

Significados e sentimentos atribuídos por médicos residentes na comunicação da fase terminal ao paciente

Meanings and feelings attributed by resident physicians in communication of patient's terminal phase

Lícia Soares Pereira de Arruda¹

Ana Rafaela Pecora Calhao²

Universidade Federal de Mato Grosso - Cuiabá/MT

RESUMO

Esta pesquisa surgiu do interesse pelo tema da terminalidade e da comunicação do diagnóstico de cuidados paliativos por uma equipe médica. Os objetivos do estudo respeitaram compreender os significados atribuídos e sentimentos experienciados pelos médicos residentes, quando da comunicação de fase final da vida ao paciente. A coleta de dados foi realizada através de entrevista, com duas questões norteadoras, em acordo com o referencial teórico da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). As entrevistas foram transcritas, organizadas em um corpus, processadas pelo programa IRAMUTEQ e analisadas sob a luz do referencial teórico da ACP, o que resultou em quatro Classes de Análise. Os participantes compartilharam seus dilemas pessoais e profissionais e apontaram que a relação entre a medicina e a psicologia é positiva, considerando que a presença do psicólogo no momento da comunicação, como vem sendo realizada no Hospital de Ensino, é eficaz e, por isso, deve ser incentivada e continuada. Apesar das dificuldades sentidas, conduzem suas práticas mediante um olhar para além do conhecimento técnico-científico adquirido, explicitando empatia, sensibilidade e o desejo de que o cuidado aos pacientes seja cada vez mais humanizado.

Palavras-chave: comunicação ao paciente; sentimentos; dificuldades enfrentadas; fase terminal; abordagem centrada na pessoa.

¹ Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com Ênfase em Atenção Cardiovascular, do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM) - Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá/MT. Psicóloga, Especialista pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com ênfase em Atenção Cardiovascular (PRIMSCAV), de 2015 a 2017. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGSI) da Universidade Federal de Mato Grosso. Contato: liciasparruda@gmail.com.

² Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá/MT. Psicóloga, Doutora em Psicologia com Formação na Abordagem Centrada na Pessoa. Professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGSI) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Coordenadora e Supervisora do Aperfeiçoamento em Psicologia Clínica da UFMT. Foi tutora, professora e orientadora do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com Ênfase em Atenção Cardiovascular (PRIMSCAV), do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM) da UFMT, de 2010 a 2018. Contato: arpecora@terra.com.br.

ABSTRACT

This research arose from the interest in the topic of termination and communication of the diagnosis of palliative care by a medical team. The purposes of the study were to understand the meanings credited and feelings experienced by resident physicians when communicating final phase of life to the patient. Data collection was carried out through interviews, with two guiding questions, in agreement with the theoretical reference of the Person-Centered Approach. The interviews were transcribed, organized in a corpus, processed by the IRAMUTEQ program and analyzed in the light of the theoretical reference of the Person-Centered Approach, which resulted in four classes of analysis. The participants shared their personal and professional dilemmas and expressed that the association between medicine and psychology is positive, considering that the presence of the psychologist at the moment of communication, as has been done in the university hospital, is effective and, therefore, should be encouraged and continued. Regardless of the difficulties experienced, they conduct their practices through a look beyond the acquired technical-scientific knowledge, presenting empathy, sensitivity and the desire that the care to the patients to be increasingly humanized.

Keywords: communication to the patient; feelings; difficulties faced; terminal phase; person-centered approach.

Introdução

Com o avanço da medicina, a luta contra doenças potencialmente fatais e a própria morte foram ampliadas cada vez mais, prolongando a vida de pacientes que não apresentam possibilidade de cura. Essa realidade crescente, bem como o envelhecimento populacional, que ocasiona o aumento das doenças crônicas, demanda uma busca de novas práticas pelos profissionais da área de saúde no intuito de melhorar o manejo do período final de vida do doente, sendo o Psicólogo um agente ativo nesse processo. Esse modelo de atenção e cuidado com a vida e o indivíduo é conhecido como Cuidados Paliativos (Ferrai, Paganine, Padilha & Gandolpho, 2008; Mendes, Lustosa & Andrade, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu, em 1990, os Cuidados Paliativos como uma modalidade de assistência, definindo-os como a valorização da vida dos pacientes e de seus familiares. O Cuidado Paliativo ajuda os pacientes e familiares a lidarem com a doença em sua fase final, mediante a prevenção e alívio do sofrimento, identificado precocemente (Remedi, Mello, Menossi & Lima, 2009). Neste sentido, a filosofia dos Cuidados

Paliativos tem como foco principal a busca pela melhor qualidade de vida para o paciente que se encontra num estágio avançado da doença, oferecendo ao paciente uma qualidade de morte na qual haja diminuição da dor e do sofrimento. O objetivo é oferecer ao paciente as condições que supram suas necessidades até o final de sua vida e dar suporte à família, cabendo aos profissionais de saúde buscar a competência para exercer os Cuidados Paliativos com amor e conhecimento na área (Amorim & Oliveira, 2010; Marta et al., 2010, citados por Ferreira, Lopes e Melo, 2010).

Inicialmente, os cuidados paliativos eram desenvolvidos quando a morte era indubitável. Hoje são empregados também diante do diagnóstico de uma enfermidade que é incurável e progressiva. O tratamento visa o cuidado do paciente em sua globalidade, buscando melhorar a sua qualidade de vida (Pessini & Bertachini, 2004). Nessa mesma lógica, a medicina paliativa se baseia numa perspectiva holística, que procura identificar e minimizar questões de ordem física, psicológica, social e espiritual de forma integrada (Costa Filho, Costa, Gutierrez & Mesquita, 2008).

Segundo Jacobsen & Jackson (2009, citado por Borges & Junior, 2014, p. 276), a comunicação de más notícias pode envolver não somente a revelação do diagnóstico, como também a progressão da doença e a necessidade de encaminhamento para cuidados paliativos e cuidados domiciliares. No entanto, atualmente há um consenso de que a atuação em cuidados paliativos não deve se restringir aos últimos momentos de vida, mas deve melhorar a qualidade de vida e aliviar o sofrimento durante todo o processo de enfrentamento de uma doença potencialmente fatal.

É sabido, todavia, que os cuidados paliativos e curativos progridem lado a lado, mas a comunicação se torna uma habilidade especialmente necessária ao sucesso do tratamento perante o agravo ou a complicação da doença (Santos, 2009). Como complementa o mesmo autor, profissionais e familiares evitam falar sobre a morte devido à crença de que poderão aumentar a dor e o sofrimento do paciente. Na mesma proporção, o paciente também se cala ao proteger as pessoas queridas. Esta trama silenciosa cria, assim, um isolamento

emocional em que os sentimentos, dúvidas e anseios se assemelham, mas não são compartilhados.

O interesse pelo tema desponta na atuação, enquanto psicóloga residente, em um Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com Ênfase em Atenção Cardiovascular de um Hospital de Ensino. Logo, o interesse surge da grande procura da equipe médica aos psicólogos, demandando acompanhamento psicológico aos pacientes que apresentam hipótese diagnóstica ou diagnóstico desfavorável, de terminalidade, na fase final da vida, onde não há possibilidade de reversão do quadro do paciente, e, ainda, parceria para se proceder a comunicação relativa aos cuidados paliativos, conduta de tratamento para diagnósticos crônicos e não curativos aos casos de fase terminal acompanhados.

Portanto, a intenção dessa pesquisa foi compreender os significados atribuídos e sentimentos experienciados pelos médicos residentes na comunicação de terminalidade ao paciente, bem como conhecer como percebem a comunicação de fase terminal ao paciente quando realizada conjuntamente com o Psicólogo, membro da equipe multiprofissional. Desse modo, o atendimento integral é necessário na complexidade que envolve os cuidados paliativos. É essencial a atuação conjunta de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, conselheiros espirituais, entre outros profissionais que prestem assistência ao paciente e a seus familiares com o objetivo de minimizar o sofrimento (Costa Filho et al., 2008).

Tendo em vista que a pesquisa foi desenvolvida mediante o aporte do campo da Psicologia Humanista, a visão holística e o atendimento global considerados anteriormente são centrais. De acordo com a Abordagem Centrada na Pessoa, teoria desenvolvida pelo psicólogo norte-americano Carl Rogers, a visão holística, que advém de uma perspectiva integrada de ser humano, é ressaltada em detrimento de uma visão fragmentada do Ser.

De acordo com Amatuzzi (2008), psicólogo humanista brasileiro, é necessária a adoção de uma visão de homem como um todo complexo e organicamente integrado, cujas qualidades únicas vêm de sua configuração

total. Esta perspectiva rejeita as concepções elementaristas e fragmentadoras da psique. Concebem o homem como marcado pela necessidade intrínseca a todo organismo vivo, de atualizar seu potencial e se tornar a totalidade mais complexa, organizada e autônoma de que for capaz.

Método

Trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. O desenho do estudo, proposto e aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Ensino, sob o número 1.653.987, se desenvolveu mediante o aporte metodológico da Psicologia Humanista de Carl Rogers, psicólogo norte-americano atuante na terceira força da Psicologia e proponente da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). A pesquisa foi conduzida conforme as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, pela Resolução nº 466, de dezembro de 2012, do Conselho Regional de Saúde (Brasil, 2012).

A pesquisa foi realizada com 10 médicos residentes (R1, R2 e R3) da Unidade de Clínica Médica de um Hospital de Ensino da cidade de Cuiabá, Mato Grosso. A Clínica Médica possui 30 leitos, distribuídos em cinco enfermarias, dois isolamentos e quatro unidades de terapia semi-intensiva, e acolhe pacientes adultos, de ambos os sexos, em sua maioria com doenças crônicas (hipertensão arterial, doenças do coração, cirrose hepática, diabetes, doenças pulmonares, câncer), doenças cardiovasculares (angina, aneurisma da aorta, arritmia, doença cardíaca congênita, endocardite, insuficiência cardíaca, miocardite, dentre outras), doenças dermatológicas, reumáticas, nefrológicas, ortopédicas, doenças em investigação diagnóstica, dentre outras. Destaca-se, ainda, a elevada incidência de doenças crônicas cardiovasculares na Clínica Médica do referido hospital, como também no diagnóstico de boa parte dos pacientes acompanhados e que receberam o diagnóstico de terminalidade. Nesta Clínica, inúmeros casos de pacientes terminais, com indicação paliativa, se manifestam, o que justifica a escolha do lócus e do tema para a realização de uma pesquisa em um Programa de residência Multiprofissional em Atenção Cardiovascular.

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2016, através de entrevista aberta e gravada, com duas questões norteadoras que condizem com os objetivos da pesquisa. As atitudes do entrevistador foram pautadas na criação de um clima facilitador. O psicólogo americano Carl Rogers (1957), como citado em Kinget (1977a), apresenta três atitudes na promoção das condições facilitadoras, que são: 1) consideração positiva incondicional, 2) congruência e 3) compreensão empática.

Segundo Rogers, como citado em Kinget (1977a) a consideração positiva incondicional consiste em aceitar calorosamente cada aspecto da experiência de uma pessoa, implica em uma forma de apreciar o outro como uma pessoa individualizada a quem se permite ter os seus próprios sentimentos, suas próprias experiências. Ser congruente em uma relação significa que a pessoa está sendo livre e profundamente ela mesma, quando está vivenciando abertamente os seus sentimentos e atitudes. Por compreensão empática, se compreende a capacidade de se colocar no lugar do outro, ver o mundo através dos olhos dele e procurar sentir como ele sente a experiência subjetiva que ele vivenciou ou está vivenciando.

A exploração e o aprofundamento das entrevistas se deram por meio de três respostas-reflexos: 1) Reiteração, reflexo do conteúdo manifesto na comunicação e geralmente é usada quando o entrevistado se restringe a uma atividade descritiva; 2) Reflexo de Sentimentos, que possui como objetivo descobrir a intenção, atitude e sentimentos que estão associados às palavras que o participante apresenta, permitindo ao participante verificar a exatidão de sua significação pessoal; e 3) Elucidação ou Clarificação, procura evidenciar através da percepção dos sentimentos e atitudes que podem ser deduzidos da comunicação ou do contexto que nos é apresentado (Rogers, como citado em Kinget, 1977a).

Os dados das entrevistas transcritas foram organizados em um corpus e, logo após, processadas pelo programa IRAMUTEQ. Segundo Camargo e Justo (2013), este programa viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica

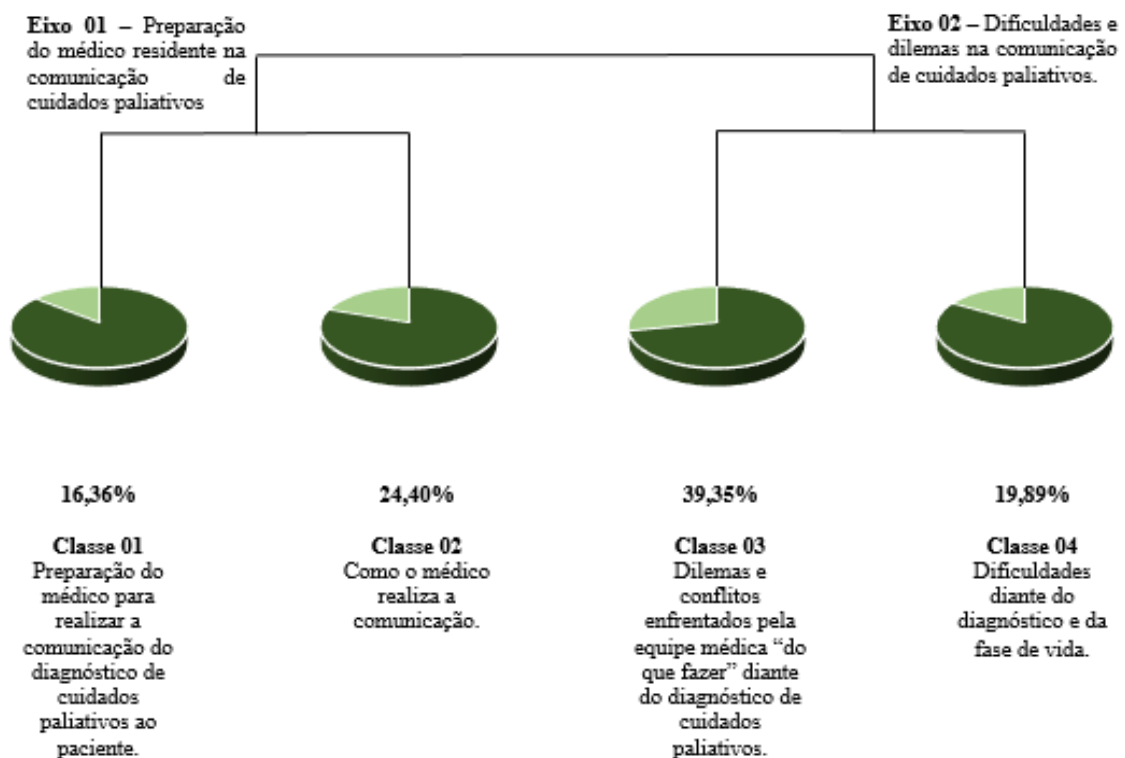
descendente, análises de similitude). Ele organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara (análise de similitude e nuvem de palavras).

O aproveitamento do material discursivo foi de 78,8% através do processamento de onze entrevistas, o que resultou na produção de 4 categorias de classe de palavras, analisadas sob a luz do referencial teórico da Abordagem Centrada na Pessoa, proposta por Carl Rogers, especialmente as questões concernentes aos processos de comunicação e relações interpessoais, e, ainda, pelos resultados de estudos sobre a comunicação do diagnóstico aos pacientes.

Resultados e Discussões

A Figura 1 exibe o processamento dos dados a partir do software IRAMUTEQ, que apresentou quatro subcategorias de Classes de palavras.

Figura 1 - Dendograma Da CHD Resultante Do Processamento Do Corpus Pelo Software IRAMUTEQ



A primeira divisão do dendograma apresenta dois eixos de análise, no qual o primeiro, a partir do conjunto de significados do material discursivo, foi nomeado de Preparação do médico residente na comunicação de cuidados paliativos, responsável por 40,76% do material analisado, expressando duas classes. O segundo, Dificuldades e dilemas na comunicação de cuidados paliativos, com 59,24%, integra duas classes discursivas.

As Tabelas que se seguem, exibem o processamento dos dados a partir do software IRAMUTEQ, que apresentou quatro Classes de Palavras. A seguir, conforme pode ser apreciado na Tabela abaixo (Tabela 1), estão apresentadas as palavras que compõem a primeira Classe, nomeada como Preparação do médico para realizar a comunicação do diagnóstico de terminalidade (fase final da vida) ao paciente.

Tabela 1 - *Palavras Mais Relevantes Da Classe 1 – Dificuldades e Dilemas Na Comunicação De Cuidados Paliativos*

Palavra	khi2	Frequência	Percentual
Abordar	65,68	16	84,21
Precisar	55,50	22	61,11
Fundamental	50,59	11	91,67
Também	40,24	35	39,77
Acabar	31,36	18	50,00
Apoio	30,93	6	100
Ajuda	29,92	7	87,50
Junto	25,90	15	50,00
Avaliar	25,74	5	100
Sozinho	25,13	7	77,78
Professor	25,13	7	77,78
Psicólogo	23,84	5	83,33

Em relação à *Classe 1 – Preparação do médico para realizar a comunicação*, cujo percentual foi de 16,36% do conteúdo lexical do corpus de análise, verificou-se que as palavras explicitadas na Tabela 1 revelam a necessidade de preparo dos médicos residentes na comunicação ao paciente do seu diagnóstico de fase terminal e de cuidado paliativo a ela associada, exemplificadas, sobretudo, pelas palavras: abordar, precisar, fundamental,

apoio, ajuda e avaliar. Recorrendo aos discursos e contextos dessas palavras, foi possível notar dois vieses de análise: um relativo ao preparo de busca pessoal, explicitado na Tabela pelo termo sozinho, e outro de busca de apoio e ajuda com a equipe multiprofissional, com o psicólogo e com o professor.

Ao analisar os discursos, os profissionais falam da dificuldade na realização da comunicação, tal como explicitado por dois dos praticantes do estudo:

É difícil abordar o paciente e falar, olha, você tem câncer! A gente começa assim, aí, é porque você está com uma lesãozinha no estômago e isso é, veio agora, que é câncer. Assim, de primeiro a gente fica muito receoso de falar, não sei, eu acho que a gente tem que aprender melhor a abordar isso de como falar, como agir [...]. (Residente do segundo ano).

Assim, eu acho que essa comunicação de terminalidade muitas vezes ela é muito difícil, na verdade na grande maioria das vezes. E até tento usar alguns artifícios, até o protocolo spikes para tentar chegar no paciente, na família e tentar conversar. (Residente do primeiro ano).

A dificuldade sentida mobiliza os residentes a procurarem ajuda, tanto nos manuais e protocolos, como é o caso do SPIKES (Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary / Protocolo de comunicação de más notícias), quanto por meio de suas experiências acumuladas ao longo da formação. Outro residente ao se referir ao protocolo nos ensina:

[...] eu li o protocolo SPIKES, não sei se você sabe, é um protocolo de como comunicar uma notícia não muito legal, e aí eu fui lendo e acabei aprendendo algumas coisas, que com o passar dos tempos facilitou o jeito de me comunicar com os pacientes, então principalmente eu aprendi: a gente primeiro compreender o cenário que o paciente está vivendo, entender o que ele sabe e o que ele quer saber sobre a patologia, porque tem muita gente que não tem o desejo de saber e ela tem todo o direito de não querer saber tudo que a gente sabe, além disso, eu aprendi também que a gente tem que ter um contato mais pessoal, um toque na pessoa ajuda, tentar um ambiente mais adequado, avaliar um ambiente melhor para você dar um tipo de notícia dessa, geralmente não é um ambiente de emergência". (Residente do primeiro ano).

Os apontamentos de ajuda efetiva com relação às atitudes a serem adotadas pelos médicos residentes coincidem com os resultados do estudo de

Jucá et. al. (2010), onde concluem ser o protocolo um instrumento de ajuda eficaz na comunicação das más notícias, como é o caso da terminalidade.

Os residentes também elegem o estudo e experiência proporcionada pela residência como elementos de preparação na comunicação diagnóstica:

[...] mas hoje em dia, em relação a um ano e meio atrás quando eu entrei, eu me sinto outra, outra pessoa, tanto em termos didáticos mesmo, de já ter lido mais, de já ter estudado mais sobre o assunto, quanto em experiência de vivência, porque querendo ou não, você vai criando uma experiência. (Residente do segundo ano).

Além do preparo pessoal buscado por meio de estudo, protocolos e vivências, os médicos residentes procuram apoio e ajuda de outros profissionais, como o professor, o psicólogo e outros membros da equipe multiprofissional:

A gente teve vários pacientes já aqui também que estavam em cuidados paliativos, um pouco mais fácil comunicar porque aqui eu tenho meu professor, que tá aqui do meu lado me ajudando [...]. Então nessa parte dessa abordagem que eu digo que a gente não sabe lidar tão bem e aí a psicologia ia ajudar a gente nessa parte de tentar fazer, de tentar compreender o paciente melhor, até pra gente nos compreender melhor também". (Residente do primeiro ano).

[...]. Acho que [o psicólogo] é fundamental! E ainda mais na área da geriatria, principalmente dos cuidados paliativos, a equipe multidisciplinar é de extrema importância, acho que é uma das áreas que é mais importante... tem outras áreas que não é, assim, as pessoas não dão tanto valor e, às vezes, não consegue acrescentar tanto, mas nessa área se acrescenta demais, mas na verdade, todos os profissionais têm um peso igual [...]. (Residente do terceiro ano).

De forma geral, o contexto dessa Classe demarca um discurso sobre as relações de apoio que os sujeitos da pesquisa necessitam para realizarem a comunicação da fase terminal ao paciente. Tais resultados apontam que os residentes de medicina experienciam dificuldades na comunicação de casos terminais, associados aos cuidados paliativos e, por isso, procuram apoio na equipe multiprofissional. Dessa forma, pode-se observar que a efetivação da comunicação não é uma tarefa fácil, principalmente quando se trata de notícias ruins, como o diagnóstico de fase terminal.

Também foi possível verificar que nessa Classe, os vocábulos, sobretudo a indicação do termo *sozinho*, apontam que são os médicos os responsáveis por realizar a comunicação, conforme apontamentos do Manual de Cuidados Paliativos (2012). Nesse documento é exposto que as equipes de saúde não devem trabalhar de maneira hierarquizada, mas que cabe aos médicos, na atuação em cuidados paliativos, coordenar a comunicação entre os profissionais envolvidos, o paciente e a família, que esperam ouvir do médico informações do diagnóstico e prognóstico da doença. O manual ainda aponta ser de extrema relevância que o médico mantenha uma boa comunicação com a equipe. Para além desses cuidados, os médicos entrevistados se mostram abertos a um trabalho em equipe, com a presença de outros profissionais, apontando a importância desses na comunicação do diagnóstico. Embora respeitem o que é indicado pelo Manual de Cuidados Paliativos (2012), assinalam que não é preciso realizar a comunicação sozinho, indicando que essa tarefa deve ser realizada com outros profissionais da equipe, conforme o depoimento seguinte:

[...] o que eu acho correto na verdade e eu acho que tinha que ter uma equipe multidisciplinar, psicólogo, até equipe médica, não só o médico que tá acompanhando, outras pessoas chegarem, avaliarem e dizerem, olha, é isso mesmo que a gente vai fazer [no sentido da comunicação do diagnóstico de cuidados paliativos e terminalidade]. (Residente do terceiro ano).

Mediante a declaração é possível perceber que os profissionais da medicina, que vivenciam o cuidado com pacientes em fase terminal, não somente comunicam questões relativas a um diagnóstico e prognóstico puramente médico e orgânico, mas, sobretudo, relativo às questões psicológicas e sociais, e, por esse motivo, apontam a necessidade da comunicação ser realizada de forma multiprofissional. A dificuldade sentida na comunicação, aliás, extrapola os manejos de questões profissionais e adentra no campo singular, onde questões emocionais e empáticas são evidenciadas.

Rogers (1961), como citado em Kinget, (1977a), ao discutir sobre empatia – capacidade de se colocar no lugar do outro, implicando uma experimentação, em alguma medida, de uma compreensão do mundo

particular da pessoa para o qual se experimenta empatia –, pontua que ao experienciá-la, somos afetados pela dor, medos, angústias, receios, do outro. Tânia Singer, aliás, psicóloga e neurocientista, evidencia em seus estudos uma ativação cerebral de dor em pessoas em experiências empáticas.

A tabela 2, abaixo, exemplifica os resultados da Classe 2 – Como o médico realiza a comunicação.

Tabela 2 - *Palavras Mais Relevantes Da Classe 2 – Como o Médico Realiza a Comunicação*

Palavra	khi2	Frequência	Percentual
Notícia	68,12	34	75,56
Experiência	56,11	30	73,17
Sempre	49,16	39	60
Achar	42,03	78	41,94
Psicólogo	40,95	23	71,88
Como	37,86	54	46,96
Importante	31,45	22	64,71
Questão	23,2	14	70
Júlio Muller	22,72	11	78,57
Psicologia	22,16	21	56,76

Na Classe 2, cujo percentual lexical corresponde a 24,4%, percebe-se que as palavras mais significativas se referem ao contexto de como os médicos residentes realizam a comunicação de cuidados paliativos aos pacientes no contexto do Hospital de Ensino, que acolhe além da residência médica, a residência multiprofissional. De acordo com o conteúdo da Tabela 2, nota-se que os vocábulos notícia, experiência, psicólogo, importante e Júlio Muller se destacam.

Os resultados apontam a significativa presença do psicólogo no momento da comunicação de terminalidade ao paciente, sendo a relação entre esse profissional e a equipe médica positiva e que essa experiência e prática de trabalho vem sendo recorrente no hospital. Tal prática, experienciada por boa parte dos participantes do estudo, foram explicitadas nas entrevistas e, ainda, evocadas como imprescindível por aqueles que não tiveram tal experiência, como é possível observar no depoimento seguinte:

Eu acho que é importante ter o psicólogo junto sim, as experiências que eu tive com vocês ali na enfermaria foram bem legais! Você, e a outra, [se referindo a outra R2 de Psicologia], também sempre estavam lá na enfermaria, sempre conversando sobre algum paciente, sempre. Eu acho que passa, passa um conforto até na questão de acalmar né? Acho que foi uma experiência positiva para mim (Residente do segundo ano).

Esta experiência também é manifesta no depoimento seguinte:

É importante sim, tanto é que, por exemplo, às vezes que eu tive, eu sempre tô tentando e aqui a gente está num hospital escola e tô tentando aprender aqui né, então quando eu tive que dar a notícia para esse caso específico, então assim, a gente sempre tenta construir isso antes e se a gente construir isso junto com a psicologia, a gente ia acrescentar mais ainda nesse poder de conversa com o paciente né. (Residente do primeiro ano).

Recorrendo aos discursos dos sujeitos da pesquisa, percebe-se que a relação com o psicólogo é vista como positiva pelos médicos residentes, havendo um espaço de comunicação cada vez mais próximo entre as duas áreas. Assim, no contexto da saúde, uma comunicação com qualidade estabelecida entre a equipe de cuidado é uma ferramenta essencial para um cuidado integral e mais efetivo.

O próximo eixo a ser analisado – Dificuldades e dilemas na comunicação de cuidados paliativos –, é composto pelas Classes 3 e 4. A seguir, o conjunto de palavras da Tabela 3, nomeada Dilemas e conflitos enfrentados pela equipe médica “do que fazer” diante do diagnóstico de terminalidade, explicita a Classe 3.

Tabela 3 - *Palavras Mais Significativas da Classe 3 – Dilemas e Conflitos Enfrentados Pela Equipe Médica “Do Que Fazer” Diante Do Processo De Terminalidade Do Paciente*

Palavra	khi2	Frequência	Percentual
Ficar	59,43	93	68,38
Nada	31,53	32	82,05
Sair	26,87	17	100
Querer	23,69	50	64,94
UTI	23,16	25	80,65
Entubar	18,99	16	88,89
Insuficiência	17,22	11	100
Doutor	17,22	11	100
Pensar	17,16	18	81,82
Perguntar	16,46	16	84,21

O conjunto de palavras, expressos na Tabela 3, representa 39,35% do total das entrevistas processadas, cujos discursos da classe são orientados para “o que fazer” diante do processo de morte do paciente, exemplificadas, sobretudo, pelas palavras: entubar, UTI e insuficiência. Apesar disso, o vocábulo ficar, é o mais frequente e expressivo. Recorrendo-se ao conteúdo discursivo dos participantes, percebe-se que o contexto no qual o vocábulo se insere diz respeito à preocupação dos médicos residentes em relação ao desconforto e a ausência de qualidade de vida nos quais seus pacientes podem ficar, principalmente diante de uma intervenção, de um procedimento técnico. Tal desconforto pode ser perceptível na fala a seguir:

Porque a gente fica tão, se importando com, tipo, tentar resolver o problema do paciente e a gente se esquece de dar a qualidade de vida num momento em que a gente tem que ter essa capacidade de perceber que o paciente tá partindo, dar qualidade de vida pra ele nessa fase e, às vezes, tem momentos que não vale mais a pena ficar investindo em certas coisas, tipo: transportando paciente pra lá e pra cá, fazendo hemodiálise, leva o paciente pra fazer ultrassom, leva pra fazer tomografia, tira e põe, traz, isso é um sofrimento para o paciente também. Então a gente tem que aprender a deixar as nossas angústias de lado como médico tratando do paciente e aprender a ver mais esse lado do paciente. (Residente do segundo ano).

Ao se preocuparem em como os seus pacientes vão ficar, os médicos residentes sentem dificuldades em tomar decisões sobre o que fazer diante das condições clínicas dos pacientes terminais. Os profissionais vivenciam dilemas referentes ao suporte que a medicina pode oferecer, implicando em entubação, no uso de medicação sedativa, permanência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), dilemas pessoais de questionamento sobre tais procedimentos. Tais dilemas podem ser verificados na seguinte fala:

Porque a vida vai chegar ao fim de qualquer jeito e, agora, depende de como você quer chegar ao fim da sua vida, chegar ao fim da sua vida entubado, numa UTI, sem ninguém do seu lado, é, sem poder se despedir dos seus familiares, acho que é uma coisa bem chata, bem, bem fria na verdade. Ao ponto que se você já tiver um diagnóstico que tem uma doença incurável, vamos dizer assim, que não tem mais prognóstico e você poder falecer ao lado dos seus, conversando com os seus é bem mais, eu acho que é bem mais humano (Residente do terceiro ano).

Relacionando o conteúdo lexical (Tabela 3) com a produção discursiva dos participantes, é possível perceber que, ao realizarem procedimentos que podem “prolongar o tempo de vida” dos pacientes quando estão próximos da morte, podem acarretar ao paciente paliativo mais sofrimento e, ao perceber isso, sentimentos de angústia e desconforto nos médicos residentes são explicitados. Diante das decisões técnicas que cabem a esses profissionais realizarem, vivenciam conflitos em relação às suas condutas na possibilidade de prolongar não a vida, mas o sofrimento do paciente terminal:

Então, ao mesmo tempo é um caso que a gente fala assim, ah, a gente deu um ano a mais pra esse paciente, mas entra aquele conflito de, com que qualidade, que tipo de vida que essa pessoa teve? Será que ele queria ter continuado vivendo nessas condições? Porque a gente deu vida, mas um sofrimento assim, tamanho! Que é você ficar numa UTI, aí faz escara, aí faz, fica febre, e outra febre e antibiótico e troca antibiótico e não sei o quê, então essa é uma outra situação em que a gente se sente conflitado assim, foi melhor ou não? Será que por ele, ele queria isso, ele não queria isso? Aqui no Brasil a gente não tem essa, muito essa cultura da gente conversar com o paciente e falar assim: você quer ser entubado? Pode ser que você sobreviva mais tanto tempo e tal. (Residente do segundo ano).

Este argumento também é notório na fala seguinte:

Por exemplo, até que ponto vale a pena, os exageros que fazem uso de manter paciente incuráveis por anos, por meses, por semanas, por dias, prolongando um sofrimento que sabemos que não tem o que fazer. Não estou querendo deixar claro que isso deve ser interrompido, não. Sou absolutamente contra a eutanásia, que é o interrompimento da vida através da ciência, através de um meio científico. Eu sou contra essa postura. Mas o que eu tô querendo deixar é essa pergunta, será que vale a pena, por que não se discute isso? Até onde se deve chegar, até onde se deve ir e o momento de se desistir. Então isso não se discute, a gente não tem um consenso, a gente não tem uma norma técnica, a gente não tem uma posição. (Residente do terceiro ano).

Esses resultados concernentes a uma postura mais humana dos profissionais da medicina, em que se questiona o prolongar da vida a qualquer custo, contradizem os resultados dos estudos realizados por Amaral, Achette, Barbosa, Bruscatto e Kavabata (2008). Esses resultados apontam a postura médica de condutas obstinadas pela cura ou prolongamento da vida do paciente, realizadas através de intervenções técnicas, priorizando salvar o paciente a qualquer custo, a fim de corresponder às expectativas idealizadas de se preservar a vida, em que o médico tornou-se o responsável por combater e vencer a morte, decidindo tecnicamente o momento desta e as circunstâncias do morrer.

Acerca da responsabilidade médica no tratamento e prolongamento da vida, outra discussão se faz necessária, demarcada pelo vocábulo perguntar, no qual as decisões sobre o tratamento ou não também cabem ao paciente, bem como a adequada comunicação entre a equipe médica e a equipe hospitalar multidisciplinar antes que qualquer decisão terapêutica seja tomada. Conforme o que nos diz o Manual de Cuidados Paliativos (2012), a maioria dos pacientes deseja saber a respeito de sua condição de saúde e, por sua vez, decidir sobre ela. Se o paciente ainda é capaz de verbalizar, pode haver o desejo de compartilhar com alguém da equipe de saúde ou com familiares seus sentimentos e anseios diante do seu quadro clínico. E mesmo quando já não é mais possível falar sobre seus anseios, o paciente que vivencia a terminalidade, também é capaz de demonstrar de maneira não-verbal e fisiológica seu sofrimento.

Na Classe 4, Dificuldades diante do diagnóstico e da fase de vida, última classe a ser analisada, que compõe 19,89% do conteúdo lexical, verifica-se um conteúdo que se articula em como os médicos residentes lidam com o diagnóstico de terminalidade em pacientes jovens e idosos.

Tabela 4 - *Palavras Mais Significativas Da Classe 4 – Dificuldades Diante Do Diagnóstico e Da Fase De Vida*

Palavra	chi2	Frequência	Percentual
Câncer	91,67	28	84,85
Pulmão	32,59	8	100
Diagnóstico	31,21	12	75
Oferecer	28,48	7	100
Idoso	28,48	7	100
Encarar	28,48	7	100
Doença	25,06	14	60,87
Metástase	24,38	6	100
Consciência	24,38	6	100
Jovem	21,05	10	66,67

Nota-se que as palavras presentes nessa Classe (câncer, pulmão, metástase) são reveladoras de dois apontamentos: o primeiro se refere ao dia-a-dia de trabalho do médico residente, em que a entrada em cuidados paliativos está fortemente associada ao diagnóstico de câncer e metástase, e o segundo ligado às dificuldades na comunicação do diagnóstico. Esse fato explica a evidência da palavra câncer, como o maior índice estatístico (Tabela 4), fortemente associada, na população atendida pelos médicos, às doenças relacionadas ao pulmão. Ao considerarem o fato, os participantes do estudo, apontam, ainda, que há dificuldades em comunicar tais diagnósticos, de forma geral, ao considerar as fases da vida – idoso e jovem –, enfatizando uma maior dificuldade com os pacientes jovens, em conformidade com os estudos de Junior, Rolim e Morrone (2005). Os participantes do estudo argumentam deste modo:

Olha, na enfermaria, tiveram dois casos, na verdade, que pra mim, é que foram mais, que marcaram mais, que foram até situações bem difíceis, acho que o da [nome da paciente] que foi uma paciente muito, muito jovem, foi uma evolução rápida, ela internou, aquele tipo de paciente que entra no hospital

andando com uma tosse e aí de repente se descobriu uma neoplasia de pulmão e ela foi afundando, uma paciente de trinta e cinco anos, então nessa paciente eu vivenciei todo esse processo desde dar a notícia, sentar pra conversar com a família, as filhas novas, né? (Residente do segundo ano).

Ainda no que se refere às fases de vida dos pacientes, verifica-se que em relação à perda de um paciente mais jovem, os médicos residentes apresentam sentimentos de impotência e frustração, como se pode verificar nos depoimentos abaixo:

Bem mais difícil [de lidar com a morte de um paciente jovem], eu considero bem mais difícil. Porque você receber uma notícia de que você tem mais seis anos, seis meses de vida aos setenta, é completamente diferente de você receber aos quatorze anos. Porque a minha visão de pessoa, assim, né, de ser biológico, é que você tem que vir a esse mundo pra cumprir algumas missões pessoais, profissionais, seja ela qual for, mas, assim, em se tratando de biologia, de ser humano, tem que deixar um legado né, seja ele genético, ou intelectual, ou histórico ou de influência pessoal, e uma pessoa com quatorze anos não teve a oportunidade de fazer isso, então ela meio que falhou né, na missão de ter vindo aqui. Então por isso que eu acho bem mais difícil, bem mais. Até as coisas simples, como as que eu citei. Se apaixonar, beijar uma garota; no caso de uma menina, beijar um garoto, essas coisas que, pequenas coisas da vida que tornam a vida bem legal. Por isso que eu acho bem mais difícil, quando jovem. Bem mais, não dá pra comparar. É isso. Porque assim, é, eu não tenho medo da morte depois que você cumpriu pelo menos algumas coisas que você queria ter realizado, mas nada, nada justifica a morte de uma pessoa jovem, de um adulto jovem, eu não acredito que haja dignidade na morte, por exemplo. (Residente do terceiro ano).

Tais conteúdos, de crenças pessoais, demarcam que o médico residente sente dificuldades em lidar com fase terminal do paciente jovem, o que reflete também na dificuldade acentuada em realizar a comunicação de um diagnóstico negativo a esse grupo de pacientes. Esses resultados coincidem com as discussões de Santos (2009), em que na sociedade ocidental, a idade de morte parece ser mais aceita para o idoso, já que tem maior probabilidade de ocorrência. Percebe-se que quando uma pessoa viveu plenamente, sente-se realizada, com sensação de dever cumprido, a morte parece menos assustadora, conforme a declaração:

O paciente idoso já percebe, já sente que ele não tem mais o quê ser feito, que tudo tá sendo feito pra ele, que ele não consegue melhorar, ele não consegue progredir na doença, que a coisa só tá piorando, ele só tá evoluindo pra pior e, às vezes, ele mesmo fala 'olha, não quero que faça nada mais por mim, já deu, me deixe partir, me deixe morrer em paz.' (Residente do terceiro ano).

Os médicos residentes também expressam sentimentos de maior tranquilidade quando lidam com pacientes idosos em fase terminal, muitas vezes relacionados à própria condição de enfrentamento da pessoa mais idosa. Segundo Von Hohendorff & Melo (2009), na idade adulta evidenciamos tal fato como algo possível de acontecer, mas é na velhice que sua possibilidade parece ser mais aceita, uma vez que tal etapa é encarada como última no ciclo de desenvolvimento humano. A análise dos discursos permite, assim, a consideração de que a morte deve ocorrer ao fim da vida, quando se tem mais idade e já viveu o suficiente.

Considerações Finais

As entrevistas deste estudo foram conduzidas pela criação de um clima facilitador mediante as atitudes de consideração positiva incondicional, congruência e compreensão empática, propostas por Carl Rogers. Durante a realização das mesmas, foi percebido que a postura da pesquisadora e a adoção das atitudes facilitadoras, e o um clima acolhedor criado pelas mesmas, de respeito, de não julgamento, no qual se buscou compreender e aprofundar as experiências compartilhadas pelos participantes foi essencial para o acesso ao conteúdo do material coletado. Tal clima, ainda, foi imprescindível para que os participantes se sentissem à vontade para comunicarem suas experiências, e se sentirem acolhidos na necessidade de falarem do assunto, muitas vezes velado, visto que ao final da entrevista agradeciam a oportunidade de participarem da pesquisa e refletirem, segundo apontavam, sobre a assistência prestada.

Os resultados, por meio das Classes explicitadas pelo software IRAMUTEQ, revelam as dificuldades encontradas pelos médicos residentes no exercício profissional em relação à comunicação ao paciente em fase terminal,

que se encontra em cuidados paliativos. Tal dificuldade é sentida em diversos planos, como na comunicação do diagnóstico, na administração dos procedimentos terapêuticos e na qualidade do serviço ofertado pela equipe multiprofissional. Nesse contexto, os participantes vivenciam dilemas pessoais e profissionais, uma vez que se vêem tendo que administrar uma terapêutica de prolongamento da existência, que nem sempre oferece benefícios e qualidade de vida ao paciente.

Quatro Classes foram explicitadas, reunidas em dois blocos: de um lado a Classe 1 e 2, que explicitam, respectivamente, as Dificuldade do médico para realizar a comunicação, e Como o médico realiza a comunicação. No segundo bloco, as Classes 3 – Dilemas e conflitos enfrentados pela equipe médica “do que fazer” diante do processo de terminalidade do paciente, e 4 – Dificuldades diante do diagnóstico e da fase de vida, se destacam.

Em relação à Classe 1 – Dificuldade do médico para realizar a comunicação, os resultados apontaram que os médicos residentes buscam um preparo pessoal para realizar comunicação de más notícias por meio de estudo, protocolos, manuais e por meio de suas próprias vivências. Procuram também apoio e ajuda de outros profissionais, como o professor, o psicólogo e outros membros da equipe multiprofissional. Na Classe 2 – Como o médico realiza a comunicação, os resultados indicam que é significativa a presença do psicólogo no momento da comunicação de terminalidade ao paciente, sendo a relação entre esse profissional e a equipe médica positiva.

A Classe 3 – Dilemas e conflitos enfrentados pela equipe médica “do que fazer” diante do processo de terminalidade do paciente, é portadora de conteúdos que apontam a vivência de dilemas, por parte dos residentes, referentes às decisões técnicas que lhes cabem realizarem, pois vivenciam conflitos em relação às suas condutas na possibilidade de prolongar não a vida, mas o sofrimento do paciente terminal, e questionam o delongar da vida a qualquer custo. Na Classe 4 – Dificuldades diante do diagnóstico e da fase de vida, em que os resultados apontam que os médicos residentes sentem dificuldades em lidar com a fase terminal do paciente jovem, o que reflete também na dificuldade em realizar a comunicação desse diagnóstico. Em

contrapartida, indicam sentimentos de maior tranquilidade quando lidam com pacientes idosos em fase terminal.

Apesar das dificuldades sentidas, os médicos residentes participantes do estudo conduzem suas práticas mediante um olhar para além do conhecimento técnico-científico adquirido, explicitando empatia, sensibilidade e o desejo de que o cuidado aos pacientes seja cada vez mais humanizado, em particular os que estão em cuidado paliativo. Apontam a necessidade de preparação através do apoio de outros profissionais da equipe, com destaque para os professores/médicos e o psicólogo, mas também destacam a importância de qualificação e desenvolvimento de atitudes condizentes com o protocolo Spikes.

A partir do interesse em conhecer a implicação da prática do psicólogo na equipe de cuidado de pacientes em condição de cuidados paliativos do Hospital de Ensino, os participantes apontaram que a relação entre os médicos residentes e a área da psicologia é positiva, permitindo a consideração de que a presença do psicólogo no momento da comunicação de terminalidade ao paciente, como vem sendo realizada no Hospital de Ensino, é eficaz e, por isso, deve ser incentivada e continuada. Além de o psicólogo ser apontado como de fundamental importância no momento da comunicação, também é considerado como figura de apoio tanto para os pacientes, seus familiares, quanto para a equipe da medicina, fazendo valer o tripé assistencial da prática do psicólogo hospitalar, que para além dos médicos, também oferece suporte e apoio aos demais membros da equipe multiprofissional.

Os entrevistados apontam a importância do trabalho em equipe multiprofissional no cuidado integral de pacientes em situação de terminalidade, mas assinalam existir fragilidades que devem ser superadas no diálogo e assistência prestada pela equipe multiprofissional constituída, segundo eles, por professores/médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogo. Esse apontamento permite concluir que os profissionais da medicina, participantes do estudo, solicitam por ações mais humanizadas e que podem corresponder à implantação de uma Clínica Ampliada e Compartilhada, conforme proposição do SUS (Brasil, 2009),

que “[...] busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional” (p. 14). O Manual ainda aponta a necessidade de superar a “[...] fragmentação do processo de trabalho e, por isso, é necessário criar um contexto favorável para que se possa falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo profissional” (p.14).

Referências

- ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2012). *Manual de cuidados paliativos – Ampliado e atualizado*, 2ª edição.
- Amaral, M. X., Achette, D., Barbosa, L. N. F., Bruscatto, W. L., & Kavabata, N. K. (2008). Reações emocionais do médico residente frente ao paciente em cuidados paliativos. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 11(1), 61-68.
- Amatuzzi, M. M. (2008). *Por uma psicologia humana*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2ª edição.
- Borges, M. M., & Santos Junior, R. (2014). A Comunicação na Transição para os Cuidados Paliativos: Artigo de Revisão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(2), 275-282.
<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n2/a15v38n2.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Clínica Ampliada*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>
- Costa Filho, R. C., Costa, J. L. F., Gutierrez, F. L. B. da R., & Mesquita, A. F. (2008). Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(1), 88-92.
<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n1/a14v20n1.pdf>
- Ferrai, C. M. M., Silva, L., Paganine, M. C., Padilha, G., & Gandolpho, M. A. (2008). Uma leitura bioética sobre cuidados paliativos: caracterização da produção científica sobre o tema. *BIOETHIKOS – Centro Universitário São Camilo*, 2(1), 99-104. Recuperado de <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/60/11.pdf>

- Ferreira, A. P. Q., Lopes, L. Q. F., & Melo, M. C. B. (2011). O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), Rio de Janeiro. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200007
- Jucá, B. H., Gomes, A. M. A., Mendes, L. S., Gomes, D. M., Martins, B. V. L., Silva, C. M. G. C. H., et al. A comunicação do diagnóstico sombrio na relação médico-paciente entre estudantes de medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(1), 57-64, 2010. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n1/a07v34n1.pdf>
- Junior, A. S., Rolim, L. C., & Morrone, L. C. (1991). O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 51(1), 11-16, 2005. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302005000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Mendes, J. A., Lustosa, M. A., & Andrade, M. C. M. (2009). Paciente terminal, família e equipe de saúde. (Vol. 12). *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro.
- Pessini, L., & Bertachini, L. (2004). *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo, SP: Loyola, 2004.
- Remedi, P. P., Mello, D. F., Menossi, M. J., & Lima, R. A. G. (2009). Cuidados paliativos para adolescentes com câncer: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 107-12, Brasília, Fev.
- Resolução CONEPn. 466, 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Rogers, C. R., & Kinget, M. G. (Eds.). (1977a). *Psicoterapia e relações humanas (Vol. 1)*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Santos, F. S. (2009). *Cuidados paliativos: discutindo a vida a morte e o morrer*. São Paulo, SP: Atheneu.
- Von Hohendorff, J., & Melo, W. V. (2009). Compreensão da morte e desenvolvimento Humano: contribuições à Psicologia Hospitalar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, RJ*. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v9n2/v9n2a14.pdf>