



## QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Ao médico cumpre curar sempre, em não curando, aliviar sempre e, em não aliviando, consolar.

Os modernos avanços da Ciência Médica têm contribuído com o aumento da expectativa de sobrevivência do ser humano. No começo do século XX a expectativa de vida era em torno de 50 anos e, na atualidade, já passa dos 80 anos em países desenvolvidos. Porém, esta intervenção humana no fluxo da natureza vem acompanhada do aumento significativo na incidência de doenças crônicas, degenerativas, congênitas, doença de Alzheimer e Parkinson, bem como os politraumatizados com lesões irreversíveis e cancerígenas.

Portanto, é imprescindível que se considere a questão: aumento da expectativa de vida, acompanhada de graves doenças degenerativas e incapacitantes, é proporcionar qualidade de vida?

Então antes de seguir com o artigo, cabe uma reflexão sobre o que se considera “qualidade de vida”. O consenso, inclui-se aqui a Organização Mundial de Saúde (OMS), a conceitua como o método usado para medir as condições da vida de um ser humano. Envolve o bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos; também, a saúde, educação, capacidade de autogestão, as relações sociais e com o meio ambiente e os aspectos religiosos, todos caracterizando a integração com a vida.

Inegavelmente, o componente emocional tem um papel importantíssimo na percepção do dor e manifestação do sofrimento. Existem também situações emocionalmente importantes que, estimulando emoções, agravam a dor. Exemplo: a noite, a internação, a solidão, o conflito e os fins de semana, o desconforto, a insônia, o cansaço, a ansiedade, o medo, a tristeza, raiva, depressão, o aborrecimento, isolamento e abandono social.

Como se sabe hoje, apesar das grandes áreas relacionadas às emoções, essas regiões não ocupam todo encéfalo, mas sim o hipotálamo, a área pré-frontal e o sistema límbico. A atividade neural do hipotálamo, da área pré-frontal e do sistema límbico resulta nas experiências emocionais que comumente denomina-se como medo, raiva, prazer ou sofrimento. As emoções costumam iniciar toda a seqüência de acontecimentos na área pré-frontal e no sistema límbico, passando em seguida ao hipotálamo, o qual



acaba disparando a sucessão dos eventos orgânicos que acompanham esses estados emocionais.

No estresse agudo, p. ex., a dor pode ser minimizada, pois ao mesmo tempo em que o hipotálamo estimula a hipófise para secreção do ACTH, também proporciona a secreção de outros neurohormônios, tais como as endorfinas (peptídeos cerebrais). Essas atuam modificando o limiar para dor. Contrariamente, a ansiedade pode aumentar a percepção dolorosa.

Outra região do sistema límbico que participa da reação emocional à dor é o giro cingulado (ou do cíngulo), regulando o comportamento agressivo. O que sugere uma relação entre sentir dores e ficar agressivo. Demonstrando haver correlação entre nervosismo e limiar para a dor, ou seja, quanto maior o nervosismo maior a sensibilidade ao estímulo doloroso.

Diante da dor, fato é que o doente tem direito a pleitear um alívio da mesma, o que implica numa exigência por melhor qualidade de vida e, porque não dizer, também uma melhor qualidade de morte. É diante desta perspectiva que cabe o emprego da medicina ou assistência paliativa. Pois, esta consiste na assistência ativa e integral ao indivíduo cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo o principal objetivo a garantia da melhor qualidade de vida para o doente e seus familiares.

A medicina paliativa nasceu da necessidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes para os quais a cura não é mais possível e a qualidade de vida está ou estará em breve deteriorada. O objetivo concreto dessa área da saúde é aliviar os sintomas decorrentes de doenças degenerativas, crônicas e refratárias, favorecer o melhor possível as atividades do paciente, oferecer adequada atenção emocional e social, tanto ao paciente quanto à sua família. O exercício médico deve levar em consideração aspectos mais globais do doente indo além da prescrição medicamentosa e da análise dos sinais e sintomas patológicos.

A atenção médica emocional aos pacientes tem sido insatisfatória. Na formação médica o tema “morte” costuma ser abolido dos estudos acadêmicos. Dificilmente os médicos perguntam se o indivíduo tem medo de morrer, pensa em morrer ou pensa em suicídio. Nem tampouco, se está triste, infeliz, magoado, isto porque não são preparados pelas escolas médicas a saber o que fazer com a provável resposta do doente. Então, como poderá dimensionar o que vem a ser qualidade de vida para aquele determinado doente?

Portanto, é preciso tratar tanto dos problemas físicos, quanto dos familiares, sociais e econômicos criados pela evolução desenfreada da sociedade moderna responsável pelo adoecimento crescente da espécie humana.

A medicina se esmera em saber sobre o sintoma, diagnóstico, tratamento e prognóstico da doença, mas lamentavelmente negligencia quase todo o resto sobre a pessoa que é portadora de uma doença: suas preocupações, angústias, medos, ilusões, projetos, valores, prioridades e desejos. A doença gera sintomas físicos como a dor, desequilíbrios e limitações, mas também sintomas emocionais como o medo, ansiedade, depressão, culpa, insegurança, entre outros.

A autonomia do paciente deve adquirir relevância na tomada de decisão sobre a forma de tratamento e realização de procedimentos. É fundamental que o médico, o doente e a família discutam sobre o curso da doença e o que realmente está ao alcance da medicina fazer, sem sacrificar a qualidade de vida do doente.



Dependendo da situação clínica, da gravidade e da estrutura de personalidade de um doente, torná-lo alienado sobre o que está ocorrendo com ele poderá produzir um agravamento do quadro afetivo, passando a apresentar transtorno adaptativo, do humor e depressivo, além de sintomas de despersonalização e desrealização.

Por isso o médico deve ser criterioso, cauteloso e zeloso para com o doente. Isto implica em que sintomas emocionais devem receber pronta atenção no caso de evidenciarem quadros depressivos, associados a transtornos do fluxo das relações familiares tais como necessidade persistente de companhia; atitudes conformistas com relação à morte; incapacidade de manter conversação; e, indiferença exagerada no contacto interpessoal.

À medicina cabe conseguir que os indivíduos desfrutem de sua saúde da forma mais consciente possível, livres da dor e com seus sintomas sob controle. Esse compromisso permite que o paciente viva e se trate com mais dignidade, seja em sua casa ou em alguma instituição de saúde e acolhido por seus entes queridos.

O controle dos sintomas nas doenças crônicas, degenerativas, dolorosas e incapacitantes deve ser abordado de forma multidisciplinar pelo médico. Este deve aprofundar seu conhecimento nas áreas afins da medicina como a farmacologia, psicologia, sociologia, ética, filosofia, religião e familiar. Fundamentada nesta abordagem é que o médico poderá humanizar sua atividade tomando-se um profissional que sente, sonha e busca compreender o “doente” como algo muito maior e mais complexo que simplesmente nervos, artérias e sistemas passíveis de desgaste que se traduz em adoecimento.

Cabe à medicina aliviar o sofrimento, acolher as emoções, limitar o mal e acalmar a dor, mais do que cegamente investir na cura de uma patologia sem considerar a condição de quem a sofre. Resta ainda à medicina integral, sua mais nobre função: consolar, pois a partir deste “agir ético” a prioridade de todos que se dignam a cuidar se volta para Qualidade de Vida.

---

Dr. Maurício Aranha - **Sócio**-Fundador da ANERJ - Associação dos Neurologistas do Estado do Rio de Janeiro. Filiado da SBNeC - Sociedade Brasileira de Neurociências e Comportamento da USP. Filiado da APERJ - Associação Psiquiátrica do Estado do Rio de Janeiro (Federada da ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria e da WPA - Associação Mundial de Psiquiatria). Pesquisador do Núcleo de Ciências Médicas, Psicologia e Comportamento do Instituto de Ciências Cognitivas. **Formação:** Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil. Psiquiatria Forense pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. Psiquiatria pela Universidade Estácio de Sá, Brasil. Psicopedagogia Clínica e Institucional pelo Grupo de Ação Educacional, Brasil. Psicologia Analítica pela Universidade Hermínio da Silveira e Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação, Brasil. Neurolingüística pelo Instituto NLP in Rio & NLP Institut Berlin, Brasil/Alemanha. Neurociência e Saúde Mental pelo Instituto de Neurociências y Salud Mental da Universidade da Catalunya, Espanha. E-mail: [ma@icc-br.org](mailto:ma@icc-br.org)