

REAÇÕES EMOCIONAIS DO MÉDICO RESIDENTE FRENTE AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS ¹

RESIDENT PHYSICIAN'S EMOTIONAL REACTIONS TOWARD PATIENTS IN PALLIATIVE CARE

Mariana Xavier Gonçalves do Amaral
Daniela Achette
Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa*
Wilze Laura Bruscatto
Norberto Kodi Kavabata

RESUMO

Profissionais da saúde sofrem grande desgaste físico e emocional ao cuidar de pacientes terminais em cuidados paliativos e o médico pode desenvolver uma série de sentimentos e emoções negativas causados pelo confronto com a possibilidade da morte do paciente. O estudo tem como finalidade sugerir uma avaliação sobre como o médico lida com a limitação da medicina e com a aceitação da morte de seu paciente. As reações emocionais do médico residente frente a esses pacientes estão principalmente ligadas aos traços de personalidade de cada profissional, à formação médica e às experiências que cada um teve com a morte de pessoas ligadas a ele no passado, ou à sua própria proximidade com a morte. Através dos resultados observa-se uma real dificuldade da maioria dos participantes em tratar do tema e da comunicação da morte com seus pacientes, familiares e principalmente, consigo mesmos.

Palavras-chave: Profissionais de saúde; Médico; Cuidados paliativos; Reações emocionais.

¹Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo / Serviço de Psicologia Hospitalar da Santa Casa de São Paulo.

ABSTRACT

Health professionals suffer great physical and emotional distress by taking care of terminal patients in palliative care and the physician can develop a series of negative feelings and emotions caused by the confrontation with the possibility of the patient's death. The study has as purpose to suggest a evaluation about how the physician deals with the limitation of medicine and with the acceptance of his patient's death. The resident physician's emotional reactions toward these patients are mainly linked to each professionals personality characteristics, to medical graduation and to each one experiences with the death of people related to him in the past, or to his own proximity to death. Through the results it is possible to observe a real difficulty from the majority of the participants in dealing with the theme and communication of death with their patients, family and with themselves.

Keywords: *Health professionals; Physician; Palliative care; Emotional reactions.*

3- INTRODUÇÃO

Este estudo surgiu a partir da experiência de trabalho junto à equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Após realizada revisão de literatura referente aos aspectos emocionais do médico frente ao paciente em cuidados paliativos, foi possível perceber a necessidade de criar um instrumento próprio para iniciar um estudo dentro desta instituição, pois diariamente observou-se situações que chamaram muito à atenção no que diz respeito às dificuldades encontradas pelos médicos residentes quanto à comunicação com pacientes e familiares sobre um prognóstico reservado e encaminhamento aos cuidados paliativos. Foi possível perceber o desgaste que esses

* E-Mail: lnfbpsi@uol.com.br; Telefone: 81 – 92451890

profissionais podem atingir no tocante a todo o universo de sentimentos envolvidos no trato desses pacientes.

Kovács (1991) define que “paciente terminal” ou “fora de possibilidades terapêuticas” são os rótulos dados a pacientes com doenças as quais não vislumbram nenhuma possibilidade de cura. São as doenças progressivas como o câncer, a Aids e as doenças neurológicas degenerativas. O tratamento do doente terminal não implica mais em cura, e sim no alívio de sintomas e na preservação da vida.

De acordo com Kovács (1992) através dos esforços de Cicely Saunders que fora enfermeira, médica e assistente social na Inglaterra, durante a década de 1960, ocorreu a iniciação do “movimento dos *hospices*”; instituições destinadas a aliviar o sofrimento ligado a doenças terminais, oferecendo às pessoas a possibilidade de morrer em paz, dignamente e com qualidade de vida. Esse cuidado preconiza uma visão totalizadora do ser humano, com uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, religiosos, voluntários e outros profissionais quando necessário. Esse movimento simboliza a filosofia dos cuidados paliativos.

De acordo com Carvalho (2004) profissionais de saúde sofrem um grande desgaste ao cuidar de pacientes no estágio avançado das doenças. Desgaste físico e emocional, por estarem acompanhando um processo de doença evolutiva e a triste realidade da morte estar próxima; pelo sofrimento do enfermo no despedir-se das pessoas queridas e na despedida da própria vida. E por acompanhar um dia-a-dia, muitas vezes dolorido e penoso, no caminho da morte.

Frente ao cuidado desses pacientes, o médico pode desenvolver uma série de sentimentos e emoções causados pelo confronto com a proximidade da morte do paciente. São, principalmente, sentimentos negativos de fracasso, frustração e impotência. Desde sua formação acadêmica, o médico lida com a visão de que a morte deve ser vista como

inimiga a ser vencida, gerando nele sentimentos de onipotência, sendo sua função salvar o paciente, impedindo a morte deste a qualquer custo.

Negar a morte pode dar a idéia de força e controle, entretanto, uma perda seguida de precária ou “má” elaboração do luto; não se permitindo a expressão da tristeza e da dor, tem trazido graves conseqüências como a maior possibilidade de adoecimento (KOVÁCS, 2003). Cassorla (2002) refere que com essa evitação da idéia do morrer, o médico tenta escapar do confronto com sua impotência profissional e do fato de que ele mesmo, como ser humano, também é mortal.

O médico oscila entre a sensação de tudo poder; gerada através de sua onipotência, e a frustração de nada poder fazer diante dos imprevisíveis processos biológicos, que irão despertar o sentimento de impotência. Nessa perspectiva, Kovács (1991) refere que mesmo não admitindo, o médico também pode experimentar sentimentos de culpa e raiva, pois, se o paciente morrer, o seu narcisismo será ferido.

Outro fator desencadeado pelo sentimento de onipotência do médico são as condutas obstinadas pela cura ou prolongamento da vida do paciente, realizadas através de intervenções desnecessárias que irão gerar apenas mais sofrimento para o paciente fora de possibilidades terapêuticas.

Com essa tentativa dos médicos de vencer a morte a qualquer custo, vivenciada através da idéia ainda muito presente de que curar é o objetivo máximo da medicina, podemos observar o desenvolvimento de condutas tidas como “extremas”, mesmo que isso implique na diminuição da qualidade de vida desse paciente, trazendo consigo a perda da dignidade e da humanidade do mesmo.

Pessini (2006) refere ainda que inúmeras reflexões bioéticas são elucidadas ao tratarmos da temática dos cuidados paliativos. Cinco referenciais éticos são fundamentais na implementação da medicina paliativa: a veracidade (base para confiança no

relacionamento profissional/paciente); a proporcionalidade terapêutica (defende a implementação apenas das medidas terapêuticas úteis); o referencial do duplo efeito (quando se tem que os efeitos negativos sejam maiores que os positivos); da prevenção (defende a implementação de medidas para prevenir complicações e para a orientação de familiares) e do não-abandono (mesmo quando há a sensação de impotência, deve-se ser solidário e acompanhar o paciente e a família).

De volta à questão dos sentimentos dos médicos frente a terminalidade do paciente, segundo Esslinger (2004), fica evidente a lacuna na formação dos médicos no que diz respeito ao tema da morte.

É retirada dos médicos a permissão de ter sentimentos com relação a seus pacientes, principalmente àqueles desenganados por doenças em estágio avançado, pois se for sensível ao sofrimento e a finitude do próximo, podem ser desencadeados no médico sentimentos negativos de impotência, tristeza, pena, chateação, frustração, revolta, ansiedade, depressão, sofrimento, angústia, desgaste emocional e fracasso.

De acordo com Klafke (1991), a relação médico-paciente pode ser abordada basicamente de duas perspectivas: a do paciente e a do médico. Cada um entra com suas características pessoais (traço de personalidade, classe social, nível de instrução etc) e com o papel social determinado especificamente para esse tipo de encontro (o paciente é o que procura alguém que o cure, e o médico é procurado para dispensar essa cura).

Atualmente a literatura descreve uma série de publicações referentes à relação médico-paciente terminal, enfatizando principalmente a importância do preparo do médico no que diz respeito à comunicação com esses pacientes. Parr (2006) relata sua primeira experiência com um paciente terminal, salientando seu despreparo emocional como médica recém graduada. Aponta dificuldade em se comunicar com pacientes neste estágio, relatando sentimentos de tristeza e ansiedade, questionando se a formação médica havia

lhe fornecido as ferramentas necessárias. Em seu relato, lembra também de ter sentido medo de demonstrar suas emoções ao paciente, pois não queria ser vista como fraca.

De acordo com Sinclair (2006), muitos médicos relutam em dividir com seus pacientes as estimativas sobre seus prognósticos em casos de doenças avançadas por uma variedade de motivos. Tirar a esperança, gerar depressão ou ansiedade e contribuir com a morte do paciente são citados como alguns dos mais nocivos.

Srivastava (2006) relata sua experiência ao tratar de outro médico que se encontrava na fase final de sua vida, referindo sua dificuldade em saber como interagir com ele. Numa tentativa de ser “prestativa” usou da racionalização como defesa aos seus sentimentos negativos, mostrando ao médico os números dos resultados de seus exames. Como resposta, o médico não quis saber dos resultados, relatando sua necessidade de ser visto e ouvido como ser humano. Comentando o fato da medicina moderna ter se voltado à cura, que muitas vezes chega a negar o cuidado, a autora finaliza analisando quão infundados eram seus medos em tratar de outro médico no fim da vida, pois tudo o que ele desejava era ser um paciente, com necessidade de conforto, esperança e compreensão.

Saber lidar com o cuidado de pacientes gravemente enfermos é fato que vem despertando o interesse da graduação médica em diversos centros. McFarland & Rhoades (2006) descrevem um “retiro” direcionado para residentes de clínica médica e geriatria com o intuito de promover confiança e competência a esses profissionais no que diz respeito ao cuidado com pacientes no fim da vida. Nesse programa os autores desenvolvem atividades focadas na melhoria do cuidado com esses pacientes, relacionando habilidades de comunicação, controle da dor e de sintomas e questões psicossociais e espirituais.

Segundo Leão (1994), as motivações inconscientes do médico vão nortear o seu modo de se relacionar com o paciente terminal, como, anteriormente a isso, o seu modo de encarar a própria mortalidade, facilitando o processo impessoal do atendimento médico.

Dessa maneira, o presente estudo tem como objeto os médicos residentes e sua relação com o processo de terminalidade de seus pacientes, tendo como objetivo identificar as principais reações emocionais e atitudes desses médicos ao se depararem com pacientes em cuidados paliativos, sugerindo uma avaliação mais aprofundada sobre como o médico lida com a limitação da medicina e com a aceitação da morte de seu paciente, podendo auxiliar esses profissionais à identificar suas principais dificuldades referentes a este tema, para que estas questões possam ser discutidas e também efetuadas as mudanças necessárias em sua formação.

4- MÉTODOS

Com o intuito de contemplar os objetivos da pesquisa, optamos por uma metodologia quantitativa e desenho de estudo descritivo transversal. As entrevistas foram realizadas no Departamento de Cirurgia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo / Serviço de Psicologia Hospitalar da Santa Casa de São Paulo com os Residentes de Cirurgia (R2).

Primeiramente foram escolhidos médicos residentes por estarem mais próximos do período de formação acadêmica do que outros médicos mais experientes. Foram escolhidos os R2 por terem a experiência de pelo menos um ano como residentes e também circulararem pelas diversas áreas em sistema de rodízio, diferentemente dos R3, R4 e R5, que ficam fixos em determinada especialidade. Dessa forma, será possível trabalhar com um “n” bastante uniforme.

Diante disto, ficou estabelecido como critérios de inclusão ser médico residente de cirurgia (R2) e concordar em participar do estudo. A não concordância em participar da pesquisa foi caracterizada como um critério de exclusão.

Os residentes foram convidados a participar da pesquisa através de contato pessoal realizado pela pesquisadora. Esse contato teve o intuito de explicar os objetivos da presente pesquisa. Após a concordância em participar do estudo foi entregue ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 1). Após leitura, compreensão e assinatura do TCLE, os mesmos retiraram os questionários para serem respondidos e tiveram o prazo de uma semana para a devolução.

Como instrumento, foi utilizado um questionário padrão elaborado pela pesquisadora especificamente para esta finalidade, contendo nove questões fechadas e duas questões abertas (Anexo 2). O instrumento foi desenvolvido a partir das principais emoções dos médicos ao se depararem com pacientes terminais, apontadas através da revisão de literatura.

Após a coleta, os dados foram analisados utilizando as respostas dadas nos questionários de forma quantitativa passando para a formação de categorias que foram descritas e discutidas, com base nos dados de literatura.

5- RESULTADOS

Foram distribuídos 28 questionários, e destes, 13 foram devolvidos, totalizando uma porcentagem de 46%.

1- Costuma conversar sobre o prognóstico com pacientes que são encaminhados para cuidados paliativos?

TABELA 1

sempre	às vezes	nunca
9	3	1
69%	23%	8%

2- Se conversa, com quem conversa?

TABELA 2

familiares	pacientes	os dois juntos
4	1	6
36%	9%	55%

A partir da questão 3, os resultados correspondem ao percentual de respostas, pois cada participante pôde responder à mais de uma alternativa por questão.

3- Quais os sentimentos despertados ao conversar com familiares de pacientes sobre um prognóstico fechado e encaminhamento a cuidados paliativos?

TABELA 3

impotência	tristeza	pena	raiva ou revolta	frustração	ansiedade	depressão	angústia	fracasso	outros
8	8	4	0	4	3	0	3	3	2
23%	23%	11%	0%	11%	9%	0%	9%	9%	5%

4- Quais os sentimentos despertados ao conversar com um paciente sobre cuidados paliativos?

TABELA 4

impotência	tristeza	pena	raiva ou revolta	frustração	ansiedade	depressão	angústia	fracasso	outros
8	8	7	0	4	2	1	5	0	2
22%	22%	19%	0%	11%	5%	3%	13%	0%	5%

5- Quando o familiar de um paciente que já se encontra em cuidados paliativos solicita insistentemente que você realize algum procedimento, seja cirúrgico ou não, com o intuito de curar ou controlar a doença, quais os sentimentos despertados?

TABELA 5

impotência	tristeza	pena	raiva ou revolta	frustração	ansiedade	depressão	angústia	fracasso	outros
6	3	7	2	2	1	0	7	3	1
18%	10%	22%	6%	6%	3%	0%	22%	10%	3%

6- E qual seria sua postura?

TABELA 6

acatar o desejo do familiar	deixar o paciente decidir	rediscutir a questão com o familiar	delegar a questão a outro médico	tomar a decisão mais cabível, de acordo ...	outra
0	0	8	0	8	1
0%	0%	47%	0%	47%	6%

7- Quando um paciente que já se encontra em cuidados paliativos solicita insistentemente que você realize algum procedimento, seja cirúrgico ou não, com o intuito de curar ou controlar a doença, quais os sentimentos despertados ?

TABELA 7

impotência	tristeza	pena	raiva ou revolta	frustração	ansiedade	depressão	angústia	fracasso	outros
6	5	9	2	3	2	1	6	1	1
17%	14%	24%	6%	7%	6%	3%	17%	3%	3%

8- E qual seria sua postura?

TABELA 8

acatar o desejo do familiar	discutir a questão com a família	retomar com o pc quais repercussões	delegar a questão a outro médico	tomar a decisão mais cabível, de acordo ...	outra
0	5	8	0	7	2
0%	23%	36%	0%	32%	9%

9- Se o paciente em cuidados paliativos lhe perguntar qual o seu prognóstico, qual seria sua atitude?

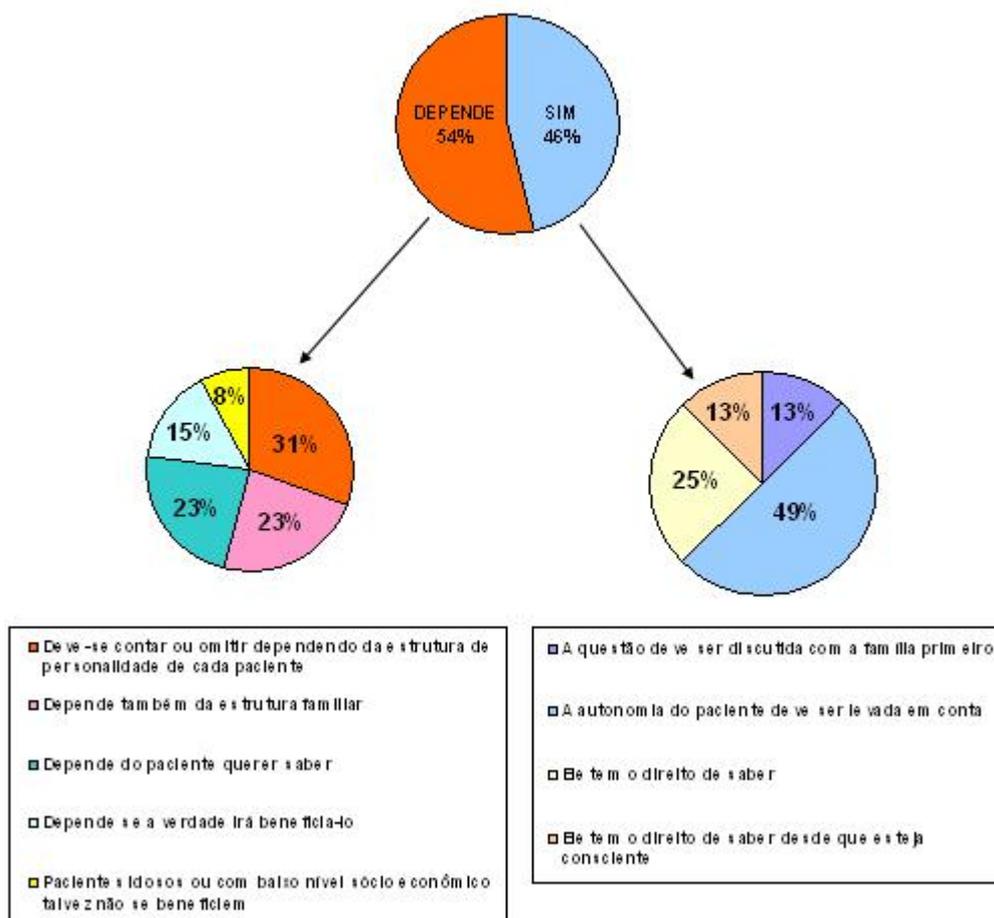
TABELA 9

responder a verdade	mentir	dizer que ainda não está definido	pedir a outro médico para que responda	outra
11	1	0	0	3
73%	7%	0%	0%	20%

As questões 10 e 11 são questões dissertativas. Dessa forma, foram montadas categorias de acordo com a proximidade das respostas obtidas, sendo que em diversas respostas houve a incidência de mais de uma categoria de resposta.

10- Você acha que o paciente em cuidados paliativos deve ou não saber do seu prognóstico? Por que?

ILUSTRAÇÃO 1



11- No seu entender, que requisitos um profissional de saúde deve ter no trato com pacientes em cuidados paliativos?

ILUSTRAÇÃO 2



6- DISCUSSÃO

De acordo com Cassorla (1983), o médico escolhe a profissão médica por necessidade de dar amor, de consertar, de reparar, mas também, para se ter poder, para se poder lutar contra a morte e para se ser superior, as vezes superior à vida e a morte. Dessa maneira, é possível encontrarmos angústias intensas relacionadas à morte. Quase todos os indivíduos, e os médicos em particular, têm uma tendência à onipotência, uma onipotência mágica, ligada a uma fantasia de imortalidade.

Kovács (2003) define que “às vezes, o mais difícil não é lidar com a morte e sim acompanhar o paciente vivo que está morrendo”. Dessa forma, muitos médicos fogem ao atendimento de pacientes em fase terminal. A idéia de que mais nada se tem a fazer reflete uma atitude de negação frente à própria mortalidade (LEÃO 1994).

Para que possamos pensar nas principais dificuldades desses profissionais frente à morte e a terminalidade do paciente devemos observar primeiramente um dos principais itens relacionados à esta questão: a comunicação entre médicos e pacientes / familiares.

Segundo Mcfarland & Rhoades (2006) a comunicação é cotada como um importante fator comportamental, afetando tanto a satisfação do paciente quanto do médico.

Sob a luz desse pensamento, a qualidade da comunicação é algo que influenciará diretamente os sentimentos do médico frente ao seu paciente. Conversar sobre a morte ou comunicar um prognóstico reservado a um paciente é uma tarefa árdua que envolve uma série de aspectos.

No que diz respeito a atual pesquisa, vale a pena ressaltar um importante ponto para discussão. Foi observado que apenas 46% dos residentes convidados a participar deste estudo responderam os questionários. Sabemos que temos que levar em conta a sobrecarregada rotina da residência de cirurgia, pois, muitas vezes não há disponibilidade de tempo para a realização de qualquer outra atividade fora do currículo por parte dos residentes. Porém, é interessante refletirmos sobre a possibilidade de outros fatores estarem relacionados ao fato de mais da metade dos convidados não terem participado do estudo. Podemos pensar nas dificuldades pessoais de cada um em lidar com o tema da morte, sugerindo, desta maneira, que possa haver um distanciamento do assunto por parte desses médicos.

De acordo com os resultados obtidos na questão 1, referente à conversa sobre o prognóstico, é possível observarmos que 69% (n = 9) dos participantes referem sempre conversar sobre o prognóstico, seguido de 23% (n = 3) que preferem falar apenas às vezes e 8% (n = 1) que referem nunca conversar sobre o prognóstico.

Na questão 2, podemos perceber que dos médicos que conversam sobre o prognóstico reservado 46% (n = 6) conversam com paciente e familiares juntos, seguidos de 31% (n = 4) que conversam apenas com familiares e 8% (n = 1) que conversa apenas com o paciente, sendo que o participante que respondeu “nunca” na questão 1 não responde à questão 2 e um dos participantes anulou sua resposta.

Lederberg citado por Carvalho (2006) refere que estudos mostram que pacientes e familiares suportam mais as más notícias, e que desenvolvem menos sentimentos de raiva contra a equipe do que falhas desta em sua comunicação interna.

Como é possível observarmos nos resultados dessas questões, os participantes, em sua grande maioria, mostraram que costumam conversar com seus pacientes e respectivos familiares quanto ao encaminhamento a cuidados paliativos. Também vale observarmos

aqui que a maioria dos médicos que referem conversar sobre o prognóstico fechado, de certa forma, podem tender a usar os familiares como “escudo”, pois apenas um participante referiu conversar somente com o paciente, enquanto que em todos os outros casos o familiar foi incluído.

Nas questões subseqüentes as respostas podem ocorrer em múltiplas alternativas para um mesmo participante, portanto, os resultados obtidos mostram a freqüência de respostas.

A questão 3 nos aponta quais os principais sentimentos despertados ao conversar com familiares de pacientes sobre um prognóstico fechado. Os resultados mostram que 23% das respostas referem-se ao sentimento de impotência, outros 23% ao sentimento de tristeza, seguidos de 11% ao sentimento de pena e outros 11% ao sentimento de frustração.

A questão 4 aponta quais os principais sentimentos despertados ao conversar com o próprio paciente sobre cuidados paliativos. Das respostas obtidas, 22% referem-se ao sentimento de impotência, outros 22% ao sentimento de tristeza, 19% ao sentimento de pena e 13% ao sentimento de angústia frente a esta situação.

Dessa forma, podemos inserir que não houve uma diferença significativa entre os sentimentos despertados ao conversar com um familiar ou com o próprio paciente sobre a impossibilidade de cura, pois muitos deles são despertados em ambos os casos.

Klafke (1991) verifica em uma pesquisa como os médicos descrevem os seus sentimentos em relação aos pacientes terminais. A grande maioria dos médicos descreve principalmente sentimentos negativos de impotência, tristeza, pena, chateação, frustração, revolta, ansiedade, depressão, sofrimento, angústia, desgaste emocional, fracasso e desagradabilidade, o que nos remete à semelhança dos resultados obtidos neste presente estudo (principalmente os sentimentos de impotência, tristeza e pena).

Em minha experiência trabalhando ao lado de muitos desses residentes nos ambulatórios e enfermarias, pude perceber diversas vezes as dificuldades dos mesmos em lidar com situações que envolvem a conversa sobre a impossibilidade de cura de um paciente. Algumas vezes, pude observar residentes agindo de uma maneira um tanto “mecânica” em situações como essas, em que o paciente e os familiares estão recebendo uma notícia assustadora, passada por eles. Conversando informalmente sobre o assunto com esses médicos num momento posterior, foi possível perceber que muitos usavam da racionalização como mecanismo de defesa em situações como esta, pois, em muitos casos, alegaram sentir muita pena, tristeza e principalmente impotência ao conversarem sobre a limitação da medicina em poder salvar os pacientes, referindo dessa maneira, um certo distanciamento afetivo para poderem agüentar realizar esse tipo de tarefas.

Carvalho (2006) completa ainda a idéia lembrando que no que se refere à formação médica, estes profissionais são levados à idéia de que a morte sempre representa um fracasso de suas atuações. Por questões internas ou em função da própria formação, são levados a uma atitude onipotente em relação à vida e à morte. Sabemos que é a onipotência que dá espaço aos sentimentos de impotência. Dessa forma, é possível notarmos que os resultados obtidos na pesquisa corroboram com a literatura.

As questões 5 e 7 se referem a uma mesma situação, porém, a questão 5 se refere ao familiar e a questão 7 ao próprio paciente. Na questão 5 são observados os principais sentimentos do médico quando um familiar de um paciente que se encontra em cuidados paliativos solicita insistentemente a realização de algum procedimento com o intuito de curar ou controlar a doença. Nos resultados pudemos perceber que 22% das respostas referem-se ao sentimento de pena, outros 22% ao sentimento de angústia, seguidos por 18% ao sentimento de impotência frente a tal solicitação.

A literatura indica que a morbidade psicológica / psiquiátrica é grande entre profissionais da saúde. Situações estressantes são inúmeras e podem ser de natureza externa e interna. Os estressores externos relacionam-se às respostas do doente à doença e ao tratamento, à doença em si mesma e à fase do tratamento. Os estressores internos relacionam-se às características pessoais dos profissionais como maior ou menor onipotência, rigidez e satisfação com o trabalho. Estar em situação que exige decisões difíceis e ações complexas pode constituir-se em importante elemento de tensão. Dessa forma, reações de ansiedade, angústia ou comportamentos de evitação podem ser desencadeados (CARVALHO 2006).

O autor comenta também que um outro elemento desencadeador de tensões a ser considerado é o relacionado a questões de ordem ética, no que diz respeito à alta tecnologia atualmente disponível. O envolvimento emocional do médico com o paciente ou a família, o medo da reação da família à proposta da supressão dos tratamentos e os aspectos pessoais do médico podem fazer com que haja perda de clareza a respeito da melhor conduta nesse momento. É comum observarmos em relação à população, a tentativa de prolongar a vida, quando na verdade se está apenas prolongando o sofrimento.

Na questão 6 foi perguntado aos participantes qual seria sua postura frente à situação descrita na questão 5. Nos resultados, 47% das respostas indicaram que os participantes discutiriam a questão com a família e também 47% disseram que tomariam a decisão mais cabível de acordo com seus próprios conceitos.

É possível observarmos nos resultados que os médicos pesquisados se dividem entre tentar retomar a questão mostrando aos familiares que tal solicitação seria inútil do ponto de vista curativo e entre tomar a decisão de acordo com o que lhe for mais correto no momento em que a situação se apresenta. É interessante ressaltarmos o cuidado que deve ser tomado neste momento no que diz respeito às questões bioéticas, pois, além do referencial ético da veracidade, pode estar em jogo também o princípio da autonomia, que prega a capacidade do paciente de tomar decisões sobre sua própria vida desde que esteja consciente.

Em relação a este aspecto, Carvalho (2006) aponta que o desenvolvimento tecnológico foi gradualmente pondo à disposição da equipe um maior número de alternativas, devido à variedade de tratamentos possíveis. No entanto, pacientes e familiares passaram a ter acesso a mais informações a respeito da doença e de seus tratamentos. Desenvolveu-se também a convicção de que a participação mais ativa dos pacientes em seus tratamentos traz benefícios, o que gerou a necessidade de maiores discussões sobre qual a melhor alternativa a ser adotada.

A questão 7 também se refere à mesma situação da questão 5 mudando o foco para o paciente, se ele mesmo fizesse a solicitação. Os principais sentimentos despertados foram pena 24% e impotência e angústia com 17% de frequência em cada.

É possível percebermos que entre os resultados obtidos nas questões 5 e 7 há uma semelhança bastante significativa dos sentimentos despertados tanto quando o solicitante é um familiar quanto o próprio paciente.

Citando um pouco mais de minha experiência, algumas vezes pude observar residentes procurando-me nos ambulatórios, solicitando minha presença na hora de comunicar um prognóstico fechado ou pedindo ajuda para conversar com familiares e pacientes sobre a futilidade de certos tratamentos para pacientes em cuidados paliativos. Era evidente a dificuldade desses profissionais em lidar com tais aspectos.

De acordo com Carvalho (2004), as questões bioéticas se tornaram de especial relevo ante as situações criadas pelo desenvolvimento da medicina nas últimas décadas.

Na questão 8 também foi perguntado qual seria a postura dos participantes frente à situação descrita na questão 7. Foi observado que 36% das respostas referem-se à retomar com o paciente quais as repercussões decorrentes dessas medidas e 32% tomariam a decisão mais cabível de acordo com seus próprios conceitos.

Novamente, assim como na questão 6 há uma divisão nos resultados obtidos entre tentar retomar a questão mostrando ao paciente que tal solicitação seria inútil do ponto de

vista curativo e entre tomar a decisão de acordo com o que lhe for mais correto na determinada situação. Um dado importante de ser citado é que 23% das respostas correspondem a discutir a questão com a família. Novamente, assim como já discutido na questão 2, os familiares sendo consultados nesses momentos sem a participação do paciente pode causar por consequência uma perda na autonomia do paciente.

Na questão 9 é perguntado qual seria a atitude dos participantes se o paciente em cuidados paliativos lhes perguntar qual o seu prognóstico. Observa-se que 73% das respostas indicaram que responderiam a verdade.

Segundo Klafke (1991) se o tema da morte é tabu e se ela é encarada como fracasso tanto do médico quanto da instituição, então conversar com um paciente em fase terminal pode ser algo muito difícil. A autora realizou uma pesquisa com médicos cancerologistas que visava principalmente explicitar os sentimentos e atitudes desses médicos diante dos pacientes terminais, podendo analisar que no que diz respeito à comunicação do diagnóstico 40% dos médicos têm por norma comunicar o diagnóstico ao paciente. Outro fator avaliado foi o fato de conversarem ou não sobre a morte com o paciente terminal. Foi obtido como resultado que 50% dos médicos conversam sobre esse tema.

Ainda referindo-se a esses resultados, a autora comenta que um dos fatores que pode ter influenciado favoravelmente ao conversar sobre morte é o número de publicações que enfatizam a importância de tal diálogo. Pode-se também levantar a hipótese de que esses médicos estão conseguindo lidar com a sua morte de maneira mais adequada, conseguindo dessa forma falar mais abertamente com o paciente sobre tal assunto.

Dessa maneira, os resultados da vigente pesquisa podem corroborar com os da pesquisa de Klafke sob a luz da mesma hipótese, com uma frequência ainda maior de respostas que indicaram que os médicos responderiam a verdade (73%). Assim, podemos pensar também na possibilidade do aumento desse número estar relacionado à uma maior adequação dos médicos nos dias de hoje no que diz respeito a essa questão, se comparados aos dados da pesquisa de Klafke (1991).

A questão 10 pergunta ao médico se ele acha que o paciente em cuidados paliativos deve ou não saber do seu prognóstico e porque. 46% dos participantes disseram que sim, enquanto 54% disseram que depende. Dos que afirmaram que sim, 49% das respostas apontam a necessidade de preservação da autonomia do paciente e 25% das respostas mostram que os participantes acham que o paciente simplesmente tem o direito de saber. Dos que disseram que depende, 30% das respostas referem-se à estrutura de personalidade de cada paciente como ponto mais importante na tomada de decisão entre contar ou omitir

o prognóstico reservado. 21% das respostas mostram que a decisão depende também da estrutura familiar do paciente e outros 21% mostram que depende do paciente querer saber sobre seu prognóstico.

De acordo com Pessini (2006) a veracidade é o fundamento da confiança nas relações interpessoais. Portanto, poderíamos dizer que comunicar a verdade ao paciente e a seus familiares constitui um benefício para eles (princípio da beneficência), pois possibilita sua participação ativa no processo de tomada de decisões (autonomia). Na prática, existem situações em que isso não é fácil, especialmente quando se trata de comunicar notícias ruins, como o prognóstico de uma morte próxima inevitável. Nessas circunstâncias, não é raro cair-se na atitude falsamente paternalista que leva a ocultar a verdade ao paciente. Com frequência entra-se num círculo vicioso da chamada “conspiração do silêncio” que, além de impor novas formas de sofrimento ao paciente, pode ser causa de uma grave injustiça. A comunicação de verdades dolorosas não deve ser o equivalente a destruir a esperança da pessoa.

Sobre a questão da autonomia do paciente na tomada de decisões, Caponero & Vieira (2006) fazem referência a John Stuart Mill, que dizia que sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente, o indivíduo com plena consciência e maturidade é soberano. Os autores definem também que uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção dessa deliberação.

Por outro lado, de acordo com Kovács (2006) muitas vezes receia-se que os pacientes não estejam preparados para receber a notícia de um prognóstico fechado e que, ao não conseguirem lidar com o pânico, possam ter idéias suicidas, suicidar-se ou ficar deprimidas eternamente.

Observamos que um dos participantes da pesquisa mencionou semelhantes receios: *“saber ou não do prognóstico depende, pois às vezes, saber que sua doença é incurável, faz com que o paciente se deprima e se entregue à doença, o que o faz piorar mais rapidamente. Cada caso deve ser avaliado individualmente.”*

Da mesma maneira, Sinclair (2006) refere que muitos médicos são relutantes em compartilhar uma estimada expectativa de vida com um paciente que está próximo ao fim de sua vida. E dos médicos que se disponibilizam a discutir o prognóstico com um paciente terminal, muitos não irão comunicar o prognóstico formulado, irão ser extremamente otimistas ou até pessimistas.

Novamente fazendo referência a pesquisa de Klafke (1991), no item sobre comunicar ou não o diagnóstico ao paciente, dos médicos que têm por norma comunicar, estes

apontam uma razão para agirem dessa forma que corrobora com os resultados obtidos nesta pesquisa; pois referem que saber o diagnóstico é um direito do paciente. Dos médicos que às vezes comunicam o diagnóstico, estes referem que comunicar ou não vai depender de fatores relacionados com características do paciente, ou seja, de sua estrutura de personalidade. Da mesma maneira, podemos observar alguns itens correspondentes nesta pesquisa, que ficam bem explícitos nas seguintes respostas de dois participantes quanto à pergunta sobre se o paciente deve ou não saber de seu prognóstico: “*Sim, ele tem o direito de saber que está próximo do fim da vida, para que possa fazer o que quiser com o resto dela.*”

“*Cada paciente tem sua estrutura, conhecendo-o e sua família podemos decidir se é melhor contar ou omitir*”.

Cassorla (1983) comenta a questão referindo que a maneira como o paciente fala, como age, o que e como pergunta, darão ao médico as pistas para o momento e a forma intuitiva em que as respostas serão dadas. Responder ao paciente o que ele quer saber, na linguagem dele, e só o que ele quer saber, no momento adequado, é o segredo.

Na questão 11 é perguntado que requisitos um profissional de saúde deve ter no trato com pacientes em cuidados paliativos. Das principais respostas obtidas 39% referem-se à importância do cultivo da relação médico-paciente, 18% à capacidade técnica do médico e 11% ao suporte de outros profissionais.

Como podemos observar, os resultados da pesquisa corroboram com a literatura nestes aspectos. Pessini (2006) refere que a relação médico-paciente nesse contexto final de vida é aquela marcada pela impossibilidade de curar. O limite da possibilidade terapêutica não significa o fim da relação médico-paciente.

Carvalho (2006) também referindo-se a relação médico-paciente levanta um outro ponto. Descreve que para evitar a angústia, os membros da equipe de saúde podem lançar mão de mecanismos de defesa socialmente estruturados como o distanciamento e a negação dos sentimentos.

Aqui cabe também exemplificarmos com uma resposta obtida na pesquisa referente à questão sobre quais requisitos um profissional da saúde deve ter no trato com pacientes terminais: “*(...) saber ouvir, sensibilidade, porém, sem se deixar envolver muito pelos casos pois isto pode levar a ocorrência de quadros depressivos por parte do profissional.*”

Parr (2006) comenta num artigo impressões bastante semelhantes. Relata seus sentimentos como médica quanto à conversa sobre o prognóstico com um paciente fora de possibilidades terapêuticas:

Lutando para manter a compostura tento me achar entre ser um ser humano e um cuidador. Todos os ensinamentos e os treinamentos não me prepararam para a emoção que senti naquele momento. Com a experiência, aprendi muito sobre a verdadeira importância da relação médico-paciente. Algumas vezes não é sua capacidade técnica que importa, mas a relação por si só: a capacidade de ouvir, de segurar as mãos e o ombro para chorar (p. 438).

Referindo-se à relação médico-paciente e à capacidade técnica necessárias como requisitos, Macfarland & Rhoades descrevem um retiro para residentes de clínica médica e geriatria onde se objetiva promover a confiança e a competência de médicos no cuidado aos pacientes no fim da vida. São discutidas maneiras de se comunicar más notícias e o manejo de sintomas e dor. A filosofia dos cuidados paliativos recebe atenção ao passo que assuntos psicossociais e espirituais emergem durante as discussões. Segundo os autores, o desafio do ensino do cuidado no fim da vida envolve se achar uma maneira de incorporar ambas a ciência e a arte da medicina.

Starzewski Jr *et al* (2005) em uma pesquisa desenvolvida sobre o preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte refere que 92% dos médicos entrevistados sentem dificuldades para falar do assunto. No que se refere à avaliação da formação acadêmica quanto à conversa sobre a morte, 52% dos entrevistados dizem a considerar inadequada. Assim como citado anteriormente por outros autores, referem ser natural que a morte de um paciente provoque dor nos médicos. Um dos entrevistados nessa pesquisa relata: *“existe no começo medo de se envolver, chorar junto, não saber o que falar”*.

Também no que se refere aos sentimentos dos médicos e a relação médico-paciente, Klafke (1991) comenta sobre dois conceitos; a “grande distância” e a “distância crítica”. O primeiro corresponde aos médicos que se afastam emocionalmente do paciente, enquanto que no segundo os médicos conseguem não se deixar envolver pelo paciente mas também não se afastam. Do ponto de vista da relação médico-paciente, a autora classifica a distância crítica como uma boa relação. Uma resposta da atual pesquisa corrobora com o conceito da “distância crítica”: *“acho que o principal é conseguir separar situações profissionais do restante da vida pessoal”*.

Nos resultados desta pesquisa foi possível observarmos que um considerável número de respostas quanto aos principais requisitos que o profissional de saúde deve ter no trato de pacientes terminais foi o suporte de outros profissionais. Carvalho (2006) descreve que serviços como *hospices* ou aqueles em que a equipe tem sólidas relações e tem a sua opinião ouvida, podendo discutir seus pontos de vista, apresentam menos estresse profissional. O autor refere que outros trabalhos mostram que há uma forte relação entre o

grau de satisfação com o trabalho e a qualidade do sistema de suporte social à equipe de saúde oferecido pela instituição.

Da mesma maneira, Hennezel citada por Kovács (2003) refere que é importante abrir espaços de cuidados aos profissionais que tratam de pessoas no fim da vida, no deserto afetivo que se constitui dentro dos hospitais. Permitir que cada um possa sair da negação, do silêncio, da ilusão de onipotência, para poder falar do que está vivendo e o que o comove.

Por fim, através de minha prática trabalhando junto a uma equipe cirúrgica onde o contato com pacientes fora de possibilidades terapêuticas é muito intenso, pude notar quão desestruturante e muitas vezes até frustrante pode ser o contato da equipe médica com suas limitações pessoais e com as limitações da medicina, especialmente por se tratarem de médicos residentes de cirurgia, pois sabemos que esses profissionais são treinados para obter resultados e principalmente lutar contra a morte. É interessante frisar a importância da criação de espaços para discussão e reflexão sobre o assunto da morte na grade curricular da residência médica ou mesmo dentro da própria graduação.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pudemos observar através da literatura, as reações emocionais do médico frente ao paciente terminal que se encontra em cuidados paliativos, estão principalmente ligadas aos traços de personalidade de cada profissional, à formação médica e às experiências que cada um teve com a morte de pessoas ligadas a ele no passado, ou à sua própria proximidade com a morte. Outro fator importante é o posicionamento filosófico e também a crença individual de cada médico, pois cada profissional também carrega consigo uma bagagem própria no que concerne à representação da morte.

No presente estudo, esses aspectos foram colocados em evidência através dos resultados obtidos, que indicaram uma real dificuldade da maioria dos participantes em tratar do tema e da comunicação da morte com seus pacientes, familiares e principalmente, consigo mesmos. Acredita-se que através dos resultados observados neste estudo seja possível se propor formas de intervenção como aulas expositivas, grupos de discussão, terapia ou até mesmo conversas informais entre os próprios residentes ou entre eles e um profissional de saúde mental, para que fosse possível melhorar a qualidade da relação médico-paciente terminal, assim como dar assistência a esses profissionais para que

possam saber trabalhar melhor com suas limitações como curadores, dessa forma, reduzindo o estresse e os sentimentos negativos gerados a partir do silêncio no que diz respeito às dificuldades relacionadas ao tema da morte.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cassorla, R. M. S. (1983). Aspectos Psicológicos da Relação Médico-Paciente com Câncer. Revista Quadrimestral do Instituto de Psicologia da PUCCAMP, 1, 48-62
- Carvalho, M. M. J. (2004). A Dor no Estágio Avançado das Doenças. In: Angerami, V. A – Camon (org.), Atualidades em Psicologia da Saúde (pp.85-101). São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- Caponero, R. & Vieira, D. E (2006). Urgências em Cuidados Paliativos. In: Pimenta, C. A. M. & Mota, D. D. C. F. & Cruz, D. A. L. M, Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia (pp.301-316). Barueri: Manole.
- Carvalho, V. (2006). A Equipe de Saúde e suas Vicissitudes Emocionais. In: Pimenta, C. A. M. & Mota, D. D. C. F. & Cruz, D. A. L. M, Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia (pp.103-123). Barueri: Manole.
- Esslinger, I. (2004). De Quem é a Vida, Afinal?...Descortinando os Cenários da Morte no Hospital. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Klafke, T. E. (1991). O Médico Lidando com a Morte: Aspectos da Relação Médico-Paciente Terminal em Cancerologia. In: Cassorla, R. M. S, Da Morte – Estudos Brasileiros (pp. 25-49). Campinas: Papirus.
- Kovács, M. J. (1991). Pensando a Morte e a Formação de Profissionais de Saúde. In: Cassorla, R. M. S, Da Morte – Estudos Brasileiros (pp.79-103). Campinas: Papirus.
- Kovács, M. J. (1992). Paciente Terminal e a Questão da Morte. In: Kovács, M. J, Morte e Desenvolvimento Humano (pp.189-203). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Kovács, M. J. (1992). Profissionais de Saúde diante da Morte. In: Kovács, M. J, Morte e Desenvolvimento Humano (pp.227-243). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Kovács, M. J. (2003). Os Profissionais de Saúde e Educação e a Morte. In: Kovács, M. J, Educação para a Morte: desafio na formação de profissionais de Saúde e Educação (pp. 23-45). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Kovács, M. J. (2006). Comunicação em Cuidados Paliativos. In: Pimenta, C. A. M. & Mota, D. D. C. F. & Cruz, D. A. L. M, Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia (pp.86-102). Barueri: Manole.
- Leão, N. (1994). O Paciente Terminal e a Equipe Interdisciplinar. Em: Romano, B. W, A Prática da Psicologia nos Hospitais (pp.137-147). São Paulo: Pioneira.
- McFarland, K.F & Rhoades, D.R (2006). End-of-Life Care: A Retreat Format for Residents. Journal of Palliative Medicine, volume 9, número 1.
- Parr, J. (2006). How do I Tell That You are Dying? Canadian Family Physician, volume 52, Abril 2006.

Pessini, L. (2006). Bioética e Cuidados Paliativos: Alguns Desafios do Cotidiano aos Grandes Dilemas. Em: Pimenta, C. A. M. & Mota, D. D. C. F. & Cruz, D. A. L. M, Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia (pp.45-66). Barueri: Manole.

Sinclair, C. T. (2006). Communicating a Prognosis in Advanced Cancer. The Journal of Supportive Oncology, volume 4, número 4.

Srivastava, R. (2006). Doctors Need Doctors Too. Journal of American Medical Association, volume 295, número 8.

Starzewski Júnior, A. & Rolim, L. C. & Morrone, L. C. (2005). O Preparo do Médico e a Comunicação com Familiares sobre a Morte. Revista da Associação Médica Brasileira, 51.

ANEXOS:

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Mariana Xavier Ferraz do Amaral, estou realizando uma pesquisa com o título “Reações emocionais do médico residente frente ao paciente em cuidados paliativos”.

O objetivo deste estudo é identificar quais as principais reações emocionais dos médicos residentes ao se depararem com pacientes em cuidados paliativos, assim como suas principais atitudes frente às situações impostas por essa condição.

Ao aceitar participar deste estudo, você responderá um questionário padrão que buscará identificar quais as reações emocionais despertadas no trato com pacientes em cuidados paliativos, assim como suas principais atitudes.

Sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, sem que essa decisão venha prejudicar sua residência médica no momento atual ou futuro neste hospital.

O material oferecido a partir do questionário será mantido em local seguro e a identificação só será realizada pela autora que conduz o estudo. Caso o material venha a

ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, sua identificação será preservada.

Caso deseje, poderá a qualquer momento entrar em contato com a pesquisadora no serviço de psicologia hospitalar, pelo telefone: (11) 3337-0905.

Mariana Xavier Ferraz do Amaral

Nome do voluntário: _____

Assinatura: _____

Anexo 2
I - IDENTIFICAÇÃO

Idade:

Sexo: () M () F

Religião: Praticante: () S () N

Estado civil: Especialidade:

Porque escolheu essa especialidade?

II – QUESTIONÁRIO PADRÃO

Costuma conversar sobre o prognóstico com pacientes que são encaminhados para cuidados paliativos?

() sempre () às vezes () nunca

Se conversa, com quem conversa?

() familiares () paciente () os dois juntos

Quais os sentimentos despertados ao conversar com familiares de pacientes sobre um prognóstico fechado e encaminhamento a cuidados paliativos?

() impotência () ansiedade
() tristeza () depressão
() pena () angústia
() raiva ou revolta () fracasso
() frustração () outros _____

Quais os sentimentos despertados ao conversar com um paciente sobre cuidados paliativos?

() impotência () ansiedade
() tristeza () depressão
() pena () angústia
() raiva ou revolta () fracasso
() frustração () outros _____

Quando o familiar de um paciente que já se encontra em cuidados paliativos solicita insistentemente que você realize algum procedimento, seja cirúrgico ou não, com o intuito de curar ou controlar a doença, quais os sentimentos despertados?

() impotência () ansiedade
() tristeza () depressão
() pena () angústia
() raiva ou revolta () fracasso
() frustração () outros _____

E qual seria sua postura?

- acatar o desejo do familiar
- deixar o paciente decidir
- rediscutir a questão com o familiar
- delegar a questão a outro médico
- tomar a decisão que for mais cabível, de acordo com seus próprios conceitos
- outra _____

Quando um paciente que já se encontra em cuidados paliativos solicita insistentemente que você realize algum procedimento, seja cirúrgico ou não, com o intuito de curar ou controlar a doença, quais os sentimentos despertados?

- impotência
- tristeza
- pena
- raiva ou revolta
- frustração
- ansiedade
- depressão
- angústia
- fracasso
- outros _____

E qual seria sua postura?

- acatar o desejo do paciente
- discutir a questão com a família
- retomar com o paciente quais as repercussões decorrentes dessas medidas
- delegar a questão a outro médico
- tomar a decisão que for mais cabível, de acordo com seus próprios conceitos
- outra _____

Se o paciente em cuidados paliativos lhe perguntar qual o seu prognóstico, qual seria sua atitude?

- responder a verdade
- mentir
- dizer que ainda não está definido
- pedir a outro médico para que responda a questão
- outra _____

Você acha que o paciente em cuidados paliativos deve ou não saber do seu prognóstico? Porquê?

No seu entender, que requisitos um profissional de saúde, que lida com cuidados paliativos, deveria ter no trato diário de seus pacientes?
