

VISTO DO OUTRO LADO...

// SEEN FROM THE OTHER SIDE ...

CRISTINA GRANJA¹

¹ Chefe de Serviço de Anestesiologia
Subespecialista de Medicina Intensiva
Directora do Serviço de Medicina Intensiva 1 do Centro Hospitalar do Algarve,
Faro, Portugal
Professora Catedrática Convidada do Departamento de Ciências Biomédicas e
Medicina da Universidade do Algarve (UALG), Faro, Portugal
Coordenadora do Critical Care no Centro de Investigação em Tecnologias e
Serviços de Saúde – CINTESIS-FMUP e CINTESIS-UALG.

No momento em que recebi o amável convite para este Editorial encontrava-me, pela segunda vez este ano, a convalescer de uma cirurgia. Coisas da idade e do destino, que de um momento para o outro, nos troca os papéis e, de médica passei de repente a doente. Sosseguemo-nos, temos a convicção que ambas cirurgias foram necessárias e curativas.

Tento relembrar esses momentos das cirurgias: da picada do cateter na veia periférica, da ida, já deitada, para o bloco operatório, da entrada na sala de operações, do momento da monitorização e do momento do nada...

Tento reviver todas essas emoções e o que me ressalta é que tudo foi vivido com naturalidade e tranquilidade – eu conhecia o ambiente de uma sala de operações e estava confiante na capacidade dos cirurgiões, os anestesistas eram meus “velhos” conhecidos – um tinha sido meu formador e a outra é minha amiga, colega de curso e de especialidade. Num ambiente tão favorável e amigável não é de admirar que a doente estivesse tranquila e confiante – tenho a convicção que esse facto só pode ter tido influência na minha boa recuperação.

A que propósito vem este desfilhar de questões pessoais? Para falar da humanização da relação médico-doente e muito particularmente do anestesista-doente. É um tema mais que batido, dirão, – estou de acordo. Contudo, não estou certa que tenhamos conseguido superar esta questão. Todos nós temos amigos ou familiares próximos com verdadeiros relatos de terror vivenciados em salas de operação, e porquê?

Porque no momento em que passamos a doente, perdemos o controlo de nós próprios, ficamos vulneráveis, e muito particularmente no momento em que o anestesista nos retira a consciência, retira-nos simultaneamente o nosso autocontrolo e a nossa vida fica total e inteiramente entregue nas mãos do anestesista e, oh sim!, – é muito diferente entregar a nossa própria vida a um anestesista que conhecemos e confiamos ou a um anestesista que desconhecemos por completo! E naturalmente, o mesmo se aplica ao nosso cirurgião.

Porquê, perguntava eu – porque o que está em jogo é a nossa própria vida e isso provoca no doente grandes estados de ansiedade e medo que têm de ser foco da nossa atenção enquanto anestesistas, porque o doente que entra na sala de operações se encontra num estado de vulnerabilidade extremo.

Muitas vezes, bastaria que o anestesista de forma tranquila e sem pressas, tivesse dito o seu nome para se apresentar ao doente, tivesse explicado o que iria acontecer e o

que iria fazer, tivesse transmitido confiança ao doente e provavelmente muitas taquicardias, crises hipertensivas e suas nefastas consequências teriam sido evitadas...

Dirão, sim, mas e a consulta de anestesia e a visita pré-anestésica? – Sim, todos esses momentos são momentos preciosos de humanização da nossa relação com o doente e se acontecer que na manhã da cirurgia não estivemos presentes nesses momentos prévios, então reforçemos a nossa humanização enquanto preparamos o doente.

Não se pode esperar que todos os doentes tenham o grau de familiaridade com os trâmites cirúrgicos e anestésicos como um doente que é anestesista, ou seja não podemos querer que todos os doentes se comportem como doentes-anestesistas, nem que todos os anestesistas tenham de ser doentes, mas a verdade é que se eu nunca estivesse estado dentro de uma sala de operações, e sobretudo, se não confiasse nos cirurgiões e anestesistas, teria hoje na minha memória um momento de angústia pela incerteza, pelo desconhecimento e pela perda de autocontrolo que provoca esse estado extremo de vulnerabilidade.

A minha memória hoje é de tanta tranquilidade que tenho a certeza que merece um esforço da parte dos anestesistas estreitar, trabalhar e humanizar a sua relação com o doente que lhes confia a vida, não com o intuito inalcançável de a igualar ao doente anestesista mas de amenizar este momentos difíceis e traumatizantes dos nossos doentes.

A propósito de humanização, e porque como é sabido, me dedico à medicina intensiva, não podia deixar de mencionar a nossa preocupação com esta questão desde já há muito tempo, e ousou citar um trabalho nosso, que ainda hoje considero ter sido um dos trabalhos mais produtivos e que mais mudanças gerou nas nossas unidades de cuidados intensivos (UCI)s, razão pela qual gostaria de dar a conhecer aos leitores desta revista – *Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life*.¹ Com este estudo fomos capazes de perceber quais eram as experiências que os doentes críticos retinham na sua memória e sobretudo, quais dessas experiências tinham sido traumatizantes e tinham provocado ansiedade. Esse conhecimento conduziu a diversas alterações no modus operandi da UCI, e juntamente com o trabalho de tantos outros investigadores ao longo dos anos, foram sendo introduzidas diversas mudanças nas rotinas das UCIs, um pouco por toda a parte, sendo que hoje é universalmente aceite a necessidade de preservar o ciclo dia/noite e o sono, a presença das famílias, a mobilização precoce dos doentes, entre muitas outras. É também fruto desses trabalhos pioneiros que o follow-up dos sobreviventes de cuidados intensivos é hoje uma recomendação universal.

E ainda a propósito da humanização em medicina intensiva, gostaria de mencionar e chamar a atenção para o projecto HU-CI do nosso colega de Madrid – Gabriel Heras de la Calle – Research Project Humanizing Intensive Care (Proyecto HU-CI)^{2,3} – trata-se de um projeto de investigação multidisciplinar, nacional e internacional, que pretende humanizar os cuidados intensivos, servir de fórum e ponto de encontro entre doentes, familiares e profissionais e difundir os cuidados intensivos aproximando-os da população. Na minha opinião, é um dos projectos de investigação mais pujantes e inspira-

dores que surgiram na última década, e aguardo com ânsia os seus resultados que só podem vir a ser de grande mais-valia para todos. Convido os leitores a visitarem o site e participarem no blogue para poderem entender a dimensão deste projeto.

A excelência que almejamos tem de ser não só na competência técnica mas também na nossa capacidade de percebermos, respeitarmos e amenizarmos o estado de vulnerabilidade em que se encontram os nossos doentes.

Esteja o anestesista onde estiver - na sala de operações, na UCI, na Sala de Emergência, na Unidade de Dor, a questão da humanização da sua relação com o doente tem de ser uma pedra de toque no seu atuar de excelência tanto como a sua competência técnica e a observância dos primados éticos a que se encontra obrigado.

Numa época em que a única coisa que parece contar são números através de indicadores, muitas vezes difíceis de interpretar e de valorizar, importa fazer uma pausa e refletir, pensar com a nossa própria cabeça - perceberemos a necessidade de indicadores, mas por favor, não nos reduzam exclusivamente a números. Numa época em que os jovens médicos encontram como solução para o seu futuro, opções que passam por horários muito curtos nos hospitais públicos e completam o seu vencimento em instituições privadas, quando não exclusivamente nessas instituições onde a sua carreira fica perdida, percebe-se que toda esta questão da humanização, afinal, se pode complicar, tornando-se difícil a sua concretização, já que para que se estabeleça uma relação médico-doente é necessário tempo e disponibilidade.

Não se pode desejar que todos os doentes sejam anestesistas, nem que todos os anestesistas alguma vez na sua vida passem a doentes, para serem capazes de compreender a necessidade da humanização, mas seguramente que qualquer dos nossos doentes precisará tanto da nossa competência técnica como da nossa competência humana, ou dito de outra forma, precisará de *"...the skills of the mind but also the friendship of the heart..."*^{4,5}

Conflito de Interesses

Os autores declaram não existir conflito de interesses em relação ao trabalho efetuado.

Fontes de Financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Correspondência

Cristina Granja
cristinagranja28@gmail.com

REFERÊNCIAS

1. Granja C, Lopes A, Moreira S, Dias C, Costa-Pereira A, et al. Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Crit Care*. 2005; 9:R96-R109.
2. Gabriel Heras de la Calle. Proyecto HU-CI. [consultado set 2015] Disponível em: <http://www.humanizandoloscuidadosintensivos.com>
3. Alonso-Ovies Á, Heras La Calle G. ICU: a branch of hell? *Intensive*

Care Med. 2015 (in press).

4. Carlet J, Thijs LG, Antonelli M, Cassel J, Carlet JM, Cassell J, et al. Challenges in end of life care in the ICU. *Intensive Care Med*. 2004; 30:770-84.

5. Pronovost P, Rodriguez-Paz J, Mohammad Z. Creating competent and caring physicians: ensuring patients are our North Star. *Intensive Care Med*. 2007; 33:1873-75.