

**REFLEXÕES SOBRE O APRENDIZADO OBTIDO
A PARTIR DOS NOSSOS ERROS
E DO SOFRIMENTO DE PACIENTES E FAMILIARES**

Hildo Rocha Cirne de Azevedo Filho
Acadêmico Titular da Academia Pernambucana de Medicina

Ainda hoje tenho muita dificuldade de conviver com o sentimento de culpa que algumas das minhas decisões inapropriadas e eventuais ações inadequadas possam ter sido responsáveis por sofrimento e dor infligidos aos meus pacientes e familiares.

Por mais que tenhamos sido bem formados e treinados, o início da vida profissional de um médico, mormente dos cirurgiões, é com maior ou menor intensidade frequentemente acompanhado por alguns mal resultados e que por vezes destroem completamente não só a vida do paciente, bem como a paz, a alegria e a segurança financeira de toda uma família.

A imaturidade e o ego exacerbado de um jovem recém-saído da sua residência, infelizmente, são ocasionalmente acompanhados por alguns desses eventos desastrosos que com o tempo se supõe não mais venham a ocorrer, tendo o conjunto desses aprendizados se convencido denominar de aquisição da experiência. Ainda hoje, mais do que nunca, perco o sono e humildemente peço desculpas aos meus pacientes pelas falhas que desaguaram na aquisição da tão reconhecida e demandada experiência.

A experiência é um vasto cemitério de cruces plantadas a partir dos nossos erros, da nossa vaidade e de resultados negativos que, regularmente, devemos revisitá-lo e de joelhos pedir perdão pelas vidas que não pudemos salvar.

A experiência que detemos ao final das nossas carreiras foi principalmente obtida a partir do cuidar da população menos privilegiada da nossa sociedade que, frequentemente, a nós se entregou sem qualquer objeção, interrogação, e não raramente impedida de veicular suas dúvidas, incertezas e temores. Esse ato de oferecer o seu único bem valioso, ou seja, os seus corpos, não deve e não pode nunca ser olvidado. Esperam cura por certo, mas se contentariam simplesmente com manobras para aliviar os seus males e palavras de conforto para amenizar a sua fragilidade.

Um antigo Mestre prestes a se aposentar como neurocirurgião refletia sabiamente: Após findar sua formação, nos primeiros 15 anos da sua prática profissional é que se aprende a como operar, nos próximos 15 anos se concretiza o entendimento de quando operar, porém após 30 anos de especialidade se adquire plenamente a noção de quando não operar. Isso é a real aquisição da experiência, dizia ele. Aduzo eu, nessa fase da vida se torna claro discernir que a mãe natureza e a história natural da patologia podem com frequência gerar resultados iguais ou melhores do que nossas intervenções.

Por mais que os pacientes sejam desprovidos de conhecimento, a eles é devida uma exposição de motivos pelos quais o tratamento está sendo proposto. Aos familiares toda a verdade deve ser dita, contudo aos pacientes uma narrativa honesta deve ser a tônica passando a realidade. Todavia, sempre com palavras amenas para que a esperança não seja destruída. Nunca me esquivei de transmitir alguma esperança mesmo nas situações mais difíceis, sobremaneira porque a realidade cedo ou tarde acontecerá e não há nada a se ganhar com um comportamento desumano que irá agravar um sofrimento que inexoravelmente acontecerá. O sábio Professor José de Jesus Camargo, membro da Academia Nacional de Medicina, assim se expressou em uma das suas conferências: a morte da esperança é a morte da alma, que leva consigo a morte de alguns segmentos corporais enquanto o organismo ainda pena por estar biologicamente vivo.

Lembro de alguns episódios dos quais nunca me arrependi de dizer a verdade e que gostaria de neste texto relatar para que talvez possa servir de exemplo para os mais jovens.

Durante os primeiros 15 anos de atividade cirúrgica, eu operava um número razoável de pacientes com hérnia discal lombar, embora fossem procedimentos que não me despertavam prazer especial em realizá-los. Pois bem, em meados da década de 80, antes de termos ressonâncias magnéticas ou bons intensificadores de imagem para tomarmos imagens transoperatórias, eu me prontifiquei a operar uma jovem senhora, quase obesa, com uma herniação discal entre a 4ª e 5ª vértebras lombares. Ademais, para mim sempre foi um pesadelo quando o paciente apresentava uma vértebra de transição lombo sacra como no caso em lide. A vértebra de transição pode ser traiçoeira porque dificulta, dificultava mais naqueles idos, a perfeita localização da patologia e o verdadeiro espaço a ser abordado. Mesmo com todo o cuidado, realizando radiografias durante a cirurgia, pensando que estava no local certo, eu a operei no espaço imediatamente superior. Erros desse tipo podem ocorrer em 0,5 a 1% nas operações desse tipo, agravados pela presença dessa importante variante anatômica.

A retornar no fim da tarde para vê-la, encontrei uma das pessoas que houvera me auxiliado na intervenção cirúrgica com a face pálida e já segurando uma radiografia pós-operatória, visto que a paciente permanecia com a severa cialgia inalterada. Operamos no espaço errado, foi logo me informando. O que vamos fazer? Perguntou-me. Dizer a verdade, respondi.

Com um aperto no coração, entrei no quarto da paciente que manifestava bastante dor e já utilizava opiáceos por via venosa. Doutor, disse ela, a sua cirurgia não funcionou! Retruquei, quem não funcionou foi o seu cirurgião, pois a operei no espaço errado. Houve um silêncio que pareceu durar horas e continuei: ou a senhora me concede três horas para que eu faça a coisa certa, ou recebe alta amanhã e me denuncia no Conselho Regional de Medicina. Ela aceitou ser reoperada, o seu problema foi resolvido, tendo se tornado uma boa amiga e me referindo a vários pacientes a partir de então. “Sempre a verdade” deve ser o mantra, não importando a problemática que tal comportamento possa ocasionar.

Navegando pelo passado, vem à mente outro caso de um paciente com neuralgia do trigêmeo e que me marcou indelevelmente. A neuralgia do trigêmeo é uma das piores dores que pode afligir o ser humano.

Era fim da década de 70, eu acabara de chegar de Oxford e operava em um modesto hospital situado quase ao final da Avenida Caxangá. As condições de equipamentos eram precárias e quase todo o material era por nós trazido, às vezes até um coagulador bipolar, então uma das maiores novidades da época e grande avanço da especialidade para a realização de microcirurgias.

Eis que, no início de uma tarde, ao lá chegar para ver meus pacientes, fui chamado para examinar um senhor nos seus 50 anos que acabara de ser admitido vindo do vizinho estado de Alagoas. Ao entrar no seu aposento, encontrei-o com um revólver na mão querendo se suicidar em virtude da dor insuportável que acometia parte da sua hemiface, que após a anamnese identifiquei se tratar de uma neuralgia essencial do nervo trigêmeo.

Após conversar com o paciente, expus a situação e lhe informei que a única forma de o aliviar seria uma cirurgia de emergência para se liberar ou seccionar o dito nervo acometido, mediante um acesso através da fossa posterior. Sem hesitação, ele me disse, *por favor, faça agora mesmo*. Com as dificuldades da época para se organizar e iniciar uma neurocirurgia, só tive condições de começá-la nas primeiras horas da noite.

Para esses procedimentos, o paciente precisa ser colocado em uma posição que se assemelha ao decúbito lateral, com a cabeça apoiada sobre uma espécie de ferradura acolchoada com a face, orelha e globo ocular contralaterais ao problema, embora protegidas, em contato com esse equipamento. Não havia ainda, em Pernambuco, um aparelho chamado fixador cefálico de Mayfield, o qual, por intermédio de três grampos rigidamente inseridos na caixa craniana, produz imobilidade ao segmento cefálico sem que fique em contato com qualquer superfície.

A cirurgia transcorreu normalmente, liberei o nervo trigêmeo causador da patologia e, para maior segurança em termos de cura da dor e evitar recidiva, complementei com discreta neurólise. Examinando o paciente ao acordar da anestesia, fiquei pálido ao verificar que o olho do lado dependente tivera a sua proteção desfeita e permanecera várias horas em contato direto com o suporte de cabeça, demonstrando acentuado edema, quemose e o pior: a pupila estava dilatada e sem resposta luminosa à luz. Em outras palavras, a compressão por várias horas havia produzido uma isquemia da retina e, por via de consequência, também da cabeça do nervo óptico.

Do dia seguinte, após discutir com oftalmologista, concordamos que o paciente era portador de uma amaurose (cegueira) irreversível. Após tal constatação, fui conversar com o paciente que estava eufórico em virtude do desaparecimento total da dor. Disse-me ele, *a visão do olho contrário à cirurgia é que está me incomodando, não estou enxergando nada, porém acho que, quando essa inchação desaparecer, por certo ela vai melhorar.*

Com o coração aos pedaços, contei-lhe então a verdade. Informei-o, infelizmente, Sr. Francisco (nome fictício), o senhor não vai melhorar da visão desse olho, devendo a sua ausência permanecer pelo resto da vida. Contei que, a despeito de todos os cuidados, a cabeça havia escorregado durante a cirurgia ocasionando a mobilização da devida proteção, com consequente compressão do globo ocular e isquemia do aparelho visual. Aduzi que, embora eu tivesse tomado todos os cuidados necessários que a medicina possuía, ou melhor, que eu tinha às mãos naquela instância, esse terrível acidente acontecera. Complementei que embora não houvesse sido um erro meu, eu me sentia responsável por tamanho e grave acidente e que ele se sentisse à vontade para me levar ao Conselho Regional de Medicina e me processar.

Foram minutos ou segundos aterradores quando ele ouvia tudo em silêncio. Fiquei emocionado com a sua resposta, e a frequência cardíaca acho que ainda mais se elevou. Doutor, afirmou o Sr. Francisco, o senhor foi tão bom para comigo, teve compaixão com a minha dor,

tentou aliviá-la o mais rápido possível como o fez, que eu só tenho a lhe agradecer. Deus me deu a outra vista, vou voltar para a minha cidade para sempre agradecido ao senhor.

Esse fato me marcou profundamente, tornou-me ainda mais neurótico em desenhar setas nos membros indicando o lado a ser operado, em proteger partes do corpo vitais ou não que viessem a ficar em contato com áreas mais rígidas em virtude das posições complexas e pouco fisiológicas que eventualmente temos de colocar os pacientes durante atos cirúrgicos prolongados ou não.

Igualmente, de imediato, embora não tivesse naqueles anos iniciais condições econômicas para tal, providenciei a compra do fixador de cabeça que faltara naquela cirurgia e cuja ausência causara tão grave acidente. Com a ajuda financeira do meu saudoso pai, adquiri assim que pude esse equipamento que acredito ter sido o primeiro do gênero a ser utilizado no nosso estado. A aquisição desses materiais deviam ser, como já o são atualmente em muitas instituições, de responsabilidade dos hospitais que se dispuserem a admitir pacientes neurocirúrgicos. Todavia, ainda hoje, sobretudo no interior do país, nos deparamos com colegas que enfrentam tais situações, tendo de arcar com a compra de vários instrumentos para que possam exercer a sua especialidade.

Por fim, não poderia deixar de mencionar o ensinamento a seguir, pois foi um caso que me ensejou profundas reflexões e motivou mudanças na nossa maneira de identificar os pacientes.

Estávamos em meados dos anos 90, tínhamos uma dificuldade extrema para realizar angiografias, pois não possuíamos ainda essa valiosa e importante máquina no hospital, fato que muito retardava a investigação dos aneurismas intracranianos. Aguardávamos o aparecimento de vagas no IMIP que à época era única instituição que realizava esse método diagnóstico para o SUS em todo o Recife e região metropolitana que, por razões óbvias, tinha uma agenda cheia e uma longa lista de espera. Concentrávamos os pacientes em um só dia, e não raro, encaminhávamos dois em uma mesma ambulância.

Certo dia, enviamos duas pacientes com o mesmo nome, Antônia Maria da Silva (fictício) com hemorragias subaracnóideas para investigação. Quis o destino que ambas tivessem a mesma localização dos seus aneurismas, originados na carótida interna supra clinóide ao nível da emergência da artéria comunicante posterior, todavia. E esse foi o problema, situados em hemisférios opostos.

Naqueles idos, as condutas de segurança dos pacientes eram ainda deficientes, não havia *check list* imediatamente antes da cirurgia conduzido pela enfermeira e com os dados confirmados pelo cirurgião ou pelo primeiro assistente. Da mesma forma, não houvera sido implantado ainda o uso das pulseiras identificadoras onde os principais detalhes são inseridos, principalmente o nome das genitoras (da genitora).

No dia da cirurgia de uma das Antônias, eu me atrasei em descer para o centro cirúrgico, visto que estava realizando visita aos pacientes nas enfermarias. Ao entrar finalmente na sala de operações, o residente-chefe estava terminando a craniotomia e prestes a introduzir o microscópio cirúrgico. Deixei-o continuar um pouco a usar o microscópio, sonho de todo residente, e tentar expor o nervo óptico, primeiro passo para se abordar a dita malformação. A partir desse momento, assumi a cirurgia e, expondo a carótida, verifiquei que não havia aneurisma naquele lado. Gelei! Essa Antônia possuía o seu aneurisma no lado oposto. Nesse momento se instalou uma justificada situação de estresse na S.O., o residente que houvera escolhido o lado para abordar começou quase a chorar e dizia: “estou perdido, pois vou ser processado, levado para o Conselho Regional de Medicina e talvez ter cassado o meu diploma”! Retruquei: aqui o único responsável sou eu e, se houver algum problema, eu arcarei com todas as penalidades.

Uma das alternativas seria fechar a craniotomia, reposicionar a paciente e realizar a mesma abertura do outro lado e por certo ao final informar o acontecido à paciente e responder os seus mais que apropriados questionamentos.

Contudo, naquela época, era comum, e eu já tinha razoável experiência com a técnica de se abordar por um lado aneurismas situados no hemisfério oposto como em casos de aneurismas bilaterais, evitando-se dessa maneira outra intervenção mormente em condições como a nossa em que as dificuldades eram enormes, em virtude do reduzido número de cirurgias que conseguíamos realizar.

Acontece, porém, que na localização em apreço, eu não tinha tentado em nenhum caso, em razão de serem os mais difíceis, pois a lesão do lado oposto se encontra anatomicamente encoberta pela própria carótida. Contudo, eu decidi dar uma olhada, se não puder, eu volto e começamos tudo de novo. Felizmente consegui, clipei sem problemas o aneurisma do lado direito pelo lado esquerdo. Como era de se esperar, foi um alívio geral e a cirurgia terminou sem problemas.

No dia seguinte, já sentada no seu leito, a Antônia operada me abordou. “Doutor, eu fui informada de que o meu aneurisma era do lado direito e a cicatriz está aqui no lado esquerdo”. Sem faltar à verdade, eu respondi: a senhora tem razão, mas eu achei que podia clipá-lo pelo lado esquerdo! Dito isso, não entrei em maiores detalhes e continuei a fazer a ronda aos outros pacientes internados naquela enfermaria. Talvez tenha sido uma meia verdade, contudo não deixou de ser uma verdade.

Os episódios aqui relatados, que ao tiveram um final menos dramático e contencioso, foram de um ensinamento inusitado para mim e no todo contribuíram para ser parte de um conjunto que convencionamos chamar de experiência. Porém, juntamente com alguns outros, tornaram-me ainda mais obcecado e compulsivo no planejar, programar e realizar o ato cirúrgico. Mais do que nunca me vem sempre à mente alguns conselhos que o meu Mestre, Professor Christopher Adams, costumava transmitir, sobretudo quando estava próximo de deixar o querido “ninho” que me recebera e que me fizera tornar um neurocirurgião. Dizia ele para nunca confiar no que seus futuros residentes vierem nos dizer, sempre conferir. Outra pérola do Mestre: quando estiver conversando com seus pacientes e familiares, nunca fique entediado ou aborrecido com qualquer pergunta por mais tola e inadequada que pareça. Eles têm todo esse direito, aduzia ainda: “nunca é demais uma palavra a mais”. Recordo-me ainda, “ser obsessivo e cético são uma das melhores qualidades de qualquer médico, porquanto a busca da perfeição certamente lhe tornará um dos menos imperfeitos cirurgiões”.

Escrevo esse texto para dar o testemunho de que como médicos detemos a responsabilidade quase divina de zelarmos pelo maior bem que um ser humano possui. É preciso sempre se ter em conta que os nossos erros ou julgamentos inadequados vêm sempre acompanhados por um rosário de dor e sofrimento por parte do círculo familiar daqueles que sofrem graves sequelas ou sucumbem nas nossas mãos. Lembremo-nos sempre que do outro lado do “balcão” está um paciente amedrontado, inseguro, temeroso pela possibilidade de vir a falecer e circundado por uma família apavorada com a possível perda do seu ente querido.

Foi o que senti quando informado que portava uma patologia presumidamente grave e possivelmente incurável, mas que o bom Deus me protegeu e com a sua misericórdia me presenteou com uma enfermidade curável e benigna a fim de permitir que pudesse escrever essas reflexões.



Hildo Rocha Cirne de Azevedo Filho

Membro da Academia Pernambucana de Medicina

Professor Titular Emérito de Neurocirurgia da Universidade de Pernambuco

Presidente Honorário da Federação Mundial de Sociedades de Neurocirurgia

Apipucos, abril de 2023.