mantegna, localizado na pinacoteca de Brera, em Milão e outro, na Capela de São Lucas, em Moncalvo, na Itália. Não se sabe, ao certo, quando e onde São Lucas morreu, mas historiadores afirmam que seus restos mortais estão sepultados em Pádua, o berço da

anatomia italiana. Na Epístola aos Colossenses, São Paulo usa a expressão “Lucas, o amado médico” (4.14). Em algumas passagens dos evangelhos, escritos por São Lucas, há palavras indicativas da sua familiaridade com a linguagem médica do seu tempo, do que se valeu Taylor Caldwell para escrever o romance histórico (*Médico de Homens e Almas*), obra de leitura agradável, mesmo para quem não seja médico ou católico.

Na prática comum, não são raros os casos de pessoas, gravemente doentes, inclusive com péssimo prognóstico quanto à sobrevivência, que terminam por se recuperar. Em tais casos, num arroubo de regozijo, familiares do paciente, chegam a exaltar o médico como *milagroso*, o que, certamente, é temerário, pois, se o milagre ocorreu, o esculápio foi, somente, o seu meio condutor. Para os cépticos ou ateus, por outro lado, a ocorrência de uma recuperação extraordinária se explica, simplesmente, pela notável reação orgânica, contando, sem dúvida, com a atuação médica. Na obral de Caldwell, há pouco citada, consta que Lucas, antes da sua conversão, ao ser informado dos milagres de Jesus, sempre procurava explica-los à luz da Ciência.

É a propósito de tais reflexões, que serão feitas as considerações, a seguir, sobre a prática perniciosa do **charlatanismo**.

Neste tocante, há tantas situações, que, por explícitas, estão a merecer uma atuação mais severa, por parte dos Conselhos de Ética (CRMs).

A própria Imprensa, por sua vez, guardiã, quase sempre, dos interesses públicos, tem contribuído, mesmo sem dolo, para uma publicidade médica que ultrapassa os limites éticos, expondo a população à utilização de produtos ou métodos “terapêuticos” de resultados duvidosos, quando não, prejudiciais. Há, nos

jornais e outros meios de comunicação, anúncios de médicos, com propagandas técnicas ou tratamentos especiais, muitas vezes transgredindo aspectos éticos ou, no mínimo, dando-lhes uma feição mercantilista e deselegante. Tratamentos cosméticos são anunciados, a *larga mano*, em jornais, revistas e televisão.

Na parte da terapêutica clínica, encontram-se prescrições de muitos produtos, as quais, na maioria das vezes, não são baseadas em evidências. O mais reprovável é que tais “terapêuticas”, além de caras e muitas vezes ineficazes, podem resultar em efeitos colaterais nocivos. A propósito, anos atrás, me foi mostrada uma prescrição, com vários itens, em que constavam produtos, alguns do meu desconhecimento e outros não constantes nos tratados de Terapêutica. A receita fora prescrita para um cidadão, pessoa humilde, do interior do Estado e que padecia de dores em várias articulações, especialmente de punhos e mãos. Ele já recorrera a vários médicos, sem lograr alívio para os seus sintomas. (Outro caso, com tal *elaboração terapêutica*, de autoria do mesmo médico, já me viera anteriormente). Neste segundo caso, ora detalhado, achei tratar-se de uma síndrome reumatoide, mas, em face da doença arrastada, optei por enviá-lo para a consulta por um Reumatologista de competência, e postura ética notórias. O referido especialista, após criteriosa observação clínica e análise dos exames complementares, confirmou o diagnóstico de artrite reumatóide, além de concordar que aquela prescrição estava completamente em desacordo com as necessidades do paciente.

Diante da situação, fiz, então, a comunicação ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará (CREMEC), que, após um processo ético no qual foram cumpridos todos os ritos normais, condenou o infrator à pena de censura reservada, o que foi confirmado pelo Conselho Federal (CFM).

10 - A fórmula mágica. Restrições à Medicina Anti-envelhecimento e outros métodos sem apoio em evidências. O uso racional de medicamentos.

Há muitos anos atrás, atendi uma senhora, com queixas de palpitações e *sensação de angustia*, ao nível do tórax, adiantando ela, logo no início da entrevista, não estar se sentindo com ansiedade, medo ou outros sintomas da esfera psíquica. Mesmo depois de uma anamnese e exame físico adequados, não obtive, na primeira ocasião, o diagnóstico, tendo recorrido a alguns exames complementares, entre os quais, os de função tireoideana, cujos resultados não estavam anormais.

Quando refiz a história clínica, ao indagar-lhe novamente quanto ao uso de algum medicamento, que ela, por acaso, não citara, na consulta inicial, a paciente se lembrou de estar usando uma fórmula medicamentosa, prescrita por médico, a qual continha algumas substâncias, das quais não sabia informar os detalhes, mas que visavam a diminuir o apetite e, assim, perder peso. Ao verificar a prescrição, constatei existir, naquela fórmula, uma substância inibidora de apetite e que, dentre os efeitos colaterais, havia o de poder causar taquicardia e palpitação. Com a suspensão do uso do referido produto, cessaram os sintomas, antes mencionados.

Também em anos recuados, atendi um portador de asma, cuja crise, naquela ocasião, coincidira com o término do estoque de um medicamento “preventivo”, que lhe fora prescrito por um especialista de uma importante cidade do sudeste do país. No retorno ao consultório, após cumprir o esquema que lhe prescrevi para a crise, ele se lembrou de me trazer a re-

ceita original, na qual constava, dentre outros componentes, o corticóide Prednisona, do qual o paciente fazia uso, há longo tempo, a título de “prevenção” da sua asma.

Noutro caso, a fórmula, para **uso contínuo**, para tratamento de uma artropatia, continha o antiinflamatório Diclofenaco, o qual sabemos ter importante toxicidade renal, risco de gastrite e hemorragia digestiva alta, além de poder elevar a pressão arterial, quando usado por tempo prolongado.

Mais recentemente, ao atender a esposa de um médico, com queixas de alopecia parcial, no couro cabeludo, ela me informou estar sob tratamento reumatológico em São Paulo, em razão de dores nas articulações das mãos, com o diagnóstico de Artrite Reumatóide. Os achados do exame físico não eram sugestivos da doença reumatóide e, sim, de uma osteoartrite de mãos (Heberden). No restante da história clínica, do exame físico e dos exames complementares, não consegui, inicialmente, encontrar uma explicação para a referida queda de cabelos. Ao analisar a prescrição do seu médico paulistano, a qual só me chegou posteriormente, verifiquei haver Prednisona e 6-Mercaptopurina, com o que a paciente se sentia aliviada das artralguas de mãos.

Julgo ser dispensável lembrar que aqueles dois componentes têm efeito imunossupressor e devem, com a maior probabilidade, ter sido a causa da queda de cabelos. Não tendo podido me comunicar, por telefone, com o indigitado especialista, mandei-lhe, pela própria paciente, uma carta, solicitando a redução e posterior suspensão daqueles constituintes da fórmula. Auguro que aquele médico se convença do iatrogenismo que está causando à paciente.

Muito relacionado com o grave problema anterior, é cabível uma abordagem sobre a chamada *Medicina Ortomolecular* e outros métodos assemelhados.

A discussão é indispensável, não somente pelo risco de iatrogenismo, custo elevado dos produtos prescritos e, sobretudo, pela ausência de evidências científicas que suportem tal prática.

Os membros do Conselho Federal de Medicina (CFM), em boa hora, se debruçaram sobre o assunto, com ênfase à prescrição de fórmulas e *terapias ortomoleculares*, com *megadoses* de vitaminas, sais, ácidos e proteínas.

Assim, foi elaborada a Resolução CFM 1938/2010, atualizando a Resolução, do CFM 1500/1998 e reafirmando, com base em estudos publicados em revistas e outras fontes merecedoras de crédito, não haver comprovação científica da eficácia das práticas *ortomoleculares*. Acrescenta a argumentação daquele Conselho haver evidências quanto ao risco do uso indevido de vitaminas e complementos, como, por exemplo, o aumento do risco de câncer e, até, de morte. “A tônica da resolução é combater o uso da suplementação sem critérios. Ficamos mais cuidadosos com o que consideramos *megadoses*, estabelecendo limites de segurança com relação ao emprego de vitaminas e sais minerais”, explica o conselheiro do CFM Henrique Batista e Silva, que coordenou o trabalho.

Segundo o coordenador da Câmara Técnica, a população deve estar ciente destes riscos e procurar outras alternativas, para a prevenção de doenças, como, por exemplo, os hábitos saudáveis de vida. Salienta o CFM serem só indicados os tratamentos que incluam correção nutricional e de hábitos de vida; reposição medicamentosa das deficiências de nutrientes; remo-

ção de minerais como ferro e cobre, quando em excesso; remoção de minerais tóxicos, como chumbo, mercúrio e alumínio; e remoção de agrotóxicos, pesticidas ou aditivos alimentares.

A resolução, em vigor desde a sua publicação, determina que os médicos que a descumprirem estão sujeitos às penas disciplinares previstas, como advertência confidencial, censura confidencial, censura pública, suspensão do exercício profissional, por até 30 dias ou cassação do exercício profissional.

Portanto, segundo a referida resolução:

“São destituídos de comprovação científica suficiente, quanto ao benefício para o ser humano sadio ou doente, e por essa razão têm vedados o uso e divulgação no exercício da Medicina, os seguintes procedimentos da prática *ortomolecular* e biomolecular, diagnósticos ou terapêuticos, que empregam: I) Para a prevenção primária e secundária, doses de vitaminas, proteínas, sais minerais e lipídios que não respeitem os limites de segurança (*megadoses*), de acordo com as normas nacionais e internacionais e os critérios adotados no art. 5º; II) EDTA (ácido etilenodiaminotetracético) para remoção de metais tóxicos fora do contexto das intoxicações agudas e crônicas; III) O EDTA e a procaína como terapia antienvhecimento, *anticâncer*, *antiarteriosclerose* ou voltadas para patologias crônicas degenerativas; IV) Análise do tecido capilar fora do contexto do diagnóstico de contaminação e/ou intoxicação por metais tóxicos; V) Antioxidantes para melhorar o prognóstico de pacientes com doenças agudas, observadas as situações expressas no art. 5º; VI) Antioxidantes que interfiram no mecanismo de ação da quimioterapia e da radioterapia no tratamento de pacientes com câncer; VII) Quaisquer terapias antienvelheci-

mento, *anticâncer*, *antiarteriosclerose* ou voltadas para doenças crônicas degenerativas, exceto nas situações de deficiências diagnosticadas cuja reposição mostra evidências de benefícios cientificamente comprovados.

Art. 10. A indicação ou prescrição de medida terapêutica da prática *ortomolecular* ou biomolecular é de exclusiva competência e responsabilidade do médico.”

Da revisão, também em fontes acreditadas, eis, a seguir, outros dados pertinentes:

- Vitaminas, quando utilizadas em doses acima das necessidades orgânicas, podem causar danos, conforme exemplos a seguir:
- - Niacina (vitamina B3): prurido, eritema em face e membros superiores, cefaleia, mialgias e alterações da glicemia e da função hepática; em associação com estatinas, pode aumentar o risco de miopatias;
- - Piridoxina (Vitamina B6) : usada em doses muito elevadas, pode causar parestesias e incoordenação motora; em associação com amiodarona, aumenta o risco de fotossensibilização cutânea; podendo reduzir os níveis efetivos de fenitoina e levodopa;
- - Ácido Fólico: doses elevadas podem causar, também, alterações neuropsiquiátricas; interfere com níveis séricos de fenitoina;
- - Vitamina C: uso abusivo pode causar cólicas abdominais, litíase urinária, anemia e possibilidade de neoplasias; reduz as concentrações plasmáticas de indinavir de vitamina B12.

A respeito dos **fitoterápicos e remédios naturais**, merecem citação os conceitos emitidos pelo Doutor Anthony Wong, médico pediatra, toxicologista e Diretor-médico do CEATOX - Centro de Assistência Toxicológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em entrevista prestada ao Doutor Drauzio Varella e cujos tópicos principais a seguir são citados.

Propriedades terapêuticas

A UNIP desenvolve, na região do rio Negro, um programa de pesquisas sobre a propriedade farmacológica de determinadas espécies da flora amazônica. Os extratos obtidos dessas plantas são testados, na presença de células tumorais malignas e de bactérias resistentes a antibióticos, numa tentativa de identificar o composto ativo, responsável pelo efeito desejado. Isoladas, essas substâncias passam por um processo de estudos (em torno de 10 anos), experimentais, em animais de laboratório e, depois, por uma série de estudos clínicos, em seres humanos, até que um medicamento alopático possa ser comercializado.

Quanto aos medicamentos, ditos naturais, porém, não há o mesmo rigor, pois são lançados no mercado, sem obedecer a fiscalização mais séria, como se fossem absolutamente inócuos; às vezes lhes são propagados vários efeitos benéficos (panacéia), sendo que muitos não têm comprovados os tais efeitos.

A **diferença entre fitoterápico e produto natural**, segundo Wong, é que fitoterápicos derivam de plantas, sendo reconhecidos por sua eficácia, enquanto *remédios naturais* são quaisquer substâncias retiradas, na sua forma bruta, da natureza, praticamente sem purificação alguma e utilizadas como medicamentos, sem a necessária comprovação.

Quanto à parte do efeito terapêuticos, deve-se advertir para a possibilidade de se tratar, somente, do **efeito placebo**, ou seja, a sugestão positiva induzida pelo uso do medicamento e/ou pela influência do médico.

Uma observação importante é a de que produtos naturais ou fitoterápicos podem ter sérios ou graves efeitos colaterais, tanto que, segundo o referido toxicologista, das dez substâncias mais tóxicas que se conhecem, oito são naturais. Determinadas variações do *Kava-Kava*, propagado como tranquilizante, podem ser hepatotóxicas, já tendo sido retirados do mercado europeu.

Quanto ao *hiperycum perforatum* (*Erva-de-São João*), propagada como antidepressivo, eu, nas vezes em que o prescrevi, mesmo para quadro depressivo leve, não logrei benefício, de modo que não mais o faço. Há informações, inclusive, de que tal produto reduz a eficácia de certos medicamentos, como alguns antirretrovirais, ciclosporina, anticoncepcionais e diazepínicos.

Quanto ao *ginseng*, não recolhi evidências de seu efeito terapêutico, pelo que, também, não o prescrevo. Há informações de que pode causar hipertensão arterial, insônia, vômitos, cefaléia, epistaxe, mastalgia, sangramento vaginal e, até mesmo, síndrome de Stevens-Johnson. Pode, também, interagir com alguns fármacos (warfarina, estrógenos, corticosteróides, insulinas, sulfonilureia, biguanidas e digoxina).

Não me sinto seguro, ainda, para prescrever, por exemplo, condroitina, glucosamina ou ginkgo biloba.

Sobre o guaraná em pó, não obstante a sua alta concentração de cafeína, os seus efeitos estimulantes não encontram, ainda, boas evidências.

Com relação à quitosana, contida, por exemplo, na casca de camarão, o seu efeito se equivale ao de outras fibras, podendo aumentar o bolo fecal, diminuir a absorção de gorduras e, assim, reduzir a concentração de colesterol sérico. Há que se temer a possibilidade de contaminação do produto, por metais, como o cromo.

Quanto ao arsênico, sabe-se ser tóxico, sendo o trióxido de arsênico um dos mais poderosos poluentes ambientais, apesar de usado em doses infinitamente pequenas, para tratamento de determinadas doenças (algumas leucemias e alguns cânceres).

Sobre produtos usados, como *naturais*, para emagrecimento, os mesmos podem conter hormônios tireoideanos, laxativos, diuréticos, anfetamínicos e, até, drogas ilícitas, conforme testemunha, também, Dr. Wong.

Quanto aos produtos utilizados por atletas, para aumento de massa muscular, há o risco de conterem hormônios anabolizantes, de conhecidos efeitos deletérios. O excesso de proteína, por exemplo, pode ser nefrotóxico, se usado por longo prazo.

Sobre **OUTROS MÉTODOS**, conforme publicação do Dr. Chin Na Lin, Coordenador Geral da Liga Acadêmica de Acupuntura, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, são resumidas, a seguir, algumas indicações.

- Acupuntura – tem sido indicada para enxaqueca, dores de coluna, dores neuropáticas, insônia e redução de alguns efeitos colaterais da quimioterapia.
- *Terapia floral* – estaria indicada para “harmonizar as emoções e promover o bem estar”, não devendo ser cogitada para tratar doenças ou sintomas agudos ou sérios.

- *Aromaterapia* – usa óleos essenciais, extraídos de plantas, para tratar, sob inalação ou aplicação na pele (loções, cremes, compressas e banhos); seria indicada para relaxamento, *revitalização*, *beleza*, com citações, não fundamentadas, também, para tratar gripes, resfriados e diminuição do humor.
- Ioga – baseada em exercícios respiratórios, de postura e meditação, tem sido utilizada por pessoas que buscam equilíbrio físico, mental e emocional.
- Meditação – utilizando concentração mental, tem sido utilizada por pessoas ansiosas.
- Reflexologia - através da palpação ou pressão de áreas e pontos reflexos nos pés, nas mãos e nas orelhas, estaria indicada para relaxamento, dores musculares, fadiga e outros sintomas correlatos.
- *Shiatsu* – através de massagem, com toque firme, trabalha os mesmos pontos da acupuntura e é cogitada para relaxamento, tensão muscular e alguns tipos de dor.
- Quiropraxia – pela manipulação, se propõe a *reorganizar estruturas do corpo*, (articulações e vértebras), sendo proposta para tratar tensão muscular nas costas, pescoço, região lombar, cabeça e pernas
- Outros exercícios chineses (*Qi gong*, *taí chi chuan* e *lian gong*) – através de certos movimentos, meditação ou exercícios respiratórios, também se propõem a tratar tensão muscular, fadiga e sintomas assemelhados.

O que parece é que os métodos antes citados podem ser utilizados com adjuvantes às medidas terapêuticas clássicas.

Com relação à **Homeopatia**, cujo princípio é o da **similitude** (tratar uma doença com um medicamento que provoque sintomas semelhantes aos encontrados na mesma enfermidade), há, também, reservas.

Na literatura, há muitos argumentos a favor e contra a homeopatia, sendo que, para estes últimos, é levantada a explicação do efeito placebo e, não, da própria substância homeopática.

A propósito de homeopatia, também, há uma publicação, que se supõe merecedora de crédito, do Parlamento Britânico (*House of Commons*), na qual, após revisão extensiva, quanto a evidências científicas, a respeito do tratamento homeopático, concluiu ser este efeito igual ao do placebo, razão pela qual, fez-lhe recomendações restritivas, perante o *National Health Service* (correspondente ao SUS brasileiro), no sentido de não mais pagar tratamentos, com base homeopática e para que a *Medicines and Healthcare Regulatory Agency* (de funções semelhantes à do nossa ANVISA) não mais fizesse registro, como medicamento, de fórmulas homeopáticas

Algo muito grave e que, há tempos, está a merecer uma ação mais firme dos Conselhos de Medicina, independente de denúncia, é a prescrição, por médicos charlatães, de hormônios e outras substâncias, com a promessa de uma “ação antienvhecimento”.

Tais práticas, comprovadas em ampla reportagem televisiva, veiculada em 2012, estão a exigir dos Conselhos Regionais e o Conselho Federal de Medicina adotem, *ex-officio*, a necessária investigação e, se, comprovadas tais praticas, a ação coercitiva cabível, visando à proteção da saúde das pessoas e à preservação do conceito da classe médica.

Quanto a medicamentos, em geral, cabe lembrar, também, a importância de se precever, sempre, só o mínimo necessário, pela necessidade de se evitar o iatrogenismo e de se reduzirem gastos desnecessários, para o paciente e/o os sistemas de saúde. Outra razão é a dificuldade de se ter a garantia da qualidade dos fármacos, especialmente no nosso país.

11 - “Na minha experiência” ...

Fui, também, testemunha do caso de um paciente, de meia idade, que recebeu, “profilaticamente”, o antibiótico Gentamicina, no pós-operatório de uma operação de revascularização do miocárdio (ponte de safena), a qual foi realizada por um conceituado cirurgião cardiovascular de Fortaleza. O referido paciente não sofreu, realmente, processo infeccioso do local operado (infecção de sítio cirúrgico), ou de outra localização, contudo, ainda no hospital, desenvolveu insuficiência renal aguda, complicação em razão da qual veio a falecer.

Daquele caso, não tomei parte, como clínico, mas nalguns outros, poucos, em que participei da equipe chefiada por aquele notável cirurgião, era difícil convencê-lo da inadequação de usar o antimicrobiano acima citado, apesar das diretrizes, já, então, estabelecerem, para profilaxia em cirurgia limpa, como a do paciente em questão, o uso Cefazolina, em doses suficientes para assegurar nível bactericida, iniciando-se a sua infusão, via intravenosa, por ocasião da indução anestésica, repetindo-se aplicações de quatro em quatro no transoperatório e, no pós-operatório, por, no máximo, mais vinte e quatro a quarenta e oito horas.

Quanto ao uso de antiinflamatórios, por via parenteral, visando à analgesia pós-operatória, esses já tiveram grande preferência por cirurgiões. Neste tocante, foi, igualmente, difícil convencer os cirurgiões do risco de tais produtos, se utilizados naquelas circunstâncias, de grande estresse orgânico para o paciente. Apenas depois da constatação de vários casos de insuficiência renal aguda, ocorrendo em pacientes, de pós-operatório imediato, que haviam recebido antiinflamatórios, por

via parenteral, é que aquela prática parece estar sendo abandonada.

Há muitos outros exemplos, cuja citação excederia este espaço, nos quais é quase monótona a repetição de complicações decorrentes de práticas médicas, *baseadas na experiência*.

A expressão “na minha experiência” era, e ainda persiste, em alguma medida, entre alguns médicos, não afeitos à atualização científica. Tais colegas, felizmente, cada vez mais raros, se louvam em resultados geralmente favoráveis, mas que não são devidamente cotejados com outros, tidos como padrão.

Reitero a ressalva de que a Medicina Baseada em Evidências não se afirma como absoluta. Assim, tal norma científica, pode ou, muitas vezes, até, deve ser acompanhada ou, até mesmo, complementada com a experiência profissional e o bom senso, este último sempre de grande valia.

O que se testemunhava, contudo, eram alguns médicos, especialmente os que, no seu ambiente de trabalho, exerciam posições elevadas, realizavam ou determinavam algumas condutas, muitas das quais inconsistentes, sob justificativa da sua “boa experiência”.

Este equívoco se relacionava principalmente com o uso de antibióticos, assunto sobre o qual será discorrido adiante.

Ocorre que qualquer profissional só tem o direito de usar a expressão acima citada, se, de fato, ele já tiver feito pesquisa laboratorial ou clínico-epidemiológica, corretamente delineada, o que, na prática clínica, é dificultado pelo grande número de variáveis, possíveis de prejudicar a obtenção de uma conclusão correta.

Para tanto, é que existem as Diretrizes (*guidelines*) formuladas por entidades ou sociedades médicas dignas de crédito, e elaboradas a partir de evidências laboratoriais e/ou clínico-epidemiológicas.

Quanto à minha prática clínica, me arrimo, sempre que necessito, em tais diretrizes, publicações e outras fontes.

Não me sinto com demérito, quando, defronte de um paciente, mesmo na prática privada ou, em meio a outros profissionais, graduandos ou pós-graduandos, consulto uma fonte, onde possa eu auferir uma informação correta ou dirimir um dúvida.

Também não hesito, ainda na situação acima, em consultar um colega mais experiente, na especialidade dele ou não minha própria.

Desdouro e deslize ético são, isto sim, se adotar uma conduta, sobre a qual não se tenha segurança, podendo, assim, por em risco a saúde e a vida do paciente.

12 - Medicina baseada em evidências científicas, sem desprezar a competência e a consciência ética

A Medicina Baseada em Evidência (MBE) é definida com o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica, ou seja, utiliza provas científicas existentes e disponíveis, em determinado momento, com validade externa e interna, para a aplicação dos seus resultados na prática clínica. Com relação a tratamentos, ao se falar em evidências, refiremo-nos a: efetividade, eficiência, eficácia e segurança. Por efetividade, se entende o que realmente funciona, se considerarmos condições ideais em que o tratamento é utilizado. Já os termos eficácia e eficiência dizem respeito a se o tratamento é barato e acessível aos pacientes que dele necessitam. Segurança refere-se à confiabilidade da intervenção, com perspectivas de mínimos efeitos adversos.

Por transcender os propósitos destes escritos, deixa-se de dissertar sobre conceitos outros epidemiológicos, como nível de evidência, tipos de estudos etc..

De outra parte, porém, *cada caso é um caso*, pois características biopsíquicas de uma ou outra pessoa podem diferir completamente da totalidade dos pacientes avaliados e sobre cuja avaliação estatística foi estabelecida determinada evidência e, por ela, uma norma de conduta médica. Fez-se esta pequena digressão, como uma espécie de contraponto. Mandatório é realçar a necessidade de que, ao lançar mão de qualquer conduta ou intervenção, bem embasada em evidências, se mantenham presentes todos os preceitos, essenciais, da competência e da consciência ética. Perde a validade e, assim, se constitui

em uma temeridade, um clínico, em face da necessidade de adotar uma determinada conduta diagnóstica ou terapêutica, aplicar um belo raciocínio, amparado em um algoritmo elaborado sobre boas evidências, se os dados clínicos do referido caso não tiverem sido obtidos com o rigor da boa propedêutica. A propósito, não é raro que discussões diagnósticas e delineamento de condutas, brilhantemente elaborados, sejam levados a efeito sobre dados clínico-epidemiológicos não adequadamente obtidos, o que, por consequência, induz a erro diagnóstico e prejuízo para a terapêutica. Destarte, cumpre que o médicos, principalmente os especialistas de áreas da Medicina Clínica, não requeiem, jamais, a necessidade da obtenção de uma história clínica, completa e minuciosa, em que não se deixem de considerar os aspectos demográficos e epidemiológicos, e um exame físico cuidadoso e, se necessário, repetido. Os exames complementares, incluindo os de imagem, conforme já mencionado anteriormente, devem ser realizados dentro da exata necessidade e do contexto do quadro clínico, a fim de auxiliar na elaboração, racional, do diagnóstico. No que concerne às práticas operatórias, continuam tendo primazia a competência, a observância de todas as normas para uma cirurgia segura e o bom senso.

O cirurgião que tem boa técnica operatória, é, em geral, bem sucedido, em termos de beneficiar o seu cliente, minimizando, inclusive, o risco da infecção da área operada (infecção do sítio cirúrgico).

Em suma, prática médica, embasada em evidências é mandatória, mas, sem se desconsiderar, jamais, os preceitos da Ética e do bom senso, colocados sempre a favor do paciente.

13 - O Médico amigo *versus* o amigo médico

Vivenciei algumas situações embaraçosas, causadas por sugestões ou conselhos, inconsistentes, dados por médicos, amigos de pessoas que me foram dadas a cuidar.

Quando, em tais situações, deixou de prevalecer a recomendação racional, não foi de surpreender o desfecho desfavorável decorrente de tais *palpites infelizes*.

Embora não se deva ser intolerante, em face de uma interferência descabida, não se deve, contudo, abrir mão do que se julga correto, apenas para deixar de melindrar um colega de profissão. Numa situação dessas, o que penso ser racional é explicar a nossa conduta ou, no máximo, se discutir com o colega o seu ponto de vista.

Persistindo opiniões colidentes, cabe, obviamente, ao médico que está conduzindo o caso, expor a sua conduta, para o cliente ou seu responsável, a quem caberá optar pelo que achar correto.

Sendo contrariado, o médico assistente deve declinar das suas atribuições assistenciais. E mais: em face de uma conduta, que, por esdrúxula, possa prejudicar o paciente, é lícito comunicar o caso ao Conselho Regional de Medicina.

Tal orientação, aliás, é o que está contido no Código de Ética Médica, o qual, no artigo 19, preceitua: “O médico deve ter, para com os seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina”.

Com a criação, em nosso do País, do Programa de Saúde da Família (PSF), espera-se que seja institucionalizada a prática de que toda a população tenha o seu médico, independente das respectivas condições econômicas e sociais, o que resultará nas ações visando à promoção da sua saúde e, quanto às doenças, na prevenção ou, pelo menos, no seu diagnóstico e tratamento precoces. E, assim, que toda família possa contar com o seu médico, independente do seu poder econômico, amizade ou outro vínculo. É, portanto, desejável que as pessoas contem com o *seu médico*, não apenas para a referida revisão periódica da saúde, em termos preventivos, mas, igualmente, para orientação em situações de emergência ou outras demandas que surjam.

O médico de família, cuja capacidade profissional deve ser satisfatória, e já sendo conhecedor da saúde do paciente, disporá, em tese, de boas condições para dialogar com o seu colega, em emergência ou hospital, quando, para lá, o seu paciente necessitar de ir, a fim de receber determinada atenção médica. Assim, mesmo que não seja “um amigo médico”, desempenhará o papel do **médico amigo**, disponível, de muito maior importância para o paciente.

Ao nível das instituições públicas, Medicina de convênios e, mesmo, em clínica privada, o médico, sendo um profissional que se mostre disponível tem, também, outro papel importante, que é o de orientar seu paciente quanto a outros problemas, como a indicação de clínicas de exames de imagens ou exames complementares, ou quanto a consultas com outros profissionais ou hospitais, principalmente em face das grandes dificuldades pelas quais passa a população, atualmente, em razão de entraves, de variada natureza.

No que me concerne, é muito comum ser abordado, por telefone, por pessoas, nem sempre meus clientes, solicitando algum apoio, no sentido de manter contato com colegas ou equipes assistenciais, quando enfrentam dificuldades operacionais quanto ao bom encaminhamento do seu tratamento. Isso tem ocorrido, por exemplo, com relação a pacientes que estão em tratamento por colegas credenciados do *seu plano*, mas que, por variadas razões, não têm logrado a evolução favorável que esperam. Assim, em face de uma solicitação do paciente ou de um familiar seu, na referida situação, para prestar algum apoio, procuro manter um contato, em geral por telefone, com o referido médico (ou equipe). Na maioria das vezes, o caso já vem sendo conduzido adequadamente e as dificuldades são causadas por problemas institucionais e, não, por parte dos profissionais assistentes.

Caso não discorde do que já sendo posto em prática, endosso, obviamente a conduta. Do contrário, faço o meu parecer ou recomendação e, se designado a participar da assistência, pelo paciente e/ou sua família, procuro, sempre entrar em contato com o médico anterior, com quem, antes de emitir minha posição, analiso o caso.

Uma situação, menos comum, felizmente, nos tempos atuais, ocorre quando determinado médico, muitas vezes com boa intenção, interfere, de modo inadequado, na conduta que um colega seu está, corretamente, tomando, apenas porque tem uma relação próxima, de parentesco ou amizade, com o paciente. É desnecessário dizer do risco que tal interferência pode representar para a saúde do paciente.

14 - Invasividade médica: benefícios e riscos. *Primum non nocere*: vigilância contra o iatrogenismo

Procedimentos invasivos, na área de Clínica Médica, devem ser indicados sempre que necessário e dentro daqueles critérios, anteriormente bem discutidos, da racionalidade.

O próprio clínico pode praticar alguns procedimentos, como inserção de sonda vesical, aspiração de secreção de vias respiratórias altas, acessos vasculares periféricos, toque retal ou genital e, dependendo da sua habilidade, punção líquórica e, até, outros mais complexos.

O toque retal, por exemplo, pode ser de grande valia, pois, além de permitir uma sensação tátil da ampola retal e do assoalho pélvico e, no homem, da próstata, enseja a que se faça o esvaziamento de um fecaloma que esteja impedindo a evacuação intestinal. Em pessoas, geralmente idosas, muitas delas presas ao leito, ou que façam uso de substâncias inibidoras do peristaltismo, como antidepressivos tricíclicos codeína etc., aquele prejuízo dos movimentos peristálticos leva ao impedimento da defecação, muitas vezes acompanhada da eliminação de pequeno conteúdo fecal, líquido, que sobrepassa o fecaloma (pseudodiarréia) e da desagradável sensação de tenesmo, esta causada pela presença do fecaloma ocupando a ampola retal. Em geral, antes de se realizar o toque e se indagar, do familiar ou cuidador, quanto à constipação intestinal, a resposta é de que, ao contrário, há é *diarreia*. De fato, há uma espécie de incontinência fecal, pela eliminação quase contínua do referido conteúdo.

Acentue-se ser o toque retal, também, de grande auxílio no diagnóstico de inflamações pélvicas, como a apendicite aguda.

Para a realização de qualquer procedimento médico, especialmente os ditos invasivos, devemos ter a exata dimensão de nossa eventual limitação, seja da parte diagnóstica ou terapêutica e, assim, não hesitar em solicitar a participação de outro (s) colega(s), principalmente quando se vislumbre a necessidade de um procedimento cirúrgico. Há situações, como o abdome agudo, em que pode ser necessário o parecer de outro colega, como um cirurgião, especialmente frente à possibilidade de uma enfermidade que possa demandar um ato operatório.

Noutras situações, mesmo com a perspectiva cirúrgica, medidas conservadoras, apenas da alçada clínica, devem ser adotadas, em razão de precárias condições orgânicas do paciente, implicando, assim, em grande risco cirúrgico. Tais circunstâncias dificultam uma decisão quanto à conduta, se conservadora, aguardando uma melhora do estado do paciente, ou cirúrgica, porquanto tal melhora possa não vir a ocorrer, apenas com a adoção das medidas clínicas.

Diante de uma perspectiva que não seja favorável e, mesmo estando o paciente grave, pode ser imperativa e urgente a realização da cirurgia, corrigidos, dentro do que for possível, os desequilíbrios orgânicos. Este é o cenário, em que cabe perfeitamente o argumento de que “o paciente está muito grave para ser operado, mas, também, tão grave, para deixar de sê-lo”.

Nestas, como em outras circunstâncias, os dados de exames complementares e, sobretudo, os parâmetros clínicos devem, junto com o bom senso, subsidiar a decisão, ouvido, sempre, o paciente e/ou o seu responsável.

Sobre outros e variados procedimentos invasivos, para os quais se impõem as considerações antes citadas, deixa-se de dissertar, nestas linhas, em face da limitação de espaço.

Permite-se, porém, deixar a recomendação, para que, antes da adoção de qualquer conduta médica, principalmente na indicação e/ou execução de um procedimento invasivo, não incorramos no equívoco de *pular etapas*, ou seja, não deixemos, nunca, de realizar, antes, a necessária avaliação clínica, bem circunstanciada, conforme cada situação e seguindo o que está bem estabelecido em diretrizes elaboradas por órgãos competentes.

A respeito, ainda, de invasividade médica, algumas palavras sobre colonoscopia e tomografia computadorizada com contraste.

A indicação da primeira, com um componente invasivo significativo, não implica em grande risco para o paciente, desde que bem indicado e realizado por profissional adequadamente capacitado, sendo um método, atualmente, claramente custo/eficaz, no rastreamento de lesões malignas ou potencialmente malignas dos cólons e no esclarecimento diagnóstico e no seguimento de várias doenças do íleo, dos cólons e do reto.

Já a tomografia computadorizada, com contraste, de variada indicação, aparentemente menos invasiva, conduz o risco de o contraste poder causar reação alérgica e, igualmente importante, de piora da função renal, em muitas circunstâncias, como nos diabéticos e/ou hipertensos, que já possam ter aquela função comprometida.

Enfeixando o presente tópico, eis algumas considerações sobre o aforismo clássico e, sempre, mandatário, de: **antes de tudo, não prejudicar o paciente** (*primum non nocere ou first, do not harm*).

O princípio da **não maleficência e a beneficência**, ao que parece de raiz hipocrática, poderia ter vindo de Thomas Sydenham (1624–1689) e foi muito exaltado por Auguste François Chomel (1788–1858) e Worthington Hooke, em 1847 no seu livro *Physician and Patient*.

15 - Opiniões dúbias. Palavras e gestos irrefletidos

Não foram poucos os pacientes que me chegaram com resultados de exames complementares, solicitados por mim ou não, se mostrando angustiados porque o médico, que havia realizado determinado procedimento diagnóstico, já lhe tinha adiantado o diagnóstico e, até mesmo, a indicação terapêutica e o prognóstico. Quando se tratava de uma doença presente ou potencialmente grave, tal informação, por irrefletida e, muitas vezes, incorreta, antecipava grande preocupação para o paciente, mesmo antes de o caso ter sido devidamente analisado e contextualizado, pelo clínico. É sabido que, somente após a referida análise, na qual, além do resultado dos exames complementares e da avaliação clínica, são também considerados os aspectos epidemiológicos, demográficos e a história natural da doença, é cabível o estabelecimento do diagnóstico de uma doença, seus aspectos quanto a tipo histológico, estadiamento, plano terapêutico e prognóstico.

Vem-me, facilmente, à memória, o caso de uma septuagenária, portadora de valvulopatia mitral, de média a acentuada gravidade, mas que tem se mantido compensada, às custas dos medicamentos e demais medidas conservadoras. Sua qualidade de vida, atualmente, é razoável, não a sendo melhor, em razão de comorbidades, entre as quais ansiedade e distímia, crônicas.

Na opinião do seu cardiologista, ela deveria, tempos atrás, ter sido operada, o que, na atualidade, encerra grande risco, não somente pela idade, mas, sobretudo, pelas referidas comorbidades.

A médica, enquanto realizava o seu último ecocardiograma, expressou, com certo desdém, que a paciente nem neces-

sitaria estar repetindo tal exame, porquanto “já deveria ter sido operada”, como se a paciente devesse estar sendo punida por ser a responsável pelo seu estado atual. Tal afirmativa, inclusive pela maneira como foi feita, só serviu para piorar, ainda mais, o sofrimento psíquico da referida enferma, configurando, assim, uma conduta tipicamente iatrogênica.

Outra declaração, no mínimo infeliz, foi a emitida por um médico, notável especialista, ao tomar conhecimento do exame de um seu paciente seu, que estava triste, em face do diagnóstico de um câncer. Depois de analisar a situação, o médico lhe afirmou tratar-se de uma doença que, embora maligna, tem um bom prognóstico, se ressecado cirurgicamente. O médico, na boa intenção de tranquilizar o seu cliente, lhe afirmou: “você vai morrer com isso, mas não vai morrer disso”... - o que, convenhamos, para aquele paciente, já angustiado pela sua neoplasia, deve lhe ter aumentado, ainda mais, o sofrimento.

Noutras ocasiões, um simples gesto de espanto ou de preocupação, ou comentário posto de modo pouco apropriado, por parte do médico, ao constatar um achado anormal, durante a observação clínica ou a análise de resultado de exames complementares, já constituem uma causa de estresse, para o paciente.

É certo que o médico não deve omitir, para o seu paciente, qualquer achado importante, mesmo que isso signifique algo grave, mas, deve fazê-lo de maneira serena e sem alarde. Nessa ocasião, o médico, além de esclarecer as opções terapêuticas, deve colocar as possibilidades de uma evolução favorável, que cada caso poderá ter, até como maneira de encorajar o paciente para aderir ao tratamento. É mandatório, sobretudo, que faça ver ao seu paciente que ele, médico, estará sempre dando o

melhor de si, na busca do equacionamento e enfrentamento do problema.

Um homem de 45 anos de idade, nível superior, foi acometido de um episódio depressivo maior, com grande sofrimento para o si e sua família. Certa ocasião, ao informar o seu problema para um médico do seu relacionamento, foi por este advertido de que “depressão era um fator de risco, importante, para câncer”. Quando o *paciente* lhe disse esta seguindo, rigorosamente, o tratamento usando um antidepressivo das classe dos tricíclicos, recebeu, novamente, outra advertência daquele médico de que tais psicofármacos “podiam causar miocardiopatia”.

É desnecessário assinalar o grande mal que aquelas informações fez ao paciente, que, ao contrário, estava a necessitar, muito mais, de palavras de apoio.

Outro caso, também de forte componente iatrogênico psíquico, foi o de uma profissional de saúde, acometida câncer uterino. Além da cirurgia, ela se submeteu a tratamento radioterápico e quimioterápico, com provável cura da doença neoplásica, embora tenha vindo a sofrer de quadro depressivo, acentuado.

Um médico, do hospital onde a paciente labuta, ao notá-la com a alopecia, causada pela referida quimioterapia, advertiu-a de que tal método terapeutico conduzia a um “grande risco de toxicidade miocárdica, podendo resultar em miocardiopatia, para cujo tratamento poderia vir a necessitar de transplante cardíaco”.

O mais deplorável é que o seu oncologista clínico, que, até então, vinha conduzindo o seu tratamento, satisfatoriamente, também submeteu aquela paciente a mais um estresse: ao por

em prática um método de avaliação prognóstica, para outras doenças neoplásicas, afirmou que “ela estava sob um grande risco de vir a adquirir, também, câncer de mama”.

As afirmações, acima citadas, se não podem ser tipificadas como deslize ético, do ponto de vista estrito do nosso Código, configuram, sem qualquer dúvida, uma conduta iatrogênica, pelo sofrimento adicional que levou aos referidos pacientes.

16 - Solidariedade profissional. Corporativismo e Encobrimento

O médico, como qualquer outro profissional, necessita do respeito, por parte do paciente, da sua família, dos colegas e das instituições, a fim de que possa exercer, adequadamente, o seu ofício.

Assim, é que os Conselhos e demais entidades médicas têm colocado, dentro das suas atribuições, aquelas que visam a proteger o profissional da Medicina contra quaisquer fatores que possam prejudicar o referido ofício.

De outra parte, sendo **o paciente o objetivo maior** da nossa profissão e das entidades mantenedoras dos serviços de saúde, não podemos comprometer, seja como for, tal propósito. A solidariedade, dentro da classe médica, é louvável e necessária, considerando as dificuldades, pelas quais passam, muitos dos médicos, juntamente com suas famílias, principalmente quando deixa o exercício efetivo e regular da profissão.

Bem diferente - e deploráveis - são, entretanto, o corporativismo e, muitas vezes, o encobrimento, com que, a título de poupar o colega de uma eventual sanção, se prejudica o paciente e se maculam os ditames hipocráticos.

Tenho testemunhado casos de deslizos, por parte de colegas, que deixaram de ter dado a conhecer ao paciente, colocando em risco saúde e a vida deste.

Noutras situações, menos graves, mas não menos execráveis, é a concordância, que se possa ter, em permitir que nossos pacientes sejam encaminhados e, tratados inadequadamente,

por colegas que não conhecemos ou que os sabemos pouco competentes e não éticos.

Com frequência, se sabe de pacientes que foram “atendidos” por médicos, os quais, colhendo poucos dados da história clínica, não lhes fizeram exame físico, atendo-se a solicitar um gama de exames ou lhes prescrever uma receita, muitas vezes, de modo irracional.

Recentemente, solicitei parecer de um neurologista de plantão, para um paciente, em estado confusional, sem aparente déficit motor, mas que tinha vários fatores de risco para doença cerebrovascular. Soube, depois, que o referido profissional se limitou a solicitar uma ressonância nuclear magnética do crânio, não esclareceu ao paciente, nem ao seu acompanhante, a hipótese do diagnóstico neurológico e não me mandou qualquer informação, quanto à sua participação no caso. Recomendou, apenas, que o paciente marcasse um retorno para seu consultório, dias depois. É óbvio que, em tal situação, não hesitei em recomendar à família que procurasse outro neurologista.

17 - Aos jovens Médicos e estudantes de Medicina

Poucos anos depois do início do meu exercício profissional, foi aberto um concurso público, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (FMUFC), para Auxiliar de Ensino, primeiro degrau do magistério superior, daquela instituição de ensino superior.

Fui aprovado, juntamente com outros cinco colegas, os quais prosseguiram na carreira universitária, sendo que alguns deles já estão aposentados, por tempo de serviço.

Abdiquei de assumir o meu cargo, diante da advertência, feita pelo então Chefe do Departamento de Medicina Clínica da FMUFC, da obrigação de eu fazer e concluir, nos dois anos seguintes, um Mestrado, exigência legal para quem ingressa como docente da Universidade.

Explico aquela minha renúncia, sem dúvida frustrante, pela circunstância de, àquele tempo, no Ceará, inexistir a possibilidade de se cursar o Mestrado, em uma área clínica, o que implicava na necessidade do meu deslocamento para outra cidade, fora do estado.

De outra parte, naquela ocasião, eu já estava casado, com filha, trabalhando a em dois órgãos públicos, e sendo, o responsável, também, pela provisão material das despesas com minha mãe viúva e de uma irmã, sem emprego. Ademais, minha esposa já exercia, na Previdência Social, a sua função de Assistente Social, onde fora admitida por concurso, mas estava, ainda, sem estabilidade empregatícia.

Na minha labuta, em alguns hospitais, passei a ter convívio com estudantes de Medicina e Médicos Residentes e Esta-

giários, tendo exercido, muitos anos, função de Preceptor, em que procurei manter, com aqueles neófitos, um bom relacionamento profissional. Embora, sem uma remuneração por aquela atividade magistral, sentí-me recompensado emocionalmente, por ter transmitido àqueles jovens conhecimentos médicos e, sobretudo princípios, éticos, indispensáveis para suas vidas profissionais.

Deles, auferi lições, também. Os jovens são sábios e, geralmente, puros e autênticos. Quando devidamente ouvidos, podem ensinar os mais velhos, desde que sejam tidos na devida consideração, sendo que, a eles, é que se devem, muitas vezes, o progresso da Humanidade, especialmente no campo dos atributos morais.

Os jovens, quando sadios mentalmente e integrantes de uma família honesta e bem estruturada, não são corruptíveis. A sua incidência, em transgressões legais, decorrem, principalmente, da adição a drogas ou a álcool, principalmente se forem portadores de transtornos sérios da esfera psíquica. Sua própria natureza biopsicológica, tirante os fatores acima citados, é saudável.

Os jovens, na área médica, são, em geral, dedicados aos seus pacientes, até porque têm, em teoria, mais tempo para tal dedicação.

Os seus pacientes lhes são gratos, mesmo que lhes sirvam como *objeto* de aprendizado.

Na minha reverência entusiástica a tais colegas, tenho afirmado, sem arrebatamento, que eles podem ser tão, ou mais, importantes, nas atividades médicas de hospitais de ensino, que os próprios professores ou preceptores.

Um aspecto deplorável é o de que, com frequência não desprezível, alguns deixam de seguir a ordem correta da boa prática diagnóstica. Com efeito, por mais de uma vez, eu, ao indagar, pessoalmente ou por telefone, do plantonista de um serviço de emergência, sobre o diagnóstico de paciente por ele atendido, tenho recebido a informação de que tal resposta, mesmo que parcial, *só poderia ser dada após a chegada dos exames*.

É escusado se repetir quão desapropriada é tal justificativa, porquanto o médico, logo depois de atender o paciente, já deve ter na mente uma hipótese, pelo menos sindrômica, do caso, antes, mesmo, do resultado dos exames. Mais lamentável, ainda, é que, em algumas vezes, a referida observação nem mesmo é feita, conforme informação confiável do paciente e/ou acompanhante.

Com relação àqueles jovens, cabe, ainda, a observação, não elogiosa, de, várias vezes, restringirem interesse pessoal ao caso dos pacientes que lhes são oficialmente designados, deixando de se inteirarem de outros casos do mesmo serviço e, às vezes, da mesma enfermaria. Com efeito, tenho presenciado situações, nas quais, ao me dirigir para o leito de um paciente e, lá, não encontrando o pós-graduando responsável pelo respectivo tratamento, tenho dificuldade de obter as informações necessárias, por parte de outro Residente ou Interno. A alegação é de que o paciente “não é dele”. Não perco, então, a oportunidade de sugerir o seu envolvimento com o maior número possível de casos. Todo caso é singular e, assim, pode trazer muito ensinamento aos profissionais.

Há casos – e não estou, assim, repetindo o que já está consagrado na prática médica – que ensinam mais lições do que vários capítulos de um livro de texto.

Procuo, também, inculir-lhe o paradigma segundo o qual o estudante e o jovem médico não podem prescindir dos conceitos e práticas gerais da Medicina Clínica, mesmo que estejam ingressando em uma especialidade muito específica.

A Residência em Clínica Médica, como exigência para ingresso na Residência em outras subespecialidades clínicas, tem grande importância para a formação profissional.

Em Fortaleza, contento-me em dizer, que os médicos, egressos da referida Residência, nos Hospitais Cesar Cals, Hospital Geral de Fortaleza e Hospital Universitário da UFC, têm boa ou ótima capacitação.

Tendo trabalhado, nos últimos dez anos, no Hospital Geral Cesar Cals, testemunho a grande dedicação dos Doutores Otho Leal Nogueira e Walter Correia, e os assistentes, propiciando a que os seus pós-graduandos adquiram boa competência e ética profissionais na importante especialidade de Clínica Médica.

Muitos deles se capacitam, em áreas específicas, no Ceará ou noutros centros, alguns retornando, como *satf*, ao próprio Hospital Cesar Cals, ou em outras instituições, sempre com brilhantismo.

Daqueles com quem, também, tenho convivido e/ou tido notícias, egressos da Clínica Médica do HGF e HUWC/UFC, o conceito que, em geral, pude aferir, é também, de excelência.

18 - Lições de dois Mestres da Clínica Médica, no Ceará

Entre os bons Professores de Medicina, no nosso estado, tive demorada relação profissional com PAULO MARCELO MARTINS RODRIGUES, desde o ciclo clínico do curso médico, até o início do ano de 1989, quando ele veio a falecer.

Embora algo menos estreita, minha convivência com OTHO LEAL NOGUEIRA tem aumentado nos últimos dez anos, quando passei a atuar, no Hospital Cesar Cals, onde ele continua dando o melhor de si, embora, formalmente, já aposentado.

De ambos fui beneficiado pela amizade e pelos sábios conhecimentos, seja quanto à parte médica e, especialmente quanto à boa conduta ética e a dedicação, extremada, que aqueles mestres prestam aos pacientes.

Ao ensino médico, eles se dedicaram, de modo notável, propiciando a formação de uma grande plêiade de bons especialistas, em Clínica Médica e nas suas diversas disciplinas.

De PAULO MARCELO MARTINS RODRIGUES



Dos artigos “LIÇÕES DA PRÁTICA MEDICA” e “O QUE VOCÊ NÃO DEVE FAZER AO SEU PACIENTE”:

- “Quero dizer que a Medicina, mesmo a dita científica, não é uma ciência exata, pois seu conteúdo tem intersecções com o mundo da Biologia e com o conhecimento filosófico”.
- “...o doente não lê livros. Isto é, cada doente tem sua forma particular de adoecer...”
- “ a primeira obrigação do médico é não causar danos ao paciente. (...) causar dano é mais que alterar a anatomia e a fisiologia do indivíduo, sem vantagens terapêuticas. (...) O princípio inclui, como está dito no próprio juramento hipocrático: o dano moral, psicológico e social. (...) entretanto, a iatrogenia é bem mais ampla...”
- “ É preciso estarmos advertidos para a função de servirmos à pessoa e à comunidade e não às necessidade de lucro do aparelho médico como um todo, e a nós, inclusive, para o que, inocentemente ou não, nós fomos condicionados ao longo do processo de formação médica”.
- “Outro tipo de iatrogenia, que não consta dos capítulos dos livros de texto ou compêndios, é a iatrogenia do ato médico em si”. “A presença do médico (...) é em princípio extremamente benéfica ao paciente, doente ou pretensamente doente. Entretanto, ela pode se fazer de modo iatrogênico” (...) ... também a nível de adulto, podemos atuar de modo a criar fobias, pânico e dependência. Atualmente uma grande porcentagem das pessoas, que procuram ambulatórios e consultórios, é constituída de gente com problemática existencial, profissional, familiar, sentimental etc., em busca de alívio para as necessidades e depressões. Não devemos atuar de modo a torná-los orgânica ou psiquicamente doentes. Eles precisam de orientação técnica e de compreensão dos seus problemas.

Exames complementares desnecessários e a prescrição de drogas, com certeza, os tornarão vítimas de nossa ação. Uma anamnese cuidadosa e um exame físico rigoroso são, em si, terapêuticos. O tempo de duração de uma consulta e o contato clínico são meios terapêuticos de alta eficácia.

- “Tenham, pois, uma atitude profissional, mas não deixem de ser humanos. Aproveitem o exame, para transmitir ao paciente solidariedade e compreensão. Ao invés de solicitar-lhes exames desnecessários e caros, e de prescrever-lhes pílulas, dê-lhes confiança na sua ação”.
- “Se têm dúvidas sobre o seu problema, não o remeta de imediato, salvo em urgências, a outros médicos. Abram livros, solicitem a presença de um colega do ambulatório ou consultório ao lado, telefonem para alguém capaz de prestar-lhe esclarecimentos. Mas não deixem o paciente sem um plano diagnóstico e terapêutico. Dúvida não significa insegurança. Assuma a dúvida, com seriedade científica. O paciente sentirá que você está interessado por seu problema”.
- “Não transfira, pois, sua ansiedade para o paciente e seu bolso. Saiba esperar, com judiciosidade”.
- “Peça exames quando indicados. Não solicite nenhuma rotina laboratorial. Rotinas existem para fins de pesquisa. Na prática diária, cada paciente é um caso especial”.
- “Ao solicitar exames, observe a lista de problemas e, com bom senso, verifique o que deve necessitar de esclarecimento diagnóstico imediato. A escolha dos exames subsidiários, a solicitar, depende da prioridade e do grau de previsibilidade de cada um deles.”

De OTHO LEAL NOGUEIRA:



- “Não se aproveitem da profissão para tirar vantagens pessoais (financeira, política ou de qualquer outra natureza).”
- “Sejam pacientes! Um período de observação é, em certas ocasiões, o único caminho para um diagnóstico correto. Lembrem-se: o melhor médico é o tempo; o tempo é a quarta dimensão do diagnóstico; o tempo é a razão do saber. Não procurem impressionar seus doentes, ou a si mesmo, com uma quantidade desnecessária de exames complementares ou hipóteses clínicas. Isto gera insegurança no doente, que lhe achará, também, inseguro.”
- “Não sejam por demais eruditos. Lembrem-se que as doenças **COMUNS** são as mais frequentes. Pensem nelas primeiramente, pois as doenças de diagnóstico difícil **HABITUALMENTE** não são doenças raras, mas as doenças comuns com outra roupagem.”
- “Não executem em seus pacientes nenhum exame que vocês não fariam em si mesmos ou em seus familiares, em idênticas circunstâncias. Não façam excesso de testes que possam expô-los ao risco de complicações iatrogênicas. Procurem sempre simplificar o complicado; jamais, complicar o simples.”

- “Use novas drogas com cautela. É preferível manejar poucos medicamentos básicos, com perícia e segurança, do que utilizar os últimos lançamentos do mercado, que ainda não possuem sólida base experimental. Muitas doenças iatrogênicas resultam do uso indiscriminado ou excessivo de drogas, como por exemplo, antibióticos, tranquilizantes, esteróides e anti-inflamatórios.”
- “Conheçam a si mesmos: suas forças e suas fraquezas. Cultivem a curiosidade acerca das doenças, mas tratem tão bem o enfermo quanto a enfermidade. Não se interessem somente pelo “caso bonito” ou por aquele que “EU NUNCA VI”.
- “Quando tiverem dúvida, procurem auxílio dos mais experientes e LEMBREM-SE: a prepotência é inimiga da competência. Não tenham concorrência desonesta, lembrem-se: “PARA MINHA ESTRELA BRILHAR NÃO PRECISA APAGAR A DOS OUTROS”.
- “Cultivem o senso de humor e o verdadeiro sentido da humildade. Um rei da antiguidade adoeceu e, após esgotada a opinião dos mais renomados médicos, resolveram pedir a avaliação de um humilde médico que só tratava de indigentes. Ao entrar no palácio, foi advertido que iria tratar do rei de seu país. Com a voz leve de um sábio, respondeu: *‘Não se preocupem. Eu trato meus indigentes como se fossem reis’*. Imitem esse exemplo no dia a dia. Procurem sempre passar para o doente uma mensagem positiva, uma esperança. Nunca entrem em desespero. Por mais grave e até irreversível que seja o caso, jamais expressem: “Ah Meu Deus! Não sei mais o que eu faço”. Lembrem-se: “O PRIMEIRO MEDICAMENTO É A PALAVRA”.
- Sempre valorizem as pequenas queixas dos pacientes. Não se esqueçam: “são os pequenos furos que naufragam os grandes navios.”

- “Não permitam que a admiração de seus pacientes influencie seu raciocínio e conduta. Não se envaideçam com elogios (para o doente, o seu médico é sempre o melhor). Evitem medicação apressada. Lembrem-se: O TRATAMENTO DE QUALQUER DOENÇA SE BASEIA EM TRÊS PRINCÍPIOS: O DIAGNÓSTICO, O DIAGNÓSTICO E O DIAGNÓSTICO”.
- Procurem sempre realizar uma ‘anamnese sherlockiana’ e passar ‘pente fino’ no exame físico, à procura de um sintoma, sinal ou síndrome que lhes guiem. Afinal, já dizia Sutton: ‘vá onde o dinheiro está’.”
- “Evitem, o mais possível, PROVAS TERAPÊUTICAS. Algumas vezes, poderão ser ROLETAS RUSSAS”.
- “Sejam cautelosos nas indicações cirúrgicas. Não esqueçam: O CENTRO CIRÚRGICO NÃO É UM BOM LUGAR PARA SURPRESAS. Não sejam, entretanto, lentos...” Um axioma diz que “O DOENTE ESTÁ MUITO MAL PARA SER OPERADO” , com um contraponto: “O DOENTE ESTÁ MUITO MAL PARA DEIXAR DE SER OPERADO”.
- Sejam prudentes no paciente febril. FEBRE NÃO SE TRATA, SE DIAGNOSTICA. Poucas infecções (sepse, endocardite aguda, meningite bacteriana, encefalite herpética, difteria) requerem terapia empírica. Diante de uma febre prolongada, por mais atípico que seja o caso, nunca esqueçam da tuberculose, afinal, o BK é feito Jesus Cristo, ressuscita a qualquer hora; tuberculose é uma doença sem regra e nem lei. Também nunca se esqueçam de endocardite. Investiguem sempre o calazar, pois, para ter calazar, basta estar no Ceará. Uma das maiores angústias que atinge o internista é a presença de febre em um paciente com lúpus. Nunca se esqueçam desse importante axioma: LÚPUS DÁ TUDO, MAS NEM TUDO DE UMA

LÚPICA, OU DE UM LÚPICO, É DO LÚPUS (AFINAL DE CONTAS, HOMEM NÃO TEM OVÁRIO, MAS PODE TER LÚPUS E HABITUALMENTE É ATÉ MAIS GRAVE).”

- “Procurem ter rigoroso cuidado com seus hipertensos. Hipertensão é feito assaltante, não avisa quando vai fazer mal.”
- “Procurem ser rigorosos no controle do peso dos seus clientes. Não esqueçam: gordura + doçura = caminho para a sepultura.”
- “Muitos de vocês irão trabalhar no interior, por vezes, realizando longas viagens. Sejam cuidadosos com o trânsito. Quem não pode perder um minuto na vida, às vezes, pode perder a vida em um minuto.”
- “Tenham sempre fé no trabalho e entusiasmo na profissão. Já dizia Winston Churchill (prêmio Nobel de Literatura em 1953): ‘O pessimista vê dificuldade em cada oportunidade; o otimista vê oportunidade em cada dificuldade’. Sempre procurem lutar com entusiasmo. Nunca percam a capacidade de se indignar com as coisas erradas.”
- “O brilhantismo de uma pessoa é melhor avaliado pelo sucesso de seus seguidores. Gostaria muito de acompanhar a vitória de vocês.”
- “Procurem tratar as pessoas que estão abaixo de vocês (de qualquer nível social, econômico ou profissional) como vocês gostariam de serem tratados por aqueles que estão acima de vocês.”

19 - Do médico, como trabalhador

Ao retornar a Fortaleza, concluída a Residência em Clínica Médica, no Rio de Janeiro, fui, no seio da profissão, acolhido pelo Doutor Marcelo Martins Rodrigues, meu sempre Professor de Medicina Clínica, o qual me designou seu Assistente.

Em se tratando de pacientes internados, quase todos na Casa de Saúde São Raimundo, ele dava assistência a *particulares* e a da Rede Pública, especialmente os da Previdência Social.

Aquele hospital, ao tempo, contava com um corpo clínico de escol, em quase todas as áreas da assistência médica, à frente Doutor Haroldo Juaçaba, na Cirurgia Geral, e o referido Doutor Marcelo, na Medicina Clínica. Existiam outros bons especialistas. A Marcelo, eu secundava, ocasionalmente, também, na assistência aos clientes privados, ao nível de consultório e domicílio. Assim, por muitas vezes, em consultas domiciliares, eu o acompanhava, ou o substituía, caso estivesse ele ausente da cidade ou por qualquer outro motivo. É escusado registrar o muito que auferi, em termos de aprendizado médico e deontológico, durante aqueles vinte anos.

Em termos de emprego, passei a trabalhar na Perícia Médica do Instituto Nacional de Previdência Social, como médico perito avulsionado (sem vínculo), sob a chefia correta e amiga do Doutor Haroldo Costa Lima, também Clínico. Naquele trabalho na Perícia, embora exercitasse a semiótica clínica, me era hostil o ambiente, pela necessidade de ter que exercer atividade judicante, quanto, à concessão de auxílio – doença (*licença*) ou aposentadoria de trabalhadores, muitos dos quais buscavam o referido auxílio somente por estarem desempregados.

Sendo, por outro lado, razoável a remuneração, permaneci na Perícia, até a minha aposentadoria por tempo de serviço.

Cheguei a dar assistência clínica, também, por curto período de tempo, no Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (Asilo de Parangaba).

Em 1975, passei a trabalhar no Hospital de Messejana (Coração e Pulmão), a convite do Doutor Carlos Alberto Stuardt Gomes, prestando atividades nas intercorrências clínicas dos seus pacientes (cardiopatas e pneumopatas) e no atendimento de funcionários do Hospital, sendo que, em 1978, até minha saída de lá, labutei, principalmente, na coordenação das atividades de Controle de Infecção Hospitalar.

Em consultório, tive, nos primeiros anos, alguns poucos convênios, dos quais, posteriormente, me desvinculei, sobretudo, pela necessidade da redução da grande carga de trabalho, à qual eu, então, estava submetido.

Durante esse tempo de atividade clínica, não logrei acumular capital nem bens materiais, mas tenho, felizmente, o essencial para uma vida digna, contando, em grande proporção, com o suporte emocional e a sensatez econômica, de minha esposa.

Ao registrar, aqui, alguns aspectos da minha vida profissional, não ouse afirmar que represento um modelo, pois muitas outras pessoas, de temperamento e modos de vida bem diferentes do meu, constituem admiráveis padrões de competência, ética e cidadania.

Consinto-me, porém, recomendar, aos médicos jovens e estudantes de Medicina, que busquem, em primeiro lugar, a competência técnica e o fortalecimento ético. Tais apanágios,

em muito, transcendem o que está contido do nosso Código de Ética. Para sintetizá-los, contudo, podemos nos valer do principal ensinamento de Jesus Cristo: *amar o próximo*.

Embora bela, porque verdadeira e eficaz, aquela Divina exortação, é, muitas vezes, difícil de ser observada, se formos considerar a lida diária, de muitos médicos, com sobrecarga de trabalho e remuneração indigna, a ponto de necessitarem de ter vários empregos, alguns dos quais, verdadeiros “bicos”.

Tal cenário não traz detrimento, apenas, para os pacientes, afetando também o médico, cujo estresse biopsíquico pode, com frequência, se acompanhar de transtornos orgânicos, aumentando-lhe o risco de adoecimento e, assim, contribuindo para afetar-lhe a qualidade e a duração da vida.

Com efeito, a jornada de trabalho dos médicos (52 horas semanais, em média), entre todas as profissões, era a maior, conforme levantamento feito pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) e analisado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, em publicação de 2006. É que, para obter os rendimentos necessários, o médico necessita trabalhar em três ou mais lugares, o que é, em si, um importante fator estressante, principalmente pela necessidade do deslocamento, o que tem sido, por seu lado, outro grande estressor, se considerarmos o caos em que se transformou o tráfego de veículos, nas nossas cidades.

Outro fator causador de estresse foi o trabalho em horário noturno, o que foi comprovado, em um levantamento feito na atividade de médicos, na cidade de João Pessoa-PB, realizado por Santos, MLM e colaboradores, com metodologia adequada e publicado, em 2011. Os dados foram coletados por meio de questionário semiestruturado, composto por pergun-

tas de identificação do colaborador, seguidas de 44 questões, de múltipla escolha, aplicado a 391 médicos que trabalhavam em hospitais.

Penso não ser fácil, com os rendimentos obtidos da sua prática profissional, o clínico amealhar capital, ou ter a posse de carros e habitação de luxo, casas na montanha, no litoral ou no entorno de grandes lagoas, a não ser que, para tanto, tenha que se *esfalfar* nas suas atividades rotineiras.

De todo modo, espero que, com tal pensamento, eu não esteja a incutir pessimismo ou doutrina *puritana* aos nossos estimados graduandos ou recém-formados de Medicina.

Acentuo, todavia, ser, do ponto de vista emocional, muito compensador o exercício da Medicina, quando levado a efeito segundo o mandamento hipocrático de atender os nossos pacientes de maneira atenciosa e visando, independente de quaisquer fatores, a lhe restaurar a saúde ou lhe aliviar o sofrimento causado por doença.

20 - O médico defronte da aposentadoria

A chegada da aposentadoria encontra, muitas vezes, o trabalhador gozando de saúde satisfatória e com boa capacidade de trabalho. Para quem tem vínculo empregatício, no Serviço Público, o afastamento é compulsório (designado também, ironicamente, de *expulsório*).

Quanto ao médico, não é raro se testemunhar que colegas, já avançados na idade cronológica, continuam a sua labuta com competência e entusiasmo. Um desses belos exemplos está em Ipu, no nosso Estado: Doutor Thomaz de Araújo Correia que, dentre outros títulos, possui o de Membro Honorário da Academia Cearense de Medicina.

Nascido em Jardim, no Cariri e domiciliado em Barbalha, o Doutor Napoleão Tavares Neves, também Membro Honorário da Academia Cearense de Medicina, tem aliado, à sua atividade profissional, a dedicação à pesquisa sobre a história do Cangaço e do Coronelismo no Nordeste, já tendo publicado vários livros e artigos.

Também no Cariri, em Crato, Doutor José Ulysses Peixoto Neto chegou à oitava década de vida, com boa aptidão profissional, tendo falecido recentemente.

De médicos septuagenários, em Fortaleza, em exercício pleno das suas especialidades, alguns exemplos são os Doutores: Beroaldo Jurema, Djacir Figueiredo, Glaura Ferrer, Helena Pitombeira, Renan Montenegro, Otho Leal Nogueira, Iran Rabelo, Vladimir Távora F. Cruz, Mota Pontes, Ary Ramalho, Fernando Pombo, Paulo Picanço, Valter Justa, Francisco José Fernandes Vieira, Sebastião Fernandes Vieira, Martinho

Rodrigues Fernando, Humberto Ramalho, Flávio Leitão, Braga de Andrade, Carlile Lavor, Elias Salomão, Emir Lima Verde, Manassés Claudino Fonteles, Nogueira Paes Jr., Oswaldo Gutierrez, Pedro Mauro, Vaulice Café, Zilmar Fontenele, José Moreira Lima, Wilson Aciolly, Zélia Petrola, Dalgimar Bessa de Menezes, Hélio Bessa, além de muitos outros.

Há médicos, de clientela unicamente privada, os quais, após a aposentadoria de seus empregos, têm vivenciado grande redução nos seus atos médicos, na especialidade original, em razão, principalmente, da migração dos seus clientes para outros profissionais, vinculados a planos de saúde ou cooperativas de trabalho médico. Tais colegas, não raramente, ficam com seus rendimentos insuficientes. Em face de tal dificuldade, optam por trabalhar no Programa Saúde da Família (PSF), mesmo que, anteriormente, já estivessem afastados das habilidades necessárias a um generalista. Assim, terminam por comprometer a eficácia daquele importante programa de atenção primária à saúde da população, já prejudicado no seu funcionamento, muitas vezes, por deficiências estruturais, administrativas ou de pessoal.

Outros colegas, que, mesmo com boa saúde e competência, estão, de fato, *no pijama*, tendo optado, mercedamente, por um *modus vivendi* que lhes dá satisfação.

Um exemplo clássico é o do João Evangelista Bezerra Filho, que, em plena capacidade laboral e gozando de vasta clientela, optou por se afastar do dia a dia da lida cirúrgica, embora não se escuse de emitir, eventualmente, em situações excepcionais que se lhes sejam apresentadas, um parecer decisivo, como sempre o fez. Livre da sua carga de trabalho, rotineira, ele continua a beneficiar os seus ex-alunos, colegas e admiradores, em palestras informais e conferências magistrais, na Academia

Cearense de Medicina, onde é Membro Titular, ou noutros eventos, propiciando informações científicas e culturais, sobre a arte hipocrática e uma grande variedade de temas, mercê da sua vasta cultura.

Afastado da Nefrologia e do Departamento de Medicina Clínica da FMUFC, Doutor Edísio Tavares, com perfeita cognição e ânimo, continua prestando, à Academia Cearense de Medicina, os seus esforços, tão vigorosos e produtivos, quanto os dos tempos iniciais daquele sodalício, do qual foi fundador, além de se deleitar com a sua vasta biblioteca.

Doutor Geraldo Gonçalves, embora mais retraído, recentemente, continua usufruindo da boa leitura, depois de muitos serviços prestados à UFC, Academia de Medicina e outras entidades médicas, e ter levado a efeito uma ampla produção literária.

Doutor Antero Coelho Neto, ao lado das atividades acadêmicas e literárias, tem assumido uma importante cruzada educativa, divulgando, para médicos, alunos, entidades e público em geral, com entusiasmo, os preceitos para a obtenção de uma vida longa, com qualidade.

Doutor Ormando Campos, notável hemoterapeuta, com aperfeiçoamento fora do País e grandes serviços prestado à saúde pública no Ceará, especialmente quando Diretor do HEMOCE, optou por ser aposentado, mas mantém a sua boa contribuição para a população, com uma indústria de polpas de frutas, de ótima qualidade.

Doutor Murilo Martins tem incrementado as suas atividades literárias, mesmo depois de ter concluída a sua gestão, como Presidente da Academia Cearense de Letras.

Doutor Francisco de Assis Barroso aproveita a aposentadoria para se aprofundar nas leituras e algumas viagens de objetivo cultural, além de cuidar da família e do bom convívio com os amigos.

Há, certamente, muitos colegas, já aposentados dos empregos e sem trabalho formal, na Medicina privada, tendo normal a sua rotina de leituras, frequência a cinema e outros tipos de arte, reuniões familiares e com amigos ou ex-colegas, viagens e outras atividades de lazer que os fazem ter uma vida feliz.

Quanto ao *enfrentamento da aposentadoria*, cabem algumas considerações, a seguir.

O modo como o indivíduo vivenciará a aposentadoria pode ser compreendido, a partir da relação que ele estabeleceu, ao longo de sua vida, entre o papel profissional e o tempo livre, sendo que este, quando a pessoa se aposenta, tanto pode ser direcionado para o crescimento individual ou, apenas, encarado como um tempo vazio e, possivelmente, um espaço para a ociosidade.

Rodrigues *et al.*, da Universidade Estadual Paulista (Revista Bras. Orientac. Prof, v.6, n.1. S Paulo, jun. 2005), lembram que a aposentadoria, por representar a ruptura com o papel profissional formal, ao invés de ser vivenciada como um repouso merecido, pode ser uma situação ameaçadora do equilíbrio psicológico.

Os autores agora citados, lembrando Ekerdt (1989, citado por Leon 2000), advertem que um fator de extrema importância, e que reforça o caráter aversivo da aposentadoria, comprometendo a qualidade da transição, é a falta de planejamento

do futuro, gerando, assim, um estilo adaptativo e contraprodcente, caracterizado pelo negativismo e pela dificuldade de se adaptar a situações novas.

A aposentadoria, assim, pode ser vivenciada como a perda do próprio sentido da vida, uma espécie de *morte social*. Há profissionais que não conseguem usufruir da aposentadoria, havendo outros que chegam a desenvolver transtornos psíquicos, como depressão. Tais problemas podem afetar, mais ainda, aqueles com limitações financeiras e materiais, ou que não tenham, por qualquer razão, o necessário suporte e carinho por parte da família.

Outros, os do tipo *workalcoholic*, também são mais propensos a sofrerem tais agravos psíquicos, se, por qualquer motivo não puderem derivar a sua energia para uma outra atividade.

Aos que têm alto poder aquisitivo e alguma tendência consumista, uma opção pode ser comprar, mais do que necessitam, integrando, assim, um mercado consumidor em potencial, com possibilidades concretas de injetarem na economia importâncias financeiras significativas. Podem, deste modo, ser alvo de propaganda e sedução. Em geral, se não tiverem limitações importantes de saúde, poderão “aproveitar a vida”, com satisfação.

Em qualquer dos cenários antes exemplificados, é essencial uma certa *preparação* para a aposentadoria. É fundamental, pois, que se pense em ações para o pré-aposentado, no contexto organizacional, visando a impedir sentimentos de inutilidade e, por consequência, evitando que a falta de reflexão faça com que a aposentadoria seja vivida sob o prisma de adoecimento, inutilidade e ociosidade.

Um papel importante pode ser desempenhado pelo psicólogo organizacional, em equipe multiprofissional (médico do trabalho, enfermeiro, assistente social, pedagogo etc.), com implementação de programas e políticas organizacionais que contribuam para a promoção da qualidade de vida do trabalhador. Um dos projetos, entre outros, que vem ao encontro do objetivo acima citado é o Programa de Reflexão e Preparação para a Aposentadoria (P.R.P.A.)

PARTE 2

ALGUNS CENÁRIOS, NA PRÁTICA MÉDICA;
OUTRAS REFLEXÕES

21 - Fatores de risco para doença: recomendações preventivas

Muitas pessoas, geralmente as pouco esclarecidas, deixam de aderir, corretamente, a esquemas medicamentosos, de uso prolongado, ou o fazem a contragosto. Outras se mostram insatisfeitas ou, no mínimo, pouco animadas, para usar o (s) medicamento (s) *pelo resto da vida*.

De fato, seria ideal que todos tivéssemos um estado de saúde, que dispensasse o uso de remédios, ou que, no máximo, pudéssemos manter a nossa saúde apenas com medidas não medicamentosas, às custas dos chamados hábitos saudáveis de vida.

Uma parte da população, acima dos 50 anos de idade, goza de tal benefício. Outros, infelizmente, estão entre os que necessitarão de medicamentos.

Hipertensão arterial (HAS), por exemplo, afeta vinte por cento, ou mais, da população, naquela faixa de idade, muitas vezes, em associação com diabete, dislipidemia, sobrepeso ou obesidade. Nos seus estágios avançados, tais agravos têm, com grande frequência, o seu seguimento negligenciado, expondo as pessoas a complicações sérias, muitas vezes graves, como eventos cardiovasculares, insuficiência renal, comprometimento visual e outras.

No que se relaciona com a atenção médica, é indispensável que consigamos convencer os nossos pacientes quanto à necessidade de não relaxarem nas medidas terapêuticas necessárias, incluindo a adoção dos hábitos saudáveis de vida.

Uma dificuldade, para os que não dispõem de recursos financeiros, nem de plano ou seguro de saúde, é a inconstância, que muitas vezes ocorre, nos agendamentos de consulta, nos ambulatórios do serviço público, ou na falta de alguns daqueles medicamentos essenciais, para dispensação. Nessas circunstâncias, não é raro que alguns pacientes sofram agravamentos ou complicações da doença, até então estável, podendo levar à sua descompensação e, até, à necessidade de internações hospitalares.

A adoção, pelos órgãos governamentais, das ações educativas para a saúde, tem demonstrado resultados favoráveis.

O fornecimento gratuito de medicamentos básicos, contra hipertensão arterial e diabete, é um passo importante, o que, junto com a divulgação de matérias, na mídia, contra o uso de tabaco e pela moderação no consumo de bebidas alcoólicas, são ações que, com grande probabilidade, terão efeito benéfico na saúde da nossa população.

No que depender de esforço médico, deve-se, sempre, adotar estratégias e orientação aos pacientes, para que eles não venham a ter as referidas consequências. Refiro-me, neste caso, a que o paciente, em qualquer nível onde seja acompanhado, receba, por parte da equipe assistencial, a recomendação expressa para se manter diligente, a fim de superar, a partir da sua própria iniciativa, qualquer óbice, dos antes citados.

Por oportunas, citam-se, a seguir, as medidas para prevenir doenças cardiovasculares:

- Rastreamento para Hipertensão Arterial, que, se confirmada, deve ser corretamente tratada.
- Aconselhamento para dieta saudável.

- Prática regular de atividade física, no mínimo 150 horas por semana, de modo racional.
- Rastreamento para diabetes e, se detectado, o seu adequado controle.
- Idem , idem, para dislipidemias.
- Restrição rigorosa contra o tabagismo.
- Moderação no uso de bebidas alcoólicas.
- Estabelecimento de uma rotina adequada quanto a trabalho, lazer e hábitos de vida.
- Rastreamento para aneurisma de aorta abdominal, para homens, a partir dos 65 anos de idade e que sejam ou tenham sido fumantes.
- Uso preventivo de aspirina, em dose baixa, para homens entre 45 a 79 anos de idade, visando a reduzir o risco de infarto do miocárdio, quando o tal risco, devidamente estratificado, superar o risco de sangramento gastrointestinal. Tal recomendação, para mulheres, vai de 55 anos até 79 anos.

Quanto à **hipertensão arterial**, a doença é, na sua quase totalidade, do tipo primário ou essencial. Deve-se, porém, cogitar **de hipertensão secundária**, em face de alguns dados. Por exemplo, deve-se suspeitar de feocromocitoma, quando há picos hipertensivos paroxísticos, podendo se acompanhar de cefaléia, palpitações, sudorese profusa, palidez ou rubor, excessivos, dor abdominal, dor torácica e, às vezes, ansiedade. Pode haver intolerância a glicose ou franca hiperglicemia. A

hipertensão é resistente a betabloqueadores, cujo uso pode, mesmo, causar uma elevação paradoxal dos níveis pressóricos. Em doenças da córtex adrenal, seja por hiperaldosteronismo primário ou síndrome de Cushing, um dado suspeito é hipotassemia, importante, às vezes com sintomas neuromusculares acentuados.

De grande importância é, também, a identificação de **pacientes sob risco de morte súbita**.

A respeito desse evento, Pimenta e Valente, do Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, em revisão recente, cita que o evento tem uma frequência que varia de 1/1.000 a 8/1.000, em homens acima de 60 anos, com história de doença cardíaca, sendo que, apenas, 5% a 10% dos casos, ocorre na ausência de doença arterial coronariana ou insuficiência cardíaca congestiva. Na referida revisão, são resumidas as condições relacionadas com morte súbita, com riscos variáveis, os quais devem ser devidamente estratificados:

- Infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca.
- Cardiomiopatia hipertrófica.
- Síndrome de Brugada.
- Estenose aórtica.
- Síndrome do QT longo.
- Síndrome de Wolff-Parkinson-White.
- Cardiomiopatia dilatada.
- Displasia arritmogênica do ventrículo esquerdo.

- Doença do nódulo sinusal e atrioventricular.
- Origem anômala de artéria coronária.
- Miocardite.
- Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica.
- Prolapso de válvula mitral.
- Tumores cardíacos.
- Ponte miocárdica.
- *Coração de atleta.*
- Morte súbita em coração normal.
- Trauma torácico (*commotio cordis*).

Os problemas que afetam, sobremaneira, a saúde e o bem-estar da população, são os decorrentes de hábitos prejudiciais, como tabagismo, alcoolismo, rotina de vida desregrada e obesidade, os quais aumentam, em muito, os riscos. Lamenta-se é que muitas pessoas, inclusive jovens, ainda fumem, principalmente em reuniões festivas, além de exagerarem, também, na ingestão etílica.

A morte e os ferimentos, decorrentes de **causas externas** (acidentes e violência entre as pessoas) ainda representam outro grave problema.

Consumo de drogas ilícitas, em vários níveis sociais, é outro ponto a desafiar governos e sociedade.

Ao médico, em todas as oportunidades, já a partir de consultas de *check-up*, cabe indagar do seu paciente, além de sintomas sobre todos os sistemas orgânicos, história de doença prévia e familiar, os hábitos, práticas esportivas, história alimentar, uso de medicamentos, incluindo os chamados *medicamentos alternativos* e outros dados necessários. Assim, deve o médico, sempre, fazer recomendações, de modo enfático, sobre os chamados **hábitos saudáveis de vida**. Quanto ao tabagismo, a orientação é a de que, em qualquer nível assistencial, deve-se estabelecer um **programa para o cliente parar de fumar**. Considerando a complexidade do problema, tenho optado pelo encaminhamento do paciente para clínicas, privadas ou de órgãos públicos, onde, onde, além de médico, há outros membros de uma equipe multidisciplinar, com muito mais chance de livrar o paciente daquele vício. Em Fortaleza, um desses programas funciona no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

Uma conduta assemelhada deve ser adotada com relação ao **alcoolismo** e ao **vício de drogas** ilícitas. No que concerne ao combate do etilismo, os grupos de **alcoólicos anônimos** têm, tradicionalmente, representado um importante papel.

O **aconselhamento** deve se estender quanto às cautelas **contra violência** e para a **prevenção de acidentes** no trânsito, já que ocorrências, por tais causas externas, são muito prevalentes, com preocupante taxa de letalidade.

Para **realização de exames preventivos**, conforme o grupo etário e outros fatores, o aconselhamento é também indicado. Para tanto, o médico deve se valer de recomendações (*guidelines*), devidamente baseadas em evidências científicas.

Para com o paciente tabagista, além do *screening* para doenças cardiovasculares, é indicada a vigilância contra eventual neoplasia tabaco-relacionada, especialmente a de pulmão.

Embasados naqueles *guidelines*, assim como em outras diretrizes brasileiras, como, por exemplo, as de Karnakis e Pontes, de São Paulo/SP, relacionam-se, a seguir, as referidas recomendações, com a ressalva de que a decisão, quanto a realizar o rastreamento para câncer, em pessoas assintomáticas, deve ser sempre individualizada, considerando os aspectos de risco/benefício, a expectativa de vida do paciente, a sua funcionalidade e a sua disposição para se submeter ao *screening*:

- **Câncer de mama:** continuação da realização das mamografias após os 70 anos de idade, desde que a paciente tenha uma boa expectativa de vida e condições adequadas, na avaliação geriátrica global; a favor do rastreamento são: exposição prolongada aos estrógenos e ausência de rastreamento prévio.
- Considerações sobre o rastreamento, em idades mais jovens (a partir dos 40 anos) são objeto de recomendações específicas, a cargo das sociedades de Ginecologia e Oncologia.
- **Câncer de colo uterino:** não há evidência para rastreamento a partir dos 70 anos de idade, especialmente se as citologias oncóticas foram normais nos últimos dez anos; há indicação do rastreamento para aquelas que não se submeteram a rastreamento prévio.
- **Câncer de próstata:** assunto controverso, mesmo quanto a pacientes idosos, porquanto muitos desses tumores são insidiosos e não agressivos. *A American Urological Association* indica que deve ser colocada, à disposição de todo homem a partir de 40 anos, a dosagem do PSA + toque retal, desde que a sua expectativa de vida seja de mais de 10 anos. *A American Cancer Society* recomenda sejam propostos tais exames para homens, a partir dos 50 anos de idade. Para

os de raça negra ou para aqueles com familiares próximos com câncer de próstata, o rastreamento seja feito, já a partir dos 45 anos. O *American College of Preventive Medicine* recomenda que a investigação seja discutida com os pacientes, a quem devem ser expostas as implicações decorrentes do rastreamento. A *US Preventive Services Task Force*, em *guideline* de 2012, não recomenda o rastreamento sistemático. Ressalve-se que, nem sempre, é fácil se estabelecer o prognóstico quanto à referida sobrevida, antes citada. Em qualquer das situações acima, a realização do rastreamento deve, portanto, ser discutido com o paciente.

- **Câncer colorretal:** pesquisa de sangue oculto nas fezes, anualmente; sigmoidoscopia a cada cinco anos e **colonoscopia** a cada dez anos. O rastreamento deve se iniciar, em geral, a partir dos 50 anos de idade, devendo ser mais precoce, quando a pessoa tiver história familiar de câncer ou polipose de cólon. Para a colonoscopia deve ser feita, sempre, limpeza adequada, sendo a sua realização por especialista capacitado. Para as pessoas com 85 ou mais anos de idade e/ou com múltiplas comorbidades, não há indicação do rastreamento. O referido exame, no que pese parecer incômodo para o paciente, é da maior importância, pela possibilidade de detectar um tumor assintomático e curável, além de um pólipó, o qual, se ressecado na ocasião, eliminará uma lesão que poderia evoluir, no decorrer dos anos, para câncer. Os incômodos, temidos pelo paciente, são perfeitamente evitáveis, com boa orientação quanto ao preparo e a sedação durante o procedimento. Ainda para *screening* de tumor de cólon, são citados, também: **colonografia por tomografia computadorizada** (colonoscopia virtual, não invasiva), e o exame pela **cápsula endoscópica**. Esta última tem indicação, bem estabelecida, na investigação de agravos afetando o intestino delgado. Quanto à pesquisa de sangue oculto nas fezes, consta ter pouco impacto, na redução da mortalidade pelo câncer colorretal.

- Para rastrear **câncer de ovário**, além do que já está bem estabelecido pelas sociedades especializadas (dosagem do CA-125, ultrassonografia pélvica, dados predisponentes clínico-epidemiológicos) são citados outros marcadores tumorais, como mesotelina, uPar-1, HE4, nidogen-2 e osteopontina, o que, obviamente, é passível de revisões, corretamente delineadas.
- Para **câncer de pulmão**, as recomendações não são firmes, colocando-se restrição quanto à sensibilidade e especificidade da radiografia (simples) do tórax. A tomografia computadorizada, realizada por três anos seguidos, mostrou, segundo estudo controlado e randomizado (*National Lung Screening Trial*), de mais de 50.000 grandes fumantes, uma redução, em 20%, da mortalidade por aquele tipo de neoplasia maligna.
- Rastreamento, para **nódulos de tireóide**, é, igualmente, pouco consensual. Constatando-se o nódulo, este deve ser seguido com ultrassonografia periódica, cabendo a realização de citologia, a ser feita por material colhido através de punção com agulha fina, guiada por exame de ultrassonografia.
- Diante de um **incidentaloma**, de outra natureza, deve-se proceder conforme a orientação específica para cada situação, conforme orientação nos tratados de Clínica Médica ou Epidemiologia. Em **nódulo de glândula suprarrenal**, por exemplo, caso seja de pequeno tamanho, pode ser adotada uma conduta conservadora, com seguimento periódico, através da repetição de exames de imagem e dosagens hormonais (cortisol livre e urinário; 17-OH-progesterona; SDHEA; metanefrinas e catecolaminas urinárias; aldosterona; atividade plasmática de renina) e potássio.

Algumas **outras recomendações** quanto ao acompanhamento de pacientes assintomáticos, existem algumas controversas. Em muitas situações, há recomendações já bem estabelecidas..

As recomendações, para **munização em adultos sadios**, são, a seguir, relacionadas, para prevenção de alguns agravos:

- Vacina contra gripe, anualmente.
- Idem, idem contra gripe H1N1.
- Tétano, difteria e pertusis, observando o que já foi feito anteriormente e seguindo orientação especializada.
- Varicela (2 doses).
- HPV, para mulheres, a partir dos 11 a 13 anos de idade
- H. zoster, 1 dose a partir dos 60 anos.
- Sarampo, caxumba e rubéola: 1 ou 2 doses, até os 49 anos de idade; para pacientes a partir dos 50 anos, apenas uma dose.
- Pneumococo: para todos, uma a partir dos 65 anos ou, em idade inferior, se houver fator que torne o paciente mais suscetível (ouvir especialista).
- Meningoco: 1 dose, a partir dos 65 anos de idade; outros esquemas, ouvindo especialista.
- Hepatite A: 2 doses, para as pessoas, sem imunidade naturalmente adquirida.
- Hepatite B: 3 doses, na ausência de anticorpo para os vários antígenos do vírus respectivo.
- Para **pessoas em condições especiais** (gravidez, portadores de HIV e outras doenças que comprometam a imunidade), ouvir especialista.

Para **prevenção de osteoporose**, necessita-se de:

- Consumo **adequado** de **cálcio** (cerca 1.200 mg/dia), de preferência o de origem alimentar, e **vitamina D** (cerca 1.000/dia). Havendo dúvida, pode ser feita dosagem da referida vitamina, para orientar a reposição e evitar superdoses.
- **Atividade física** regular, com **exposição ao sol** em horários sem risco de lesão de pele.
- **Rastreamento para osteoporose**: a partir dos 60 anos (mulheres) e 65 anos (homens).
- Para **evitar o sobrepeso e a obesidade** cabe, também, cuidadosa recomendação médica:
 - estabelecimento de regime alimentar adequado, quanto à qualidade e quantidades máximas de cada nutriente, com orientação por nutricionista e/ou nutrólogo, se necessário;
 - conduta exemplar por parte dos familiares, na adoção da referida dieta, evitando, inclusive, ter em casa alimentos hipercalóricos, e mantendo, em vez disso, outros itens racionalmente indicados;
 - prática de atividade física regular; e.
 - atenção médica para eventuais causas de hiperfagia e que possam ser controladas (transtornos do sono e do humor, intolerância à glicose, endocrinopatias etc).

Quanto à **prevenção ao uso imoderado de álcool, e de substâncias ilícitas**, recorde-se da alta associação, frequente, entre tais hábitos e transtornos psíquicos. *Os Alcoólicos Anônimos* continuam sendo um importante aliado para o tratamento das pessoas presas ao etilismo. É delicada a postura do médico, ao formular, na consulta clínica, questões que possam estabelecer o diagnóstico daquele vício, até porque, muitas vezes, o

paciente não é sincero nas respostas. Neste tocante, as informações, fornecidas por familiares, são de auxílio. Questionários (o simplificado, como o *CAGE* ou o mais completo, com o *AUDIT*) constantes em manuais de Clínica Médica, são de valia, para o diagnóstico. A dependência em tóxicos também não é fácil de ser diagnosticada, se o paciente não for espontâneo na informação, ou se os familiares não colaborarem. O manejo deste grave problema demanda cuidados especializados e multidisciplinares, cujo detalhamento não cabe no presente trabalho.

O aconselhamento pelo clínico deve, enfim, se estender a todos os aspectos, relacionados com a saúde do paciente.

Uma questão, por exemplo, sobre a qual o clínico deve esclarecer, é quanto à litíase biliar assintomática. Não há consenso sobre a colecistectomia, nestes casos, exceto quanto à sua indicação, em se tratando de cálculos volumosos ou quando se constata “vesícula em porcelana”.

Outra responsabilidade, inarredável, do médico é a orientação quanto às possíveis **interações de medicamentos ou de seus efeitos colaterais.**

Há pacientes, com vários problemas de saúde associados, que implicam, frequentemente, em se usarem, também, vários medicamentos, o que amplia a possibilidade da interação e dos parafiteio dos seus remédios.

Há alguns produtos, no mercado, com associação de princípios ativos, na mesma unidade (comprimido, cápsula ou drágea), o chamado polifármaco. Isto tem um aspecto aparentemente favorável, por dar a sensação, ao paciente, de que ele está usando apenas um ou poucos comprimidos. Por outro lado, tem a grande desvantagem de não permitir, quan-

do necessário, a mudança da dose de uma determinada droga, sem, necessariamente, mexer na dose da outra. Assim, deve-se preferir, sempre que possível, usar uma unidade (cápsula, comprimido ou drágea) para cada item farmacológico, nem que, na prescrição médica, tenham que constar vários itens. Ainda com relação à prescrição de medicamentos e drogas, não esqueçamos de indagar quanto a algumas funções orgânicas do paciente. A utilização de antiinflamatórios representa risco para lesão renal, já se tendo documentados casos de insuficiência renal aguda, em paciente idoso, que recebe medicação injetável de antiinflamatório, em pós-operatório imediato. Ao se cogitar da utilização de betabloqueadores, deve-se indagar quanto à história de asma ou outra condição causadora de broncospasmo. Muitos medicamentos, com ação anticolinérgica, podem agravar o glaucoma e os sintomas urinários de pacientes com hiperplasia prostática, devendo, também, ser usados, com restrição, em pacientes com déficit cognitivo.

Muitas outras precauções devem ser adotadas, devendo o médico, antes de fazer uma prescrição medicamentosa ou de indicar um procedimento terapêutico, especialmente se invasivo, refletir sobre o risco/benefício e suas eventuais implicações iatrogênicas.

22 - UTI: sua utilização racional e dificuldades, na realidade brasileira

Quando, ainda no curso de Medicina, nos meados da década de 1960, como aluno do Professor Paulo Marcelo Martins Rodrigues, eu, a exemplo de outros colegas da minha turma da Faculdade, cheguei a dar plantão noturno, na Casa de Saúde São Raimundo, com o objetivo de fazer uma espécie de *monitoramento clínico* de paciente grave, pois ainda não existia, em Fortaleza, Unidade de Terapia Intensiva.

O advento de UTI veio contribuir para a melhoria do prognóstico dos pacientes graves, com agravos agudos, especialmente os de natureza cardiovascular, reduzindo-lhes, significativamente, a mortalidade.

Tais UTIs, no início, em alguns hospitais, se prestavam, também, como unidades de recuperação pós-anes-tésica (URPA), onde os pacientes, submetidos à procedimentos anestésico-cirúrgicos, tinham monitorizadas suas funções vitais (respiratória, circulatória e neurológica) sendo instituídas medidas de suporte, quando necessário, até o término dos efeitos residuais dos agentes anestésicos e sua estabilização orgânica.

O cuidado, com maior atenção, ao paciente grave, remonta à enfermeira britânica **Florence Nightingale** (1820-1910, **foto**), e mais 38 colegas, por ela treinadas, que, na Guerra da Criméia, em 1854, passaram a tratar de combatentes feridos, com grande redução da taxa de mortalidade.





Outro vulto de respeito foi **Walter Edward Dandy** (1886-1946, **foto**), estadunidense de Missouri, com grande atuação na primeira metade do século XX, no seu país, como neurocirurgião e pioneiro na criação da UTI pediátrica, no *Johns Hopkins Hospital*.



Doutor **Peter Safar** (1924-2003, **foto a seguir**), nascido na Áustria, é considerado o primeiro especialista em Medicina Intensiva; migrou para os Estados Unidos da América, após permanecer no campo de concentração nazista; especializou-se em Anestesiologia; foi pioneiro, nos 1950s, no atendimento de urgência/emergência, formulando normas para ventilação boca a boca e massagem cardíaca externa, bem como outras técnicas de suporte à vida; estabeleceu a primeira UTI cirúrgica (Baltimore, 1962); na Universidade de Pittsburg, criou a primeira disciplina de Medicina de Apoio Crítico, nos EUA; iniciou os primeiros estudos em: indução de hipotermia em pacientes críticos e elaboração de projetos de ambulâncias-UTI; participou da fundação da Associação Mundial de Medicina de Emergência e foi cofundador da *Society of Critical Care Medicine*, que presidiu em 1972.

Durante os anos de 1970 e 1971, já Médico Residente do Hospital dos Servidores do Estado, na cidade do Rio de Janeiro, tomei contato o Centro de Tratamento Intensivo (CTI), onde cumpri estágio, na grade curricular da Residência Médica. Aquele centro ocupava quase um andar inteiro,

dispondo de equipamentos adequados e bons profissionais, o que representava um grande avanço para o tratamento e a recuperação de pacientes graves. O seu chefe era o Doutor Tufik Simão, pneumologista.

Depois do meu retorno a Fortaleza, em 1972, aqui já existiam UTIs em dois principais públicos (Hospital Geral de Fortaleza – HGF, o da Previdência Social e Hospital de Mesesjana, atual Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes). Logo depois, foram instaladas aquelas unidades de tratamento intensivo em outros hospitais, tanto públicos, como privados.

Na da Casa de Saúde São Raimundo, onde trabalhei, também, como plantonista da terapia intensiva, a UTI foi organizada e inicialmente administrada pelos Doutores José Nogueira Paes Júnior, Ronaldo Mont’Alverne e Fernando Freire Maia, cardiologistas. Nela, eram internados, principalmente, pessoas com agravos agudos do aparelho cardiovascular (infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias etc.), bem como pacientes com outros quadros agudos, clínicos, graves e, os de os pós-operatório imediato, de grandes cirurgias.

Atualmente, como se sabe, UTI existe, em, praticamente, todo hospital, de porte médio ou grande, porém, muito maior tem sido a demanda por leitos naquelas unidades.

O que se constata – e se constitui em frequentes manchetes na imprensa – é o excesso de pacientes, com indicação de internação em UTI, levando, muitas vezes, os seus médicos plantonistas a se depararem com verdadeiros dilemas, de natureza ética e, não raramente, legal, quando necessitam optar, na liberação de leito, para determinado paciente ao invés de um outro, também grave.

A população e a sobrevivência das pessoas aumentaram, havendo mais pacientes, não somente com agravos agudos, decorrentes de acidentes e de violência, mas, também, com grande incremento de pessoas com doenças crônicas, muitas delas vindo a ter descompensação de sua enfermidade e necessitando de UTI.

No que concerne a este último grupo de pacientes, constatase que eles, muitas vezes, **vieram a descompensar da sua doença, até então estável, por não terem recebido o tratamento adequado, nos níveis primário ou secundário da assistência à saúde, a partir das medidas preventivas.**

Outro fator, que aumenta aquela maior demanda, é, muitas vezes, a concepção equivocada de familiares, buscando, nos hospitais terciários e suas UTIs, internamento para os seus pacientes com doenças crônicas, muitas delas sem prognóstico de recuperação e, portanto, sem indicação formal para tratamento intensivo. Tal tendência decorre também, de limitações materiais e financeiras, levando a que as famílias deixem de manter, em casa, os seus pacientes.

O cenário, portanto, que se registra, são UTIs, geralmente, lotadas, principalmente por pessoas muito idosas e/ou com agravos de mau prognóstico quanto à recuperação; longas permanências; uso alargado de equipamentos de suporte invasivos; incidência aumentada de infecções hospitalares, a maioria por microorganismos multirresistentes; cursos prolongados e sequenciais de antibióticos, alguns caros e/ou tóxicos; sofrimento dos pacientes; muitas despesas para os sistemas mantenedores da assistência; e letalidade elevada. A respeito, há várias publicações, com abordagens diversas (como a dos autores Vereador, H. Yano, K, MD, *Ann Intern Med*; 78. (2)

:310-311), demonstrando **resultados francamente desfavorável, quanto a custo/eficácia.**

Há relatos de que planos de saúde, não raras vezes, deixam de pagar, integral ou parcialmente, as despesas decorrentes daquela assistência; restringem a permanência, em UTI a um determinado período de tempo, além de outras dificuldades, motivando demandas judiciais, por parte dos usuários, o que representa um estresse, a mais, para os pacientes e/ou seus familiares.

Noutras situações, o paciente, usuário de um plano de saúde, é levado a procurar o SUS, tolhido pelas limitações ou restrições do seu convênio. A partir de tais aspectos, surge a necessidade de uma ampla discussão, em que, além das necessárias reflexões de ordem ética, sejam analisados outros pontos, inclusive no que concerne ao do custo/eficácia. Uma discussão proveitosa foi realizada, em 10.05.2012, sob coordenação das Câmaras Técnicas de Medicina Intensiva e de Bioética do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, com vários especialistas, concluindo-se pela **restrição da internação e/ou da permanência prolongada, em UTI, de pacientes crônicos, sem prognóstico de cura**, no que está acorde, em outra publicação, o Doutor Ricardo Goldbach, da capital paulista. Ao nível do nosso estado, já tenho participado de colóquios, sobre esse assunto, com a presença de intensivistas experientes, e, até mesmo, de religiosos.

Penso, em face das considerações anteriores, haver a necessidade de os hospitais, através das suas comissões de éticas e das entidades mantenedoras da assistência à saúde, aprimorem a discussão sobre esse tema e porem em funcionamento os necessários comitês de Ética ou Bioética.

No Hospital Geral Doutor Cesar Cals (HGCC), a exemplo do que já havia feito quando me encontrava labutando no Hospital de Messejana, tenho propugnado a favor daquela discussão. No início de 2013, o HGCC, por sábia decisão do seu Diretor Médico, Dr. Walter Correia, com o apoio do Geral – Dr Eliezer Arrais, foi criada e se encontra funcionando a Comissão de Cuidados Paliativos, que julgo será de grande valia para racionalizar a internação da UTI, com benefício para seus pacientes e economia de gastos públicos.

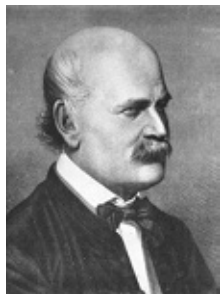
23 - Controle das INFECÇÕES HOSPITALARES: dever ético e legal

(Por **Evelyne Santana Girão**)

Uma médica, nos seus 60s, teve o diagnóstico de leucemia aguda, iniciando, em conceituado hospital de Fortaleza, o esquema quimioterápico específico, com remissão satisfatória da doença, apesar dos efeitos colaterais, que incluíram acentuada baixa de leucócitos e hemácias, o que já era esperado.

Foram adotadas todas as medidas terapêuticas, constantes dos protocolos, incluindo esquemas antimicrobianos, de largo espectro, em face da acentuada neutropenia. A paciente, de princípio, evoluiu satisfatoriamente, ficando assintomática e já se preparando para receber a segunda sessão da quimioterapia antineoplásica. Passou, no entanto, a ter febre alta e outros comprometimentos orgânicos, pelo que, depois de realizados novos exames, e culturas microbiológicas, foi instituído novo esquema antimicrobiano, mais abrangente ainda, além das medidas suportivas. O estado de saúde da paciente se agravou acentuadamente, vindo ela a falecer. A equipe assistencial ficou perplexa, sem encontrar explicação para aquele desfecho letal, até porque todas as medidas, tidas como adequadas, haviam sido observadas. Dois ou três dias depois do óbito, saíram os resultados dos exames microbiológicos, mostrando a identificação, em todas as hemoculturas, de um microorganismo Gram-negativo, resistente, ao qual foi atribuída a infecção de corrente sanguínea, primária. Uma das fontes prováveis foi o acesso vascular de demora, porquanto nenhum foco infeccioso havia, previamente, sido encontrado.

O advento da referida infecção nosocomial, que, neste caso, como em um sem número de outros semelhantes, confirma a necessidade de que se mantenham e se aprimorem as ações preventivas contra tais infecções.



O Doutor **Ignaz Semmelweis** (1818-1865, **foto**), médico húngaro, trabalhando no Hospital Geral de Viena, Áustria, constatou que as parturientes, quando assistidas por parteiras, tinham uma incidência significativamente menor de infecção puerperal (mortalidade, no século XIX, de 10 a 35%), em comparação com aquelas que tinham seus partos feitos por médicos. Observou, também, que os referidos médicos, antes do trabalho obstétrico, haviam estado, geralmente, na sala de necropsia, dissecando cadáveres, o que, então, motivou a que Semmelweis formulasse a hipótese – depois confirmada – de que algo poderia ser levado, pelas mãos dos médicos, dos corpos necropsiados, para as parturientes. Houve um médico que, ferido durante a necropsia que realizara, morreu, em decorrência de septicemia, cuja feição clínica era semelhante à da infecção puerperal que acometia as parturientes. Apoiado por tais evidências, Semmelweis, estabeleceu, em 15.05.1847, naquele hospital, a norma para que todos passassem a higienizar as suas mãos com uma solução clorada, antes dos procedimentos obstétricos. Depois daquela medida preventiva, a taxa de mortalidade, relacionada à infecção puerperal, foi reduzida para menos de 1%. Mesmo assim, aquele sábio paradigma, vigente até os dias atuais, não foi acolhido, pela maioria dos médicos de antanho, os quais se recusaram a aceitar a recomendação, para aquela precaução.



Somente depois de estabelecida a teoria microbiológica, por Louis Pasteur (1822-1895, **foto**, à E) e, posteriormente, confirmada por Robert Koch (1843-1910, **foto**, à D), é que foi acatada, sem reservas, a sábia lição de Semmelweis. Este já falecera, aos 47 anos de idade, em um asilo, onde estava internado em razão de um quadro depressivo, além de déficit cognitivo, acentuados.

Quanto às **infecções hospitalares** ou, mais adequadamente designadas, de **infecções relacionadas com a assistência à saúde** (IRAS) é oportuno recordar sobre a sua relevância, no âmbito da saúde pública e individual, da economia e outros aspectos, como os de ordem social, ética e legal. Tais infecções aumentam, sobremaneira, a morbidade e a mortalidade; causam dor e sofrimento; prologam a permanência no hospital; implicam no consumo aumentado de antimicrobianos e, por consequência, no favorecimento da resistência microbiana; reduzem a disponibilidade de leitos hospitalares e aumentam, exorbitantemente, os dispêndios financeiros dos sistemas de saúde. Se associadas a doenças graves, a mortalidade por infecção de corrente sanguínea pode alcançar até 40%, quando

causadas por fungemias. Quanto à relevância econômica das IRAS, há levantamentos estrangeiros e nacionais, confirmando a economicidade do seu controle. Nos Estados Unidos da América (EUA), prevalecem, depois das doenças cardiovasculares, das neoplasias, dos acidentes vasculares cerebrais, com incidência média de 5% (ou cinco episódios por mil pacientes-dia). Depois das infecções do trato urinário e das pneumonias, as infecções de corrente sanguínea (ISC), representam cerca de 10% do total daquelas infecções, com uma mortalidade de, no mínimo, de 15%, sendo muito maior em certas situações. Considerando-se que, nos 7.000 hospitais dos EUA, com cerca de 35 milhões de pacientes agudos, por ano, o número de infecções hospitalares alcançaria 1,7 milhões, anualmente, o que dobraria se de 10%, como ocorre no Brasil, fosse a taxa de incidência daqueles agravos infecciosos. Naquele país, foi feita uma avaliação sobre os anos perdidos de vida, em decorrência de mortes por infecções de corrente sanguínea (com letalidade média de 20%), considerando que os pacientes afetados falecem, em média aos 57 anos idades e que a expectativa da população é de 70 anos. Chegou-se à estimativa de que, anualmente, há uma perda mínima de 350.000 anos de vida.

Em Minas Gerais, Starling *et al* demonstraram, cabalmente, que infecções nosocomiais podem aumentar, em até dez vezes, os custos hospitalares, reduzindo, por consequência, a lucratividade dos hospitais ou de suas instituições mantenedoras. Aspectos relativos ao aumento da resistência microbiana são discutidos no capítulo seguinte.

Aqui, cabe lembrar quanto às **causas**, únicas ou associadas, das infecções hospitalares. A **suscetibilidade do paciente** é, não raramente, um fator importante, seja devido à sua idade avançada e a **condições debilitantes** (desnutrição, déficit

das funções hepáticas e renais e da imunidade, diabete melito descompensado, câncer, uso de medicamentos imunossuppressores, corticosteróides e antibióticos). Da parte do hospital e da equipe assistencial, citam-se os **procedimentos invasivos**, como grandes operações e colocação de dispositivos (próteses, cateteres, sondas, respiradores artificiais etc.). Outro fator preocupante é a **infecção cruzada**, transmitida pelas **mãos dos profissionais** que manipulam o paciente; por instrumentos; roupas; móveis e outros itens (fômites). Quanto a esses últimos, cumpre que se mantenha o senso – permanente - de responsabilidade profissional, técnica correta, vigilância em todas as ações e que se evitem ou minimizem os fatores de risco infeccioso. Nos pacientes muito susceptíveis e naqueles com mau prognóstico, quanto à vida, **é imperativo que a equipe assistencial não aceite o surgimento de uma infecção hospitalar como algo inevitável. Ao contrário, tais condições devem nos remeter, mais ainda, para a exigência da adoção do referidos cuidados e precauções.**

Tempos atrás, julgava-se que um programa adequado reduziria a incidência de infecções hospitalares, em cerca de trinta por cento, no máximo. Atualmente, este conceito mudou e **tais infecções podem ser evitáveis em muito maior proporção.** Um trabalho, corretamente delineado, por Umscheid e colaboradores, da Universidade de Pennsylvania, Estados Unidos da América (*Infect Control Hosp Epidemiol.* 2011 *Feb*;32(2):101-14) concluiu, por estimativa, baseada em relatórios de hospitais daquele país, serem evitáveis: até 65%-70% dos casos de infecção de corrente sanguínea, relacionadas com acessos vasculares profundos; e até 55% dos casos de pneumonia, associadas a ventilação mecânica e de infecções do trato urinário relacionadas a sonda vesical demora, sem mencionar

as infecções de sítio cirúrgico. Assim, além das muitas vidas salvas e de minorado, em proporção intangível, o sofrimento dos pacientes, uma grande soma de recursos financeiros é poupada, podendo alcançar, segundo estimativas não exageradas, até mais de vinte bilhões de dólares, anualmente. Em outros relatos estadunidenses, gastos financeiros decorrentes de infecções de corrente sanguínea, relacionadas a acesso vascular central, podem não ser assumidos pelo sistema mantenedor da assistência.

É, portanto, **mandatório, que cada hospital assuma a responsabilidade pela adoção de todas as ações, necessárias para a prevenção** e controle daqueles agravos. O pressuposto primordial é a existência de um programa de controle, coordenado por uma comissão (CCIH), a qual conte com um braço executivo (SCIH), composta por equipe qualificada e interessada, espaço, material e apoio da Direção, da Administração e de todos os serviços do hospital e da sua instituição mantenedora. Há, entretanto, que estar presente, na consciência de todos, ser **a equipe assistencial o primeiro e mais importante responsável pela prevenção daquelas infecções.**

O **controle das infecções hospitalares** implica, portanto, no seguinte:

- Higienização das mãos, sistemática e correta, por parte de todo profissional ou qualquer outra pessoa que toque no paciente e em materiais em torno do seu leito, mediante lavagem com água e sabão ou com desinfecção com álcool, lembrando ser incorreto o uso de luvas de procedimento como substituto da referida higienização.

- Consciência da equipe assistencial quanto a todas as medidas profiláticas.
- Suporte laboratorial em Microbiologia, contando com os insumos necessários e microbiologista(s) capacitado(s).
- Farmácia hospitalar, igualmente com farmacêuticos competentes, funcionamento adequado e estoque suficiente de antimicrobianos, conforme padronização e protocolos para o seu uso racional.
- Observância de outros protocolos, adequadamente elaborados, quanto à indicação, implantação e cuidados adequados para procedimentos invasivos (*devices*): conjunto de medidas (*bundles*) para prevenção de: infecção de corrente sanguínea (ICS) relacionada a acesso vascular central (AVC), pneumonia relacionada a ventilação mecânica (PAV), infecção do trato urinário (ITU) relacionada a sonda vesical de demora (SVD), infecção de sítio cirúrgico (ISC), prevenção de úlcera de decúbito e outros tipos de IRAS.
- Cumprimento rigoroso das precauções-padrão.
- Observância de todos os passos para a realização de cirurgias seguras, incluindo o preparo pré-operatório do paciente, central de material cirúrgico confiável e técnica cirúrgica adequada.
- Racionalidade no uso de antimicrobianos, incluindo atividade de consultoria e auditoria conforme a necessidade e
- Disponibilidade de produtos de proteção antiinfecçiosa, como antissépticos, degermantes e esterilizantes, para uso conforme normas bem estabelecidas.

24 - ANTIMICROBIANOS: a perda de uma grande conquista ?

Um paciente de sessenta anos, médico, passou a ter agravamento dos sintomas urinários, baixos, que, anteriormente, eram discretos (disúria, hesitação, intermitência urinária e notúria), tendo sido feito o diagnóstico de hiperplasia benigna da próstata e, indicada ressecção transuretral.. Os exames pré-operatórios estavam dentro da normalidade, não sendo constatada infecção do trato urinário (ITU). A cirurgia foi realizada sem problemas no trans e no pós-operatório imediato. Houve a utilização profilática de Ciprofloxacino. O paciente não conseguiu urinar espontaneamente, após a retirada da sonda vesical de demorada, razão pela qual aquele *device* foi mantido, assim como, mantido também foi o uso do Ciprofloxacino, a título profilático. Na segunda tentativa, o paciente conseguiu urinar espontaneamente, porém, lhe surgiram disúria, polaciúria e febrícula. O exame de urina foi compatível com infecção, sendo, na urinocultura, identificada a bactéria *Klebsiella pneumoniae*, >100.000 ufc, não sensível às quinolonas, ou outros antimicrobianos passíveis de uso oral, sendo sensível aos carbapenêmicos (bactéria produtora de betalactamase de espectro amplo – *ESBL*). Dos três carbapenêmicos, todos utilizáveis somente por via parenteral, foi escolhido o Ertapenem, pela conveniência de requerer, apenas, uma dose diária, tratamento ao qual se submeteu, durante sete dias, com cura clínica e microbiológica da referida ITU.

Outro caso, muito semelhante, ocorreu com uma senhora, nos seus 50s, internada em conceituado hospital de Fortaleza, para investigação de uma hematúria, tendo recebido,

também, sonda vesical, de demora, e feito uso de Ciprofloxacino, “profilático”. O diagnóstico da hematúria foi esclarecido e feito o tratamento urológico, adequado, com bom êxito. Na véspera do dia da alta, a paciente passou a ter febre e calafrios, sendo isolada, na urina, também, *K. pneumoniae*, resistente ao Ciprofloxacino e só sensível aos carbapenêmicos (bactéria, igualmente, produtora de *ESBL*). Embora tivesse sido cogitado de utilização, em domicílio, de Ertapenem, em uma dose de diária, por sete dias, o esposo da paciente não aceitou tal proposta, exigindo que ela ficasse internada, para receber o referido tratamento. Ele alegou ser o antibiótico caro e, estando a paciente hospitalizada, o ônus ficaria para o seu plano de saúde. Assim, a paciente permaneceu hospitalizada, por mais uma semana, tendo evolução para cura. A conta hospitalar, respectiva, ficou, para o convênio, como previsto, mais onerosa, não somente pelo consumo do antimicrobiano, como, igualmente, pelas outras despesas, inclusive a parte referente à ocupação do apartamento hospitalar, durante os dias adicionais de permanências no hospital.

São - os dois casos citados - uma amostra do muito que ocorre no universo de hospitais, consultórios e ambulatórios, onde são cometidos os mais variados equívocos, no uso de antimicrobianos. As quinolonas, principalmente Ciprofloxacino, já representaram uma importante arma no tratamento de muitos eventos infecciosos, o que não acontece mais, atualmente, em consequência do seu uso alargado, levando ao crescente aumento da resistência microbiana.

A propósito do assunto, Doutor Hélio Sader, Infectologista, Professor da Disciplina de Doenças Infecciosas e Diretor do Laboratório Especial de Microbiologia Clínica da Univer-

cidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina e Coordenador do *Sentry*, importante programa de Vigilância da Resistência aos Antimicrobianos, enviou, para o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CRMESP), um editorial, no qual, de modo preocupado, formula uma pergunta em sentido semelhante à que se faz, no título deste capítulo: Antimicrobianos: a perda de uma grande conquista? Sader justifica o seu temor, afirmando que as estratégias, para controle da resistência bacteriana aos antibióticos, não estão sendo eficazes e os microrganismos se mostram mais ágeis e rápidos do que a indústria farmacêutica.

Tal perspectiva causa, nas instituições prestadoras de saúde, nos governos e nas populações, grande e justificada preocupação. Tal constatação, igualmente, desvanece toda a comunidade científica mundial, quando se registra um grande aumento da morbidade e mortalidade, decorrentes, sobretudo, das infecções hospitalares e/ou em pacientes com defesas imunitárias comprometidas, por várias causas. É que as bactérias têm demonstrado, de modo assustador, mecanismos, vários, de resistência, muitos deles causados ou favorecidos pela exposição aos antimicrobianos. A referida resistência não seria, certamente, tão avassaladora, caso a comunidade médica não tivesse utilizado, no passado, como continua, infelizmente, no presente, aqueles importantes medicamentos, de modo tão irracional.

O problema da resistência ocorre com uma grande variedade de microorganismos, incluindo o bacilo da tuberculose (BK), fungos e vírus.

Alguns dados, sobre a magnitude do problema, são citados, a seguir.

- Em uma publicação acreditada - *J Hosp Infect* 2009 (fevereiro); 71 (2): 108-111 – em uma análise de 600 prescrições de antibióticos, 45% das mesmas foram consideradas inadequadas.
- Nos países em desenvolvimento, na década de 1990, foi estimado que 9,2 milhões de pessoas morreram em decorrência de doenças infecciosas e parasitárias, entre o total de 39,5 milhões de mortes, no período. Nos referidos países, além de dificuldades as mais variadas, podem existir: escassez de recursos para aquisição de antibióticos essenciais; falta de regulamentação e de normas para a prescrição; e dificuldade no diagnóstico etiológico das infecções, em face de limitação nos laboratórios de microbiologia, além de problemas na educação da população e dos próprios profissionais de saúde.
- Nos países ditos desenvolvidos, por outro lado, o abuso de antimicrobianos também preocupa, estimando-se que prescrições desnecessárias podem alcançar 50%, em quadros clínicos, geralmente causados por infecções virais, alergia respiratória, febre de causa não infecciosa etc..
- Na China, cuja expressão econômica cresce assustadoramente, alguns fatos merecem ser citados. O Ministério da Saúde daquele país revelou que, em média, cada chinês consome 138 g de antibióticos por ano - 10 vezes a quantidade consumida, per capita, nos EUA. Há estimativa de que 6,8% dos casos de tuberculose na China são resistentes a múltiplas drogas (contra, apenas, 2%, nos países desenvolvidos).
- Pesquisa da Organização Mundial da Saúde sugerem que os médicos de lá, muitas vezes, prescrevem antibióticos “para estar no lado seguro”, raciocinando, equivocadamente, que, “ no mínimo, as drogas não irão prejudicar os seus pacientes”. Há notícias, por outro lado, de motivação

financeira, espúria, porquanto hospitais aufeririam lucros, também, com o consumo de antibióticos por pacientes internados e que tais benefícios seriam obtidos, igualmente, pelos médicos prescritores.

Reações governamentais, a tais fatos, têm surgido, através do rebaixamento do *ranking* dos hospitais, onde há uso excessivo de antibióticos; maior regulamentação do uso; limitação da variedade de antibióticos; e educação, a respeito do assunto, dos pacientes. Já é bem conhecido, mas cabe ser lembrado, também, que, em face de uma infecção por microrganismo resistente, as opções terapêuticas, disponíveis, podem ser mais tóxicas, como é o exemplo de Polimixina, para tratar infecções causadas por cepas resistentes de *P. aeruginosa*, *A. baumannii* e *K. pneumoniae*; Vancomicina, para *S. aureus* resistente a oxacilina; e algumas cepas de fungos resistentes a fluconazol. Em muitos casos, o produto eficaz é também mais oneroso, o que aumenta, ainda mais, em doenças de longa duração e tratamento prolongado, os custos e os encargos financeiros, para as famílias, as entidades mantenedores da assistência, os governos e, por consequência, para toda a sociedade.

Um campo, onde antibióticos são usados, particularmente de modo inadequado, é a Cirurgia. Não é raro que antibióticos sejam prescritos, por vários dias, a título profilático, em pacientes submetidos a procedimentos, para os quais, muitas vezes, nem indicação existe, para a antibioticoprofilaxia. A propósito, cita-se o caso de uma paciente, submetida à ressecção de um cisto em corda vocal, em procedimento realizado por um experiente cirurgião, o qual prescreveu, para uso em domicílio, por sete dias, cefuroxima-axetil. A paciente cumpriu o esquema “profilático”, não sofreu complicação infecciosa, porém foi acometida de dor abdominal, difusa, intensa,

agravada à palpação profunda, além de um acentuado aumento dos ruídos peristálticos intestinais. Tais sintomas não cederam com antiespasmótico, necessitando de um laborioso tratamento clínico, em que foi necessária a utilização de vários outros medicamentos, configurando uma complicação séria decorrente daquele uso irracional do antimicrobiano..

Outro caso ilustrativo foi o de um paciente, submetido a apendicectomia, por um cirurgião que, do ponto de vista técnico, é bem conceituado. Poucos dias depois da cirurgia, houve necessidade de reoperação, para que fosse desfeita uma aderência, sem constatação da presença de supuração ou abscesso na cavidade peritoneal ou qualquer outro sítio orgânico manipulado. O paciente, contudo, foi mantido sob uso de um carbapenêmico, por mais de dez dias, mesmo inexistindo dados indicativos de complicação infecciosa. Na véspera da sua alta, surgiram febre alta, calafrios, dispnéia e alterações, à radiografia do tórax, sugestivas de síndrome da angústia respiratória aguda (SARA). Após coleta de sangue para hemoculturas e alguns outros exames complementares, foi iniciada medicação antifúngica por via endovenosa, na presunção de uma sepse de etiologia fúngica, o que foi, dois dias depois, confirmado. Houve cura clínica e microbiológica, sendo que o paciente só recebeu a alta hospitalar, após a conclusão da terapêutica antifúngica, que durou vários dias. O paciente, em questão, não dispunha de um plano de saúde, ficando, assim, a seu cargo e da família, as despesas médico-hospitalares. A referidas despesas, aumentadas em decorrência do uso da medicação antifúngica e do prolongamento da permanência hospitalar, deixaram de ser pagas, por terem ultrapassado, em muito, as disponibilidades financeiras da família. Esta, por sua vez, acionou judicialmente o hospital, para obter indenização, por se sentir prejudicada,

em razão da complicação (infecção hospitalar), de que o paciente foi acometido, a qual o levou a grande risco de morte. Instada pela família, a equipe médica assistente, observando as circunstância do caso, não hesitou em declarar, por escrito, ter se tratado, de fato, de uma infecção hospitalar, o que veio a auxiliar a família prejudicada, no seu intento judicial.

A suprainfecção, como a que se acaba de relatar, tem ocorrido, de modo preocupante, em muitas outras situações. *Clostridium difficile*, por exemplo, vem despontando, com uma incidência ameaçadora, o que é favorecido pelo uso aumentado de antibióticos, com destaque para as fluoroquinolonas, as quais, também, estimulam, há muito tempo, a resistência, por parte dos estafilococos.

A propósito dessas quinolonas, é deplorável a prática de alguns urologistas que prescrevem, de maneira muitas vezes inadequada, tais antibióticos, o que, com certeza, tem contribuído para torná-los, cada vez menos, eficazes. Ainda com relação àquela classe de antibióticos, assiste-se também, com frequência crescente, a utilização, para infecções do trato urinário, das chamadas *quinolonas respiratórias*, principalmente Levofloxacino, produto que, como é sabido, tem características farmacológicas apropriadas para o tratamento de infecções do trato respiratório, incluindo alguns tipos de pneumonia e, portanto, deveriam ser reservadas para estas últimas.

(Cumprir recordar que o advento do Ciprofloxacino, no último quartel do século XX, se constituiu numa grande opção para o tratamento de muitas infecções, por bactérias Gram-negativas e, mesmo, para Gram-positivas, como o *S. aureus*).

Na se prevê melhoria, quanto ao cenário em tela, até 2020, pelo menos. Há perspectivas do aumento da resistência,

atual, de vários patógenos, (*Staphylococcus aureus*, *Mycobacterium tuberculosis*, bacilos Gram negativos *etc.*), se estendendo a outros microorganismos, principalmente naqueles pacientes com comprometimento das suas defesas orgânicas.

A Organização Mundial da Saúde divulgou, em março de 2012, (www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/), uma série de dados preocupantes, acrescentando algumas advertências, a respeito do problema da resistência microbiana, incluindo a resistência dos agentes etiológicos da malária à cloroquina e à sulfadoxi-pirimetamina.

Cabe, aqui, serem citados os principais **fatores agravantes** do problema da resistência microbiana:

- Ações governamentais, débeis e, nem sempre, bem definidas e implementadas, junto às instituições médicas e hospitalares e a comunidade.
- Carência, na educação médica, quanto às normas para o uso racional de antimicrobianos.
- Limitação, na realização de exames microbiológicos.
- Falha ou ausência de farmacovigilância e do monitoramento do uso de antimicrobianos.
- Dificuldades, nas farmácias hospitalares, de estoques suficientes em quantidade e de acordo com padronização adequadas.
- Limitação, nos programas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
- Uso inadequado e irracional de medicamentos, em área fora da Medicina, incluindo na criação de animais e de peixes.

- Redução de investimento, por parte da indústria farmacêutica, na pesquisa de antimicrobianos.
- Descaso em: orientação política, apoio para a vigilância, assistência técnica, geração de conhecimento e parcerias, nomeadamente através da prevenção da doença e programas de controle.

Ao lado da maior gravidade das infecções, causadas por microrganismos resistentes, a maior dificuldade e maiores dispêndios financeiros no seu tratamento, com repercussões econômicas prejudiciais, para os sistemas provedores da assistência, outra consequência, igualmente preocupante, é a **transmissão da resistência para outros micro-organismos, não somente dentro dos hospitais, mas, entre instituições hospitalares, cidades e países diferentes.**

Diante desses cenários, a Doutora Margaret Chan, da Organização Mundial de Saúde (OMS), em uma conferência de que participou em Copenhague, advertiu que as bactérias estavam começando a se tornar tão resistentes aos antibióticos, podendo levar ao “ fim da medicina moderna como a conhecemos”, fazendo-nos entrar em uma *Era Pós-Antibiótica*.

No Ceará, especialmente em Fortaleza, pacientes, muitos deles graves, já tendo feito uso de antibióticos e sendo, assim, portadores de microrganismos resistentes, são, com frequência, transferidos de um hospital para outro, por razões as mais diversas, de modo que **patógenos resistentes são altamente prevalentes, em praticamente todos os nossos hospitais.**

Viajantes, mesmo portadores sãos, constituem outra importante e temível possibilidade de disseminação da resistência.

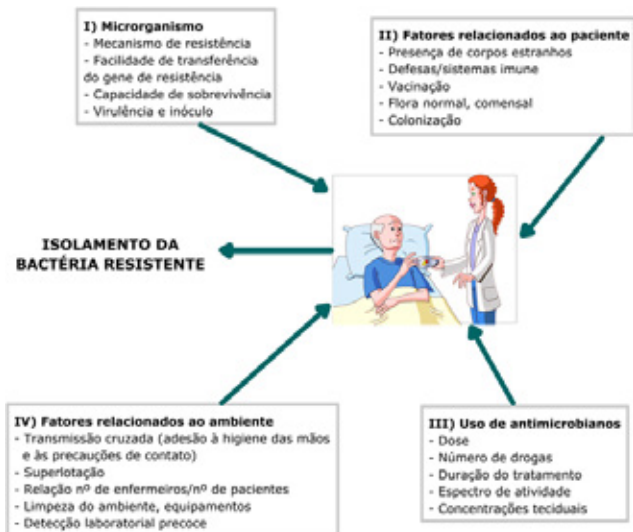
Destarte, esforços para combater a resistência microbiana devem continuar, ao nível da prática de cada médico, dos hospitais, das instituições responsáveis com a assistência à saúde e dos governos, em todos os níveis. Uma ação governamental positiva, no nosso país, foi a obrigatoriedade de receituário controlado, para a compra ou dispensação de qualquer medicamento contendo antimicrobiano (RDC 20/2011 da ANVISA), o que, certamente, está contribuindo para a redução do abuso de antibióticos, ao nível de comunidade.

Outras ações, em lugares diversos, têm sido implementadas, desde os países ditos desenvolvidos, na Europa, Estados Unidos da América e outros continentes. Em Singapura, onde existe uma rede de vigilância da resistência bacteriana, atuante, no setor público, um trabalho (*Singapore Med J* 2008; 49 (10) :749-755), sobre o problema, concluiu pela implantação, em hospitais, de um sistema de auditoria e exigência de receituário + restrição do uso, além da educação médica e elaboração de recomendações.

Nos principais hospitais de Fortaleza, há programas funcionantes, embora com limitações inerentes às adversidades pelas quais passam o serviço público no nosso estado. O Hospital de Messejana Doutor Carlos Alberto Studart Gomes foi, no Ceará, um pioneiro. Por inspiração do seu, então, Diretor que, com justiça, dá nome àquela instituição, foi o primeiro hospital, no Ceará, a fazer funcionar, em 1978, a primeira Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), coordenada por Eduilton Girão, o qual, anos depois, transferiu as suas ações para o Hospital Geral Dr. Céar Cals. Vieram, a seguir, Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Universitário da UFC, Hospital São José, Instituto Dr. José Frota, Hospital Waldemar de Alcântara, Hospital Regional da UNIMED, além de outros.

São revistos, a seguir, os **fatores envolvidos na disseminação da resistência microbiana**.

- A primeira categoria refere-se às características do próprio microrganismo, tais como: a virulência, a transmissibilidade e a capacidade de sobrevivência.
- A segunda categoria inclui fatores relacionados ao paciente, como: o aumento da população de doentes, com maior gravidade e de imunodeprimidos. A realização de procedimentos invasivos, para diagnóstico e tratamento, o que aumenta a possibilidade das infecções.
- A terceira categoria de determinantes está relacionada aos padrões de prescrição desta classe de drogas, isto é, envolve os prescritores.
- A quarta categoria refere-se ao ambiente que envolve a assistência à saúde.



Se, por um lado, há poucas estratégias para alterar os fatores relacionados ao paciente e ao microrganismo, por outro, há evidências de que **a melhoria na prática de prescrição de antimicrobianos e das medidas de prevenção das infecções (isto é, os fatores relacionados ao ambiente) pode reduzir a resistência microbiana.**

Diretrizes para prevenção da resistência microbiana

Vigilância

- a) Calcular e analisar a incidência de microrganismos multirresistentes – IB;
- b) Monitorizar susceptibilidade antimicrobiana como recomendado pelo CLSI – II;
- c) Instituir protocolos para análise molecular de cepas multirresistentes no laboratório, com o intuito de investigação epidemiológica – IB;
- d) Desenvolver protocolos para vigilância ativa de culturas em populações de alto risco – IB;
- e) Conduzir vigilância de culturas (semanal) para avaliação de eficácia das medidas de prevenção e controle, avaliando aumento ou redução da transmissão de multirresistência – IB;
- f) Coletar culturas em profissionais de saúde, se houver evidência epidemiológica de transmissão, bem como de pacientes expostos ao risco de infecção ou colonização por microrganismos multirresistentes – IB;
- g) Definir a frequência de multirresistência para desencadear intervenções adicionais no controle, avaliando as condições de risco para aquisição (colonização ou infecção) – IA.

Medidas administrativas

- a) Fornecer suporte administrativo e recursos humanos para as atividades relacionadas ao controle de infecção, bem como designar equipe de especialistas para o controle e prevenção de microrganismos multirresistentes – IB;
- c) Implementação de programa multidisciplinar estruturado para educar, monitorar e melhorar a aderência das práticas de precauções padrão e específicas – IB;
- d) Implementação de sistema de comunicação sobre colonização e infecção de microrganismos multirresistentes dentro da instituição – IB.

Educação e precauções

- a) Oferecer treinamento sobre riscos de transmissão e sobre como realizar a prevenção para os profissionais da área da saúde (manipulação de equipamentos, etc) – IB.
- b) Manter precauções padrão para todos os pacientes – IB;
- c) Precauções em hospitais e instituições de longa permanência – IB:
 - c.1.) quando estiverem disponíveis quartos individuais, priorizar pacientes com conhecida ou suspeita de infecção/colonização por microrganismos multirresistentes;
 - c.2.) priorizar aqueles pacientes com condições que facilitem a transmissão (incontinência fecal, drenagem não contida, crianças) ou com alto risco de infecção e complicação (imunossuprimidos);
 - c.3) quando não disponíveis quartos individuais, coorte de pacientes com mesmo patógeno multirresistente.
- d) Implementar nos hospitais precauções de contato para todos os pacientes com colonização ou infecção por patógeno multirresistente – IA;
- e) Em instituições de longa permanência avaliar caso a caso, considerando a natureza da interação paciente/profissionais e/ou risco de outros pacientes – II.

Medidas ambientais

- a) Seguir rotina de recomendação de procedimentos da limpeza, esterilização e desinfecção para artigos críticos e não críticos, bem como monitorizar o funcionamento adequado destes materiais – IB;
- b) Fazer culturas de vigilância do ambiente somente quando existir a possibilidade de importância epidemiológica da transmissão – IB;
- c) Treinamento de profissionais que atuam em áreas de risco e controle de multirresistentes quanto ao papel do meio ambiente como forma de transmissão – IB.

Uso de antimicrobianos

Manter um programa de racionalização do uso de antimicrobianos – IB.

Descolonização

- a) Não há recomendação para descolonização de pacientes portadores de VRE e bacilos Gram-negativos multirresistentes;
- b) Não utilizar mupirocina tópica rotineiramente para descolonização de MRSA – IB. Utilizar a mupirocina tópica somente quando recomendado por especialistas, como em controle de surtos e monitorizar o perfil de resistência da cepa para mupirocina - II.

Descontinuidade das medidas de prevenção

Não há recomendação para descontinuidade das medidas de prevenção e controle de multirresistência.

How can it be prevented? Passos e estratégias para prevenção da resistência aos antimicrobianos

Estratégia: PREVENIR INFECÇÃO

Passo 1: Vacinar os pacientes e profissionais de saúde

Passo 2: Retirar os cateteres precocemente

Estratégia: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO EFETIVO DAS INFECÇÕES

Passo 3: Identificar o microrganismo

Passo 4: Consultar o infectologista

Estratégia: USO ADEQUADO DE ANTIMICROBIANOS

Passo 5: Praticar controle de antimicrobianos

Passo 6: Usar dados locais sobre perfil de resistência dos microrganismos

Passo 7: Tratar infecção, não contaminação

Passo 8: Tratar infecção, não colonização

Passo 9: Saber quando dizer “não” à vancomicina

Passo 10: Suspender os antimicrobianos quando a infecção for descartada ou tratada

Estratégia: PREVENIR TRANSMISSÃO

Passo 11: Isolar pacientes com microrganismos resistentes

Passo 12: Quebrar a cadeia de transmissão

Alguns comentários sobre os princípios para o uso racional de antimicrobianos

1. Avaliar se o quadro clínico é, realmente, uma infecção, pois alguns estados febris podem decorrer de outras causas, que não as infecciosas. De outra parte, outros sintomas, pouco específicos, sem a presença de febre ou calafrios, podem ser causados por infecções, às vezes graves, particularmente em pacientes idosos ou naqueles com alterações do seu sistema imune.

2. Na certeza ou suspeita de haver um processo infeccioso, é fundamental que se avalie quanto à existência de um processo não ameaçador, não invasivo, permitindo, assim, uma abordagem não urgente ou, ao contrário, se há uma infecção grave, ou potencialmente grave, exigindo uma atuação rápida, em termos de tratamento etiológico do processo infeccioso, assim como de medidas de suporte, a serem postas em prática, se necessário, inclusive, em uma unidade de terapia intensiva.

3. Nesta última hipótese, impõem-se algumas ações:

3.1. Obtenção de amostras orgânicas do paciente, geralmente duas hemoculturas, devendo-se obter, também, se possível, algum outro espécime que possa fornecer alguma informação etiológica do processo infeccioso que se cogita poder existir.

3.2. Início precoce de um esquema antimicrobiano, se necessário de largo espectro, com mais de uma droga, sempre mirando a etiologia provável, o que deve ser baseado em dados clínicos e/ou epidemiológicos.

3.3. Prover um suporte terapêutico, geralmente em UTI, visando a manter compensados os sistemas orgânicos.

3.4. Solicitar todos os exames complementares que se fizerem necessários, para auxiliar no equilíbrio orgânico do paciente e na elucidação da provável etiologia microbiana.

3.5. Convocação de outros profissionais, a participar do tratamento do paciente, com destaque ao cirurgião, caso se vislumbre a possibilidade da existência de algum foco, a ser drenado ou algum outro agravo que requeira resolução cirúrgica.

3.6. Ajustar o esquema de suporte, conforme a evolução do paciente.

3.7. Adequar o esquema antimicrobiano, conforme a identificação e caracterização do agente causal, com base no respectivo perfil de sensibilidade ou, enquanto isso não for disponível, apoiado em dados locais da epidemiologia microbiológica. Sempre que possível, adotar um esquema antimicrobiano eficaz, com o espectro o mais estreito possível, com duração adequada, evitando, obviamente, cursos prolongados, quando não necessários.

4. Mesmo não se tratando de uma condição grave e/ou ameaçadora, a pesquisa etiológica deve ser, sistematicamente, realizada, com exames microbiológicos e outros (imagens, sorologia etc.).

5. Manter-se a atenção para a existência de eventual comorbidade, como doenças hematológicas, imunossupressores ou quimioterápicos antineoplásicos.

6. Idem, idem, com relação a outras situações, como doenças estruturais pulmonares (bronquiectasia, mucoviscidose e outras), com risco aumentado de infecções por determinados patógenos, tipo *P. aeruginosa*.

8. Idem, idem para pacientes asplênicos, com risco aumentado para infecções por bactérias encapsuladas (Pneumococo e outros).

9. Idem para pacientes que fizeram uso, nos últimos 90 dias, de antimicrobianos, em casa ou no hospital, provavelmente colonizados por microrganismos resistentes.

10. Observar-se a duração adequada do antimicrobiano, a qual pode ser prolongada, em algumas situações, como endocardites infecciosas ou infecções em próteses.

11. Cogitar-se, sempre, da possibilidade de que um procedimento cirúrgico venha a ser necessário, como acessório ao tratamento de um processo infecciosos, como, por exemplo, a troca de uma prótese infectada.

12. Manter-se vigilante para a possibilidade de reações adversas, decorrentes do uso do antimicrobiano.

13. Idem, idem, quanto ao eventual surgimento de uma suprainfecção, como fungemia, em paciente que se submetem ao uso prolongado de antibióticos, nutrição parenteral etc., especialmente naqueles com outros fatores de risco para a referida infecção fúngica.

14. Quanto ao uso de antimicrobiano, com finalidade terapêutica, é necessário que o médico guarde o necessário *pudor ético*, usando o antibiótico apenas quando apoiado em evidências. Se o uso for profilático, a sua duração deve ser curta (24 a 48 h), lançando-se mão, na quase totalidade das vezes, de, apenas, um antimicrobiano.

(Deixa-se de discutir os vários esquemas antimicrobianos, conforme as bases antes estabelecidas, em face da exiguidade do espaço).

Diante de casos de microrganismos multirresistentes, uma estratégia, que tem sido utilizada, às vezes, com sucesso, é a utilização dos chamados *velhos antimicrobianos*, produtos, que, utilizados no passado, *estavam na prateleira*, em razão do lançamento de outros modernos ou do risco dos efeitos tóxicos. Tais medicamentos têm, assim, se constituído em uma opção para tratamento, em alguns daquelas situações.

Em uma boa revisão, o Doutor Renato Grinbaun, infectologista de São Paul/SP resume a sua estratégia quanto àqueles velhos antimicrobianos, cujos exemplos citam-se a seguir:

- Polimixima: vem sendo muito utilizada, contra microrganismos multirresistentes, como *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* e algumas cepas de *Klebsiella*, produtoras de carbapenemases (KPC).
- Fosfomicina: tem se apresentado como uma opção para infecção do trato urinário por *E. coli* e *Enterococcus faecalis*, resistentes. *In vitro*, algumas cepas de *S. epidermidis*, *S. pneumoniae*, *Listeria monocytogenes*, *Salmonella typhi*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii*, além de outros microrganismos, tem se mostrado sensíveis àquele velho antibiótico, o qual, todavia, não existe, no Brasil para uso, por via parenteral.
- Amicacina e Gentamicina: mantêm boa eficácia contra alguns bacilos Gram-negativos (BGN), mesmo os multirresistentes, constituindo-se numa opção para tratar infecções do trato urinário, desde que não exista déficit de função renal ou outros condicionantes para tal disfunção orgânica. Para infecções sistêmicas, graves, especialmente as produzidas pelos referidos BGN, têm sido usados, nos primeiros cinco dias, os referidos aminoglicosídeos, em associação com Polimixina.

- Rifampicina: tem sido considerada para uso em associação com a Polimixina, em casos de infecção pelos BGN, antes citados.
- Ácido Fusídico: é citado como eficaz para tratamento de infecções por *S. aureus*, multirresistentes, o que, no nosso país, atualmente, é inexequível, por não se dispor de formulação para uso parenteral.
- Sulfametoxazol + Trimetoprim: é cogitado para injeção por *S. maltophilia* (tais infecções, dependendo do perfil de sensibilidade do patógeno, podem ser tratadas, também, com Levofloxacinol).

Quanto aos antimicrobianos, é cabível lembrar, também, os **outros efeitos colaterais, que podem ocorrer, além do problema da resistência**. Apenas para dar um exemplo disso, cita-se a conclusão de um estudo (*American College of Chest Physicians*, publicado no *Jornal Brasileiro de Otorrinolaringologia* (vol.78. no.2, março/abril, 2012, S. Paulo/SP), no qual se constatou estarem as crianças, que receberam antibióticos no primeiro ano de vida, em maior risco de desenvolver asma, do que aqueles não receberam antibióticos.

Há muitos outros e temíveis efeitos indesejáveis dos antimicrobianos, lembrando-se, também como exemplo, os efeitos tóxicos de glicopeptídeos, polimixinas, anfotericina e aminoglicosídeos. Estes últimos, além da nefrotoxicidade, podem lesar o oitavo nervo craniano (resultando em perda auditiva e tonturas, irreversíveis).

Reações de hipersensibilidade e muitos outros feitos colaterais, com o uso de antimicrobianos, podem ocorrer, a exemplo do que pode se registrar com qualquer medicamento.

25 - Depressão & alguns problemas correlatos

A depressão é uma doença **comum, grave, incapacitante e recorrente**.

Comum: estima-se que, em algum momento de suas vidas, pelo menos 17% dos adultos apresentarão a doença.

Grave: porque aumenta a morbidade de outras doenças, como as cardiovasculares, sendo, também, fator importante para o suicídio.

Incapacitante: porque tem sido a quarta causa mais frequente de incapacitação funcional, nos 1990, deve continuar a sê-lo até 2020, conforme previsão da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de que, a partir de então, passe a ocupar a segunda posição, em países desenvolvidos e, a primeira em países em desenvolvimento (atrás, apenas, das doenças coronarianas).

Recorrente: porque pode se repetir várias vezes, ao longo da vida.

Os episódios depressivos duram algumas semanas ou meses, podendo alternar com períodos, longos ou curtos, de humor normal. Em muitos casos (cerca de 20%), a doença é contínua (crônica, sem intervalos de melhora, principalmente quando não é adequadamente tratada)

O transtorno depressivo pode ocorrer uma única vez na vida, mas 75% a 85% dos indivíduos acometidos, aproximadamente, sofrerão novos episódios, ao longo de suas vidas (em geral de 4 a 5 novos episódios). Cerca de 10% a 30% apresentam recuperação incompleta, persistindo com os sintomas residuais da depressão.

Além da importante **incidência**, e da possibilidade de **recorrência** ou **cronicidade**, há, conforme já adiantado, o **risco de suicídio**. Há autores que chegam a prever que a recorrência pode atingir, até, 60%, após o primeiro episódio, dependendo de fatores demográficos, psicossociais, comorbidades e terapêuticos; até 80%, após o segundo episódio; e, até, 100%, após o terceiro episódio.

Depressão afeta o organismo, como um todo, tanto emocional como fisicamente, prejudicando, em grau acentuado, a vida do paciente e lhe causando grande sofrimento, com repercussões negativas, também, nos seus familiares e afins. Ademais, as pessoas deprimidas, muitas vezes, não têm disposição nem mesmo para procurar tratamento ou ajuda.

Quanto ao **suicídio**, um evento particularmente trágico, pode ocorrer em 15% a 20% dos portadores de **depressão grave**. O risco de suicídio perdura, ao longo de todo o episódio depressivo. São considerados **fatores de risco para suicídio**: idade maior de 45 anos; indivíduo do sexo masculino, branco e solitário; tentativa prévia de suicídio; plano detalhado de suicídio; padrão autodestrutivo, crônico; perda grave, recente; incapacidade de aceitar ajuda; falta de apoio social, disponível; saúde precária, manifesta ou temida; sintomas psicóticos; alcoolismo ou abuso de drogas e outras comorbidades.

Dentre outros trabalhos sobre a **relevância da depressão**, dados mais detalhados podem ser obtidos a partir do estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS), que integra e analisa pesquisas epidemiológicas, sobre abuso de substâncias e distúrbios mentais e comportamentais, coordenado globalmente por Ronald Kessler, da Universidade de Harvard (Estados Unidos da América). Os dados do Brasil foram coletados pelo estudo

Brazil Megacity Mental Health Survey. Entre os autores do artigo, estão Laura Helena Andrade, Professora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e Maria Carmen Viana, Professora da Universidade Federal do Espírito Santo. Segundo Maria Carmen, o *Brazil Megacity Mental Health Survey* é um estudo epidemiológico, de base populacional, que avaliou uma amostra representativa de residentes da região metropolitana de São Paulo, com 5.037 pessoas, avaliadas em seus domicílios.

Considerando-se países tidos como de alta renda (Bélgica, França, Alemanha, Israel, Itália, Japão, Holanda, Nova Zelândia, Espanha e Estados Unidos) e os de baixa e média renda (Brasil, Colômbia, Índia, China, Líbano, México, África do Sul e Ucrânia), foi observado que: nos primeiros, 14,6% das pessoas, em média, já tiveram Depressão Maior; no Brasil, a prevalência foi de 10,4%. O estudo também revelou que a prevalência dobra entre as mulheres. Por outro lado, em vários dos países de baixa renda, as faixas etárias mais altas mostraram maior probabilidade de manifestação de depressão.

A **ocorrência** da doença é maior entre os 24 e 44 anos, sendo 2 a 3 vezes mais frequente em mulheres, adolescentes ou adultas, do que em homens da mesma faixa etária; há ocorrência equivalente entre meninos e meninas, até os 13 anos. Na adolescência, além da importante incidência, há o preocupante risco de suicídio.

Em pessoas com doenças crônicas, é maior, também, a ocorrência de depressão: síndrome de Cushing (60%), Epilepsia (40%), Doença de Parkinson (30%), cardiopatia 20%), além de outras, como diabete e hipotireoidismo. Doenças graves, como neoplasia, sempre deprimem os seus portadores.

Costuma haver concomitância de Depressão com Transtorno do Pânico, Transtorno Obsessivo-Compulsivo e outros agravos à saúde mental. Nas fases iniciais de demências, é comum o paciente ficar deprimido, provavelmente por conscientizar-se das suas perdas cognitivas.

A depressão, frequentemente, é **subdiagnosticada e subtratada** cerca de 50% a 60% dos pacientes, com quadros depressivos, não são reconhecidos pelo médico clínico e, assim, deixam de receber tratamento adequado, precocemente.

Cabe, pois, ao médico, em qualquer área de atuação, especialmente o Clínico, estar despertado para os sintomas, que podem decorrer de depressão, seja como manifestação principal ou, noutras vezes, compondo uma importante comorbidade. É que, em muitas ocasiões, os sintomas, que motivam a consulta clínica, têm, na depressão, um forte agravante, senão a causa principal. Felizmente, há muitos médicos, seja ao nível da Atenção Primária ou de outras especialidades, que têm boa *expertise*, não apenas no diagnóstico, como na terapêutica.

Quanto à **etiopatogenia**, é sabido que a depressão não resulta de uma causa isolada, mas, sim, de uma combinação de fatores (culturais, ambientais, genéticos, neurológicos, endócrinos, imunológicos, bioquímicos e psicológicos). Os acontecimentos da vida (perdas - morte de pessoas queridas, dificuldades financeiras, separações, mudanças), a vulnerabilidade genética (como exemplo famílias onde a depressão ocorre com frequência elevada), as teorias biológicas (neurotransmissores e fatores neuroendócrinos - por excesso ou falta de substâncias no cérebro), as teorias psicossociais (modelos psicanalíticos e psicodinâmicos e modelos comportamentais), e, mais recen-

temente, a biologia molecular (envolvendo plasticidade neuronal), são fatores que, através de interações complexas, estão relacionados ao surgimento, manutenção ou agravamento da depressão.

Os principais **sintomas** são: sentimentos persistentes de tristeza; ansiedade, angústia ou vazio; desânimo, cansaço e perda de energia; melancolia; crises frequentes de choro; diminuição da capacidade de sentir prazer (anedonia) e do interesse em atividades anteriormente agradáveis, inclusive o sexo, *hobbies* e rotinas diárias; insônia; diminuição do apetite e do peso; lentidão de pensamento e da atividade física; diminuição da memória e da concentração; dificuldade de tomar decisões; sentimentos de pesar ou fracasso; culpa; sentimento de desvalorização, inferioridade e pena de si mesmo; persistência de pensamentos negativos; pessimismo; isolamento; irritabilidade ou impaciência; e inquietação. Menos frequentemente, aparecem dificuldade ou incapacidade para chorar; aumento do apetite; sonolência excessiva. Há também dificuldade para iniciar tarefas e para terminar o que foi iniciado; preocupação com a morte; sensação de que a vida não vale à pena e desejo de morrer. Não raras são as queixas somáticas, vagas (*dores pelo corpo, desconforto no peito*, ou alterações digestivas).

Podem haver alternância entre períodos de piora, com outro de melhora causando, ao paciente, a sensação de que *nunca vai melhorar*.

Para o **diagnóstico** adequado da depressão, são usados os critérios definidos no DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ªEd.) da *American Psychiatric Association* (APA), 4ª. edição, e os da Classificação Internacional de Doenças (CID-10, da Organização Mundial da Saúde).

A **CID-10 (OMS)**, para o diagnóstico de episódio depressivo, lista os seguintes:

Sintomas fundamentais:

1. humor deprimido
2. perda de interesse
3. fadigabilidade

Sintomas acessórios:

1. concentração e atenção reduzidas
2. auto-estima e autoconfiança reduzidas
3. idéias de culpa e inutilidade
4. visões desoladas e pessimistas do futuro
5. idéias ou atos autolesivos ou suicídio
6. alterações do sono
7. alterações do apetite
8. irritabilidade e impaciência
9. incapacidade de tomar decisões

SENDO QUE havendo:

2 sintomas fundamentais + 2 sintomas acessórios – o quadro é classificado como **Episódio Leve**, em que o paciente sofre com os sintomas, mas continua capaz de desempenhar as suas atividades habituais.

2 sintomas fundamentais + 3 a 4 sintomas acessórios – compõem o **Episódio Moderado**, no qual o paciente tem muita dificuldade de desempenhar as suas funções de rotina.

3 sintomas fundamentais + >4 sintomas acessórios – configuram **Episódio Grave**, onde os sintomas são severos e podem tornar as atividades laborais ou sociais quase impossíveis; se acompanhados de alucinações, delírios, estupor, se caracteriza o **Episódio Grave com Sintomas Psicóticos**.

O tratamento pode ser eficaz, desde adequadamente prescrito e seguido, havendo necessidade, muitas vezes, da associação de psicofármacos, em dose e duração adequadas e de métodos psicoterápicos. No episódio depressivo maior, os antidepressivos são o principal método terapêutico, devendo-se, obviamente, ter sempre em mente os vários aspectos demográficos e a sintomatologia, predominante, de cada paciente. Devem, obviamente, ser consideradas, também, as características de cada produto, com ênfase à possibilidade dos seus efeitos colaterais, com relação às características do paciente. Tem sido observada a utilidade da escolha de um produto, na hipótese de o mesmo ter sido eficaz, para um parente próximo do paciente.

A resposta terapêutica, em geral, não ocorre logo após o início do uso do antidepressivo, o que vem a se dar, na maioria das vezes, depois da segunda semana de tratamento, havendo casos em que tal benefício só ocorre depois da sexta semana. Este aspecto deve ser avisado ao paciente e aos seus familiares, recomendando-lhes para que o medicamento seja mantido, mesmo que possam surgir alguns efeitos colaterais. Tais paraféitos, em geral, costumam desaparecer no decorrer do tratamento e podem ser evitados ou minimizados, se forem associados com medicamentos procinéticos, como a domperidona. A ansiedade, um sintoma comum e muitas vezes severo no quadro depressivo, deve ser tratada com tranquilizante benzodiazepínico (clonazepan ou alprazolam), pelo período de tempo necessário, até que o antidepressivo produza o necessário efeito

terapêutico. Há a recomendação para não usar ansiolítico por longo tempo.

Para evitar insucesso terapêutico ou recorrência, há, igualmente, a recomendação para que o antidepressivo seja mantido por um período suficiente(até doze meses, para um primeiro episódio). Para recorrência ou outras situações em que haja o risco da mesma, a terapêutica será mais duradoura: até 60 meses se for um segundo episódio, ou, até mesmo, para uso contínuo, a partir do terceiro episódio, geralmente na dose que foi a eficaz na fase aguda.

Deve, por outro lado, igualmente, ser assegurado ao paciente que antidepressivos, ao contrário dos benzodiazepínicos, não causam dependência e que, se, por qualquer razão, for decidida a sua interrupção, esta deve ser feita, gradualmente, em torno de uma a duas semanas.

Especialistas continuam a colocar a eletroconvulsoterapia (ECT) como um método eficaz e seguro, desde que executado adequadamente, o que inclui a anestesia geral. Tal recurso tem sido reservado para casos de depressão grave e refratária a outros tratamentos, com índice de resposta que pode alcançar 80% a 90%.

De outros progressos terapêuticos, é citada a estimulação magnética transcraniana (TMS), tratamento experimental, ao que consta, ainda sem comprovação de sua eficácia.

Alguns aspectos, **com relação aos familiares e outras pessoas**, que mantêm contato com a pessoa que está sofrendo de depressão, são, a seguir, abordados.

Um grande malefício que, muitas vezes, familiares ou pessoas amigas, fazem, ao paciente deprimido, é dizer-lhes que

“a sua recuperação dependente da sua força de vontade...” Nada mais ilusório e prejudicial é este tipo de abordagem, porquanto a pessoa, estando deprimida, fica desprovida de toda a força de espírito; e a sensação de esperança é algo que já lhe fugiu. Assim, palavras de apoio e otimismo são, sempre, muito úteis, mas sem colocar, para o paciente, a maior responsabilidade pela sua recuperação.

A remissão, total ou significativa, dos sintomas ansiosos ocorre, em geral, quando se alcança o efeito pleno do anti-depressivo. Tal remissão pode não se dar ou ser apenas parcial, quando há comorbidades, do tipo transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno psicótico, transtorno de personalidade, ou quando se tratar de transtorno bipolar do humor. Em tais casos, deve o paciente ser acompanhado por psiquiatra, o qual, conforme critérios técnicos, poderá lançar mão de métodos assessórios (neurolépticos, anticonvulsivantes, psicoterapia, ECT etc.).

Muitos outros aspectos sobre depressão e seu tratamento, pelo clínico ou generalista, constam em publicações especializadas.

Uma ressalva mandatória é a de que pacientes com depressão, salvo na forma grave, com sintomas psicóticos, têm preservado o **seu juízo** e, assim, devem ser considerados como pessoas com grande potencial para a vida familiar e social.

São, em geral, pessoas de caráter forte, altivez e grande capacidade de luta, ficando abatidas somente em razão do rebaixamento de humor e do grande sofrimento, verdadeira *dor na alma*. Não devem, portanto, ser consideradas pessoas fracas ou pusilânimes. Ao contrário, são clássicos os exemplos

de figuras valorosas, em várias áreas da atividade humana, que sofreram de depressão e se destacaram, como grandes vencedores para si e, mesmo, para seus semelhantes.

A seguir citam-se algumas pessoas **notáveis, que sofreram de depressão:**

Davi - Rei de Israel teria vivido de 1040 a 970 a.C.; considerado o maior rei de Israel, era músico, poeta e salmista (“Por que estás abatida, ó minha alma?”, salmo 42).

Profeta **Jeremias** - teve a sua atividade profética iniciada entre os anos de 626 ou 627 a.C.; camponês muito humilde, seria filho de Hilquias (ou Helcias), um dos sacerdotes de Anatote, no território de Benjamim, a menos de cinco quilômetros ao nordeste do Monte do Templo, em Jerusalém, mas ligado às tradições proféticas do Norte; é considerado o autor do Livro de Jeremias e Livro das Lamentações de Jeremias.

Jó - teria vivido no Sec.IV a.C., em Uz, atual Iraque.

Alexandre - dito o *Grande ou Magno*, rei, aos 20 anos, da Macedônia, nasceu em 323 a.C. ; tido como o mais célebre conquistador do Mundo Antigo (império que ia dos Balcãs à Índia, incluindo o Egito, a Pérsia e o atual Afeganistão), fundou, entre dezenas de outras cidades, Alexandria - que era o maior centro cultural, científico e econômico da Antiguidade, durante 300 anos; e expandiu, o quanto pôde, o helenismo.

São Francisco de Assis - nascido Giovanni di Pietro di Bernardone (1182-1226); .tomado pela depressão, sua malária retornou; criou a grande Ordem dos Franciscanos.

Joana D'Arc (1412- 1431) – descendente de camponeses modestos e analfabetos, foi heroína, na *Guerra dos Cem Anos*, contra os borguinhões e seus aliados ingleses; liderou várias vitórias.

rias, como a libertação de Orleans; foi queimada viva, após prisão demorada; canonizada em 1920, é a Santa Padroeira da França.

Michelangelo (Michelangelo di Lodovico Buonarroti Simoni, 1475 — 1564) - figura exponencial do Renascimento Italiano, era pintor, escultor, poeta e arquiteto; considerado um dos maiores criadores da história da arte do Ocidente (*Baco*, a *Pietà*, *David*, *Moisés* etc.) exerceu sua arte, também, na Basílica de São Pedro, tendo, no teto da Capela Sistina, pintado o *Juízo Final*.

Lutero (**Martin Luther**, em alemão, 1483-1546) - sacerdote católico e professor de teologia, foi a figura central da Reforma Protestante, contra os conceitos da Igreja Católica (venda de indulgências); sua teologia desafiou a autoridade papal, na Igreja Católica Romana, pois ensinava que a Bíblia é a única fonte de conhecimento, divinamente revelada e opôs-se ao *sacerdotalismo*, por considerar todos os cristãos batizados como um *sacerdócio santo*; com sua tradução da Bíblia para o alemão e a influência para a tradução em inglês, tornou o livro mais acessível; estabeleceu o casamento clerical; no final da vida adotou pregação antissemita.

Santo Inácio de Loiola (1491 —1556) - nascido Íñigo López, no País Basco, foi o fundador da Companhia de Jesus (Jesuitas), tida com a maior ordem religiosa, católica, no Mundo.

Elizabeth I (1533-1603) - Rainha da Inglaterra e da Irlanda, fundou a Bolsa de Londres; durante seu reinado, a Inglaterra tornou-se o principal centro financeiro e “dona dos mares” da Europa; com seu pragmatismo, desenvolveu o comércio com várias partes do mundo; fundou a Companhia das Índias Orientais.

Robert Burton (1577-1640) - inglês; entre outras obras, escreveu *Anatomia da Melancolia*.

Sir Isaac Newton (1643-1727) - físico, matemático, astrônomo, alquimista, filósofo natural e teólogo inglês; sua obra - *Philosophiae Naturalis Principia Mathematica* - é considerada uma das mais influentes, na história da ciência, na qual descreveu a lei da gravitação universal e as três leis de Newton, que fundamentaram a Mecânica clássica.

Johann George Zimmermann (1728 - 1795) - suíço, foi filósofo, escritor, naturalista e físico.

Jorge III (1738-1820) - nascido George William Frederick, foi Rei da Grã-Bretanha e, depois, do Reino Unido; no seu reinado, deu-se a independência dos EUA; foi ele quem, em 1808, mandou escortar, até o Brasil, D.João VI e a Corte Portuguesa, que fugiam da invasão, pelas tropas de Napoleão.

George Washington (1732 - 1799) - foi o comandante do Exército Continental, na Guerra da Independência e o primeiro presidente constitucional dos EUA; pela sua grande contribuição ao país, é considerado “Pai da Pátria” e empresta seu nome à capital estadunidense.

Thomas Jefferson (1743 -1826) - 3º. Presidente dos EUA e o principal autor da Declaração de Independência (1776) daquele país; foi considerado um dos mais influentes “Pais Fundadores” da nação, mercê dos seus ideais republicanos; foi também filósofo do Iluminismo.

Francisco de Goya (1746 - 1828) - pintor e gravador espanhol, cujas produções artísticas incluem: retratos, paisagens, cenas mitológicas, tragédia, comédia, sátira, farsa, homens, deuses e demônios, feiticeiros, e um pouco do obscuro.

William Blake (1757-1827) - inglês; muito festejado, *post-mortem*, como pintor e poeta.

Robert Burns (1759-1796) - escocês, de escrita simples e espontânea, produziu 559 poemas e canções, uma das quais (“A valsa da Despedida”) foi vertida para o português, por Alberto Ribeiro e *Braguinha*.

Andrew Jackson (1767-1845) - sétimo presidente dos EUA, de 1829 a 1837; foi cruel com os indígenas; tinha feição populista, beirando a demagogia.

Napoleão Bonaparte (1769-1821) - exerceu o poder, na França, por 3 períodos: 1799-1804 (Consulado), 1804-1815 (Império) e 1815 (Governo dos Cem Dias); sob seu domínio, ocorreu, na França, a recuperação, quanto aos aspectos: econômicos (estímulo à produção, redução da inflação e fundação do Banco da França), jurídicos (*Código Napoleônico*), administrativos (graças a funcionários competentes) e educacionais (ênfase na educação pública).

Ludwig van Beethoven (1770-1827), grande compositor alemão; nos últimos anos de sua vida, apesar da depressão, teve grande fase criativa.

Arthur Schopenhauer (1788-1860) - alemão, foi o filósofo que introduziu o budismo e o pensamento indiano, na metafísica alemã; influenciou o pensamento de Friedrich Nietzsche; acreditava no amor, como meta na vida, mas, não, que tal tivesse a ver com a felicidade.

Lord Byron (George Gordon Byron, 1788-1824) - britânico, um dos maiores poetas europeus, foi célebre por suas obras-primas, como *Peregrinação de Child Harold* e *Don Juan*.

Gioachino Rossini (1792-1868) - compositor erudito italiano, muito popular; criou 39 óperas, e outros trabalhos, para música sacra e música de câmara, como "O Barbeiro de Sevilha", "A Cinderela" e "Guilherme Tell".

Victor Hugo (1802-1885) - parisiense, foi um romancista, poeta, dramaturgo, ensaísta, artista, estadista e ativista pelos direitos humanos, no seu país; duas de suas obras mais famosas são: *Les Misérables* e *Notre-Dame de Paris*.

Hans Christian Andersen (Copenhague, 1805-1875) notável autor dinamarquês de obras literárias infantis (*O Patinho Feio, A Caixinha de Surpresas, Os Sapatinhos Vermelhos, O Soldadinho de Chumbo, A Pequena Sereia, A Roupa Nova do Rei, A Polegarzinha* e outras).

Charles Darwin (Seleção Natural das Espécies, após quase 5 anos de pesquisas, no seu navio *Beagle*, ao redor do Mundo.

Abraham Lincoln (1809-1865)- 16º presidente dos EUA, liderou o país, de forma bem sucedida, durante sua maior crise interna (a Guerra Civil), preservando a União e abolindo a escravidão; foi o primeiro presidente dos EUA a ser assassinado.

Frederic Chopin (1810-1849) - polonês, radicado na França, foi compositor, para piano, da Era Romântica, sendo amplamente conhecido como um dos maiores compositores para piano e um dos pianistas mais importantes da História.

Rainha Vitória (Alexandrina Victoria 1819–1901) – monarca do Reino Unido, por 63 anos e 7 meses, o período mais longo da história, de grande progressos e expansão do Império

Brirânico; foi identificada com padrões de moralidade (*Era Victoriana*).

Charles Dickens – (1812 - 1870) escritor e crítico social inglês; considerado o maior novelista do período vitoriano.

Ignaz Philipp Semmelweis - (1818 – 1865) - médico húngaro, pioneiro dos procedimentos antissépticos; comprovou, no hospital austríaco, onde trabalhava, a redução drástica da infecção puerperal, na clínica obstétrica onde era feita a higienização das mãos, em contraste com a outra clínica, do mesmo hospital, onde tal medida não era realizada; em 15.05.1847, estabeleceu aquela ação preventiva que, atualmente, ainda é a mais importante, na prevenção das infecções relacionadas com a assistência à saúde (IRAS); v. considerações sobre o *Pai do Controle da Infecção Hospitalar*, em outro capítulo deste trabalho.

Florence Nightingale(1820-1910) - nascida em Florença (Itália), firmou-se com enfermeira, britânica, tendo ficado famosa por ser pioneira no tratamento dos feridos, durante a Guerra da Criméia, com particular relevância na prevenção das infecções hospitalares.

Charles Baudelaire (1821-1867) - poeta francês, considerado um dos precursores do Simbolismo e fundador da Poesia Moderna.

Fyodor Mikhailovich Dostoyevsky (1821 – 1881) - escritor russo de novelas, histórias e ensaios (obras mais conhecidas: *Crime e Castigo* e *Irmãos Karamazov*, dentre outras).

Liev Tolstói (ou **Léon Tolstói**, (1828-1910) - também russo e um dos maiores escritores de todos os tempos; pacifista; exemplos de suas obras são: *Guerra e Paz*, sobre as campanhas

de Napoleão na Rússia, e *Anna Karenina*, onde denuncia o ambiente hipócrita da época e realiza um dos retratos femininos mais profundos e sugestivos da Literatura.

Claude Monet (1840-1926) - francês, foi o mais célebre entre os pintores impressionistas; o termo *impressionismo* surgiu da crítica negativa a um dos seus primeiros quadros ("*Impressão, nascer do sol*"), mas foi assumido por Monet e seus colegas, cientes da revolução que estavam iniciando na pintura.

Mark Twain (Samuel Langhorne Clemens, 1835-1910) - foi um escritor e humorista estadunidense, mais conhecido pelos romances *The Adventures of Tom Sawyer* (1876) e sua sequência de *Adventures of Huckleberry Finn* (1885), este último frequentemente chamado de "O Maior Romance Americano".

Pyotr Ilyich Tchaikovsky (1840-1893)- compositor russo (sinfonias, concertos, operas, música de câmara e ballet); famoso internacionalmente, foi dele o concerto inaugural do *Carnegie Hall*, em Nova Iorque (1891); foi premiado pelo czar russo.

Thomas Edison (1847-1931) - empresário estadunidense, realizou várias invenções(fonógrafo, câmera de cinema e luz elétrica, dentre outras), sendo o quarto maior inventor da História (cerca de 1.093 patentes).

Paul Gauguin (1848 - 1903) - pintor francês, cujo estilo foi tão singular, como o de Van Gogh, de quem era muito amigo, ou de Paul Cézanne; fundador do grupo *Les Nabis*, que, mais do que um conceito artístico, representava uma forma de pensar a pintura, como filosofia de vida.

Vincent van Gogh (1853-1890) - foi um pintor pós-impresionista, neerlandês, frequentemente considerado um dos maiores de todos os tempos; a sua fama póstuma cresceu, especialmente, após a exibição das suas telas, em Paris, a 17.03.1901; é pioneiro na ligação das tendências impresionistas com as aspirações modernistas, sendo a sua influência reconhecida, em varias das frentes da arte do século XIX, como o expressionismo, o fauvismo e o abstraccionismo.

Sigmund Freud (1856-1939) - médico neurologista, judeu-austriaco (nasceu em Freiburg, atual República Tcheca, na época pertencente ao Império Austriaco); nos seus estudos pela utilização da hipnose, como método de tratamento para pacientes com histeria, supôs ser psicológica - e não orgânica - a causa do referido transtorno, o que embasou seus outros conceitos, como o do *inconsciente*; criou a psicanálise e escreveu um livro sobre a interpretação dos sonhos.

Theodore Roosevelt, Jr.(1858-1919 - 26º presidente dos EUA, era historiador, naturalista, explorador, escritor e militar.

James M. Barrie (1860-1937) - escritor e dramaturgo escocês, famoso por ser o criador do personagem *Peter Pan*, para a peça *Peter and Wendy* e o livro homônimo, para crianças.

Henri Toulouse-Lautrec (1864-1901) - foi um pintor pós-impresionista e litógrafo francês, conhecido por pintar a vida boêmia de Paris, do final do século XIX, sendo ele próprio um boêmio; mesmo falecendo cedo, deixou um legado artístico importantíssimo; Lautrec revolucionou o *design* gráfico dos cartazes publicitários, ajudando a definir o estilo, que seria posteriormente conhecido como *Art Nouveau*.

John Calvin Coolidge, Jr.(1872-1933) - 30º presidente dos EUA; seu governo ficou conhecido pelo liberalismo econômico e a não intervenção estatal, o que levou o seu país a um dos períodos de maior crescimento econômico, mas com grande especulação financeira.

Sergei Rachmaninoff (1873-1943) - compositor, pianista e maestro russo, foi um dos últimos grandes expoentes do estilo Romântico, na música clássica européia.

Winston Churchill (1874-1965) - Primeiro-Ministro Britânico, por duas vezes, uma das quais durante a Segunda Guerra Mundial; historiador, escritor e artista, recebeu o Prêmio Nobel de Literatura e o título de Cidadão Honorário dos Estados Unidos.

Virginia Woolf (1882-1941) - escritora, ensaísta e editora britânica, foi uma das mais proeminentes figuras do modernismo.

Franz Kafka (1883-1942) - judeu, nascido em Praga, foi um dos maiores escritores de ficção da língua alemã, do século XX, cujos textos (*A Metamorfose*, *O Processo* e *O Castelo*, por exemplo) são tidos entre os mais influentes da literatura ocidental.

T.S.Eliot (1888-1965) - poeta modernista, dramaturgo e crítico literário; nascido nos EUA, mudou-se em 1914 para Inglaterra; Nobel de Literatura em 1948.

Cole Porter (1891-1964) - notável músico e compositor estadunidense, suas obras incluem as comédias musicais e outras românticas, como “Night and Day”, “I Get a Kick Out of You” e “I’ve Got You Under My Skin”.

William Faulkner (1897 –1962) – conhecido escritor dos EUA, Nobel de Literatura em 1949.

Francis Scott Key Fitzgerald (1896 – 1940) - um dos maiores escritores estadunidenses no Século XX, cujas histórias mais famosas foram *This Side of Paradise*, *The Beautiful and Damned*, *Tender Is the Night* e *The Great Gatsby*.

Ernest Hemingway (1899 —1961) - escritor estadunidense, foi correspondente de guerra em Madrid, durante a Guerra Civil Espanhola, experiência que o inspirou para uma de suas maiores obras, *Por Quem os Sinos Dobram*; ao fim da Segunda Guerra Mundial, se instalou em Cuba.

Spencer Tracy (5 de abril de 1900 – 10 de junho de 1967) - famoso ator de cinema dos EUA; teve sucesso no teatro e depois no cinema (2 prêmios *Oscar*).

Howard Hughes (1905 –1976) - foi aviador, engenheiro, industrial, produtor e diretor cinematográfico; um dos homens mais ricos do mundo, foi dono da *TWA* (Aviação).

Samuel Beckett (1906-1989) - escritor e dramaturgo irlandês, Nobel de Literatura em 1969.

Menachem Begin, (1913-1992) - judeu nascido na Rússia, foi o sexto Primeiro-ministro de Israel.

Laurence Olivier (1907-1989) - inglês, foi ator, produtor e diretor de cinema; vencedor de prêmios, como *Oscar*, Globo de Ouro, BAFTA e quatro vezes vencedor do *Emmy*; chegou a ser tido como o maior ator anglófono de todos os tempos.

Carmen Miranda (1909-1955), nascida Maria do Carmo Miranda da Cunha, em Portugal, morou no Brasil, desde a primeira infância; sua carreira de cantora e atriz transcorreu no

Brasil e EUA; de estilo eclético, foi considerada a precursora do tropicalismo.

Tennessee Williams (pseudônimo de **Thomas Lanier Williams**, 1911-1983) - dramaturgo estadunidense, ganhador de muitos prêmios, inclusive o *Pulitzer* (*Um bonde chamado desejo*).

Salvador Edward Luria (1912-1991) - microbiologista italiano, naturalizado estadunidense, recebeu, junto com Max Delbruck e Alfred Hershey, o Nobel de Fisiologia/Medicina de 1969, por investigar o mecanismo das infecções virais, em células vivas, especialmente os bacteriófagos.

Vivien Leigh (1913-1967) - atriz britânica, esposa de Laurence Olivier; destacou-se no cinema (exemplos:*Um bonde chamado desejo* e *o Vento Levou*, entre outros), tendo ganho *Oscar* e, no teatro, teve carreira prolífica, em parceria com seu esposo.

Judy Garland (1922-1969), nascida Frances Ethel Gumm, esta atriz estadunidense foi uma das maiores estrelas cantoras da “Era de Ouro” , de Hollywood, de filmes musicais; sua carreira durou 45 anos, no palco e no cinema, com papéis musicais e dramáticos; seu filme mais famoso foi *O Mágico de Oz*; mãe da cantora e atriz Liza Minnelli (*Cabaret*).

Marlon Brando (1924-2004) – dos EUA, considerado um dos maiores de Hollywood (mais 40 filmes e 8 prêmios de melhor ator, dos quais 2 *Oscars*, 2 *Globo de Ouro* e 1 em Cannes).

Truman Capote (Truman Streckfus Persons, 1924-1984) – dos EUA, sua vida foi tão polêmica quanto grandes foram suas obras; pai do romance de “não-ficção”; algumas de suas

obras foram levadas para o cinema (*A Sangue Frio e Bonequinha de Luxo*).

Art Buchwald (1925-2007) - no jornal *The Washington Post*, era famoso por sua coluna de sátira política ; Prémio Pulitzer em 1982.

Michel Foucault (1926 – 1984) - francês, era filósofo, escritor e professor de História dos Sistemas de Pensamento.

Marilyn Monroe (1926-1962), nascida Norma Jeane Mortenson , foi uma das mais célebres atrizes dos EUA e uma das mais famosas estrelas de cinema, de todos os tempos, um símbolo de sensualidade e um ícone de popularidade no século XX.

Audrey Hepburn (1929-1993) - nascida Audrey Kathleen Ruston, foi premiada atriz, modelo e humanista belga, radicada na Inglaterra e Países Baixos; considerada a atriz de Hollywood mais bonita da história, ícone de estilo e a terceira maior lenda feminina do cinema; fez diversos filmes, entre eles *Bonequinha de Luxo* e *A Princesa e o Plebeu*, tendo este último lhe rendido o Oscar de Melhor Atriz, em 1954.

Edwin “Buzz” Aldrin– (n. em 1930) - um dos 3 astronautas dos EUA, da 1ª. missão à Lua (1969), sendo o segundo homem a pisar no solo daquele satélite.

Ralph Nader – n. em 1934, - advogado e político estadunidense, de origem libanesa, ficou célebre, pelas suas campanhas a favor dos direitos dos consumidores nos 1960s

Sir Anthony Hopkins, (n. 1937, País de Gales) - considerado como um dos maiores atores em atividade; um dos seus filmes famoso (*O Silêncio dos Inocentes*) lhe propiciou o Oscar de Melhor Ator; se tornou cidadão americano em 2000.

John Lennon (1940-1980) - inglês de Liverpool, foi um músico, compositor, escritor e ativista; um dos fundadores do grupo de rock britânico *The Beatles*; constam, como atribuídas a ele e a Paul McCartney, famosas canções (“Help!”, “Strawberry Fields Forever” e “All You Need Is Love”, “Revolution”, “Lucy in the Sky with Diamonds”, “Come Together”, “Across the Universe”, “Don’t Let Me Down”); já na carreira *solo*, citam-se: “Imagine”, “Instant Karma!”, “Happy Xmas (War is Over)”, “Woman”, “Just Like - Starting Over” e “Watching the Wheels”); foi assassinato, na frente do seu edifício residencial, em Nova Iorque.

Harrison Ford, n. em 1942 - ator de cinema estadunidense, tem, entre suas principais atuações, as de *Star Wars*, *Indiana Jones* e *Blade Runner*.

Francis Ford Coppola- (Detroit,n.em 07.04.1939) - é um produtor, roteirista e cineasta dos EUA, reconhecido internacionalmente pela aclamada trilogia de *O Poderoso Chefão*; pai da cineasta Sofia Coppola e tio do ator Nicolas Cage; teve muitas indicações para o Oscar e Palma de Ouro de Cannes, com várias premiações.

Natalie Cole (Stephanie Natalie Maria Cole (n. em 06.02.1950, Los Angeles) - cantora e ganhadora de oito prêmios *GRAMMY*; filha do também cantor e compositor Nat King Cole (n. 1919 - m. 1965)., tendo, em 1991, gravado *Unforgettable*, onde a voz de seu pai, remasterizada, foi mixada à sua, para simular que os dois, pai e filha, cantavam juntos; contraiu hepatite C, por causa do uso de droga injetáveis, tendo superado os seus agravos emocionais, após tratamento.

Kjell Magne Bondevik (n. em 1947) - pastor luterano, foi Primeiro-Ministro da Noruega, em dois períodos e, mesmo sofrendo de depressão, foi um grande líder mundial.

Kathy Cronkite (n. em 1950) - estadunidense, atriz profissional, conferencista e escritora sobre problemas de saúde mental, especialmente sobre depressão.

Margaux Hemingway (1954 – 1996): foi uma modelo e atriz estadunidense, neta de Ernest Hemingway.

Diana Frances Spencer, Princesa de Gales (1961-1997) - uma das mulheres mais famosas do Mundo, ícone da moda, ideal de beleza e elegância femininas; admirada por seu trabalho de caridade, em especial por seu envolvimento no combate à *AIDS* e na campanha internacional contra as minas terrestres; sua trágica e inesperada morte, ocorrida após um acidente de carro, foi seguida de um grande luto público.

26 - Síndromes digestivas funcionais: nuances terapêuticas

(Por Milena Santana Girão)

Uma senhora, nos seus 70's, do lar, se queixava de que, principalmente pela manhã, tinha episódios de cólicas intestinais, com tendência a hiperdefecação, fezes às vezes em cíbolos, às vezes pastosas, com certo alívio da dor abdominal após a evacuação, acrescentando que, muitas vezes, havia a sensação, também desagradável, de que a evacuação não fora completa.

Em razão disso fez consulta com um Coloproctologista, o qual, após realizar colonoscopia que não mostrou lesões orgânicas, *tranquilizou a paciente, lhe dizendo não ter encontrado doença.*

Após algum tempo, a paciente fez consulta com um médico da área clínica, mencionando as mesmas queixas, as quais, então, estavam acrescidas de dores, difusas, “pelo corpo”, tristeza, desânimo e sensação de desesperança. Depois de analisados os sintomas, sem achados anormais, no exame clínico, lhe foi dado o diagnóstico de uma síndrome do intestino irritável (SII), sendo-lhe prescrita dose baixa de Amitriptilina (12,5 mg) e Pinavério, 100 mg 2 x ao dia, com o que a paciente teve significativa remissão da dor abdominal e da hiperdefecação. Persistiu, contudo, com os sintomas depressivos, agravados pelas dores músculo-esqueléticas.

A paciente continuou tendo rabaixamento do humor, apesar do uso de Duloxetina, em dose baixa, e Pregabalina,

que lhe foram prescritos por um especialista em tratamento de dor. Em face de sonolência diurna, ficou usando, apenas, a Duloxetina. Passou, então, a realizar, em intervalos menos espaçados, as consultas clínicas, quando, além dos sintomas, antes citados, dispunha de bastante tempo para relatar o estresse psicológico, que, de longa data, vivenciava, em razão de problemas familiares, relacionados, principalmente com o seu esposo e uma filha.

Em cada consulta, após o relato dos sintomas e do exame físico, era dado, à paciente, tempo suficiente para falar sobre o que ela desejasse, depois do que recebia do médico palavras de compreensão e apoio, além de eventual modificação da terapêutica medicamentosa. A dose da Duloxetina foi aumentada para 60 mg/dia, visando a minorar os sintomas depressivos e dolorosos, sendo mantida a Amitripilina em 12,5 mg. Quanto ao Pinavério, ficou a recomendação que fosse usado, por períodos variados, quando crises de dor abdominal e/ou de hiperdefecação voltassem a ocorrer.

A paciente passou a ter uma melhoria importante na sua qualidade de vida. O relato do presente caso é feito com o objetivo de se demonstrar que, para o paciente - dito "funcional" - não é suficiente lhe prescrevermos, apenas, medicamentos e lhe assegurarmos da inexistência de uma doença grave. Pelo grau de sofrimento que lhe comete, ele necessita, também e em grande medida, de uma abordagem terapêutica que contemple, os seus aspectos psicossociais. Para tanto, o médico necessita de estar, sempre que possível, disponível para ouvir a paciente, mesmo em consultas não previamente apazadas ou, até, por telefone, sobre sintomas que surjam e que venham a gerar sofrimento.

27 - Reflexões éticas em Sexologia Feminina

(Por **Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra**)

Em muitos aspectos, se distingue a atuação do ginecologista da dos demais especialistas médicos. Lida-se com alguns de infortúnios, que, na maioria das vezes, “não se deve falar diante das crianças”. Escondemos a genitália, não só com a roupa do corpo, mas, também, com o constrangimento e a fuga de não se falar no assunto. Perguntar sobre hábitos do dia a dia (fumo e etilismo, dentre outros), parece tão inerente à história clínica e, mais facilmente, se faz, sem tanto zelo ou apreensão.

Lembrar ao estudante ou ao médico residente da necessidade de arguir, na anamnese, sobre os aspectos da sexualidade feminina trás, eventualmente, a enfadonha resposta do aluno: *Não me sinto à vontade; é mesmo necessário?*

Como perguntar sobre aquilo que aprendemos, por orientação doméstica a manter em recato, no mais absoluto segredo. Demonstrar interesse e adquirir habilidade específica de se inquerir sobre a saúde genital da mulher: com que instrumentos, com que elementos? Talvez, por hábitos de discrição e pudor, relega-se, durante consulta clínica, a saúde da genitália, saúde sexual, funções evacuatórias, ao esquecimento, deixando de inquerir sobre tais aspectos.

Não raro, *entrarmos na sala de estar e sairmos desta casa sem invadir a intimidade de seus cômodos*, pois na imprecisão das perguntas automáticas, sem expressão de sentimentos, simplesmente utiliza-se a estratégia prática de não fazer as perguntas *constrangedoras*.

Ao iniciar a entrevista ginecológica, aborda-se inicialmente e inevitavelmente o fisiológico. Precisamos relacionar os dados da história com os nossos parâmetros da literatura. Quantos dias? Qual o volume? Existem sintomas associados, como cólicas? Caracterizar numericamente e aferir a normalidade do ciclo menstrual é a porta de entrada, a recepção deste ambiente de perguntas *invasivas* daqueles segredos que não se revelam aos menos íntimos. Pergunta-se sobre o fluxo menstrual, paridade, como foram as gestações, partos normais, abortamentos...Anota-se matematicamente todos esses dados. Completa, a ficha de anamnese, confirma-se que até aquele momento ninguém “tocou no assunto”!

Mas, como perguntar sobre a intimidade da vida sexual de uma senhora? Onde isso interfere naquilo que se investiga com a história clínica? Afinal, a mulher que está em consulta procurou o atendimento por uma enfermidade e você vai perguntar se ela tem relações sexuais, como, quando, onde? O que cabe ao médico, neste contexto? Devo *entrar nestes cômodos de segredos e intimidades*, muitas vezes velados para amigas, irmãs, mãe e até o companheiro? Se planejo uma prescrição ou uma intervenção cirúrgica, preciso inquirir detalhes tão íntimos?

... *“penetrando no interior dos lares, meus olhos serão cegos, minha língua calará os segredos que me forem revelados, o que terei como preceito de honra”...*

(Juramento de Hipócrates)

Antes de sermos médicos - que pergunta e intervém, somos primariamente homens e mulheres, com iguais dimensões de sexualidade. Quando inquerimos uma dor abdominal, dispneia, palpitação, comumente não precisamos necessariamente trazer em nosso repertório de experiências sensoriais a lembrança do que ocorreu conosco. Felizmente, não precisamos padecer de uma enfermidade, para poder investigá-la. Utilizamos de técnicas de anamnese, que nos direcionam para a hipótese diagnóstica precisa, orientando nosso raciocínio clínico, para o melhor tratamento.

Brevemente vem a lembrança de situações onde se falou de sexo na anamnese:

-A senhora AINDA tem relações sexuais? pergunta o clínico cauteloso, em consulta primariamente por queixas climatéricas

-Graças a Deus não, Doutor! De pronto, responde a cliente, ansiosa por mudar de assunto.

-Mas você, Já tem relações sexuais, menina? À adolescente pergunta o médico de família.

-Ah Doutor, assim o senhor me deixa envergonhada, a minha mãe nem sonha com isso! Assustada, a menina -mulher responde fitando a porta de saída.

-Quantas relações sexuais a senhora tem por semana? Pergunta o Médico Residente, como se houvesse a quantidade ideal, um número ótimo, que denote bem estar sexual.

As perguntas, que trazem julgamentos e conceitos prévios do profissional, sobre suas convicções tem cunho iatrogênico. Dolorosas de ouvir, como um procedimento, sem bloqueio

anestésico e tão desconcertantes, como a indiferença ou a antipatia do médico. Não tratam, pioram a dor e geram conflitos, incertezas, dúvida e insegurança. Não somos juízes ou censores. Somos ouvintes, facilitadores, um mero canal. Pouco importa o que pensamos, se pensamos, o que queremos, pois o que a paciente sente é o mais importante, é o que está em pauta. Devemos habilitar a capacidade de silenciar nossas restrições e conceitos pessoais, se quisermos acolher e tratar, intervir ou, pelo menos, melhorar.

- Ah, Doutor, só uma última pergunta, é que eu não sinto nada, meu marido me procura mas eu não sinto vontade. Às vezes eu até finjo interesse para satisfazê-lo, mas, na verdade, nunca senti prazer de verdade.

Não raro, mesmo sem ter sido inquerida, eventualmente a paciente foge à *normalidade* e, no final da consulta, após toda a rotineira anamnese e exame físico, certificando-se de que o profissional acolhedor pode finalmente lhe ouvir, arrisca a pergunta. Estupefato, por dentro, o médico percebe-se encurralado. Parece coagido a tocar no assunto, mesmo no fim da consulta e tudo parece cansativamente recomeçar do zero.

Mas, como começar? Como perguntar? Como orientar?

Da maneira mais simples, simplesmente perguntando!

Com poucas palavras, com simplicidade e objetividade, silenciando para esperar a resposta, dando o tempo necessário para o impacto, o raciocínio e a resposta. Não estamos para ensinar, não precisamos decorar regras, nem tampouco decifrar segredos.

-Como está sua vida sexual?...De maneira direta... Com o silêncio após a pergunta e o olho no olho, com simpatia.

Sem medidas de quantidades, pois estas pressupõem uma resposta correta, um número ideal. A única resposta certa seria: “tão frequente o quanto eu desejo”. Sem critérios, de data ou momento ideal. Estes não existem, o que importa é se as relações ocorrem, se ocorrem com prazer. Se ela falar de quantidade, só interessa saber se aquela quantidade lhe satisfaz, se ela se sente feliz, desta forma. Pois a medida do prazer ainda é a satisfação, o bem estar. A quantidade pouco importa.

Outras estratégias:

“-*Durante a penetração vaginal sente essa dor?*” Aproveitando o contexto da queixa principal

“-*A vontade de ter relação sexual mudou após o anticoncepcional?*” Inquerindo efeitos colaterais.

“-*O corrimento piora após a relação sexual?*”

A orientação simples sobre a resposta sexual humana, fisiológica, se contextualiza melhor no foco do problema. Tudo começa com o desejo de participar de atividades sexuais, pensar em sexo, a que chamamos de libido. Seguindo-se ao estímulo adequado, evolui-se com a excitação. Lubrificação vaginal, após início do estímulo. Por fim, o orgasmo, atingido em qualquer nível, que represente o incremento máximo da tensão sexual.

Estratégia sorrateira, porém de eficácia interessante, seria fazer perguntas que avaliam as disfunções sexuais com perguntas indiretas, finalizadas por “Isto acontece com você?”

“*Algumas pessoas quando percebem que o seu parceiro quer ter relações o evitam, e procuram , por exemplo, dormir mais cedo, argumentando cansaço...*”

“Algumas pessoas possuem desejo, se excitam bem, entretanto nada mais acontece – elas não chegam ao orgasmo...”

“Para algumas pessoas, quando elas se encontram em uma situação que pode evoluir para o sexo, elas sentem medo de ter dor...”

O parceiro ou parceira importa. Pode ser ele ou pode ser ela. É claro que já sabemos desta ampla gama de possibilidades, não precisamos demonstrar espanto. Nem ela precisa de seu julgamento. O sexo pode ser vaginal, oral, anal. E o que importa, para a anamnese, é simplesmente ouvir, controlando as expressões faciais, ou qualquer atitude que prenuncie julgamento, pois elas podem magoar, constranger, ferir.

Estas perguntas, desta forma, ensinam à paciente que não existem roteiros padronizados de bem estar sexual. Que não há fórmulas ou regras perfeitas. E que, simplesmente, pode se ter a melhor vida sexual do Mundo, tendo-se a sua, do seu modo, da maneira que melhor lhe satisfaz. Fazendo ambos felizes. Ela e ele ou ela e ela.

Conceitos simples, como orientar que homens e mulheres são diferentes em desejos e atitudes. Falar que mulher é diferente de homem, nem um nem o outro precisa ser igual ao parceiro. As vontades podem não coincidir, se isto não ocorrer a sinceridade e compartilhamento das limitações aproxima o casal, pactua e gera mais intimidade, que facilita a entrega ulterior. No momento certo, com o desejo presente. Você não precisa ser tão ou mais sexualmente ativa, do que suas amigas contam que são. Temos cansaços diferentes, disposições e disponibilidades diferentes.

A sexualidade é inerente à existência. Somos sexuados, antes de sermos médicos. Antes de sermos pacientes. Temos

vivências próprias e conceitos já elaborados, também sentimos, desejamos, sofremos a nossa sexualidade, diferentemente do cirurgião que palpa o abdome agudo e alcança o seu diagnóstico preciso para a cirurgia adequada, sem necessariamente nunca tê-lo sofrido.

As experiências, os prazeres, dissabores, até a dor e o infortúnio sexual, comumente convivem no cotidiano de qualquer médico, qualquer pessoa. Desta forma, sim, ele sabe, ele sente o que inquer e investiga ou o que silencia e evita. Não precisamos ser terapeutas sexuais, pós-graduados em sexologia humana, para nos habilitarmos ao inquérito da saúde sexual. Entretanto, não raro, tratamos o assunto como inexistente, evita-se perguntar a alguém que também evita falar, e todo o complexo de sinais e sintomas genitais parecem manifestar-se assexuadamente, como se esquecêssemos ou não soubéssemos da função elementar das relações.

28 - O idoso. O inválido. Familiares, acompanhantes e cuidadores.

O olhar (do velho) abarca distâncias que chegam ao infinito. As últimas etapas (da vida) são as mais belas, pois conduzem àquela plenitude para a qual nasceu o Ser mais profundo do homem.

Jung

Dos meus clientes, uma proporção razoável é de idosos.

Em boa parte das vezes, assumo a condução do caso, contando, sempre que necessário, com parecer de outros especialistas, inclusive de geriatra. A este último, transfiro a responsabilidade do tratamento, em se tratando de casos mais difíceis, colocando-me à disposição, como tenho procedido, com relação a pacientes que necessitem prioritariamente de especialistas de outras áreas.

Um aspecto a ser lembrando, é que uma redução, súbita, da cognição, em uma pessoas idosa, e que vinha razoavelmente bem, decorre, na grande parte das vezes, de intercorrências orgânicas (febre, infecção, insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória, efeitos colaterais de medicamentos, traumas etc.), situações nas quais o Clínico terá todas as condições, com uma conduta acertada, de atuar, no sentido de restaurar o estado cognitivo, anterior, do paciente.

Cabem, também, com relação ao idoso, considerações, quanto a vários aspectos, além daqueles de natureza demográfica, conforme, a seguir, se discute.

Segundo o último censo brasileiro (IBGE, 2010), houve um crescimento na participação relativa do número de pessoas, com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, chegando a 7,4% em 2010. Assim, o aumento absoluto da população do Brasil, nestes últimos dez anos, se deu, principalmente, em função do crescimento da proporção de adultos, com destaque especial para o aumento da participação da população idosa.

Com a evolução da sociedade industrial, o ser humano passou a ser valorizado, a partir da sua capacidade de produzir, sendo o envelhecimento, muitas vezes e equivocadamente, considerado como um estado de decadência, em que o idoso é posto numa posição de inferioridade.

O envelhecimento da população, de outra parte, se reflete no aumento dos gastos com aposentadorias e pensões, além daqueles inerentes a dispêndios com a assistência à saúde.

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional aconteceu de modo gradual, em um período de 70 anos, coincidindo com a queda, também gradativa, da mortalidade, em razão da melhoria da qualidade de vida.

No Brasil, como noutros países em desenvolvimento, o envelhecimento populacional só ocorreu a partir dos 1960s, em função do acréscimo na expectativa de vida e como resultado de medidas pontuais de proteção à saúde, programas de saneamento, erradicação de algumas doenças etc..

Leve-se em conta, também, que, no nosso país, há várias questões psicossociais, associadas às condições de vida do idoso, como dificuldades de acesso a bens e serviços e uma tendência ao empobrecimento, embora não exclusiva dessa população. Há que se considerar, igualmente, situações de discriminação ou, mesmo, de humilhação sociais, enfrentadas pelos

idosos. Tais problemas avultam quando os déficits neurais são mais limitantes, como a demência, Doença de Parkinson, sequelas de AVC e depressão.

Portanto, não apenas em se tratando de pacientes de clínica privada ou convênios, mas, sobretudo, ao nível do PSF, as equipes multidisciplinares devem estar empenhadas no cuidado global dessas pessoas idosas, enfatizando todas as ações que visem a promover a sua saúde ou, pelo menos, a prevenir agravos, a partir de passos simples, mas importantes, como nutrição adequada, proteção vacinal, apoio psicológico e prevenção de quedas.

Alguns aspectos quanto à **biologia da pessoa** merecem destaques.

O **envelhecimento** pode ser explicado por dois conceitos distintos:

1. Conceito Simplista: é o processo pelo qual o jovem se transforma em idoso.
2. Conceito Biológico: são fenômenos que levam à redução da capacidade de adaptação a sobrecargas funcionais.

Com o envelhecimento, ocorre uma redução na homeostase orgânica, fenômeno designado de **homeostenose**, isto é, um declínio em algumas funções – favorecendo uma maior vulnerabilidade a doenças como: infecções, doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, dentre outras.

As pessoas idosas têm, em geral, habilidades regenerativas limitadas, tornando-as mais vulneráveis, em termos de saúde e de qualidade de vida, a mudanças físicas e emocionais. Aquele, com acentuada redução da sua aptidão de recuperação, tornando-o mais suscetível a doenças, configura o **idoso frágil**.

De acordo com a cronologia, em países em desenvolvimento, o **idoso** é o indivíduo que tem 60 anos de idade ou mais, sendo que, em países desenvolvidos, aquele ponto de corte é de 65 anos. **Muito idosos** são aqueles que possuem 80/85 anos de idade ou mais. No entanto, com o intuito de permitir comparações mais diretas, entre países, a Organização Mundial da Saúde tem normatizado a idade de 65 anos, para pessoas tanto de países desenvolvidos como em países de desenvolvimento.

É oportuno lembrar que as manifestações de doenças, nos idosos, são, muitas vezes, atípicas, inespecíficas, geralmente não relatadas, podendo ter início insidioso. Na chamada terceira idade, portanto, são indispensáveis as ações preventivas, mesmo naquela pessoa aparentemente saudável, até porque, nem sempre, ela irá manifestar sintomas de doença.

No idoso, um dos paradigmas mais importantes é o de que se lhe mantenha a **autonomia**. As suas convicções pessoais merecem ser respeitadas. É importante, avaliar-lhe o grau de capacidade para tomar decisões, a fim de não lhe tolher a liberdade. Por outro lado, estando o idoso em uma fase de demência, sem muitas limitações orgânicas, há de se ficar vigilante para que não se exponha a situações, em que haja risco para sua economia, sua segurança e sua saúde. Refiro-me a situações em que o paciente, pela alteração mental, tem envolvimento, afetivo ou sexual, com pessoas de má índole, que podem tentar dilapidar o seu patrimônio.

Quando o idoso, em situações de incapacidade, temporária ou definitiva, sente exaurir-se a aptidão de gerir a sua vida, pode se valer de algumas formas para preservar os seus desejos, incluindo restrição de tratamentos extraordinários, com pouca

chance de prolongar a vida e de evitar sofrimento. Tal vontade pode ser expressa através de **Diretivas Antecipadas da Vontade** (tomada antecipada de decisão) e/ou a designação de pessoa da sua confiança, podendo ser um familiar, um amigo ou o seu de procurador, na hipótese de o idoso vir a perder a capacidade de determinar sobre si próprio. Isto pode facilitar o trabalho de toda a equipe de saúde, pois evitará a disputa ou divergência, na tomada de decisões divergentes, por diferentes membros da família ou outras pessoas que pretendam nela se envolver.

Tal decisão antecipada (*living wills*) pode ser expressa em um documento, o qual, mesmo sem uma legislação específica no nosso País, registra as preferências individuais do paciente, acerca de que medidas devem - ou não - ser tomadas, com relação a ele, em determinadas circunstâncias. A utilização de respiradores artificiais, de medidas de reanimação cardiopulmonar e outras medidas extraordinárias são exemplos de procedimentos que podem ser avaliados previamente.

O fundamental é reconhecer que o simples fato de ser velho ou ter déficit cognitivo não impede o indivíduo de tomar suas decisões e exercer plenamente a sua vontade pessoal, baseado em seus valores.

A respeito disso, acompanhei pacientes, ditos terminais, em cuja família, lamentavelmente, se registraram divergências quanto às medidas terapêuticas. Em mais de um caso, tais divergências geraram, até, intrigas entre alguns familiares, com discussões exacerbadas, na presença do paciente, o que, com certeza, lhe agravou o sofrimento.

Na maioria dos casos, felizmente, o idoso é objeto de todo o carinho e respeito por parte dos seus familiares. A propósito, tenho acompanhado, em domicílio, pacientes com demência,

alguns em fase avançada e completamente dependentes. A sua existência, no seio da sua família, é, com frequência, motivo de reuniões festivas, por ocasião do seu aniversário e em datas importantes do ano, apesar de o seu déficit cognitivo, de tão avançado, o impedir de ter, quase sempre, qualquer interação com os presentes.

Para com o cuidador, seja da família ou não, deve o médico determinar que se empenhe em adotar todas as medidas, para a saúde e o bem-estar físico do paciente, incluindo a de reinseri-lo, dentro do possível, na realização das suas atividades da vida diária, bem como a de não lhe tolher a referida autonomia. Isso nem sempre ocorre.

Durante a consulta médica, o familiar ou acompanhante, muitas vezes, se antecipa, nas informações dos sintomas, o que, não raramente, inibe o paciente, especialmente se este tiver rebaixamento do humor e/ou da sua cognição. A este respeito, o que se tem feito é dar precedência ao paciente, na exposição dos sintomas, o que deve ser feito, por parte do médico, com toda a atenção, até como uma maneira de lhe melhorar a auto-estima. Somente quando o paciente não consegue, por qualquer razão, fornecer os dados da história, é que se concede a palavra ao acompanhante.

Há que se atentar, também, para alguns casos, em que certas medidas, medicamentosas ou não, são propostas pelo cuidador, às vezes, mais pela própria conveniência, do que, mesmo, pela necessidade da saúde do paciente. Deve-se, pois ter, sempre, em mente, que **o alvo principal da atenção médica é o paciente, mesmo que este dependa, em qualquer grau, inclusive financeiro, do seu familiar.**

As **ações** de vigilância para com a saúde do idoso, se relacionam, sobretudo, com: instabilidade física (risco de quedas), incontinência (urinária ou fecal), risco de iatrogenia, imobilidade (risco de úlceras de pressão), insuficiência cognitiva (principalmente demência), sintomas psicóticos (delírios, alucinações, agitação), depressão, ansiedade, desnutrição, alterações digestivas (anorexia, disfagia, constipação) e respiratórias (principalmente pneumonias aspirativas).

Ao idoso deve ser propiciado:

1. Máximo grau de independência, sempre que possível.
2. Manutenção da funcionalidade.
3. Promoção da saúde e prevenção de doenças.
4. Detecção e tratamento precoce de agravos à saúde.
5. Tratamentos seguros, quando necessário.

Para o alcance de tais objetivos, são necessários:

- Nutrição adequada, com ênfase a evitar os seus desvios (sacopenia, obesidade ou obesidade com sarcopenia a fragilidade).
- Atividade física, adequadamente estabelecida e orientada, dentro das possibilidades funcionais do idoso, previamente avaliadas.
- Correção de hábitos deletérios à saúde (alimentação não balanceada, sedentarismo, tabagismo, obesidade, alcoolismo, abuso de drogas etc.).

- Racionalidade na elaboração de diagnósticos e tratamento das doenças. Uso racional de medicamentos (prescrição consciente, início e término, respeito à orientação, uso x abuso, evitar auto-medicação, efeitos “mágicos”).
- Sinceridade, com delicadeza, no relacionamento e comunicação com o idoso, quanto ao seu diagnóstico, e prognóstico e opções terapêuticas e sem promessas inalcançáveis (exemplo: rejuvenescimento), mas estimulando o seu otimismo.
- Provisão de ambiente, em que o idoso se sinta bem física e emocionalmente. Adequação física do referido ambiente, visando a diminuir o risco de acidentes, como quedas, e suas consequências.
- Apoio biopsicossocial, por parte dos familiares, especialmente para o idoso que mora só ou que, por qualquer limitação, tenha dificuldades financeiras e/ou afetivas.
- Quando necessário, escolher um cuidador, que pode ser um familiar com disponibilidade, ou uma pessoa de fora. Ao cuidador, que deve ser orientado quanto às suas tarefas, são exigidos, também, respeito, carinho e toda a proteção para a saúde do idoso. À saúde, física e mental, do próprio cuidador, deve ser dada também, a devida atenção.
- Na dependência do desejo do idoso, e não sendo conveniente mantê-lo em casa, com ou sem cuidador, pode se recorrer a uma instituição, com condições adequadas, para recebê-lo (ILPI). É desejável

que o idoso, estando, ainda, independente, avalie quanto a esta possibilidade, bem assim com relação à parte financeira para responder por essa e outras despesas. Não havendo uma aposentadoria, pensão ou seguro, em valores suficientes, é importante que, sempre possível, se abra uma poupança ou outro investimento que possa prover as referidas despesas.

- **Algumas peculiaridades da proteção vacinal para o idoso:**

Vacina contra hepatite B (recombinante): oferecer aos grupos vulneráveis, não vacinados ou sem comprovação de vacinação anterior. A vacina está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) para as pessoas imunodeprimidas e portadores de deficiência imunogênica ou adquirida, conforme indicação médica.

Vacina adsorvida para difteria e tétano - DT (Dupla tipo adulto): Adultos e idosos não vacinados ou sem comprovação de três doses da vacina, seguir o esquema de três doses. O intervalo entre as doses é de 60 (sessenta) dias e no mínimo de 30 (trinta) dias. Diante de um acaso suspeito de difteria, avaliar a situação vacinal dos comunicantes. Para os não vacinados, iniciar esquema com três doses. Nos comunicantes com esquema incompleto de vacinação, este deve ser completado. Nos comunicantes vacinados que receberam a última dose há mais de 5 anos, deve-se antecipar o reforço.

Vacina contra febre amarela (atenuada): Indicada aos residentes ou viajantes para as seguintes áreas com recomendação da vacina: estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará,

Rondônia, Roraima, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Distrito Federal e Minas Gerais e alguns municípios dos estados do Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Para informações sobre os municípios destes estados, buscar as Unidades de Saúde dos mesmos. No momento da vacinação considerar a situação epidemiológica da doença. Para os viajantes que se deslocarem para os países em situação epidemiológica de risco, buscar informações sobre administração da vacina nas embaixadas dos respectivos países a que se destinam ou na Secretaria de Vigilância em Saúde do Estado. Administrar a vacina 10 (dez) dias antes da data da viagem. Administrar dose de reforço, a cada dez anos após a data da última dose.

Observação: A aplicação da vacina para pessoas a partir de 60 anos depende da avaliação do risco da doença e benefício da vacina.

Vacina contra influenza sazonal (fracionada, inativada): Oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso.

Vacina anti-pneumocócica: Administrar 1 (uma) dose, durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, nos indivíduos a partir dos 60 anos e os que residam em instituições fechadas como: casas geriátricas, hospitais, asilos, casas de repouso; reforço: 1 (uma) dose, após 5 (cinco) anos da dose inicial.

Vacina anti-herpes zoster.

29 - Alguns aspectos relativos ao final da vida do paciente

A comunicação com o paciente

Não estamos - nós médicos, em geral - muito aptos para lidar com o paciente nos seus últimos dias de vida e uma das primeiras dificuldades consiste na comunicação com o paciente, a respeito do assunto.

É do interesse do paciente ser ele informado, a respeito do prognóstico da sua doença, por algumas razões, inclusive as de ordem prática. Embora se julgue não ter o paciente condições emocionais para saber a verdade sobre a aproximação da sua morte, a omissão da informação, por outro lado, pode vir a ser configurada, até, como antiética. Há constatação de que, na maioria das vezes, o paciente, quando adequadamente informado, se sentirá melhor do que se persistir na dúvida, ou “enganado”, a respeito do seu estado.

Os familiares, em face da doença incurável de um ente querido, quando se encontra fora de possibilidade terapêutica de cura, costumam sofrer muito, ficando, muitas vezes, desanimados para adotar o conjunto de medidas, necessárias para minimizar o sofrimento do paciente. Quanto a este, o padecimento não é menor, ao tomar conhecimento de que é portador de uma doença grave e/ou incurável. Tal consciência desperta nele uma série de sentimentos, que lhe acometem, em geral, na seguinte ordem:

- Negação – em que é ansiada a possibilidade de os dados clínicos e o resultado dos exames estarem equivocados.

- Revolta: “ por que comigo ?... “o que fiz de mal para merecer este sofrimento?”
- Barganha: “acordo com Deus e seus santos”, orações, promessas, para a cura.
- Depressão – tristeza e desolação
- Aceitação – serenidade; planos visando, em geral, o futuro da família.

Tanto para os familiares, como para o paciente, deve a equipe assistencial incentivar a verbalização do sofrimento e nomear os sentimentos que os familiares estão vivenciando, o que é importante para que eles se fortaleçam emocionalmente. Além da escuta atenciosa, por parte do membro da equipe assistencial, outro recurso importante pode ser tocar o paciente, por meio de abraço, por exemplo. O fato de ele chorar pode, também, ser benéfico, por lhe reduzir a angústia.

Normas a serem seguidas, para a referida comunicação:

- Escolher o local e o momento adequados.
- Dar os esclarecimentos, sobre a situação, que forem necessários.
- Falar de maneira direta, evitando eufemismo ou linguagem de difícil entendimento pelo paciente.
- Fazer pausa no diálogo, após a informação ser dada.
- Avaliar a reação do paciente e apoiá-lo.
- Atuar positivamente, em caso de eventual desconforto ou sofrimento do paciente.
- Ouvir, atenciosamente, o que paciente disser e demonstrar-lhe empatia.
- Buscar, com o paciente, um entendimento do problema.

- Assegurar-lhe o apoio médico e humano, para evitar/tratar a dor e o sofrimento.
- Planejar o acompanhamento clínico, estabelecendo o equacionamento dos problemas existentes, reforçando-lhe a esperança e a certeza do apoio continuado.
- Avaliar, sempre que possível, sobre algumas particularidades do paciente, como crenças e vontades. Uma indagação sugerida pode ser: “O que eu necessito saber sobre você, suas crenças e seus desejos, no sentido de que eu possa ajudá-lo?”

A presença do médico, com quem o paciente tenha uma boa empatia, é valiosa, mesmo que não seja para tratar ou resolver um problema específico sobre o seu estado de saúde.

Ao médico cabe respeitar, sempre, a autonomia do paciente.

Em momento oportuno e dependendo do perfil emocional do paciente pode ser discutido, a respeito de providências e decisões futuras, a serem tomadas, se necessário, como a adoção medidas extraordinárias (admissão em UTI, utilização de procedimentos invasivos e reanimação, em face de uma previsível parada cardiorrespiratória). Tais vontades podem ser deixadas por escrito, se, assim, o paciente entender. Se tal discussão não houver, e vindo o paciente a perder a consciência ou a capacidade de expressar o seu pensamento, a decisão, a ser tomada pela equipe multiprofissional que cuida do paciente, poderá se basear no que opinar o responsável ou o parente com quem o paciente tinha melhor relacionamento.

Comunicação com os familiares

Na atenção médica ao paciente terminal, a boa comunicação, com os familiares, amigos e cuidador, é, também, importante, para o que, o médico deve estar sintonizado com o impacto que a doença esteja tendo sobre eles. É necessário que seja escolhida, entre eles, uma pessoa com quem o médico mantenha, prioritariamente, o diálogo, quanto às decisões a serem adotadas. Tal pessoa, idealmente, deve ter bom relacionamento com o paciente e, com os demais familiares, sobre quem tenha, também, ascendência. Há, todavia, situações, onde existem divergências, entre tais parentes, o que pode vir a prejudicar o manejo adequado do caso.

Atitudes médicas que ajudam os familiares de pacientes terminais

- Boa capacidade de comunicação, como empatia e disponibilidade, para falar sobre os assuntos pertinentes ao assunto.
- Providências quanto à assistência, em regime de *home care*.
- Na hipótese de o assunto não ter sido discutido como o paciente, cabe a discussão, com os seus familiares sobre os aspectos antes citados (medidas e decisões futuras, a serem tomadas, como a adoção – ou não – de medidas extraordinárias, como admissão em UTI, utilização de procedimentos invasivos e reanimação em face de uma previsível parada cardiorrespiratória).
- Postura solidária, quanto aos sentimentos dos familiares.

30 - A importância dos cuidados paliativos

Paliativismo é o conjunto de práticas, visando a oferecer dignidade e diminuição de sofrimento, em pessoas com doenças sem perspectiva de cura (*terminais*, ou em estágio avançado).

O tratamento paliativo, embora se destine, especialmente, àqueles pacientes, tem sido aplicado, também, a outros, com doença crônica, avançada e sem um prognóstico de remissão, conforme se abordará adiante.

Considera-se, regra geral, o paciente como sendo *terminal*, caso tenha prognóstico de vir a falecer dentro dos próximos seis meses. Em tal situação, o seguro de vida, que haja sido feito, pode ser pago.

Aquele prognóstico não pode, em geral, ser estabelecido com segurança, em se tratando de alguns doenças crônicas, como, por exemplo, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, demência, doença degenerativa do sistema nervoso e doença pulmonar obstrutiva crônica, em razão de essas poderem evoluir por tempo prolongado e, até mesmo, permitirem que o seu portador tenha uma qualidade de vida razoável..

Com relação ao câncer, quando declarado fora de possibilidade de cura, mesmo sem que a previsão do óbito possa ser feita de maneira acurada, o médico pode se basear na experiência clínica, em dados epidemiológicos, parâmetros de especialidades clínicas ou de organizações profissionais (como a *National Hospice and Palliative Care Organization*), além de de modelos estatísticos (*APACHE*, *SUPPORT* ou *Palliative Performance Scale*).

É imperativo se reconhecer que **sintomas causando sofrimento são uma emergência médica**, devendo o paciente receber a abordagem e o tratamento, prontamente, de modo correto e individualizado. Há, pois, crescente consciência e evidências de que o tratamento daqueles sintomas, no paciente terminal, pode, até mesmo, lhe prolongar a sobrevida.

Mirando-se para o **passado**, vê-se que o cuidado paliativo remonta ao surgimento dos *hospices*, os quais, já no século IV, eram locais de descanso para viajantes. No século V, Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes, oriundos da Ásia, da África e do Leste.

Na Idade Média, os *hospices* abrigavam peregrinos e doentes, ao longo de alguns trajetos, bem conhecidos, na Europa, como o Caminho de Santiago de Compostela, recebendo cuidados de leigos, caridosos. Muitos daqueles abrigados vinham a morrer, nas referidas hospedarias.

Instituições de caridade surgiram na Europa, no século XVII e construíram abrigos para órfãos, pobres e doentes, uma prática que se propagou por organizações católicas e protestantes, em vários pontos do continente e que, no século XIX, começaram a ter características de hospitais, com alas destinadas aos cuidados de doentes com tuberculose e alguns com câncer.

A assistência a esses doentes era dada, essencialmente, por leigos e voltada, praticamente, apenas, para o cuidado espiritual e a tentativa de controle da dor. Foi num local como este, o *St. Lukes' Home*, em Londres, que a enfermeira e assistente social inglesa Dame Cicely Saunders (foto) foi trabalhar, em meados do século XX.



Inconformada com o sofrimento humano, ela, então enfermeira e assistente social, formou-se médica, aos 40 anos de idade e dedicou-se ao estudo do alívio da dor, nos doentes terminais. Saunders publicou artigos em que descreveu as necessidades daqueles doentes, difundiu o conceito da *dor total* e se tornou uma grande defensora dos cuidados a serem dispensados, no final da vida das pessoas. Em 1967, ela fundou, em Londres, o *St. Christopher Hospice* e deu início ao que se chama hoje de Movimento Hospice Moderno. A estrutura do *St. Christopher* permitiu não apenas a assistência aos doentes, mas propiciou também ambiente de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países.



Da parceria entre Saunders e Elizabeth Kluber-Ross, psiquiatra estadunidense (**foto**), nascida na Suíça, resultou o estímulo para a criação dos hospícios nos EUA, o primeiro dos quais em Connecticut, em 1975. Em 1982, uma lei daquele país ensejou o programa *Hospice Care*, promovendo ações, principalmente de cuidado domiciliar, com um sistema de reembolso. Lá, aproximadamente 55% dos hospitais, com mais de 100 leitos, possuem um programa do tipo *home care*, visando, inclusive, à redução da permanência dos pacientes internados. É fornecida assistência domiciliar aos pacientes, com equipe multidisciplinar e medicamentos.

No Reino Unido, igualmente, o *paliativismo* aumentou, já estando sendo financiado pelo sistema público de saúde (*National Health Service*) e, bancado, atualmente, ao que consta, por entidades filantrópicas.

Estima-se que, nos EUA, 39% das pessoas que falecem são ou foram usuárias dos *hospices*, embora tais pacientes, em grande maioria, venham a falecer, quando possível, na própria residência.

Em 1982 a OMS criou um grupo de trabalho, para definir políticas que visassem ao alívio da dor e prestar outros cuidados, ao nível de *hospice*, para doentes com câncer, com recomendações de as mesmas serem adotados pelos diversos países. Em 1986, foi publicado o que a OMS definia como Cuidados Paliativos.

No concepção daquela organização, tais abordagens visam a melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, que enfrentam problemas com doenças de mau prognóstico, mediante a prevenção e o alívio do sofrimento, o que deve ser obtido através da identificação precoce e correta avaliação e tratamento da dor e de outros problemas físicos (dispneia, náuseas, vômitos, constipação intestinal), psicossociais (agitação/ansiedade, mágoa, depressão, conflitos existenciais e interpessoais) e espirituais.

No tocante aos médicos, o conjunto dessas práticas é reconhecido, pela *American Board of Medical Specialties*, como uma especialidade.

Todos os clínicos, entretanto, devem ter aptidões básicas para a identificação e o manejo dos referidos agravos, assim como habilidade de comunicação sobre tais problemas e o respectivo prognóstico, com o paciente e sua família.

No **Brasil** o Conselho Regional de Medicina também reconhece Medicina Paliativa como uma Especialidade, já existindo, igualmente, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos e a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos.

Tais cuidados, bem como aqueles para doenças crônicas sem prognóstico necessariamente fatal, para pacientes com dificuldade de locomoção, são, em geral, prestados em domicílio.

Os planos de saúde e instituições de seguro de saúde oferecem a referida assistência domiciliar, embora alguns imponham grandes restrições.

O Ministério da Saúde, através da Portaria No. 2.029, de 24.08.2011, instituiu a Atenção Domiciliar (SAD), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na referida Portaria, o SAD é considerado com um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, com equipes multiprofissionais, designando, como cuidador, a pessoa, com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente, em suas necessidades e atividades da vida diária. A referida Atenção Domiciliar deverá ser estruturada, de forma articulada e integrada, aos outros componentes da Rede de Atenção à Saúde, conforme, também, estabelece a Portaria no. 1.600/GN/MS, de 07.07.2011. Há conveniência de o paciente, mesmo em tratamento tipo *hospice* (institucionalizado ou em sua residência), continuar a ser visitado, periodicamente e quando possível, pelo médico que dele cuidava anteriormente. Há uma vasta relação de especificações, quanto à indicação, necessidades e pressupostos, para a admissão de pacientes no referido SAD, assim como no que concerne às necessidades de pessoal, materiais e ações assistenciais, visando ao atendimento adequado aos pacientes. Quanto às suas características e finalidades, os **cuidados paliativos**, ainda segundo a OMS, se concentram em amenizar os sintomas da doença e dar apoio físico, psicossocial e espiritual àqueles pacientes e às suas famílias, integrando diferentes profissionais da área da saúde.

Para tanto, tais cuidados têm as seguintes características:

- Serem aplicáveis, se necessário, desde o início do curso da doença, em conjunto com outras terapias, que se destinam a prolongar a vida, tais como a quimioterapia ou terapia de radiação, e inclui as investigações necessárias para melhor compreender e gerir angustiantes complicações clínicas; **para os pacientes em fase terminal, a principal atenção do médico é para os sintomas, ao invés de sê-lo para a doença.**
- Assim, devem ser adotadas medidas para alívio da dor e de outros sintomas que causam sofrimento.
- Valorizar a vida, mas considerar a morte como um processo normal e, quando adotadas as medidas corretas, evitar o sentimento de derrota.
- Melhorar a qualidade de vida, podendo, também, influenciar positivamente no curso da doença.
- Não pretender apressar ou adiar a morte.
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais, na assistência ao paciente.
- Oferecer um sistema de apoio, para ajudar os pacientes a viverem, tão ativamente quanto possível, até à morte.
- Oferecer, também, um sistema de apoio à família, para lidar durante a doença do paciente e, depois da sua morte, no luto e no encaminhamento e resolução de eventuais demandas legais e sociais, remanescentes, relativos aos paciente e sua família.

Algumas **posturas essenciais** da equipe de saúde, especialmente do médico assistente são:

- Explicar ao paciente (sempre que possível) e à sua família, a causas dos sintomas.
- Monitorizar os referidos sintomas.
- Diagnosticar e avaliar, judiciosamente, cada sintoma, antes de tratá-lo.
- Em algumas situações, como em dor crônica e depressão, não aguardar uma queixa expressa do paciente, para adotar a medida terapêutica necessária. Assim, o médico deve se valer de dados que sugeriram a existência do referido agravo ou sofrimento, a fim de evitar que o mesmo se manifeste em intensidade acentuada e/ou refratária ao tratamento.
- Detalhar, para o paciente e/ou familiares ou cuidador, as medidas prescritas.
- Os sintomas e medidas terapêuticas devem ser avaliados periodicamente e registrados, de forma acessível, para todos os integrantes da equipe.
- Reavaliar, regularmente, as referidas medidas.
- Haver, sempre, disponibilidade, por parte da equipe.

Principais agravos e problemas, quanto aos referidos pacientes:

- **Dor**
- **Dispnéia**

- Náuseas e vômitos
- Constipação Intestinal
- Anorexia
- Delírio e agitação
- Transtorno da nutrição e da hidratação
- Suspensão de esforços curativos
- Apoio psicológico, social e espiritual
- Postura do médico, em torno morte do paciente

Dor

Dor, o sintoma mais temido pela maioria de tais pacientes, **costuma ser subtratada**, mesmo acometendo, até, 75% de doentes terminais, seja por câncer ou outras doenças.

Alguns médicos não são devidamente esclarecidos sobre o assunto. Pode haver, por parte deles, dos pacientes e/ou seus familiares, o receio que os medicamentos induzam a vício, o que faz com que se deixe de utilizar a classe mais importante – e segura – para o tratamento de tais casos, que é a dos **opiáceos**. O uso daquela classe de medicamentos é o meio mais eficaz e, se feito conforme as normas, não vicia. O uso de **opiáceos**, para tratar a dor do paciente terminal, é, portanto, **ético** e legal. Há interpretações de cortes judiciais, como a Suprema Corte dos Estados Unidos da América, de que o referido tratamento é um direito do paciente e um dever do médico.

Outra recomendação primordial é a **prontidão e a eficácia** com que deve ser combatida a dor, independente da sua natureza e da doença subjacente.

A avaliação da intensidade da dor pode ser dificultada, por várias razões, a partir de eventuais alterações do nível de consciência do paciente, com seus aspectos emocionais, sociais e culturais..

Em face de tais variáveis e, até mesmo, pela possibilidade de o paciente não ter, por qualquer razão, condições de informar adequadamente sobre a intensidade da dor, são usadas escalas de pontos (0 a 10, sendo zero = ausência de dor e dez = dor excruciante), assim como figuras (esboço de uma face, em seis condições (variando de nenhuma dor – quando o desenho indica estar o paciente sorrindo, até a pior dor possível - quando exhibe a face do paciente muito triste e em lágrimas).

Deve-se, obviamente e sempre que possível, identificar a etiopatogenia, da dor e, assim, também quando exequível, atuar na sua causa.

Quando a dor é do tipo nociceptivo (por lesão ou comprometimento somático ou visceral), a terapêutica é dirigida para remover a referida causa. Exemplos são: a dor decorrente de metástases ósseas, que responde bem a radioterapia e a dor decorrente de obstrução de uma víscera oca, a qual pode remittir, pelo menos parcial e temporariamente, com a colocação de dreno ou *stent*.

A dor do tipo neuropático, geralmente crônica, tem mecanismo fisiopatológico complexo e implica em tratamento mais difícil. Para o referido tipo de dor ou para qualquer outro tipo, que seja severo e crônico, o tratamento deve ser contínuo, com analgésicos de ação prolongada, em prescrição de horário, devendo incluir, quase sempre, medicamentos adjuvantes, de uma ou mais classes. Deve-se, a exemplo de outras circunstâncias terapêuticas, considerar os vários aspectos farmacológicos

dos produtos usados, eventuais disfunções ou limitações orgânicas e psíquicas do paciente, além da intensidade da sensação dolorosa.

Algumas normas para a abordagem clínica do paciente terminal, com dor

- Indagar quanto à dor: natureza, descrição pelo paciente, localização, intensidade, fatores agravantes ou atenuantes. Acreditar no que informam o paciente e seus familiares/cuidador.
- Estabelecer as opções terapêuticas, conforme os aspectos antes citados.
- Na dor crônica, estabelecer a **medicação de horário**, não aguardando, portanto, que o paciente manifeste estar sentindo a dor, o que agrava o seu sofrimento e torna o tratamento mais difícil.
- Considerar medidas não farmacológicas, adjuvantes.
- Estabelecer uma cronologia de utilização das medidas terapêuticas, de modo lógico e coordenado.
- Apoiar o paciente e os seus familiares/cuidador e, com eles, compartilhar o plano terapêutico.
- Fazer o seguimento e a reavaliação periódica da dor persistente, eventuais alterações nas suas características e/ou no aparecimento de nova dor.

Algumas considerações sobre estratégias farmacoterápicas para o tratamento da dor, em tratamento paliativo

(Para detalhes podem ser consultados, por exemplo, http://www.nccn.org/professionals/physicians_gls/PDF/pain.pdf).

A dor, de um modo geral, pode ser controlada com analgésicos, inicialmente não opióides, evoluindo-se, depois, se necessário, para medicamentos mais potentes, quando poderá ser feita ou não associação com outras classes terapêuticas (anti-inflamatórios, antidepressivos, anticonvulsivantes, corticoides, bisfosfonatos, ansiolíticos, neurolépticos), além de outras medidas não farmacológicas (acupuntura, quiropaxia, biofeedback, meditação etc.). Sobre a eficácia destas últimas, não disponho, no momento, de dados para discutir.

Paracetamol: via oral, pode ser eficaz, não se ultrapassando 4 gramas/dia(2 gramas, para idosos ou hepatopatas), com vigilância para a função hepática.

Tramadol: em dose mais elevada, por via oral, pode induzir a náuseas, mas, em se tratando de dor mais intensa, pode ser usado, diluído, por via intravenosa.

A associação, de qualquer um dos medicamentos acima, com **anti-inflamatórios não esteróides** (AINEs) aumenta a eficácia analgésica, mas implica em risco de irritação gastrointestinal e, até, de sangramento digestivo (alto ou baixo) . Este risco é maior em pacientes portadores do *H. pylori* ou com doença prévia do tubo digestivo (gastrite, úlcera ou diverticulose colônica). Os AINEs que inibem apenas a ciclooxigenase (COX)-2 têm menor potencial lesivo para o tubo digestivo, mas conduzem ao risco, segundo algumas evidências, de infarto do miocárdio, estando liberado, em 2012, apenas, o celocoxibe, disponível em cápsulas de 100 e 200 mg, mediante prescrição a ficar retida na farmácia. Ainda sobre os AINEs, o seu uso exige maior cautela, também, em pacientes idosos, hipertensos, diabéticos e/ou aqueles com disfunção renal, mesmo incipiente, em face do risco de nefrotoxicidade. Para a profilaxia ou

tratamento da dor em pós-operatório, os mesmos não devem utilizados, conforme já mencionado páginas atrás. Deve-se evitar, quando possível, a via intramuscular. Caso seja necessária a via parenteral, pode-se recorrer à intravenosa ou à subcutânea.

Para dor neuropática, são utilizados **anticonvulsivantes** (gabapentina, pregabalina, respectivamente, nas doses de 300 a 1.200 mg,) antidepressivos (ao deitar, nas doses de: para amitriptilina ou nortriptilina –10 a 150 mg; para desipramina 10 a 200 mg, para duloxetina, 60 mg e, em duas doses diárias, venlafaxina 75 mg).

Pregabalina e gabapentina são, atualmente, consideradas como bem adequadas para o tratamento da dor neuropática, embora com custo algo elevado.

Amitriptilina: de preço bem acessível, aumenta o limiar doloroso e, assim, é muito útil em dores neuropáticas, inclusive naquelas de pacientes não cancerosos, assim como o é em: neuropatia diabética, síndrome do intestino irritável, neuralgia do trigêmio e enxaqueca; tem potencial para efeitos colaterais, já a partir da dose diária de 25 mg, como sintomas anticolinérgicos (secura da boca, constipação intestinal, aumento da pressão intraocular, retardo do esvaziamento vesical), o que pode representar um transtorno, a mais, para os pacientes. Tais sintomas são menos acentuados com **nortriptilina** que, por outro lado, necessita de ser usada em doses maiores do que as de amitriptilina.

Duloxetina: consta ter indicação para os pacientes que, além da dor crônica, padecem de depressão; para evitar náuseas, passíveis de surgir no início do tratamento, pode-se iniciar com cápsulas de 30 mg, passando, após alguns dias, para a dose de 60 mg; é recomendável ingerir o medicamento junto com alimento, de preferência à noite.

Venlafaxina: com uma melhor ação antidepressiva do que Duloxetina, tem sido citada, nos tratados, como vantajosa naqueles pacientes deprimidos, com dor crônica; há informação de que pode elevar a pressão arterial, o que merece vigilância; o melhor esquema posológico é com 2 doses diárias; existem cápsulas de 37,5 mg, 75 mg e 150 mg.

Os **opióides** são da maior utilidade, no tratamento da dor, em muitas circunstâncias, mesmo quando não acentuadas, incluindo a dor neuropática. Os principais são: codeína, oxicodeona, morfina, fentanil, hidroxicodona, dentre outros.

Existem **associações** de tais medicamentos com analgésicos ou AINEs, visando a aumentar o efeito analgésico.

A associação de **codeína com paracetamol** é bastante utilizada, por via oral, com boa eficácia, em dores que não cedam com analgésico, usado isoladamente. O principal efeito colateral, indesejável, é a constipação intestinal, muitas vezes já presente nos pacientes em tela. Outra inconveniência da referida associação fixa é a de que, muitas vezes, está indicada uma dose maior de, apenas, um dos componentes, o que possa ser impossível, a não se ser que se faça a prescrição para ser manipulada, segundo a especificação desejada ou se usem, separadamente, comprimidos de um e de outro dos referidos medicamentos.

Tramadol: é passível de uso isolado, por via oral, podendo induzir a náuseas, o que pode ser minorado em apresentações comerciais com doses menores do produto, em associação com paracetamol. Para tratamento de dor mais acentuada, o medicamento pode ser usado, diluído, por via intravenosa.

Sulfato de **morfina:** para uso por via oral, em doses de 4 até 12 mg, pode ser usado, até de 4/4 horas, em se tratando

de dor acentuada; em formulações de liberação controlada, via oral, para uso de horário, existem doses maiores (por exemplo 90 a 120 mg, a cada 12 horas), ou, até, na formulação prolongada, 240 mg para uso a cada 24 h; pode ser utilizada, também na forma de adesivo (*patch*), de uso transdérmico, de ação prolongada.

Oxicodona: pode ser usada, também, por via oral, em formulações de liberação rápida, até 40 mg, a cada 4 horas ou, em formulações de liberação lenta, 40 mg, a cada 12 horas, além de adesivo de ação prolongada.

Fentanil: pode ser utilizado por via endovenosa, com os devidos cuidados, em infusão contínua, nas doses de 0,5 a 1 micrograma/kg/h. Pode ser usado, também, por via transdérmica, com adesivos de 25, 50, 75 e 100 microgramas/h, para uso a cada 24 horas..

Uma ressalva, quanto às formulações de ação prolongada, é a de que tais *patches* só devem ser adotados, após se avaliar a dose necessária, para as 24 horas, o que será obtido com a soma, no referido período, do total das doses de formulações de ação mais rápida. Para tanto, é recomendável se adotar, para o referido adesivo de ação prolongada, o que contenha uma dose correspondendo entre 50% a 75% da substância ativa, que estava sendo utilizada, em comprimidos de ação curta.

Na continuação da terapêutica, a dose de cada adesivo pode ser aumentada, se necessário, a cada 3 ou 4 dias, até que chegue a dose eficaz.

Há tabelas de “equivalentes morfina”, para comparação da dose entre as formulações do referido opiáceo e ente ele e outros.

Segundo tais equivalentes, 30 mg de morfina, VO, equivalem a:

- 20 mg de oxicodona, VO;
- 10 mg de morfina, IV;
- 7,5 mg de hidromorfona, VO e
- 1,5 mg de hidromorfona, IV.

Meperidina: na dose de 0,75 mg/kg de peso, diluída, IV, a cada duas ou 3 horas. Tal medicação, pode, com frequência, causar náuseas, razão pela qual deve ser adequadamente diluída. A sua principal utilidade tem sido em endoscopia digestiva, alta ou baixa. O produto deve, pois, ser reservado para uso de curta duração, evitando-se a sua utilização por tempo prolongado, em razão do grande risco de dependência.

Quanto aos **efeitos colaterais do opiáceos**, os principais são: náuseas, constipação intestinal, prurido e sedação; ocasionalmente, pode haver depressão respiratória.

A **sedação** geralmente cessa após os primeiros dias de uso, sendo amenizada com a redução da dose do medicamento ou a sua mudança para outro opióide. Quando refratária ou acentuada, a sedação pode ser tratada com metilfenidrato (2,5 a 10 mg) ou dextroanfetamina.(2,5-10 mg), ambos por via oral, em doses matinal e noturna.

A **Depressão respiratória**, com opiáceo, não é comum, desde que se inicie o tratamento com doses baixas, que podem se elevadas gradualmente. As precauções são maiores em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, hipercapnia, hepatopatia, e/ou nefropatia, importantes, insuficiência adrenal e mixedema.

Constipação intestinal deve ser manejada, principalmente, com o uso de laxativos estimulantes ou osmóticos (citrato de magnésio, lactulose e polietilenoglicol), a serem usados até diariamente, se outras medidas (aumento da ingestão de líquidos e fibras, por exemplo), não forem suficientes. A respeito de maiores detalhes, são feitas outras considerações adiante.

Quando ao risco de **retenção urinária**, deve-se manter, também, vigilância, até pelo fato de os pacientes terminais já terem o seu esvaziamento vesical prejudicado, por vários outros fatores, como a pouca mobilidade física e, não raramente, a baixa ingestão de líquidos e de fibras.

Prurido, urticária ou reações alérgicas são raros, devendo ser tratados com **anti-histamínico, de preferência não sedativo**.

Para **náuseas**, decorrentes do uso de opiáceos, surgidos geralmente nos primeiros dias de seu uso, pode-se utilizar metoclopramida, bromoprida ou domperidona, via oral. Em casos mais acentuados, é indicado haloperidol, 0,5 a 5 mg, via oral. Se necessário e na ocorrência de vômitos, tais medicamentos, com exceção da domperidona, podem ser usados por via endovenosa, devidamente diluídos. Cloridrato de alizaprida, ampolas de 50mg/2 ml, diluído, tem sido também utilizado. Cloridrato de ondansetrona, na forma oral ou sublingual (comprimidos de 8 mg) ou por via endovenosa (ampolas de 4 e 8 mg) é outra opção.

Com doses elevadas e por período prolongado, opiáceos podem causar sinais de neurotoxicidade (mioclonus, hiperalgesia, delírio, alucinações ou, até, convulsões), para o que, se deve reduzir a dose que vinha sendo utilizada, ou trocar o medicamento por outro, que não tenha metabólitos ativos (fentanil ou metadona). Outras medidas úteis, citadas, são: boa hidratação, lorazepan e baclofeno.

Embora menos comum, há informação de que pode surgir **euforia**, nas primeiras doses ou quando há aumento da dose do opiáceo.

Em se tratando de opiáceos, opióides e analgésicos, como, de resto, em qualquer prescrição terapêutica, deve ser analisado, sempre, o **risco/benefício**.

Quando não se vislumbrar o controle da dor, deve-se solicitar apoio do especialista nesta área da Medicina.

Dispneia

Esta angustiante sensação acomete, até, metade dos pacientes terminais.

Faz-se a terapêutica, prioritariamente e quando possível, para a causa da dispnéia, porém, na fase terminal da doença, o tratamento consiste, quase que somente em medidas paliativas. Opiáceo, especialmente morfina, é indicada, na forma de liberação rápida, a ser usada, por via oral ou endovenosa, dentro da menor dose eficaz possível. A suplementação de oxigênio, nem sempre eficaz, pode ser feita por cateter nasal ou máscara.

Uso de benzodiazepínicos pode auxiliar, quando há ansiedade associada.

Medidas não farmacológicas podem ser tentadas, como meditação e outras, sobre cuja eficácia, em revisão bibliográfica, deve ser pesquisada.

Náuseas e vômitos

A exemplo do tratamento da dor crônica, o uso da medicação antiemética, de forma regular, é indispensável, para tratar náuseas e vômitos dos pacientes terminais.

Quanto aos medicamentos, são os antes citados. Laxativos e medicamentos procinéticos são usados, na ausência de obstrução mecânica. Mais de um medicamento podem ser necessários, em caso de refratariedade. Em vômitos decorrentes de hipertensão intracraniana, um bom recurso é dexametasona, em dose alta (até 20 mg ao dia, por via oral ou endovenosa). Tratando-se de transtorno vestibular, central ou periférico, pode-se usar difenidramina, meclizina ou dimedinitrato.

Entre as estratégias não farmacológicas, cita-se a alimentação em pequenas quantidades (apenas quando o paciente manifesta sentir fome). Havendo paresia intestinal ou um fator obstrutivo mecânico, usa-se sonda nasogástrica em aspiração. Vômitos antecipatórios, em pacientes sob quimioterapia, podem ser evitados com o uso de benzodiazepínicos.

Constipação intestinal

A ingestão de líquidos e fibras, bem como a deambulação ou uma atividade física, mesmo que leve, quando tais medidas são possíveis, podem ser de ajuda,

Não se deve deixar o paciente, por muitos dias, sem exonerar os intestinos, lançando-se mão de laxativos (bisacodil, sena, leite de magnésia, policarbofila cálcica, polietileno glicol, meticelulose, psilium, óleo mineral, e lactulose ou similar). Havendo necessidade, recorre-se a enemas.

Em paciente acamado e sem defecar, há dias, é prudente um toque retal, a fim de fazer a retirada digital de um fecaloma, eventualmente existente e que esteja impedindo o esvaziamento retal.

Delírio e alucinações

Tais agravos podem ser evitados ou minimizados, mantendo-se, sempre que possível, o paciente em seu local familiar e com pessoas íntimas. No ambiente, deve haver boa iluminação diurna, relógio e calendário, com dígitos, bem visíveis a partir do leito do paciente. Causas reversíveis devem ser removidas (febre e alguns medicamentos).

Se necessário, usam-se neurolépticos (haloperidol, 1 mg ou mais, até 3 vezes ao dia, pela via mais conveniente, risperidona, quetiapina ou olanzapina), conforme a aceitação e o benefício que o paciente demonstre ter.

Em se tratando de condição refratária às medidas anteriores, usa-se diazepínico, como clonazepan ou midazolam (este último por via subcutânea ou endovenosa, com cautela, podendo-se alcançar até 5 mg/hora).

Considerações sobre a aproximação da morte do doente

As *Diretrizes Antecipadas de Vontade*, regulamentadas pela Resolução no. 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina, se aplicam ao idoso ou jovem, como um direito de escolha, previamente estabelecido, para a limitação de procedimentos e tratamentos que prologuem, artificialmente, a vida da pessoa, em fase terminal de enfermidades graves e incuráveis.

Aquele Conselho já se pronunciara, sobre o assunto, anteriormente, através da Resolução no. 1.805/2006.

Também a propósito do tema, a Revista Veja, edição de 12.09.2012, trouxe uma matéria interessante, com opiniões, nem sempre concordantes em certas particularidades, de alguns médicos, com experiência no assunto, mas unânimes,

quanto à importância de se **preservar a dignidade das pessoas**, com relação à sua morte (ortotanásia).

A Doutora Ana Cláudia Arantes é geriatra, com maior dedicação a cuidados paliativos para doentes terminais, trabalho em que testemunha, a cada mês, a morte de pelo menos vinte pacientes. Ela própria, atualmente com 44 anos e sentindo-se com boa saúde, elaborou o seu testamento vital (ou diretrizes antecipadas), declarando que “... diante de uma situação de doença grave em progressão e fora de possibilidade de reversão, apresento minhas diretrizes antecipadas de cuidados à vida. Se chegar a padecer de alguma enfermidade manifestamente incurável, que me cause sofrimento ou me torne incapaz para uma vida racional e autônoma, faço constar, com base no princípio da dignidade da pessoa humana e da autonomia da vontade, que aceito a terminalidade da vida e repudio qualquer intervenção extraordinária, inútil ou fútil. Ou seja, qualquer ação médica pela qual os benefícios sejam nulos ou demasiadamente pequenos e não superem os seus potenciais malefícios. As diretrizes incluem os seguintes cuidados: admito ir para a UTI somente se tiver alguma chance de sair em menos de uma semana; não aceito que me alimentem à força; se não puder demonstrar vontade de comer, recuso qualquer suporte à alimentação; não quero se reanimada no caso de parada respiratória ou cardíaca”.

Ao lado desses aspectos, de conotação puramente humanitária, uma advertência é a de que tratamentos prolongados, principalmente em UTI e/ou com utilização de medicamentos caros, são muito onerosos, podendo dilapidar as finanças de uma família. Mesmo em pacientes que disponham de plano ou seguro de saúde, a provisão para o pagamento pelas despesas respectivas podem não ser asseguradas, pelo seu convênio.

Um dos contrapontos a esse raciocínio é o de que algo considerado fútil, atualmente, amanhã poderá ser um meio de cura, se considerarmos o progresso da Medicina.

Outra argumentação sensata é a de que a pessoa pode mudar de opinião, com o passar do tempo, daí a importância de poder revisar o referido testamento.

Também na mesma linha de sensatez, é o argumento, segundo o qual alguém, mesmo na dependência uma máquina ou outros métodos invasivos, deseje permanecer vivo por um razão especial, como, por exemplo, no aguardo do nascimento de um neto ou outro evento que o torne feliz ou sereno.

Quanto a algumas dúvidas, o Conselho Federal de Medicina esclarece:

- O testamento só pode ser executado se a doença ou situação clínica do paciente for considerada terminal.
- O testamento vital não é definitivo.
- Havendo justificativa médica ou ética, o médico pode discordar do que o paciente faz constar no testamento, devendo colocar esta orientação para o cliente ou seu responsável.
- Estando o paciente inconsciente, o médico não pode mais discordar do que já foi escrito ou testemunhado por pessoa confiável.
- O testamento vital, embora possa ser verbal, entre o paciente e seu médico, deve, sempre que possível, ser escrito, com pelo menos duas testemunhas.
- Na falta do referido testamento, um meio previsto é o de que, em número ímpar, a partir de três, pessoas

de reconhecida confiança e idoneidade, sejam escolhidas com *procuradores de vida*, cujas decisões se prevejam ser tomadas, o mais próximo possível, daquelas que o paciente tomaria.

- Um parente do paciente, por mais próximo que seja, não pode se recusar a seguir as orientações constantes no testamento vital.
- Estando o paciente inconsciente, e não constando, do testamento, a determinação de desligar os aparelhos ou outros meios de mantê-lo vivo, artificialmente, o referido desligamento só deverá ser feito se constatada morte cerebral / estado vegetativo.
- Em qualquer situação, deve o médico do paciente participar das decisões.

31 - Intervenções médicas, para o manejo adequado do paciente terminal, na proximidade da sua morte

Quanto à **alimentação** e à **hidratação**, não se deve forçar a aceitação pelo paciente, embora se deva, sempre, oferecer água e algum alimento, o que constitui uma atitude compassiva. Sonda nasoesofágica e gastrostomia, além do desconforto, não são isentas de complicações e não prolonga a vida do paciente. Naquele que tem dificuldade de deglutir, a hidratação e a alimentação podem aumentar a sialorréia, causar sensação de sufocação e risco de pneumonia aspirativa.

O excesso de secreções orofaríngeas pode ser combatido com escopolamina, via subcutânea ou IV, 10 microgramas/hora, ou, por via sublingual, com colírio de atropina a 1%, 1 a 2 gotas, até de hora em hora.

Em pacientes nesta situação, a ingestão alimentar não resulta em benefício, porquanto, com a deprivação calórica, advém cetonemia, a qual pode propiciar ao paciente uma sensação de bem estar, analgesia e, até mesmo, de euforia.

Hidratação parenteral para o paciente, nos seus últimos dias de vida, pode ser prejudicial, se houver ascite ou derrame pleural, edema pulmonar ou outras efusões, as quais se agravarão, levando a mais sofrimento. Para minorar a sensação de sede, podem se colocados, na boca e nos lábios, gelo picado e goles d'água.

Quanto à **suspensão dos procedimentos invasivos** (ventilação mecânica, tubo endotraqueal, sondas, diálise etc), deve-se louvar na resolução do Conselho Federal de Medicina, antes citada e no bom senso. Quando necessário, e estando o

paciente internado, o Comitê de Ética do Hospital deve ser consultado.

Eis, abaixo, os passos do **protocolo para a suspensão da ventilação mecânica, a serem seguidos** (Rabow, MW e Panti-
lat, SZ, *Palliative Care & Pain Management*, in McPhee, SJ e
all, 2013, *CURRENT Medical Diagnosis & Treatment*):

1. Suspender os medicamentos bloqueadores neuro-
musculares.
2. Administrar opioides ou sedativos.
3. Suspender medicamentos vasoativos, antibióticos,
hidratação parenteral e procedimentos diagnósticos.
4. Reduzir a concentração do FiO₂, para a do ar am-
biente e a *PEEP* para 0 cm H₂O.
5. Monitorizar o paciente quanto a seu desconforto,
podendo ser aumentado o opioide, até de hora/hora.
6. Quanto possível, colocar o paciente em tubo T.
7. A seguir, extubar e continuar vigiando.

8. Outras intervenções

- 8.1. Psicológicos, com ênfase à depressão
- 8.2. Sociais – estímulo a resolução de pendências profis-
sionais, financeiras e interpessoais.
- 8.3. Apoio e respeito quanto a aspectos religiosos e es-
pirituais.

Dados sugestivos de morte iminente:

- Modificação, para mais ou para menos, da intensida-
de da dor e de outros sintomas e sinais, já existentes.

- Sonolência, que pode ser alternada com agitação.
- Confusão ou desorientação, temporal e/ou espacial e agravamento dos delírios e/ou alucinações.
- Agravamento da inapetência ou completa anorexia e ausência de cooperação para se alimentar.
- Incontinência ou retenção urinária, assim como quanto às funções intestinais, na dependência da doença de base e/ou de efeitos colaterais de medicamentos em uso. Pode haver completa parada de eliminação de urina e de fezes.
- Alterações importantes dos sinais vitais (frequência do pulso, ritmo cardíaco, ritmo e da amplitude da respiração), hipotermia e palidez acentuada da pele, podendo haver cianose de extremidades.

Mioclonias, convulsões, outros movimentos involuntários e outras alterações neurais, segundo cada situação.

Apoio à família do paciente que veio a falecer

Valho-me de ensinamentos do Doutor Evaldo D'Assumpção (foto a seguir):



“Sala da Solidariedade” - um espaço a existir em hospitais, principalmente naqueles onde óbitos ocorrem com maior frequência; destina-se a acolher, solidaria e compassivamente, os familiares do falecido, podendo ser aproveitada a ocasião para motivá-los quanto à doação de órgãos.

Atendimento ao enlutado, considerando tais premissas:

- deve-se levar em conta que a morte é parte integrante da vida; mesmo as mortes chamadas de “fora do tempo” ou as de causas violentas, são inerentes à própria condição de se estar vivo;

- o LUTO é a consequência de uma perda, esperada ou não;

- lidar com o advento da morte, ou com sua aproximação, especialmente numa cultura que nega a morte e abomina as tais perdas, se torna muitas vezes bastante difícil;

- assim, o luto se faz frequentemente maior do que poderia ser e as pessoas encontram enorme dificuldade em lidar com esse estado temporário, que, a muitas pessoas, parece interminável;

- deve se ter em mente, também, a verdade, segundo a qual “não há bem que sempre dure, nem mal que nunca se acabe”;

- assim, as dores, por maiores que sejam, são sempre passageiras e, se custarem mais a passar, é porque normalmente nós as estaremos cultivando, de alguma forma, ao invés de elaborá-las adequadamente, para que terminem;

- tal *artimanha* nossa, subconsciente, pode visar, muitas vezes, a “ganhos secundários”, que a dor nos traz: a atenção de parentes e amigos, que usualmente não ligavam para nós; maior carinho; dispensa natural de que se possa vir a ter determinados comportamentos; ou realizar atividades das quais não gostávamos etc.;

- graças a essas situações artificiais, conservamos uma dor por longo tempo, sem perceber que essa perpetuação do sofrimento vai, lentamente, nos causando maiores dores, estados

depressivos e, com eles, doenças físicas, mais ou menos graves;

- quando os *provedores* de tais “ganhos secundários” se cansam ou, por qualquer razão, se afastam do enlutado, este cai num estado de sofrimento ainda maior, pois, além da dor da perda original, sofre, agora, a dor adicional do abandono, por parte de quem o enlutado julgava poder contar, por muito tempo;

- por tudo isso, é muito importante que haja um esforço para que o luto seja elaborado, mesmo que se saiba que dor e sofrimento, decorrentes da perda, continuarão, mas o enlutado tem de estar consciente de que ele e suas ações serão necessários - para si e as outras pessoas;

- portanto, diante de uma grande perda, de um enorme sofrimento, deve-se desenvolver esforços para sair da condição de *vítima* e assumir o papel de *sobrevivente*.

Ainda conforme D'Assumpção, há um conjunto de **princípios básicos** que devem ser seguidos no atendimento ao enlutado:

1) Quem está de luto precisa e deve receber orientações adequadas, para viver o luto. Portanto, a quem atende um enlutado cabe fornecer informações práticas a respeito do processo evolutivo do luto.

2) Quem está de luto deve reduzir o seu isolamento. Muitas pessoas, apesar de viverem em grandes centros - e talvez exatamente por isso - nos momentos de dor e sofrimento se vêm absolutamente sozinhas. Nem sempre encontram pessoas disponíveis - e confiáveis - para ouvir sobre sua dor, seus medos e suas angústias, situação essa que, muitas vezes, leva o

enlutado a formar uma falsa auto-imagem de ser seguro e forte, a qual, frequentemente, pode *desabar*. Assim, , é necessário ajudar ao enlutado a descobrir que é falsa a postura de que “está tudo bem”, ou de que “só eu estou sofrendo tanto”.

3) Quem está de luto deve descobrir meios e caminhos para sua recuperação. A forma de viver um luto é individual, tendo cada um a sua maneira e o seu tempo. Muitas vezes, o enlutado busca falsos caminhos, por não ter alguém com quem debater os prós e os contras de algumas mudanças, naquele momento de dor; ou, então, encontra muitas pessoas sempre prontas a “dar conselhos”, os quais, quase sempre, podem não ser válidos.

4) Quem está de luto necessita de muitas formas de ajuda adequada, seja de natureza espiritual, psicológica, médica e, até mesmo, legal.

5) O enlutado pode estar sofrendo por um forte sentimento de culpa, pela possibilidade de *não ter feito tudo que deveria* pelo seu ente que se foi. Para trabalhar tal sentimento de culpa, ele deve inculcar consigo que nada mais ele pode fazer (se é que o poderia), bem como um sentimento de *perdão a si próprio*, que é o meio adequado para se libertar da culpa.

Pastoral do luto

Além da necessidade de se seguirem as considerações, feitas acima, a Equipe de Saúde, que esteve envolvida no tratamento do falecido, pode atuar quanto aos pontos, a seguir enumerados. Nesses aspectos, o papel do(a) Assistente Social, é fundamental, caso exista referida profissional na equipe:

- Realização de necropsia
- Doação de órgão
- Aspectos financeiros
- Aspectos legais
- Aspectos sociais,
- Eventuais demandas judiciais.

Quanto à saúde do (a) do cuidador (a)

Este é muito suscetível, também, a padecer de sofrimento, principalmente quando se trata de uma pessoa da própria família (cônjuge, filha (o), irmã (ao), mãe (pai) do que esteja na iminência da morte ou já tenha falecido. Para tanto, diversas são as causas, desde situações corriqueiras, até aspectos emocionais. Ele lida ou lidou com um paciente, do que já resulta, para ele, quase sempre, grande impacto emocional. Tem ou teve a si a responsabilidade sobre algumas complicações, na saúde do paciente, como quedas, escaras, outras lesões de pele e engasgos - que podem levar a pneumonia aspirativa. Este aspecto é, sobremaneira, exacerbado, se houver incompreensão ou postura acusatória, por parte dos familiares. Tal estresse pode ser agravado por problemas pessoais do cuidador ou de sua família, cuja prevenção ou resolução é prejudicada pela escassez de tempo. Há muitos relatos de cuidadores que ficam acometidos de depressão ou outros agravos mentais.

Em um alentado artigo (Rev Bras Clin Med.Sao Paulo, 2012 jul-ago; 10(4):278-84), Ferreira et al realizaram, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC/USP), uma avaliação, com 99 cuidadores, sofrendo do impacto, sobre eles causado, pela doença crônica da pessoa cuidada confirmaram o comprometimento da saúde dos respectivos cuidadores,

sofrimento que, muitas vezes, é negligenciado, mas que pode ser de grande severidade e requerer tratamento. As mais acometidas, segundo aquele estudo, foram as mulheres, com idade entre 40 a 60 anos, predominantemente casadas, na condição de esposa ou filha do doente terminal. Dos cuidadores com emprego, 69% sofreram interferência no seu desempenho profissional. As cuidadoras, muitas vezes, chegaram a abandonar a sua profissão e, até, a ter prejudicada a sua vida conjugal. A propósito, tenho testemunhado vários casos de pessoas que caíram em depressão, além do que era de se esperar, após a perda do seu ente querido, principalmente em se tratando de filha solteira. (Aquele cuidadora, agora deprimida, tivera um notável desempenho, durante a doença do seu familiar, quando chegara, não apenas a cuidar dele, com o máximo esmero, como a coordenar todas as ações assistenciais, com bastante energia e pragmatismo; tal fortaleza veio a *ruir*, pouco tempo depois da referida perda). Arriscando-nos a fazer uma interpretação psicopatológica, poder-se-ia conjecturar que aquele ser terminal, mantido vivo, representava uma espécie de *troféu* para a cuidadora; ou que esta tinha nele o seu único bem afetivo. Outra explicação seria o rendimento financeiro, perdido pela família, com a morte do pai ou da mãe.

Quanto à saúde do médico que trata de doentes terminais

O médico necessita, também, de se conscientizar das suas próprias limitações orgânicas e psicológicas, e, mesmo sem deixar de se dedicar ou envolver com o paciente terminal e sua família, adotar uma postura, na sua vida particular, familiar e social, que lhe enseje sofrer o menor desgaste possível.

32 - Reflexões sobre a morte

Se vale a pena viver e se a morte faz parte da vida, então morrer também vale a pena...

Immanuel Kant

Rubens Alves, pedagogo, poeta e filósofo, no livro seu *O MEDICO*, 4ª. edição, 2003, faz, entre outras, as seguintes reflexões sobre a morte:



“Houve um tempo em que nosso poder perante a Morte era muito pequeno, razão pela qual, as pessoas tentavam *‘ouvir a sua voz’* e podiam tornar-se sábias, na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a Morte foi definida como uma inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque.

Com isso, nós nos tornamos surdos a lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela (inutilmente, porque podemos, apenas, adiá-la) mais tolos nos tornamos, na arte de viver. E, quando isso acontece, a Morte - que poderia ser conselheira sábia - transforma-se em inimiga, que nos devora detrás.”

A propósito do tema, são reproduzidas, também, a seguir, outras considerações, parte do já mencionado Dr. Evaldo D’Assumpção, o qual, por sua vez, faz algumas citações de outros autores.

“Geralmente, consideramos a morte de uma pessoa querida como uma grande perda de nossa vida. E ela o é, embora o sejam, também, outros eventos, quase sempre menos trau-

matizantes (desemprego, acidentes, o fim de um casamento e outros). São como mortes psicológicas”.

“Por isso, aprender a conviver com a perda, pela morte, nos será muito útil, para lidar com as perdas do dia a dia. A morte é, sem dúvida, a nossa melhor professora de vida. Entretanto, pelas nossas raízes culturais, onde a morte é sempre um tabu, dela evitando-se até pronunciar o seu nome, perdemos uma ótima oportunidade para melhorar nossa qualidade de vida”.

“Estando bem conscientes de nossa mortalidade, aprenderemos a viver cada momento como se fosse o único, sem, contudo, perder de vista que sempre poderá existir um “depois”. Conscientes de nossa mortalidade, sabendo que na realidade em (...) tudo é impermanente – nada dura para sempre – teremos profundo respeito por cada momento que vivermos. Procurando a ajuda certa, a dor e o sofrimento existirão, porém serão aliviados pela assistência que teremos. Bem cuidado, o sofrimento irá progressivamente diminuindo, até atingir níveis toleráveis”.

“Para as feridas físicas, tanto como para as feridas da alma, o tempo ainda é um bálsamo insubstituível”.

Outro aspecto importante para o qual D’Assumpção chama a atenção é a **relação que nossa cultura faz entre velhice e morte**.

“É como se apenas aos idosos fosse dado morrer. Chega-se mesmo a dizer, para mostrar como uma pessoa é idosa, que ela “está com um pé na cova”. Contudo, curiosamente, as estatísticas demonstram que, proporcionalmente, morrem mais jovens do que idosos. E isso é facilmente compreensível se observarmos que a evolução da Medicina Preventiva, tanto quanto da curativa, proporcionaram uma maior extensão da expectativa de vida. Em compensação, com o desenvolvimen-

to de máquinas e equipamentos, cada vez mais rápidos e com maior espectro de riscos, os jovens, a quem quase sempre cabe utilizá-los, se expõem a perigo de acidente e de morte, com muito maior frequência. Some-se a isso o ímpeto e, até mesmo, a imprudência da juventude e entenderemos os resultados das estatísticas a que nos referimos.”

E emenda D'Assumpção: “há um certo consenso em torno da idéia de que os idosos aceitam melhor a morte que os mais jovens”, apresentando a argumentação de Kalish, para tal: “a) idosos aceitam melhor a morte porque tiveram tempo suficiente para viver plenamente a vida; b) idosos têm a oportunidade de contemplar e de se envolver com um maior número de eventos tanáticos, o que lhes traz um certo conforto diante da morte; c) idosos têm a tendência a considerar suas vidas menos valiosas do que as do jovens e assim não temem tão fortemente a abrir mão dela.”, além do fato de que os idosos temem menos a morte do que a invalidez, o isolamento e a dependência, situações que podem lhes acometer, no final da vida.

Essas observações, especialmente a primeira delas, tiradas de idosos anglo-saxônicos, nem sempre se aplicam, totalmente, à realidade latino-americana. Se tais conclusões se aplicam à faixa pequena da população, econômica e socialmente, bem situada, para a grande maioria o que existe é uma grande frustração em razão da *vida não vivida*.

Citando Cook e Oltjenbruns, D'Assumpção insiste para que se atendam as necessidades básicas para os pacientes geriátricos que estão enfrentando a morte: “a) manutenção do sentido de si mesmo; b) participação efetiva nas decisões relacionadas à sua doença e à sua vida; c) ter a certeza de que sua vida ainda tem valor para os seus; d) receber tratamento e cuidado adequados.”

Indica D'Assumpção que, ao idoso, se proporcione a oportunidade de viver a vida que lhe resta, em sua própria casa, cercado das pessoas que ama e num ambiente que lhe é familiar e, se isso for impossível, pelo menos que dentro da instituição hospitalar ou asilar em que se encontra, que lhe seja respeitada a individualidade; que possa participar das decisões relativas à sua vida e à sua doença, sem subterfúgios ou eufemismo, até porque, segundo ele, “todas as pessoas portadoras de uma doença grave sabem que o são, mesmo que não saibam o nome da doença e a respectiva extensão de gravidade”.

Reforçando o que já foi enunciando páginas antes, quanto à informação que o médico deve ao seu paciente, o autor em tela declara:

“Afirmar que os pacientes nunca querem saber a verdade de sua doença, é outra ideia errada”.

“Podemos dizer mesmo que o enfermo não só tem o direito de saber, como tem a obrigação de saber de seu estado. Toda a questão gira, não em torno de se falar ou não da doença, mas fundamentalmente de COMO falar.”

“Resumidamente, se pode dizer que o melhor caminho, para se saber quando e como falar, reside na atitude mais singela: aprender a ouvir. Ouvindo atentamente o que o enfermo tem a nos dizer, descobriremos com facilidade o momento e a maneira de lhe informar de sua doença”.

“Às perguntas feitas pelo enfermo, procura-se devolvê-las de maneira gentil e perscrutatória, aprofundando-se no conhecimento do que o próprio paciente já sabe e respondendo, sem pressa de fazê-lo, sempre com a verdade, exposta de modo compreensível para o paciente, gentil e caridosamente”.

“A vida é do enfermo e a ele cabe decidir a seu respeito. Daí a importância de se estar bem informado, para que sua decisão seja correta e não intempestiva”.

“Querer passar somente para a família as informações e deixar que ela decida o que fazer, é um profundo desrespeito ao enfermo e isso poderá inclusive agravar a sua enfermidade.”

“Ter a certeza de que a sua vida ainda tem valor é indispensável para que o paciente geriátrico colabore com o tratamento e apresente reações favoráveis à evolução de seu processo. Se a própria idade avançada já traz uma sensação de desvalorização perante os outros, a associação de uma doença grave ou até mesmo o medo de adquiri-la pode agravar essa desvalorização.”

“O isolamento dessas pessoas em asilos ou instituições hospitalares trazem um profundo sentido de autodesvalorização que nada irá contribuir para a sua saúde, para a sua melhor qualidade de vida. Afinal, deve ser função do médico dar qualidade de vida e nunca quantidade de vida isoladamente”.

“O idoso não é um *parasita* que se deve rejeitar, mas, sobretudo, alguém que construiu o mundo de que hoje desfrutamos”

“Assim sendo, os idosos merecem incondicionalmente a paz e a tranquilidade que pouco se tem quando estamos em plena atividade”.

“Como é revoltante encontrar filhos adultos que exploram os pais até o último centavo!”

“Uma outra situação que deve ser levada em conta com relação ao atendimento psicotanatológico do idoso diz respeito à situação em que ele não está com doença grave e/ou

incurável, mas vivencia a enfermidade grave de um ente querido, o que representa para ele uma perda tão ou mais dolorosa quanto a própria morte. Ou quando sofre outras perdas que o fazem sofrer e amarguram os seus dias finais que, sem dúvida, deveriam ser de paz e tranquilidade. (Tais perdas podem ser: doenças crônicas e limitações físicas; morte do cônjuge, amigo ou parente próximo; morte de um filho ou neto; morte de um animal de estimação ou perdas materiais significativas). Assim, ele acaba ficando “literalmente afogado em perdas, não encontrando tempo suficiente para elaborar e superar totalmente cada luto que vivencia.”

Mais um ensinamento, que se pode colher das reflexões de D’Assumpção, tem a ver com **relação entre espiritualidade e religiosidade**.

Ele cita, a propósito, o resultado de um trabalho metodologicamente rigoroso, de Gamino e Easterling (*The Forum, jornal oficial da Association for death education and counseling*, março/abril 2000), em que 85 pessoas, vivenciando uma condição de luto, onde a espiritualidade intrínseca atenuava sensivelmente o sofrimento da perda, o que ele chama de *dor espiritual*, geradora de grande desesperança, concluiu que “quem não crê, não espera! e quem não espera morre”.

D’Assumpção adverte, porém, que espiritualidade não é sinônimo de religiosidade, apesar de ambas serem estreitamente relacionadas, sendo que a segunda, na concepção dele, é apenas um aspecto importante e uma consequência da primeira, justificando sua assertiva apoiado em Platão (século IV a.C.), o qual defendia a ideia de que o Ser Humano era um dualismo corpo-alma, com prevalência da última sobre o primeiro. Tal ensinamento platônico teria tido forte influência na Humanidade.

dade, especialmente no Cristianismo, assim como, na ideia do Ser Humano com um todo (corpo, mente e espírito).

Por serem pertinentes, são também transcritas, a seguir, considerações de outros autores, reunidas na publicação *BIO-TANATOLOGIA E BIOÉTICA* (D'Assumpção EA, Paulinas, 2005, S. Paulo).

Discutindo sobre o tema “Morte: experiência da vida”, Robson Figueiredo Brito, filósofo e psicólogo clínico, autor do instigante artigo “MORTE: EXPERIÊNCIA DE VIDA”, inicia indagando: “A morte tem um sentido ? Ela fornece experiência para o viver ?”, depois do que, faz algumas reflexões, como: “Existem várias possibilidades de lidar com a finitude da vida das pessoas, principalmente das pessoas que nós mais amamos. Em nossa cultura ocidental, porém, isso é extremamente problemático, pois a morte passa a constituir uma problema para os vivos...” “Não é a morte, como terminalidade da vida, que causa angústia para nós, seres humanos, mas sim o ter consciência de que ela acontecerá. Por isso, mantendo a ilusão de que se isolar a morte, afastando-se dela, o ser humano dominará e controlará tudo o que termina com a vida, *aplaca-se* a angústia”.

Brito cita outro autor (Elias, N., 2001) segundo o qual “A morte hoje é mais asséptica, porém os moribundos frequentemente se deparam com a completa solidão, porque os vivos, temendo por si mesmos, são incapazes de lhes demonstrar afeto”.

Outra indagação de Brito é se “Podemos construir um sentido filosófico para a morte ?” e cita Sponville, AC,1997: “Ninguém jamais fracassou em morrer, mas em viver (...). Ora, como

viver, pelo menos como viver feliz, sem aceitar a própria trama de nossa existência, que é o tempo que passa, e a vida se desfaz ?”.

Comentando as considerações acima, o autor do artigo faz coro com a máxima de Netto, A, 2001, o qual reflete que “... procurar compreender, um pouco que seja, as atitudes em face da morte é, paradoxalmente, o mesmo que tentar penetrar a trama das atitudes diante da vida. Morte e vida são fenômenos vitais entrelaçados, plurirrelacionados, e seria uma despropósito procurar a existência de um fora do outro”.

A seguir, Brito discorre sobre a morte, em face da ciência moderna e, indaga,: “pode-se morrer curado ?”. A propósito de tal provocação, ele faz, também, interessantes citações:

De Guimarães Rosa: “O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim. Esquenta e esfria, aperta e daí a afrouxa. Sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. O que Deus quer é ver a gente aprendendo a ser capaz de ficar alegre a mais, no meio da alegria e mais alegria ainda, no meio da tristeza”.

Do já mencionado, Sponville: “A medicina pode ajudar-nos a colocar a morte como o objeto necessário de nosso alvo, principalmente quando ela nos assusta: o hospital põe a morte à distância, para os outros, para os saudáveis, a tal ponto que eles acabam, por vezes, esquecendo-a. Morrer? Nem pense nisso! Parei de fumar e tenho um médico ótimo (...) Pobres crianças que somos! Outros, contra a angústia, se entopem de ansiolíticos, outros se atordoam de trabalho ou no prazer. Fingem não morrer, e é isso que chamam de saúde”.

Voltando a Elias, também já citado, Brito reproduz: “Na unidade de terapia intensiva de um hospital moderno, os mo-

ribundos podem ser tratados de acordo com o mais recente conhecimento biofísico especializado, mas muitas vezes de maneira neutra em termos de sentimentos: podem morrer em total isolamento”.

Ao final do seu capítulo, Brito é enfático:

“Temos de entender que o isolamento não nos afasta do dinamismo da morte. O ser humano é digno de respeito, mesmo que suas condições físicas não sejam boas. É por isso que existe a possibilidade de ser acolhido com cuidado e de receber assistência em saúde: precisamos ajudar o doente não como um conjunto de sistemas biofísicos isolados (...) mas é preciso perceber que os problemas funcionais são integrados à pessoa, a qual realmente desvalorizamos, quando nos esquecemos de o todo no humano. Se quisermos suportar a vida, estejamos prontos para aceitar a morte, o morrer, o envelhecer, a finitude”.

O tanatólogo e ginecologista Sebastião Galeno, em artigo inserido, também, no livro organizado por D’Assumpção, faz algumas considerações importantes, iniciando pela indagação: “Medo da morte, medo da vida ?”

“Aquele medo, é meu pensamento, vem se agravando, de modo perturbador, nos últimos anos, apesar das descobertas, crescentes, de medicamentos e outras medidas terapêuticas que, quando não curam, controla o câncer, transformando-o em uma doença crônica, a ser controlada, por muitos anos, mantendo a qualidade de vida das pessoas. No Brasil, causas externas (acidentes, assassinatos, suicídios, *overdose* de drogas etc.) já disputam o segundo lugar, nas estatísticas oficiais, sendo superadas, somente, pelas doenças coronarianas e cerebrovasculares. Há a consciência, da população e dos governantes,

de que tão grave problema de saúde pública tem raiz, principalmente, no uso de substâncias ilícitas e de bebidas alcoólicas, na deseducação cívica da população e na leniência e ineficiência dos nossos órgãos policiais e judiciários. Por mais paradoxal que possa parecer, temos, em geral, grande interesse em ver, nos jornais, rádios e televisões, as notícias sensacionalistas sobre atos de violência, mesmo que agravemos os nossos medos, especialmente o da morte, e nos impregnemos de pessimismo e, até, de desesperança. Muitas pessoas estão desencadeando, ou tendo exacerbados, seus transtornos mentais (depressão, ansiedade generalizada, transtorno pós-traumático, baixa sociabilidade etc.), em consequência daquela divulgação exagerada. A mídia divulga tal violência, de modo tão mais amplo e sensacional, quanto mais impressionante tenha sido o fato.”

Ainda sobre a **postura do idoso em face da perspectiva da morte**, são pedagógicas outras colocações, que fizeram parte da publicação em tela:

Segundo Karla C.Giacomin, “ De fato, não é o envelhecer por si que nos assusta, mas sim a possibilidade de tornarmos dependentes e a constatação de que, um dia, morreremos. Muitas vezes, confunde-se envelhecer com adoecer (...) nem sempre somos velhos com doenças, nem sempre somos jovens livres de doenças (...). Quando se trata de envelhecer, não se pode generalizar, mas todos podemos e devemos buscar envelhecer com dignidade. (... Um dos desafios do século XXI é a construção de estratégias não apenas para continuar aumentando o número de anos de vida, mas sobretudo para prevenir as incapacidades. (...) embora inexorável, o envelhecer é um fenômeno diferencial para homens e mulheres, ricos e pobres, alfabetizados e iletrados. A velhice é heterogênea e o resultado de escolhas ao longo da vida.(...) é tempo de mudança de pa-

radigmas: não penso em velhos até o dia em que me descubro velho. (...) velhice é a etapa mais longa da existência (...) o mundo nunca precisou tanto de serenidade, ternura, transparência, de aprender a dar tempo ao tempo: essas virtudes esquecidas da velhice que precisamos cultivar desde já. (...) Hoje, sozinhos, os velhos dão provas de energia vital e resistem ao isolamento e à exclusão, impostos pelo modelo ocidental de envelhecimento (...). A velhice não é o fim da aventura, ela é uma aventura nova, apaixonante. Precisamos urgentemente nos preparar para ela”.

Aroldo Escudeiro, também no livro referido, acrescenta, com muita propriedade, que “A proximidade da morte na fase da velhice produz ao mesmo tempo uma sentimento de ansiedade e estimulação para a preparação para o evento final da vida. (...) É preciso, então, nesse instante do desenvolvimento, amadurecer a ideia da morte, não deixando, porém, de aproveitar a vida da forma mais intensa possível.”, até porque, segundo o referido autor, “... uma questão se apresenta para profunda reflexão: o que é mais difícil para o velho, a morte física inevitável ou a morte social evitável?” Ele insinua a resposta, com a constatação: “... nós adultos não nos lembramos de que também, pelo menos a priori, vamos envelhecer e de que nossa perda de reconhecimento como sujeito da própria vida é muito mais dolorosa que a morte.” Ainda sobre os aspectos agora discutidos, A.R.P. Casarões coloca uma boa conclusão: “ Quanto à morte, a reflexão sobre ela se insere na ótica da vida: um saldo positivo na balança da vida pode assegurar menos angústia do que naquele que viveu estéril e improdutivamente”.

PARTE 3

SUGESTÕES PARA A MELHORIA DA ATUAÇÃO MÉDICA

Um senhor de 78 anos, aposentado, portador de hipertensão arterial primária, sem diabetes melito ou dislipidemia, não tabagista nem etilista, gozava de boa qualidade de vida, fazendo uso, apenas, de Losartan 50 mg ao dia, com bom controle dos níveis pressóricos. Três, dos seus irmãos, haviam falecido por doença cardiovascular.

Em uma noite, do primeiro semestre de 2012, estando em casa, ele passou a ter uma sensação de *mal-estar* torácico, mal definido, seguido de sudorese e lividez e perda dos sentidos. Os seus familiares disseram ter tido ele, na ocasião, movimentos involuntários, generalizados, que eles interpretaram como sendo uma convulsão. Poucos minutos depois, o paciente recobrou a consciência.

Foi, então, levado ao serviço de emergência de um conceituado hospital, em Fortaleza, onde foi consultado. Lá, já sem os referidos sintomas, e após uma avaliação clínica sucinta, foi orientado a voltar para casa, mesmo contra a sugestão dos seus familiares, que propuseram o internamento.

Poucas horas depois, já tendo retornado à sua residência, o quadro apoplético recorreu, tendo sido, nesta segunda ida ao referido hospital, admitido e, em seguida, transferido para UTI, com diagnóstico provisório de crise convulsiva a esclarecer, sendo medicado com anticonvulsivante, por via endovenosa. Permaneceu com rebaixamento do nível de consciência.

Na manhã seguinte, a médica neurologista, que, então, assumiu a condução do caso, manteve a medicação e solicitou tomografia do crânio (TC) na qual não foram evidenciados sinais compatíveis com hemorragia ou isquemia do encéfalo.

Numa avaliação por um cardiologista, com realização de eletrocardiograma, não foram, igualmente, encontradas alterações significativas.

Mantido na UTI, o paciente recuperou gradualmente o seu nível de consciência, ficou sem déficits neurais ou sinais de descompensação orgânica e com os sinais vitais normais.

Nova TC craniana, dois dias depois, não tinha achados anormais, tendo permanecido o diagnóstico definitivo de epilepsia, segundo a neurologista assistente.

Na véspera do dia previsto para a alta, antes do final de uma semana de internação, o paciente manifestou sensação de desconforto na região esternal, para cuja avaliação foi incluída a realização de uma radiografia do tórax, no leito. Foi, então, detectada uma imagem sugestiva de alargamento do mediastino, tendo, como suspeita principal, dissecação aórtica, aguda, o que foi confirmado por estudo angiográfico. Tratava-se de dissecação, de grande extensão, alcançando, inclusive, a emergência das artérias carótidas, comprometimento tal que, analisado retrospectivamente, havia sido o responsável pelos sintomas iniciais (convulsão e a perda da consciência), explicados pela isquemia encefálica.

Diante da gravidade do quadro, convocou-se uma conferência médica, em que participaram, além do clínico da família, o cardiologista assistente e dois cirurgiões cardiovasculares, um dos quais com longa experiência no assunto, grande competência e notório senso ético.

Ficou-se com a certeza de que a situação era muito grave, em face da possibilidade de dissecação aórtica poder progredir, ainda mais, com risco de óbito, não obstante as medidas terapêuticas conservadoras, até então adotadas.

A indicação cirúrgica, mesmo de grande risco, foi unânime e aceita pelo paciente e os seus familiares, como única saída, até porque o paciente, não obstante a idade e a hipertensão arterial, tinha boas condições clínicas.

Durante o ato operatório, foi constatado ser a dissecação, de fato, muito maior do que se julgava, atingindo, também, grande parte da aorta abdominal.

Os procedimentos cirúrgicos foram demorados, incluindo a colocação de mais de um *by pass* aorto-carotídeo. Pela grande duração do ato cirúrgico, o paciente ficou sob clampeamento aórtico prolongado.

No pós-operatório, como se temia, houve progressiva deterioração da saúde do paciente, incluindo *ileus* adinâmico, insuficiência renal aguda e outras falências orgânicas, o que foi explicado pelo sofrimento da circulação visceral, em decorrência sobretudo do referido clampeamento aórtico prolongado. Em poucos dias, o paciente veio a falecer.

Faço o relato desse lamentável caso, unicamente para censurar a postura do colega emergencista que fez a primeira consulta, por sua conduta, indefensável, em não ter internado o paciente, já no primeiro atendimento, embora não se possa concluir que tal deslize tenha contribuído para o desfecho fatal. É possível, no entanto, que, em etapas posteriores, na condução do caso, pudessem ter sido adotadas atitudes mais abrangentes, as quais, com boa chance, poderiam ter ensejado o diagnóstico da dissecação aórtica, em uma fase precoce e de melhor prognóstico.

Noutro caso, depois, no mesmo hospital, uma senhora, de cerca de sessenta anos, foi atendida, em razão de uma dor ab-

dominal, acentuada, em cólica, refratária a analgésicos comuns e acompanhada de náuseas e vômitos

O exame clínico e alguns exames laboratoriais, incluindo uma ultrassonografia de abdome, realizados na ocasião, não foram esclarecedores.

A paciente foi medicada com analgésio + antiespasmódico, por via intravenosa, obtendo, na ocasião, remissão significativa da dor e recebeu alta.

Dias depois, por sua própria iniciativa, consultou-se com gastroenterologista, quando foi levantada a possibilidade de pancreatite aguda, o que foi descartado. Uma tomografia computadorizada do abdome, todavia, mostrou a presença de um cálculo ureteral, causando moderada hidronefrose. A paciente foi, finalmente, encaminhada a urologista, para abordagem definitiva do seu problema.

Novamente, se verificou a **falta de resolatividade**, naquele primeiro atendimento emergencial.

Um terceiro caso, também ocorrido naquele no hospital citado, foi o de uma senhora, nos seus 80s, que lá procurou atendimento, por causa de uma lombalgia.

A dor, do tipo *fsgada*, era de grande intensidade e refratária a analgésicos comuns, dos quais a paciente já lançara mão, em domicílio.

O médico plantonista suspeitou de hérnia discal e solicitou uma ressonância nuclear magnética (RNM) da coluna lombar, a qual foi realizada, logo em seguida. Sucede que as grafias, relativas à RNM, foram enviadas para o serviço de emergência, sem o laudo radiológico respectivo e, sem aquele laudo, outro médico emergencista, já no turno de trabalho se-

guinte, afirmou, para a paciente, não saber interpretar as imagens, que lhe chegaram às mãos, razão pela qual deixava de estabelecer um plano diagnóstico e terapêutico, além da medicação sintomática, que já fora feita.

Em decorrência da **falta de uma conduta, não resolutiva**, novamente, a doente, já em sua casa, voltou a sentir a referida dor, com as mesmas características e intensidade, além de ter apresentado náuseas e vômitos, após ter tomado a medicação que lhe havia sido prescrita. O quadro doloroso não recebeu um diagnóstico, pelo menos sindrômico ou provisório, por parte do médico que lhe dera a alta casa, sob a alegação de ele “não ser um traumatologista”.

Neste último caso, a crítica é, primeiramente, para o hospital, que, sendo de grande movimento, inclusive com atendimento em traumato-ortopedia, não dispor, pelo menos na ocasião citada, de radiologista de plantão ou de sobreaviso.

Em outros hospitais, não são raras situações como as acima descritas.

Há menos de dois anos, testemunhei o caso de um paciente, hipertenso de difícil controle, com outros fatores de risco para doença cardiovascular, e que chegou a ir, por mais de uma vez, ao setor de emergência de um hospital especializado em tratamento de doenças cardiovasculares, retornando para casa, após alguns resultados de exames, que estariam dentro da normalidade. Não se tem notícia de que, ao paciente ter sido, pelo menos, recomendada uma investigação complementar, mais aprofundada. Poucos dias depois, ele foi atendido, novamente, no mesmo serviço, aonde chegou, já em parada cardíaca, por infarto agudo do miocárdio. A sorte é que, após várias manobras, logrou ser reanimado. Permaneceu, porém,

internado, por mais de trinta dias, tendo sofrido algumas intercorrências hospitalares, tendo sobrevivido, mas ficou como seu estado de saúde e a sua qualidade de vida muito comprometidos, inclusive com significativo comprometimento das funções hemodinâmicas e cerebrais.

Uma justificativa – não aceitável – que se procura dar, nesta, como em muitas outras situações, é a da sobrecarga de trabalho, a que o médico é submetido. A discussão, sobre o mérito desta questão, demanda análise ampla e cuidadosa, mas me permito, aqui, adiantar algumas conclusões irrefutáveis, sobre o tema. O que se tem assistido, com poucas exceções, é, quase sempre, **prescrições medicamentosas apenas sintomáticas.**

Nos atendimentos emergenciais e, muitas vezes, nas consultas ambulatoriais da Atenção Primária, **não se assume, regra geral, uma postura mais resolutiva**, no sentido do diagnóstico da doença de base, seja pela solicitação de um conjunto de exames complementares essenciais, seja pela interconsulta com outro especialista, racionalmente solicitada.

Em se tratando de doenças estáveis, sem comorbidades e sem risco de agravamento, as consequência disso não são tão prejudiciais.

Quando, ao contrário, o quadro clínico é complexo e/ou de difícil esclarecimento etiológico, ou potencialmente grave, ou na presença de comorbidades, **a falta da resolutividade, nos serviços de emergência ou nos ambulatorios e consultórios, pode ter consequências nefastas, quando não, desastrosas, para os pacientes e mais onerosas para os sistemas de saúde.**

Já está bem estabelecido que quase todos os problemas, quanto ao tratamento e à prevenção de doenças, poderiam ser evitados, resolvidos ou minimizados, se as autoridades fortale-

cessem, de fato, a ATENÇÃO PRIMÁRIA, desde as ações do PSF, dos Postos de Saúde, das Unidades Básicas de Saúde e das UPAs.

Para os planos de saúde e outras entidades semelhantes, vale o mesmo raciocínio.

Para tanto, os profissionais, sendo adequadamente capacitados, dignamente remunerados e austeramente cobrados, poderiam dar o melhor de si, em termos de competência, dedicação e humanitarismo.

Nos serviços de emergência, ambulatórios e consultórios, talvez até mais do que em UTIs, tais requisitos são indispensáveis. Penso que **o emergencista, pela capacidade resolutive que necessita ter, requer uma especialização adequada, boas condições de trabalho, remuneração digna e incentivo para aprimoramento científico e reciclagem.**

É temerário que se designe um médico recém-formado, geralmente não capacitado devidamente, para labutar num serviço de emergência.

O mesmo raciocínio, com variantes inerentes a cada condição, se deve aplicar ao médico do consultório ou do ambulatório de pronto atendimento ou de Clínica Médica.

Em ambos as situações, **não pode, ao médico, ser atribuído um número de atendimentos além do que, técnica e eticamente, lhe seja possível tratar adequadamente**, a fim de não prejudicar a saúde do paciente e dele próprio, não expô-lo a má prática, e não embarçar, mais ainda, o fluxo do nosso sistema de saúde.

Reitero - o que já abordei em páginas atrás - que a consulta e o exame físico, se adequados, ensinam a que se necessite

de menor número de exames complementares, ou que estes, na maioria das vezes, não necessitem de ser sofisticados ou onerosos (isto é, sejam feitos apenas o necessário para se **complementar** as conclusões ou hipóteses diagnósticas, obtidas a partir da referida observação clínica, evitando, por outro lado, a necessidade de encaminhamento, supérfluo, do paciente a outros médicos).

Os equipamentos médico-hospitalares, na Atenção Primária, não são, igualmente, onerosos, devendo ser adquiridos, contudo, os de melhor qualidade, o que lhes permita a necessária confiabilidade e durabilidade.

Os medicamentos essenciais são, quase sempre o suficiente, com as exceções para condições mórbidas mais complexas. Uma provisão de estoque, de produtos de qualidade, porém, deve ser outra exigência para o sistema funcionar bem.

Antimicrobianos e outros grupos terapêuticos devem ser usados seguindo PROTOCOLOS.

A prevenção e o controle das infecções relacionadas com a assistência à saúde (infecções hospitalares) devem merecer todo o incentivo das entidades mantenedoras, não somente para a proteção dos pacientes, como, igualmente, por serem medidas comprovadamente custo/eficazes.

FONTES CONSULTADAS

abih.net.br/.../15-de-maio-dia-do-controle-de-infeccao-hospital... Best, M & D, Neuhauser - Heroes and martyrs of quality and safety: Ignaz Semmelweis and the birth of infection control; Qual Saf Health Care 2004;13:233-234 doi: 10.1136/qshc.2004.010918

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – RDC 20/2011, Brasília.

blogdomicko.blogspot.com/...

Alves, R: *O MÉDICO*, 4a. edição, 2003 – Campinas/SP- Papyrus Editora.

Alvarenga, LN *et al*: Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. Rev. esc. enferm. USP vol. 43 no. 4 São Paulo Dec. 2009.

Andriole, GL *et al*: *Mortality results from a randomized prostate-screening trial. N Engl J Med. 2009; 360:1310-9.*

Bartlett, JG: Narrative Review: *The New Epidemic of Clostridium difficile-Associated Enteric Disease; An Intern Med. 2006; 145: 758-764; Philadelphia.*

blogdosanharol.blogspot.com.br/2012/04/lembrando-dr-raimundo-bezerra-um.html

Bordini, CA: Migrânea e Depressão - www.asolac.org/index.php?option=com_content&task=view...

Brito, RF: Morte: Experiência da Vida. in D'Assumpção, EA (org) – BIOTANATOLOGIA E BIOÉTICA. São Paulo: Paulinas, 2005 (Coleção Pastoral da Saúde).

Bynum, W: História da Medicina – trad. De Flávia Souto Maior - Porto Alegre, L&PM POCKET, 2008.

Caldwell, T: Médico de Homens e Almas – trad. Aydano Arruda – 31ª .ed – Rio de Janeiro:Record, 2002.

Camaras Técnicas de Medicina Intensiva e Bioética do Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Medicina Intensiva: aspectos éticos. www.advsaude.com.br/noticias.php?local=1&nid=8873.

Cantero, Christye: O novo IDOSO. Aptare, agosto/setembro de 2012, São Paulo.

Casarões, ARP: Idoso diante da vida e da morte: novas etapas da vida adulta e velhice, in D'Assumpção, EA (org) – BIOTANATOLOGIA E BIOÉTICA. São Paulo: Paulinas, 2005 (Coleção Pastoral da Saúde).

Cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2237.

Chaitow,L: *The Antibiotic Crisis – Harper Collins Publisher*, Londres, 1998.

Cheng, HQ: *Preoperative Evaluation & Perioperative Management*, in McPhee,SJ; Papadakis,MA& Rabow, MW: 2013 *CURRENT Medical Diagnosis & Treatment – Mc Graw Hill LANGE*, N. York Chin An Lin(1), Wu Tu Hsing(2), Hong Jin Pai (3) ... medicina.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc_96.

Ching-Hong,PV & Guglielmo, BJ: *Common Problems in Infectious Diseases & Antimicrobial Therapy in* McPhee,SJ; Papadakis,MA & Rabow, MW: 2013 *CURRENT Medical Diagnosis & Treatment – Mc Graw Hill LANGE*, N. York.

Chou, R, et al: *Screening for Prostate Cancer: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force; Ann Intern Med.* 2011; 155:762-771.

Comitê de Clínica Médica da Secretaria da Saúde (SESA) do Estado do Ceará: *Condutas em Clínica Médica*, 2ª. Ed., 2008 - Fortaleza Conselho Federal de Medicina: *Código de Ética Médica* 3ª. Ed. 1996, Brasília.

Conselho Federal de Medicina: Resolução 1938/2010.

Conselho Federal de Medicina (CFM) - Resolução 1973/2011, Brasília.

Conselho Federal de Medicina (CFM) - Resolução 1995/2012, Brasília.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) Publicação 221 – 01/2006 www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=619, S. Paulo.

conversasolitaria.wordpress.com/2010/08/03/pessoas-famosas-com-depressao/

Cornett, PA & Dea, TO: *Cancer in*, in McPhee,SJ; Papadakis,MA & Rabow, MW: 2013 *CURRENT Medical Diagnosis & Treatment – Mc Graw Hill LANGE, N. York.*

Croswell *et al*: *Cumulative incidence of false-positive test results in lung cancer screening: a randomized trial:Ann Intern Med.* 2010;151:505-12. Agosto, 2010.

D'Assumpção, EA: Tanatologia: ciência da vida e da morte in D'Assumpção, EA (org) – BIOTANATOLOGIA E BIOÉTICA. São Paulo: Paulinas, 2005 (Coleção Pastoral da Saúde)

www.nucleofenix.com/site/index.php?option=com_content&task=view&id=33&Itemid=

1023portugal.wordpress.com/evidencia-cientifica-contra-a-homeopat...

Dicionário escolar da língua portuguesa/Academia Brasileira de Letras,- 2ª.ed.- São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2008.

Dicionário Houaiss: sinônimos e antônimos/(Instituto Antônio Houaiss; diretor de projeto Mauro de Salles Villar) - 2ª. Ed.- São Paulo: Publifolha. 2008

Doyle, JP & Martin, L J: *Ambulatory Medicine Case Book. Lippincott Williams & Wilkins-* 2002, Philadelphia.

Eisendrath, SJ & Lichmacher, JE: *Psychiatric Disorders* in McPhee,SJ; Papadakis, MA & Rabow, MW: 2013 *CURRENT Medical Diagnosis & Treatment – Mc Graw Hill LANGE, N. York.*

El Dib, RP: Como praticar a Medicina Baseada em Evidências – Editorial - www.scielo.br/pdf/jvb/v6n1/v6n1a01.pdf

Emanuel, EJ *et al*: *Palliative and End-of-Life Care in* Fauci,AS & co.s: *HARRISON'S Principles of INTERNAL MEDICINE, 17th ed., Neu York.*

[en.wikipedia.org/wiki/Abraham Lincoln.](http://en.wikipedia.org/wiki/Abraham_Lincoln)

[en.wikipedia.org/wiki/Andrew Jackson.](http://en.wikipedia.org/wiki/Andrew_Jackson)

[en.wikipedia.org/wiki/Audrey Hepburn.](http://en.wikipedia.org/wiki/Audrey_Hepburn)

[en.wikipedia.org/wiki/Ernest Hemingway.](http://en.wikipedia.org/wiki/Ernest_Hemingway)

[en.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale.](http://en.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale)

[en.wikipedia.org/wiki/Howard Hughes.](http://en.wikipedia.org/wiki/Howard_Hughes)

[en.wikipedia.org/wiki/Charles Dickens.](http://en.wikipedia.org/wiki/Charles_Dickens)

en.wikipedia.org/wiki/Cicely_Saunders.
en.wikipedia.org/wiki/Cole Porter.
en.wikipedia.org/wiki/Edwin “Buzz” Aldrin.
en.wikipedia.org/wiki/End-of-life_care.
en.wikipedia.org/wiki/Florence Nightingale.
en.wikipedia.org/wiki/ Francis Scott Key Fitzgerald.
en.wikipedia.org/wiki/George_Washington.
en.wikipedia.org/wiki/Harrison Ford.
en.wikipedia.org/wiki/Ignaz_Semmelweis.
en.wikipedia.org/wiki/James M. Barrie.
en.wikipedia.org/.../Johann_Georg_Ritter_von Zimmermann.
en.wikipedia.org/.../John Calvin Coolidge, Jr.
en.wikipedia.org/wiki/John Lennon.
en.wikipedia.org/wiki/Judy Garland.
en.wikipedia.org/wiki/Laurence Olivier.
en.wikipedia.org/wiki/Marlon Brando.
en.wikipedia.org/wiki/Marilyn Monroe.
en.wikipedia.org/wiki/Menachem Beginen.
en.wikipedia.org/wiki/Natalie Cole.
en.wikipedia.org/wiki/Peter_Safar.
en.wikipedia.org/wiki/Ralph Nader.
en.wikipedia.org/wiki/Robert Burns.
en.wikipedia.org/wiki/Salvador Edward Luria.
en.wikipedia.org/wiki/Samuel Beckett.
en.wikipedia.org/wiki/Sir Anthony Hopkins.
en.wikipedia.org/wiki/Spencer Tracy.
en.wikipedia.org/wiki/Tennessee Willians.
en.wikipedia.org/.../The_Anatomy_of_Melancholy.
en.wikipedia.org/wiki/Theodore Roosevelt, Jr.
en.wikipedia.org/wiki/Thomas Jefferson.
en.wikipedia.org/wiki/Truman Capote.
en.wikipedia.org/wiki/T.S.Eliot.
en.wikipedia.org/wiki/Walter_Dandy.
en.wikipedia.org/wiki/William Blake.
en.wikipedia.org/wiki/ WilliamFaulkner.

Escudeiro, A: Velho: a plenitude do ser. D'Assumpção, EA (org) – BIOTANATOLOGIA E BIOÉTICA. São Paulo: Paulinas, 2005 (Coleção Pastoral da Saúde).

Falceto, OG, Fernandes,CLC e Wartschow, ES: O Médico, O Paciente e Sua Família in , Duncan, BB e Gugliani, RJ: Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências - 3ª Edição - 2004 - Editora Artmed , Porto Alegre.

Fernandes, AT: O *impacto das infecções hospitalares na corrente sanguínea*. www.ccib.med.br/impactoinfecoes.html

Ferreira, ABH: Dicionário Aurélio da língua portuguesa/Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, coordenação Marina Baird Ferreira e Margarida dos Anjos -5ª.ed – Curitiba: Positivo, 2010.

Ferreira, HP *et al*: O impacto da doença crônica no cuidador.Rev Bras Clin Med. V. 10 no. 4, Julho / agosto 2012

Ferri *et a.*:*The Care of The Geriatric Patient* – 2a. Ed. *Mosby Year Book, Inc.*,1997, Boston.

Fink, HA *et al*: Screening for, Monitoring, andn Treatment of Chronic Kidney Disease Stages 1 to 3: A Systematic Review. *Ann Intern Mede* 2012;156:570-581, abril 2012

Fleck, MPA: Depressão in Duncan,BB; Schmidt, MI e Giugliani, ERJ e cols.: Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências – 3ª. Ed- Porto Alegre: Artemed, 2004.

Franco, MHP: A morte não institucional. in D'Assumpção, EA (org) – BIOTANATOLOGIA E BIOÉTICA. São Paulo: Paulinas, 2005 (Coleção Pastoral da Saúde).

Galeno,S: Medo da morte, medo da vida ? in D'Assumpção, EA (org) – BIOTANATOLOGIA E BIOÉTICA. São Paulo: Paulinas, 2005 (Coleção Pastoral da Saúde).

Giacomin, KC: O idoso diante da vida e da morte. in D'Assumpção, EA (org) – BIOTANATOLOGIA E BIOÉTICA. São Paulo -Paulinas, 2005 (Coleção Pastoral da Saúde).

Girão,JE – Clínica Médica no Ceará – passado e presente – Expressão Gráfica – Fortaleza, 2008.

Goldback, R: Cuidando dos pacientes, dos seus familiares e profissionais, além dos fármacos. <http://naocustapensar.blogspot.com.br/2010/02/entrevista-o-paciente-terminal-na-uti-e.html#/2010/02/entrevista-o-paciente-terminal-na-uti-e.html>naocustapensar.blogspot.com.br/2010/02/entrevista-o-paciente-terminal-na-uti-e.html#/2010/02/entrevista-o-paciente-terminal-na-uti-e.html

Goldim , JR: Autonomia, Tomada de Decisão e Envelhecimento www.bioetica.ufrgs.br/gerauto.htm

Gonzales, R & Nadler, L: *Common Symptons*, in McPhee,SJ; Papadakis,MA & Rabow, MW: 2013 *CURRENT Medical Diagnosis & Treatment – Mc Graw Hill LANGE, N. York* Gorzoni, ML: Riscos na reposição indiscriminada de vitaminas. Aptare. Agosto/setembro 2012, São Paulo.

Grinbaum, RS: Velhas Drogas Antimicrobianas - Novas Perspectivas de Uso. Congresso da Associação Brasileira de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, 2010; Recife.

Hart ,CA e Kariuki , S: A resistência antimicrobiana nos países em desenvolvimento (www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1113834/)

Hoffman, RM: Viewpoint: *Limiting Prostate Cancer Screening. Ann Intern Med.*2006; 144:438-440.

Hsu LY, Kwa AL, Lye DC, Chlebicki MP, Tan TY, Ling ML, Wong SY, Goh LG, *Singapore Med J* 2008; 49 (10) :749-755

Hughes& Barrows,K: Complementary and Alternative Medicine, in McPhee,SF e cols: 2013 *CURRENT Medical Diagnosis & Treatment – Mc Graw Hill LANGE, New York.*

Hutchinson, R: *The Physician's Prayer.*

Infante M et al.: *A randomized study of lung cancer screening with spiral computed tomography: three-yeer results from the DANTE:trial. AmJ Resp Crit Care Med.*2009; 180:445-53.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Censo de 2010- www.ibge.gov.br/

Johnston,CB *et al. Geriatric Disorders* , in McPhee,SJ; Papadakis,MA & Rabow, MW: 2013 *CURRENT Medical Diagnosis & Treatment – Mc Graw Hill LANGE, N. York.*

Jornal do Cariri, ed. de 23.05.2012: Academia Cearense de Medicina homanageia Napoleão Tavares.

Kevin, B: *Complementary & Alternative Medicine* in McPhee,SJ; Papadakis, MA & Rabow, MW: 2013 *CURRENT Medical Diagnosis & Treatment – Mc Graw Hill LANGE, N. York*

Kloetzel, K: O Diagnóstico Clínico, in in Schmidt, MA, Duncan, BB e Gugliani, RJ: *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências - 3ª Edição - 2004 - Editora Art-med , Porto Alegre*

Lieburg,MJ: *FAMOUS DEPRESSIVES – Tem historical seketches – Organon Interntional bv.* 1988, Amsterdam

Loes,O; Smith-Erichsen N e B Lind . *Terapia intensiva: custo e beneficio.* *Acta Anaesthesiol Scand Suppl.* 1987; 84:3-19.

Londero, M: *Depressão.* www.brasilclinicas.com.br/artigos/ler.aspx?artigoID=61

Mack *et al.*:*End-of-Life Care Discussions Among Patients With Advanced Cancer; Ann Intern Med.*2012; 156::204-210

Maia, FFR & Araújo, LR: *Incidentaloma adrenal: manejo diagnóstico e terapeutico* *Rev Soc.Bras.Clin Med:* 2003; 1(1): 8-12

McQuaid, KR: *Gastrointestinal Disorders* in McPhee,SJ; Papadakis,-MA & Rabow, MW: 2013 *CURRENT Medical Diagnosis & Treatment – Mc Graw Hill LANGE, N. York*

medicinabaseadaemevidencias.blogspot.com/.../parlamento-baseado-...Em cache ev. 2010.

miguelguimaraesom.wordpress.com/2010/12/06/mensagem-aos-jovens-medicos/

Ministério da Saúde do Brasil - Portaria nº 2.029 , 24.08.2011, Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde.... permanente ou transitória bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/.../

Montello, J: *A INDESEJADA APOSENTADORIA – edição integral com licença autorizada por Josué Montello, para o Grupo Aché,*

para distribuição, sem fins lucrativos, exclusivamente à classe médica brasileira, 1990- Editora Parma Ltda. - Guarulhos

Moretto, MC *et al*: Relação entre estado nutricional e fragilidade em idosos brasileiros. *Rev Bras Clin Med*. Vol 10. No. 4, julho/agosto 2012.

Moyer, VA: *Screening for Prostate Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement*. *Ann Intern Med*. 2012; 157: 120-134

Nicoll, CD *et al*: *Diagnostic Testing & Medical Decision Making*, in McPhee, SJ; Papadakis, MA & Rabow, MW: 2013 *CURRENT Medical Diagnosis & Treatment – McGraw Hill LANGE*, N. York

Nogueira, JOL: Conselhos aos jovens médicos. Liga de Medicina Clínica Dr. Paulo Marcelo Martins Rodrigues. www.medicinaclinica.ufc.br > BLOG DOS MESTRES

Notícias, cancaonova.com/noticia.php?id=243172

Olmos, RD - Diagnóstico de Depressão na Atenção Primária, medicinanet.com.br

Oliveira, FA e Pellanda, LC: A Consulta Ambulatorial in Schmidt, MA, Duncan, BB e Gugliani, RJ: *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências - 3ª Edição - 2004 - Editora Artmed*, Porto Alegre.

Organização Mundial da Saúde. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/

Paiva, ES: Diagnóstico da **Fibromialgia** associada à **Síndrome do Intestino Irritável** - www.segmentofarma.com.br/arquivos/Fibromialgia1_SII_G...

Paturle, MNGP: A meditação em tanatologia. in D'Assumpção, EA (org) – *BIOTANATOLOGIA E BIOÉTICA*. São Paulo: Paulinas, 2005 (Coleção Pastoral da Saúde)

Pearlman, RA & Back, AL: *Ethical Issues In Geriatric Care*, in: Hazard, WR e cols: *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*- 4a. ed., 1999, *The McGraw-Hill Co*, N. York

pensador.uol.com.br/frases_sobre_idosos/

pensador.uol.com.br/frases_sobre_medicos/

Pequeno vocabulário ortográfico da língua portuguesa/Academia Brasileira de Letras – 3ª. Ed.-São Paulo: Global, 2011.

Pereira, SM: DEPRESSÃO E SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA www.abennacional.org.br/revista/cap4.4.html

Pereira, HR: ERGA-SE DA DEPRESSÃO helcip.sites.uol.com.br/refxergadadepre.htm

Pignone, M & Salazar, R: *Disease Prevention & Health Prevention in* McPhee, SJ; Papadakis, MA & Rabow, MW: 2013 *CURRENT Medical Diagnosis & Treatment – Mc Graw Hill LANGE, N. York*

Pimenta, J & Valente, Ney: Identificação dos Pacientes sob Risco de Morte Súbita. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo; março/abril 2004; vol. 14.no. 2: 239-246

PIRES, Z. R. S.; SILVA, M. J. - Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.2, jul-dez. 2001. Disponível:<http://www.fen.ufg.br/revista>

Pontes, CB: Segredores da Depressão ; São Paulo, Grupo Imprensa e Editores Ltda. 1999.

portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21464

pt.wikipedia.org/wiki/Alexandre, dito o *Grande ou Magno*

[pt.wikipedia.org/wiki/Arthur Schopenhauer](http://pt.wikipedia.org/wiki/Arthur_Schopenhauer)

[pt.wikipedia.org/wiki/Carmen Miranda](http://pt.wikipedia.org/wiki/Carmen_Miranda)

[pt.wikipedia.org/wiki/Charles Baudelaire](http://pt.wikipedia.org/wiki/Charles_Baudelaire)

[pt.wikipedia.org/wiki/ Claude Monet](http://pt.wikipedia.org/wiki/Claude_Monet)

pt.wikipedia.org/wiki/David

[pt.wikipedia.org/wiki/Diana Frances Spencer](http://pt.wikipedia.org/wiki/Diana_Frances_Spencer), Princesa de Gales

[pt.wikipedia.org/wiki/Francisco_de Assis](http://pt.wikipedia.org/wiki/Francisco_de_Assis)

[pt.wikipedia.org/wiki/Francisco de Goya](http://pt.wikipedia.org/wiki/Francisco_de_Goya)

[pt.wikipedia.org/wiki/ Franz Kafka](http://pt.wikipedia.org/wiki/Franz_Kafka)

[pt.wikipedia.org/wiki/Frederic Chopin](http://pt.wikipedia.org/wiki/Frederic_Chopin)

[pt.wikipedia.org/wiki/Fyodor Mikhailovich Dostoyevsky](http://pt.wikipedia.org/wiki/Fyodor_Mikhailovich_Dostoyevsky)

pt.wikipedia.org/wiki/Geriatria

[pt.wikipedia.org/wiki/Gioachino Rossini](http://pt.wikipedia.org/wiki/Gioachino_Rossini)

[pt.wikipedia.org/wiki/Hans Christian Andersen](http://pt.wikipedia.org/wiki/Hans_Christian_Andersen)

pt.wikipedia.org/wiki/Idoso
pt.wikipedia.org/wiki/Jeremias (*profeta*)
pt.wikipedia.org/wiki/Jó
pt.wikipedia.org/wiki/Joana d'Arc
pt.wikipedia.org/wiki/Kathy Cronkite
pt.wikipedia.org/wiki/Kjell Magne Bondevik
pt.wikipedia.org/wiki/Liev Tolstói
pt.wikipedia.org/wiki/Lord Byron
pt.wikipedia.org/wiki/Louis_Pasteur
pt.wikipedia.org/wiki/Ludwig van Beethoven
pt.wikipedia.org/wiki/Margaux Hemingway
pt.wikipedia.org/wiki/Mark Twain.
pt.wikipedia.org/wiki/Martinho Lutero
pt.wikipedia.org/wiki/Michel Foucault
pt.wikipedia.org/wiki/Miguel_Couto
pt.wikipedia.org/wiki/Napoleão Bonaparte
pt.wikipedia.org/wiki/Paul Gaugin
pt.wikipedia.org/wiki/Robert Koch
pt.wikipedia.org/wiki/Santo Inácio de Loiola
pt.wikipedia.org/wiki/Sergei Rachmaninoff
pt.wikipedia.org/wiki/Sigmund Freud
pt.wikipedia.org/wiki/Thomas Edison
pt.wikipedia.org/wiki/Tratamento_paliativo
pt.wikipedia.org/wiki/Victor Hugo
pt.wikipedia.org/wiki/Vincent van Gogh
pt.wikipedia.org/wiki/Virginia Woolf.
pt.wikipedia.org/wiki/Vitória_do_Reino_Unido
pt.wikipedia.org/wiki/Winston Churchill
Pugh,R *et al.*:*Short-course antibiotics ind hospital-acquired pneumonia do not affect motality.Cochane Database Syst Rev,2011(10):CCD 007577.*

Queiroz, GM e cols: Multirresistência microbiana e opções Terapêuticas disponíveis. Ver. Bras Clin Med. 2012 mar-abr; 10 (2) 132-8; São Paulo

Quintas, L E M; & Corrêa, Anderson Domingues: (Avaliação) da Eficácia clínica do tratamento homeopático em reumatologia; Rev. Bra.reumatol: 34(4):169-72

Rabow, MW & Pantilat, SZ: *Palliative Care & Pain Management* in McPhee, SJ; Papadakis, MA & Rabow, MW: 2013 *CURRENT Medical Diagnosis & Treatment – Mc Graw Hill LANGE, N. York* Reuben e cols.-*Geriatric At Your Fingertips*, 12. Ed., 2010, N. Iorque Iorquorotaryclubcrato.blogspot.com.br/2012/05/rotary-homenageia-as-maes.htm

Revista *Veja* – O DIREITO DE ESCOLHER - Editora Abril edição 2286 – ano 45 – no. 37 – 12.09.2012, S. Oaulo

Rodrigues, M et AL: A preparação para a aposentadoria: o papel do psicólogo frente a essa questão. Rev. bras. orientac. prof v. 6 n. 1 São Paulo jun. 2005

Rodrigues, PMM: Lições da Prática Médica in Silva, MGC (Ed.) & Oliveira, ESG (Ed.) PAULO MARCELO MARTINS RODRIGUES: O DIVISOR DE ÁGUAS NA MEDICINA DO CEARÁ, Fortaleza, UNIMED de Fortaleza, 1994, Gráfica Minerva

Sader, H: Será o fim da era dos antibióticos?

<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=50>

Santos, CLM et al: Fatores de estresse na atividade de médicos em João Pessoa (PB, Brasil) Prod. vol. 21 no. 1 São Paulo Jan./Mar. 2011 Epub Jan 26, 2011 Prod. vol. 21 no. 1 São Paulo Jan./Mar. 2011 Epub Jan 26, 2011

São Paulo : Carta aos Colossenses, 4.14: Bíblia Sagrada

saude.terra.com.br/.../avc-seria-a-principal-cao-de-morte-no-pais-es...

seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4688

Silva, MGC (Ed.) & Oliveira (ed.), ESG: PAULO MARCELO MARTINS RODRIGUES - O DIVISOR DE ÁGUAS NA MEDICINA DO CEARÁ. Fortaleza, UNIMED de Fortaleza, 1994 – Gráfica Minerva.

Smith, C. M. (2005). *“Origin and Uses of Primum Non Nocere—Above All, Do No Harm!”*. *The*

solunni.com.br/saude/sao-lucas-o-patrono-da-classe-medica (blog)

Solomon, A: O DEMÔNIO DO MEIO-DIA (Uma anatomia da Depressão) – trad. Myriam Campello- Rio de Janeiro: Objetiva, 2001

Souza, RR: A morte nos “Hospices”. in D’Assumpção, EA (org) – BIOTANATOLOGIA E BIOÉTICA. São Paulo: Paulinas, 2005 (Coleção Pastoral da Saúde).

Starling, CEF et al: Impacto das Infecções Hospitalares na Lucratividade de Hospitais Privados Brasileiros. *Prática Hospitalar*, ano VI, Nº 34 – Julho-Agosto/2004. Belo Horizonte.

Swetz, M & Kamal, AH: *Palliative Care; Annals of Internal Medicina*, 07.02.2012, ITC: 1- 16.

Tavares, GR: Do luto à luta. in D’Assumpção, EA (org) – BIOTANATOLOGIA E BIOÉTICA. São Paulo: Paulinas, 2005 (Coleção Pastoral da Saúde)

Twycross, R: *Introducing Palliative Care*, 2ª. Ed. Radcliffe Medical Press, 1997, Oxford.

Umscheid CA & cols: *Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. Infect Control Hosp Epidemiol. 2011 Feb;32(2):101-14. Source: Center for Evidence-Based Practice, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania 19104, USA. craig.umscheid@uphs.upenn.edu*

Valent, V & Massabki: Marcadores tumorais de câncer de ovário: o que há de novo ?. *Ver Bras Clin Med.S. Paulo*, 2011 set-out; 9(5):377-81

Vereador, M H., MD e Yano, K. : Custo-Benefício de Terapia Intensiva
Ann Intern Med. 01 de fevereiro de 1973; 78. (2): 310-311

Weber RJ , Kane SL , Oriolo VA , Saul M , Skledar SJ , Dasta JF. *Crit Care Med* 2003 Jan; 31 (1 Supl): S17-24.

Widmark, A ET AL.. *Endocrine treatment, with or without radiotherapy, in locally prostate cancer. Lancet*, 2009; 373:301-8

Wong, A: Fitoterápicos e Remédios Naturais – entrevista ao Dr. Drauzio Varella; drauziovarella.com.br/wiki-saude/universoespirita.multiply.com/photos/.../Adolfo_Bezerra_de_Menezes

Wasserstein, AG: *Lessons in Medical Humanism: The Case of Montaigne*

ne; *Ann Intern Med.* 2007;146:809-813
www.acadmedmg.org.br/index.php?option=com_content&vie...
www.artedavida.net/frases_sobre_velhice
www.adorofisica.com.br/trabalhos/confronto...a/.../tratamentos1.html
www.anvisa.gov.br/servicosaude/controlere/rede_rm/cursos/atm_racional/modulo1/res_outros4.htm
www.bioetica.ufrgs.br/gerauto.htm
www.books.com.br/futuro.html
www.biohard.com.br/mcouto/id103.htm
www.chi.org/uploadedFiles/Industry_at_a_glance/CHI%20Antibiotic%20White%20Paper_FINAL.pdf
www.cuidadospaliativos.com.br/
www.dec.ufcg.edu.br/biografias/MigueOli.html
www.e-biografias.net/elizabeth_i/
www.guardian.co.uk/notesandqueries/query/0,,-9542,00.html
www.heitorferrer.com.br/perfil.asp
www.hmjmj.com.br/hospital/historico/Zakabi,R: “EU, Meu Melhor Amigo”. *Veja*, ed.2015, 04.07.2007
www.imil.org.br/artigos/os-jovens-seu-tempo/
www.mayoclinic.com/health/antibiotics/FL00075
www.min-saude.pt/portal/conteudos/...saude/saude.../depressao.htm
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1113834/
[www.news-medical.net/health/Palliative-Care-History-\(Portuguese\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Palliative-Care-History-(Portuguese).aspx)
www.nimr.mrc.ac.uk/mill-hill-essays/superbugs-the-problem-of-antimicrobial-resistance
www.paliativo.org.br/
www.releituras.com/rubemalves_bio.asp
www.slideshare.net/Laryssasampaio/terapia-subcutanea
www.suapesquisa.com/biografias/isaacnewton/
[270](http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/9147414/Resistance-to-antibiotics-could-bring-the-end-of-modern-medicine-as-we-know-it-</p></div><div data-bbox=)

WHO-claim.html

www.time.com/time/world/article/0,8599,2103733,00.html

www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/

Zanella, MT: Quando e como pesquisar hipertensão secundária: Hipertensão da medula e do córtex adrenal; monografia; São Paulo

