Relatos Casos Clinicos

PD - (UM18-3668) - O MÉDICO DE FAMÍLIA NA GESTÃO DOS PROBLEMAS COMUNICACIONAIS NA DOENÇA ONCOLÓGICA

Liliana Mendes[1]; Sara Marques[1]

1 - UCSP Tomaz Ribeiro

Introdução: Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm a particularidade de trabalhar a família de forma longitudinal e na comunidade. Em Cuidados Paliativos (CP) a família inclui-se no cuidado integral ao doente. Este caso reflete o papel do Médico de Família nesse cuidado, nomeadamente na gestão comunicacional, na gestão da esperança realista, na definição dos objetivos terapêuticos e no apoio à família ao longo do processo de doença crónica, progressiva e incurável. Cabe a cada profissional refletir sobre as dificuldades de acompanhamento destes doentes e das suas famílias.

Enquadramento: Homem, 52 anos, casado, uma filha, trabalhador construção civil, antecedentes patológicos de hipertensão arterial, dislipidémia e abuso de álcool. A 29/03/2017 foi ao Serviço de Urgência por dor abdominal recente, alteração do trânsito intestinal, anorexia e astenia. Realizou laparotomia exploradora, que identificou massa tumoral no cólon sigmóide, irressecável, com invasão do intestino delgado, parede abdominal e bexiga, pelo que realizou apenas colostomia derivativa. A 19/06/2017 foi comunicado diagnóstico definitivo de adenocarcinoma invasor com metastização local e à distância, tendo sido proposta quimioterapia paliativa a 10/07/2017, que iniciou a 13/09/2017. Teve vários internamentos por intercorrências infeciosas, com várias formações abcedadas com fistulização à parede abdominal, com drenagem purulenta (necessidade de aplicar vários sacos de drenagem) e crescimento progressivo de massas tumorais. Fez várias transfusões sanguíneas por anemia grave. Fez também trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo. A 5/12/2017 em consulta de Oncologia é assumido não realizar mais tratamentos dirigidos à doença. A 7/12/2017 em consulta com a equipa intra-hospitalar de suporte em CP é assumida provável situação de últimos dias de vida, e é proposta transferência para uma Unidade de internamento em CP para controlo sintomático, o que, em grande sofrimento e alguma resistência, doente, esposa e filha aceitam. Faleceu ao final da tarde do dia 8/12/2017, acompanhado pela esposa e pela filha.

Conclusão: Os lapsos comunicacionais no diagnóstico inicial e a ambiguidade dos objetivos propostos para o plano terapêutico criaram, inicialmente, conspiração de silêncio. Ao longo das nossas intervenções, das progressivas incapacidades, dos vários internamentos, da culpa do "talvez", o doente foi tomando consciência da progressão da doença e morte eminente. Contudo, é difícil para nós, MF, fazermos a correta abordagem quando se conspira na doença passível de ser tratada com transfusões e QT paliativa – encarniçamento terapêutico. Os vários contatos telefónicos com a esposa, as visitas hospitalares ao doente, os momentos de silêncio partilhados, permitem agora momentos de reflexão. Conseguimos identificar com alguma clareza os pontos fortes e fracos da nossa atuação. Este caso clínico reflete a importância dos CP nos CSP, e identifica a necessidade de um apoio organizado e claro a estes doentes por parte de todos os profissionais de saúde. Reforça a necessidade de fornecer informação gradual ao doente para que este a possa processar e expressar as suas dúvidas. Reconheço a minha dificuldade em lidar com algumas situações, mas, de fato, quando tocamos verdadeiramente em alguém, também somos tocados. Agora, cabe-nos o apoio no luto a esta família e a nossa aprendizagem e reflexão