

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

**Percepções de um grupo de médicos residentes de clínica
médica sobre cuidados paliativos em idosos hospitalizados**

Daniel Marcolin

Passo Fundo
2012

Daniel Marcolin

Percepções de um grupo de médicos residentes de clínica médica sobre cuidados paliativos em idosos hospitalizados

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli

Coorientador:

Prof.^a Dr.^a Marilene Rodrigues Portella

Passo Fundo
2012

CIP – Catalogação na Publicação

M321p Marcolin, Daniel

Percepções de um grupo de médicos residentes de clínica médica sobre cuidados paliativos em idosos hospitalizados / Daniel Marcolin. – 2012.

90 f. : il. ; 30 cm.

Orientação: Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli.

Coorientação: Prof^a. Dr^a. Marilene Rodrigues Portella.

Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, 2012.

1. Envelhecimento. 2. Idosos – Assistência hospitalar. 3. Cuidados médicos. I. Bettinelli, Luiz Antonio, orientadora. II. Portella, Marilene Rodrigues, coorientadora. III. Título.

CDU: 613.98

Catalogação: Bibliotecária Ângela Saadi Machado - CRB 10/1857

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DO ALUNO

DANIEL MARCOLIN

Aos vinte e sete dias do mês de março do ano dois mil e doze às nove horas, realizou-se, na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, a sessão pública de defesa da Dissertação: **“Percepções de um grupo de médicos residentes de clínica médica sobre cuidados paliativos em idosos hospitalizados”**, apresentada pelo mestrando Daniel Marcolin, que concluiu os créditos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano. Segundo os encaminhamentos do Conselho de Pós-Graduação (CPG) do Mestrado em Envelhecimento Humano e dos registros existentes nos arquivos da Secretaria do Programa, o aluno preencheu todos os requisitos necessários para a defesa. A banca foi composta pelos professores doutores Luiz Antonio Bettinelli - orientador e presidente da banca examinadora (UPF), Marilene Rodrigues Portella (Co-orientadora), Helenice de Moura Scortegagna, Marlene Doring e Leocir Pessini. Após a apresentação e a arguição da dissertação, a banca examinadora considerou o candidato **APROVADO**, em conformidade com o disposto na Resolução Consun Nº 07/2010.

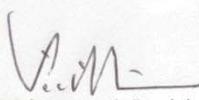
A banca recomenda a consideração dos pareceres, a realização dos ajustes sugeridos e a divulgação do trabalho em eventos científicos e em publicações.

Encerrados os trabalhos de defesa e proclamados os resultados, eu, Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli, presidente, dou por encerrada a sessão pela banca.

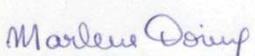
Passo Fundo, 27 de março de 2012.


Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli
Orientador e Presidente da Banca Examinadora


Profª. Drª. Marilene Rodrigues Portella
Co-orientadora – UPF


Prof. Dr. Leocir Pessini
União Social Camiliana Centro Universitário São Camilo - SP


Profª. Drª. Helenice de Moura Scortegagna
Universidade de Passo Fundo – UPF


Profª. Drª. Marlene Doring
Universidade de Passo Fundo – UPF

DEDICATÓRIA

Dedico àquelas pessoas que fazem valer a pena acordar todos os dias: minha filha Ana Beatriz, minha esposa Eloisa e meus pais, Raul e Denize.

AGRADECIMENTOS

A construção desta dissertação só foi possível graças às inúmeras pessoas que me auxiliaram nesta caminhada.

À minha filha Ana Beatriz, razão do meu viver, que me deu muita força em seus pequenos gestos para que eu pudesse chegar até aqui. Esta dissertação nasceu e cresceu junto com ela.

À minha esposa Eloisa, companheira de todas as horas, sempre vibrando com minhas vitórias e me incentivando a alcançar meus objetivos, mesmo que para isto eu tivesse que abdicar dos maravilhosos momentos ao seu lado para ficar sentado diante do computador.

Aos meus pais, Raul e Denize, que desde que eu era pequeno me estimularam a estudar e a lutar pelos meus sonhos, proporcionando para mim todos os recursos para que eu tivesse sempre uma educação exemplar e me tornasse a pessoa que sou hoje.

À minha irmã Daniele, que mesmo a distância sempre me incentivou a ampliar meus conhecimentos.

Ao meu professor e orientador, Luiz Antonio Bettinelli, que aceitou enfrentar este desafio em escrever sobre esta temática, construindo junto e abrindo as janelas para que eu pudesse ver outros horizontes e perspectivas. Mais que um orientador, foi um grande amigo.

À coorientadora Marilene Rodrigues Portella, que me apresentou à pesquisa qualitativa, tão desconhecida para mim até então, fazendo com que visse nesta metodologia um rico recurso de pesquisa.

Ao Programa de Pós Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, que estimula os profissionais a se dedicarem mais ao estudo sobre o envelhecer.

À Universidade de Passo Fundo, minha casa, da qual sempre serei grato por ter me fornecido uma formação exemplar.

Aos membros da banca examinadora, que com suas contribuições me fizeram ver com outros olhos esta dissertação, em especial ao Dr. Leocir Pessini, que veio de tão longe para me ouvir.

Aos pacientes que depositam confiança no meu trabalho de médico, muitos dos quais instalei cuidados paliativos sem medo ou culpa, sentindo-me feliz por poder proporcionar com a medicina e com o contato humano um conforto na hora da morte.

Aos residentes entrevistados, que dispensaram alguns minutos de suas tarefas para falarem o que sentiam para mim sobre esta temática tão difícil de falar.

A todos que, mesmo não lembrados aqui, foram importantes para o encerramento desta jornada, direta ou indiretamente.

E principalmente, agradeço a Deus, que ilumina meu caminho todos os dias de minha vida.

RESUMO

Marcolin, Daniel. Percepções de um grupo de médicos residentes de clínica médica sobre cuidados paliativos em idosos hospitalizados. 2012. 90 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012.

As temáticas finitude da vida, cuidados paliativos, cuidados com o paciente fora de possibilidade terapêutica são complexas, abrangentes e ainda geram ansiedades e angústias nos profissionais. Com o aumento da longevidade, das doenças crônicas e do desenvolvimento tecnológico no campo da medicina e da permanência da vida, muitos idosos vivem longo tempo, porém à custa de muito sofrimento ou pouca qualidade de vida quando estão doentes. A atitude de profissionais está fortemente influenciada pelas experiências vivenciadas durante a formação, e não é mais possível que o ensino ainda seja tratado de forma mecânica, ou mesmo tecnicista. Lidar com a finitude e consequentemente com a morte oferece um olhar que salienta a importância das atitudes perante a mesma. Assim, acompanhando o movimento mundial de respeito à dignidade humana, em especial daqueles que lidam diretamente com pacientes fora de possibilidade terapêutica, sendo um desafio para profissionais médicos e também aos cuidadores, é que foi realizado este estudo. Teve como objetivo geral conhecer as ações e relações que permeiam a abordagem e os cuidados paliativos em idosos, realizadas por grupo de Médicos Residentes de Clínica Médica de um hospital escola do interior do Rio Grande do Sul. Como objetivos específicos: analisar o processo de enfrentamento da morte do paciente idoso terminal, no exercício da prática médica, vivenciada por um grupo de Médicos Residentes; conhecer as atitudes que estes profissionais têm frente a um paciente idoso fora de recursos terapêuticos de cura; investigar a formação dos médicos residentes para a abordagem de pacientes terminais e que necessitam de cuidados paliativos; descobrir o referencial norteador das condutas de abordagem e de cuidado paliativo, na interpretação do grupo pesquisado. Participaram do estudo quinze médicos residentes de Medicina Interna de um hospital escola do interior do estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados através de entrevista semi-dirigida, gravada, realizada entre os meses de fevereiro e agosto de 2011. As entrevistas foram individuais, realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, Parecer número, protocolo número CAAE 0251.0.398.000-10. Utilizou-se a análise temática de Minayo (2004), construindo-se as categorias: vivências de profissionais com pacientes fora de possibilidades terapêuticas; vislumbrando a formação; visão dos médicos residentes frente à morte e o morrer; relação do médico com familiares e com o paciente. Observou-se o quanto ainda é difícil a abordagem do paciente fora de possibilidade terapêutica pelos profissionais médicos, que apresentam muitas angústias e dúvidas frente ao que o paciente está apresentando e, principalmente, pelo o que está necessitando. Isto pode ser reflexo da pouca abordagem que é dado sobre esta temática na graduação. Além disto, demonstrou-se o quanto a relação médico-paciente e médico-família é de suma importância para o melhor manejo deste paciente e frente às tomadas de decisões dos cuidados paliativos. Desta forma, viu-se o quanto é emergente uma reformulação no ensino médico, visando um melhor preparo do profissional à abordagem do paciente e da família no processo de morte e morrer, minimizando desta forma sofrimentos dos envolvidos, evitando-se a instalação de distanásia, respeitando-se mais a qualidade do que simplesmente tempo de vida.

Palavras-chave: **1. Cuidados paliativos. 2. Idoso. 3. Residência médica. 4. Pacientes fora de possibilidades terapêutica. 5. Terminalidade.**

ABSTRACT

Marcolin, Daniel. Percepções de um grupo de médicos residentes de clínica médica sobre cuidados paliativos em idosos hospitalizados. 2012. 90 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012.

The finitude of life issues, palliative care, care for the patient without therapeutic possibility are complex, comprehensive and still generate anxiety and anguish in the professionals. With increasing longevity, chronic diseases and technological development in the field of medicine and permanence of life, many older people live long, but at the cost of great suffering or poor quality of life when they are sick. The attitude of professionals is strongly influenced by experiences during training, and is no longer possible that the teaching has to be treated mechanically, or even technicalities. Dealing with the finitude and thus with death provides a look that emphasizes the importance of attitudes towards it. Thus, following the trend of global respect for human dignity, especially those that deal directly with patients without therapeutic possibility, a challenge for medical professionals and also to the caregivers, is that the study was conducted. Aimed to know the actions and relationships that underlie the approach and palliative care in the elderly, conducted by group of Resident Doctors of Medicine in a university hospital in Rio Grande do Sul specific objectives: to analyze the process of coping the death of an elderly patient terminal in medical practice, experienced by a group of Resident Doctors, to know the attitudes that these professionals have in front of an elderly patient out of treatment resources for healing, to investigate the training of resident physicians to approach and terminally ill patients who need palliative care, discover the leading reference of pipes and palliative care approach in the interpretation of the research group. Participants were fifteen residents in Internal Medicine at a teaching hospital in the state of Rio Grande do Sul Data were collected through semi-directed, recorded, held between February and August 2011. The individual interviews were held after signing the consent form. The study was approved by the Ethics Committee of the University of Passo Fundo, Opinion number, protocol number CAAE 0251.0.398.000-10. We used thematic analysis of Minayo (2004), building categories: experiences of professionals with patients beyond therapeutic possibilities, envisioning the formation; views of residents towards death and dying relationship of the physician and the family patient. It was noted how much is still difficult to treat the patient without therapeutic possibility for medical professionals who have many fears and doubts ahead to what the patient has, and especially by what is needing. This may reflect the approach that is little data on this subject at undergraduate level. Moreover, it was shown how the doctor-patient relationship and doctor-family is of paramount importance for better management of this patient and the decision-making ahead of palliative care. Thus, it was seen how much is an emerging reform in medical education in order to better prepare professional approach to the patient and family in the process of death and dying, thus minimizing the suffering involved, avoiding the installation of futility respecting the quality is more than just lifetime.

Key words: 1. Palliative Care. 2. Elderly. 3. Residency. 4. Patients out of therapeutic possibilities. 5. Terminally ill.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Categoria um: vivências de profissionais com pacientes fora de possibilidades terapêuticas.	32
Figura 2 - Categoria dois: vislumbrando a formação.	43
Figura 3 - Categoria três: visão dos médicos residentes frente à morte e o morrer.	49
Figura 4 - Categoria quatro: relação do médico com familiares e com o paciente.	58

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CP	Cuidados paliativos
CTI	Centro de Terapia Intensiva
PFPT	Paciente fora de possibilidade terapêutica
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DA LITERATURA	18
3. METODOLOGIA	29
3.1. DELINEAMENTO GERAL DO ESTUDO	29
3.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO	29
3.3. CENÁRIO/LOCAL	29
3.4. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	30
3.5. ANÁLISE DOS DADOS	30
3.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	31
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
4.1. CATEGORIA UM: VIVÊNCIA DE PROFISSIONAIS COM PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA (PFPT)	32
4.1.1. CONVIVENDO COM INCERTEZAS	33
4.1.2. INFLUÊNCIA DA IDADE DO PACIENTE	36
4.1.3. EXPERIÊNCIAS PESSOAIS	37
4.1.4. CONFLITOS NO ATENDIMENTO	39
4.1.5. ABUSO DA TECNOLOGIA	41
4.1.6. FRACASSO FRENTE À MORTE	42
4.2. CATEGORIA DOIS: VISLUMBRANDO A FORMAÇÃO	43
4.2.1. PREPARO NA GRADUAÇÃO	43
4.2.2. OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA	46
4.2.3. MUDANÇAS NECESSÁRIAS NA GRADUAÇÃO	47
4.3. CATEGORIA TRÊS: VISÃO DOS MÉDICOS RESIDENTES FRENTE À MORTE E O MORRER	49
4.3.1. CONDUTAS E ATITUDES DOS SEUS PARES	49
4.3.2. MORTE COMO PROCESSO NATURAL DA VIDA	52
4.3.3. CENÁRIO HOSPITALAR E O MORRER	53
4.3.4. CONDUTAS QUALIFICADORAS NO PROCESSO DE MORTE E MORRER	55
4.3.5. CONDUTAS QUE OS DEIXAM DESCONFORTÁVEIS EM INSTITUIR NOS PFPT	56
4.4. CATEGORIA QUATRO: RELAÇÃO DO MÉDICO COM FAMILIARES E COM O PACIENTE	58
4.4.1. COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE	58
4.4.2. COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA	64
4.4.3. SENTIMENTOS DOS PROFISSIONAIS FRENTE À FAMÍLIA	65
4.4.4. FAMÍLIA DETERMINANDO CONDUTAS	70
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICES	87
APÊNDICE A. QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA COM MÉDICOS RESIDENTES	88

1. INTRODUÇÃO

Com o aumento da longevidade e o aumento da tecnologia médica, faz-se com que muitos idosos vivam hoje com muitas doenças crônicas degenerativas, muitas vezes vivendo muitos anos até a morte, diversas vezes à custa de muito sofrimento e pouca qualidade de vida. O que se observa nos leitos hospitalares e nos de cuidados de terapia intensiva é o sofrimento excessivo de pacientes fora de possibilidades terapêuticas (mais conhecidos como terminais), que vivem seus últimos momentos de vida apenas devido à utilização de amplos recursos na área da medicina, desde procedimentos, exames, terapêuticas farmacológicas e utilização de meios artificiais de se manter a vida.

A doença é a experiência da fragilidade que provoca, na situação terminal, a visão real da brevidade da vida e da finitude da existência, sendo a morte um desfecho inevitável e próximo. É uma situação complexa porque ultrapassa o limite do simplesmente biológico da intervenção médica e configura a relação médico-paciente numa dimensão mais profunda e delicada: não há mais nada a fazer do ponto de vista terapêutico para restaurar a saúde plena do indivíduo adoecido. Configura-se o dilema para o paciente e para o médico de não se saber o que fazer ao se defrontar com o limite da vida humana. A sensação de frustração pela incompetência da técnica e da falta de tecnologia médica diante da quase-morte pode explicar a negação do tema ou das tentativas de se esquivar do paciente terminal. É como se neste momento o médico tivesse dado como terminada sua tarefa, marcando como derrota profissional o fato do paciente ter como desfecho a morte e não a cura. Isto é reflexo da pouca ênfase que é dado a este assunto na formação médica, onde o pensamento do curar e do salvar a todo custo é priorizado, sendo então a morte um acidente da tecnologia médica ultra-sofisticada, já que até o momento não há disponibilidade de máquinas ou de medicamentos que transformem a vida humana em imortal.

Na formação médica, a morte de um paciente é muitas vezes evitada, porém está presente logo no início da graduação, mas sendo vista sob outros aspectos, não sob o ponto de vista da existência humana, mas apenas da forma biológica. A relação estabelecida com o cadáver nas aulas de Anatomia, no início do curso, mantém-se como imagem que se reforça ao longo da graduação e se transforma na relação 'ideal', que será buscada alguns anos depois no encontro com o paciente, sendo o ser humano visto

apenas pela ótica anátomo-fisiológica. Isto faz com que o profissional escape dos dilemas que um doente, principalmente o que irá morrer, provoca.

E assim, desvia-se ou evita-se a abordagem da temática da terminalidade da vida e da morte durante a formação, tornando estes assuntos ocultos nos corredores frios dos hospitais e dos bancos escolares. Isto gera muitas angústias nos profissionais que atendem as pessoas que enfrentam estes problemas, muitas vezes despreparadas para enfrentarem estas situações inevitáveis.

Durante a residência médica a vivência da morte até então oculta demonstra-se na sua totalidade, onde os médicos, na maioria das vezes recém-formados, aprofundam seus conhecimentos sobre o tratamento de seus doentes e enfrentam muitas vezes a terminalidade dos mesmos. Estes profissionais decidem (ou pelo menos opinam) quais condutas serão tomadas: cuidar e amenizar os sintomas até a morte inevitável ou prolongar a vida a qualquer custo. Neste período de formação, cada atitude repercutirá na atuação do profissional em sua carreira futura, sendo a vivência de situações ditas problemáticas momentos que enriquecem o aprendizado frente às condutas particularizadas que serão tomadas perante as diversas situações. Cabe ao médico residente não se basear apenas no seu aparato tecnológico-científico, encontrado em literatura médica e na sua bagagem de conhecimento que adquiriu ao longo dos anos, mas buscar em suas vivências práticas de beira de leito, em conjunto com o paciente que até então era apenas um objeto a ser manipulado, tomar condutas que influenciarão diretamente a vida deste doente que está presenciando um dos momentos mais cruciais da sua vida: a própria morte.

Não se pode deixar de lado também o aspecto social, englobando a família no processo da morte de um ente querido. A relação entre o profissional da saúde não pode estar voltada apenas ao paciente, mas também aos seus próximos, ouvintes e expectadores que compartilham de todo este processo. Há uma grande dificuldade em se falar com o paciente e sua família sobre a finitude da vida, o que gera angústias e sofrimentos a todos.

É sobre esta razão que os cuidados paliativos emergem como uma alternativa às práticas de distanásia muito vigentes em hospitais. Com esta abordagem, respeita-se o período da vida, não vendo a morte como algo a ser derrotado, mas que chegue no seu

período previsto, estando o doente e sua família com o menor sofrimento possível, utilizando-se de tudo o que a medicina dispõe não para manter a vida, mas para dar qualidade na mesma até o desfecho final, tratando e amenizando os sintomas apresentados pela enfermidade, sem a utilização de terapêuticas fúteis ou que apenas prolonguem o sofrimento.

Como é um assunto que está gerando muitos debates na atualidade, visto a mudança no Código de Ética Médica de 2010, e sendo ainda uma prática recente, ainda pouco discutida nos bancos escolares e na literatura científica, necessitando-se desta forma um maior aprofundamento do tema, pergunta-se: Quais as percepções de médicos residentes sobre o processo de morte e morrer em idosos terminais hospitalizados mediante sua prática profissional? Como acontecem as ações e relações realizadas por médicos residentes de Clínica Médica com pacientes em cuidados paliativos? Qual o referencial norteador da conduta do médico residente de Clínica Médica no enfrentamento da morte do paciente idoso terminal?

Frente a isto se fez esta pesquisa, com o objetivo de conhecer as ações e relações que permeiam a abordagem e os cuidados paliativos em idosos, realizadas por grupo de Médicos Residentes de Clínica Médica de um hospital-escola do interior do Rio Grande do Sul. Têm-se como objetivos específicos: analisar o processo de enfrentamento da morte do paciente idoso terminal, no exercício da prática médica, vivenciada por um grupo de médicos residentes; conhecer as atitudes que estes profissionais têm frente a um paciente idoso fora de recursos terapêuticos de cura; investigar a formação dos médicos residentes para a abordagem de pacientes fora de possibilidade terapêutica e que necessitam de cuidados paliativos; discutir o referencial norteador das condutas de abordagem e de cuidado paliativo, na interpretação do grupo pesquisado.

Este estudo trouxe dados novos que poderão auxiliar na formação de estudantes e de médicos residentes que se tornarão os profissionais da comunidade médica contemporânea.

Além disto, os resultados podem contribuir às discussões a cerca da assistência médica na visão tecnicista praticada pelos médicos residentes, fazendo um movimento

de re-humanização da atenção a pacientes que estão vivenciando o seu processo de morte, melhorando o atendimento prestado.

O estudo está estruturado da seguinte forma: introdução; breve revisão de literatura; metodologia, descrevendo o delineamento do estudo, os participantes envolvidos, o cenário, os procedimentos da coleta e análise de dados; resultados, com cada categoria, subcategorias e análise; considerações finais e referências.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A sobrevida das pessoas tem aumentado nos últimos anos, sendo muitos anos acompanhados de longos sofrimentos por doenças crônicas e incapacitantes. Há dados que dos 75% dos indivíduos que sobrevivem aos 70 anos, cerca de um terço deles será portador de uma doença crônica (CAMARANO, 2002).

Nas últimas décadas, frente aos avanços tecnológicos e científicos da Medicina, associados ao melhoramento das condições socioeconômicas da sociedade, há uma progressiva diminuição da mortalidade humana. No entanto, nem todas estas pessoas que estão morrendo com idades mais avançadas estão com uma saúde adequada, muitos vivendo condicionados a doenças crônico-degenerativas ou que necessitem de cuidados paliativos, visto que suas doenças não têm cura. Sobre este aspecto, cabe ressaltar que o termo paciente terminal nos remete principalmente ao fato de que, no século XX, devido ao avanço das ciências, as doenças deixaram de possuir um caráter de morte breve ou aguda para se tornarem crônicas, como câncer, AIDS e moléstias degenerativas (KOVÁCS, 1998). O doente passa por vários estágios desde o diagnóstico, tratamentos, estabilização, recidiva e estágio final da doença com a morte sendo seu desfecho.

O local da morte também se modificou. Se em tempos antigos a morte ocorria em casa, rodeado de familiares, objetos conhecidos e lembranças, hoje ela ocorre principalmente nos hospitais, em leitos solitários de Unidades de Terapia Intensiva, sob ruídos estrondosos de máquinas e vozes desconhecidas (SIQUEIRA, 2000).

Quando a vida física é considerada como um bem supremo e absoluto, muito acima da dignidade, mantê-la se torna uma idolatria, um alvo que deve ser sempre alcançado, como se o ritmo cardíaco e a manutenção de adequados níveis de pressão arterial sistêmica sejam mais importantes que o ser humano que está na outra extremidade dos tubos, drenos e alarmes de diversos aparelhos numa Unidade de Terapia Intensiva. Muitas vezes observa-se, na prática médica, profissionais que aprenderam apenas tratar a doença e não o doente, fazendo com que o indivíduo que está num leito hospitalar não passe apenas de um emaranhado de órgãos, uma patologia, ou um mero objeto, negando desta forma a condição do sujeito, coisificando o ser (REGO, 2003; POLAK, 1997).

O médico assume-se como onipotente, priorizando salvar o paciente a qualquer custo a fim de corresponder às expectativas idealizadas de preservador de vida, adquiridas em sua graduação. No entanto, a ocorrência da morte e de doenças incuráveis faz com que o profissional se defronte com sua insignificância diante da situação irreversível, deparando-se com sua própria finitude e frustrando-se. Com efeito, temerosos por esses sentimentos, é no isolamento das emoções que os médicos buscam suas defesas contra a angústia que situações frente à morte de um paciente podem surgir. Gera-se a ideologia do distanciamento e da frialdade desumanizadora (MARTA et al., 2009).

A formação médica promove a incorporação deste modelo racional, não emocional e especialmente científico. No primeiro ano, o estudante já inicia seus mecanismos de defesa, quando é apresentado ao cadáver nas aulas de Anatomia, considerando-o apenas um “objeto” de estudo e não o corpo de alguém que um dia já foi um indivíduo. No decorrer do curso, ao entrar em contato com pacientes, tem que conviver com o fato de que o desenvolvimento do aprendizado da Medicina se dará muitas vezes por meio da dor, do sofrimento e da morte dos pacientes, deparando-se com sua própria finitude (MORITZ, 2005).

No Internato Médico, a rotina de suas experiências acadêmicas deixa pouco espaço para os momentos de introspecção. Existem muitos conflitos e incertezas, ainda mais onde a autoavaliação do aluno é feita pela sua capacidade diagnóstico-terapêutica, que cultivou durante seus cinco anos anteriores. Então, neste momento, este futuro médico tem a percepção de que a realidade profissional é muito distorcida da fantasia de cura e de controle sobre a vida dos pacientes, algo que possuía antes de entrar nos bancos universitários (MARTA et al., 2009). Para evitar que isto ocorra, quanto mais precoce os alunos da graduação entrarem em contato com práticas humanitárias, semeando-as logo no início do aprendizado, maior a chance de colherem frutos desta área no decorrer dos anos, não só acadêmicos, mas também profissionais e pessoais.

Bifulco e Iochida (2009, p. 93) afirmam:

A esperança de que se tenham profissionais mais sensíveis às necessidades da população e do indivíduo, que visem atender à pessoa doente mais que à doença, que se mobilizem numa assistência mais humanizada se concentra na academia, que deve estimular o ensino centrado na pessoa do paciente e na família. Na academia, o aluno vive um processo de aprendizagem

no qual pode desenvolver atitudes de respeito e acolhimento, além de adquirir valores referentes à vida humana que, agregados ao conhecimento científico, vão subsidiar a prática humanizada.

Frente ao debate atual da reformulação do Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010, p. 17), os Cuidados Paliativos vieram à discussão pública. No artigo 41 há referência a esta prática, onde afirma que,

[...] é vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Parágrafo Único: Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Quando se fala em cuidados paliativos, fala-se também em ortotanásia e, de forma alguma, em eutanásia. Ortotanásia vem do grego orto (correto) e thanatos (morte). Trata-se de oferecer toda a assistência a um paciente terminal observando o curso de sua vida, sem prolongar a sua enfermidade com terapêuticas fúteis, tratando de forma ativa os sintomas que venham a se manifestar, fazendo com que a vida tenha seu período respeitado. Difere em muito da eutanásia, eu (bom) thanatos (morte), que refere a ações para o encurtamento da vida do indivíduo gerando a morte antecipada do ser humano (GEHLEN et. al., 2009).

O Código Penal brasileiro de 1940, até então em vigor considera tanto a eutanásia quanto a ortotanásia como crimes de homicídio (art. 121, §1º, c/c art. 13 §2º, ambos do CP – homicídio por omissão, com diminuição da pena de 1/6 a 1/3).

No Congresso tramita o projeto de lei 524/2009, de autoria do senador Gérson Camata, que exclui a ilicitude da ortotanásia. O objetivo é acrescentar dois parágrafos ao artigo 121 do Código Penal (Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940), com a seguinte redação:

Exclusão de ilicitude:

§ 6º não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, E desde que haja consentimento do paciente, ou em sua impossibilidade, de cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão.

§ 7º A exclusão de ilicitude a que se refere o parágrafo anterior faz referência à renúncia ao excesso terapêutico, e não se aplica se houver omissão de meios terapêuticos ordinários ou dos cuidados normais devidos a um doente, com o fim de causar-lhe a morte.

No mundo, o Conselho da Europa, através da Comissão de Ministros, aprovou em 2003 a *Recomendação 24* sobre a organização dos Cuidados Paliativos nos estados

membros da União Européia. No Reino Unido, por exemplo, existem mais de 250 hospices (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

São várias as questões éticas que se apresentam aos profissionais de saúde que cuidam de pacientes em cuidados paliativos. No domínio da relação médico-paciente, na qual a comunicação assume um papel central, a revelação de informação sobre o diagnóstico e prognóstico ao doente continua a ser um tema controverso. O princípio do respeito pela autonomia do doente e o seu direito à autodeterminação no que aos cuidados de saúde diz respeito entra em conflito com o respeito pelos princípios da beneficência e da não-maleficência.

Conversar sobre a morte ainda é um tabu na nossa sociedade (KOVÁCS, 1992). Muitos pacientes que sofrem de uma doença em fase terminal morrem sem terem recebido as explicações pertinentes sobre a sua doença, devido ao fato de seus médicos ou suas famílias os julgarem incapazes de lidar com essas informações. Isto acaba gerando uma conspiração de silêncio, onde o paciente, sem sentir abertura para abordar assuntos sobre sua saúde, fica impossibilitado de falar sobre o que está vivenciando, escondendo seus temores e suas angústias (KÜBLER-ROSS, 1996).

Contudo, a pessoa sabe que algo grave está acontecendo com ela, percebe sua finitude, mas tal como todos os que a rodeiam, não comenta o assunto, isola-se nos seus pensamentos, sem ter a liberdade de abordar sobre sua vida e sua morte e perdendo a oportunidade de deixar todos os seus dilemas da vida em ordem e morrer em paz. Durante esta vivência, visualiza-se grandes problemas de comunicação, com mensagens ambivalentes em que o conteúdo verbal de boas notícias e palavras de otimismo e esperança de cura nem sempre são condizentes com a linguagem não verbal, onde se esboçam olhos vermelhos e faces carregadas de tristeza e de piedade.

Em maio de 1991, o jornal Washington Post publicou um artigo, assinado pelo médico John H. Flaschen, com o título “Escolhendo morte ou mamba na UTI”, que mostra o sofrimento que muitos doentes passam quando estão sendo tratados em Unidades de Terapia Intensiva. De forma ficcional, relata a experiência vivida por três missionários religiosos quando aprisionados por uma tribo de canibais onde são propostas duas alternativas para eles: morte ou mamba. Desconhecendo o significado de mamba, dois deles a escolheram, na suposição de que certamente seria melhor que a

morte. Souberam então que mamba era uma cobra venenosa cuja mordedura gerava grandioso sofrimento antes de culminar, após algumas horas, em morte. Viveram, assim, longa agonia antes do desfecho. Após presenciar o sofrimento dos companheiros, o terceiro missionário solicitou ao chefe indígena que lhe desse a morte. Recebeu como resposta que a teria, porém precedida de “um pouquinho de mamba”. A questão apresentada aos médicos por Flaschen é a quantidade desproporcional de mamba imposta cotidianamente a inúmeros pacientes internados em UTI (SIQUEIRA, 2005).

O estudo SUPPORT (1995), realizado nos Estados Unidos, que envolveu mais de 9.000 pacientes com doenças graves e avançadas em hospitais universitários americanos, demonstrou que somente 39% dos pacientes discutiram o prognóstico de suas doenças com seus médicos e que, dentre os que não discutiram, 44% gostariam de ter discutido. Um estudo realizado no Brasil, com 363 pacientes, divulgou que a maioria (mais de 90% dos entrevistados) deseja ser informada sobre suas condições de saúde, incluindo eventuais diagnósticos de doenças graves (GUINELLI et al., 2004). Assim sendo, ao invés de uma mentira piedosa, utiliza-se uma sinceridade prudente, transmitindo ao paciente as informações de acordo com suas condições emocionais, de modo progressivo e suportável, já que nem todo paciente quer saber de toda a sua condição (ARAÚJO, 2009). Nesse caso, seu desejo precisa ser respeitado, já que cada ser humano possui um limite emocional sobre o que quer saber e o que precisa saber sobre sua saúde.

Neste período em que vivencia a própria finitude, há a necessidade de se incluir todas as dimensões da sua subjetividade – psíquicas, familiares, culturais e sociais. Há uma tendência de se sentir fragilizado, vendo deteriorar, pouco a pouco, o seu estado de saúde, tornando-se apenas um espectro do que já fora um dia. Além disso, muitas vezes se sente sem valor, apesar dele se preocupar com os problemas familiares (como filhos) e com uma solução para os mesmos, caso venha a falecer. E muitas vezes, precisa buscar em algo ou alguém um suporte para suas limitações e incapacidades que a experiência está gerando. Assim, alguns encontram conforto em determinadas crenças (como as religiosas) e outros se sentem amedrontados, despreparados e revoltados com a vivência da expectativa da morte por um longo período, sendo, às vezes, observada a ocorrência de aceitação nos dias próximos à morte.

A literatura mostra que a maioria dos pacientes moribundos experimenta uma sequência de sentimentos frente à morte por uma doença terminal, variando a duração dos estágios e a sua ocorrência de acordo com o tempo de vida até a morte e também conforme a realidade de cada um dos pacientes.

Elisabeth Kübler-Ross (1996) identifica cinco estágios nas reações do doente. O primeiro é de choque e negação: é a reação imediata, e o paciente tende a não acreditar no diagnóstico; o segundo é de raiva: desenvolve-se uma fúria contra a própria situação de moribundo. Essa raiva pode ser descarregada sobre a equipe que presta atendimento ao paciente, sua família ou sobre si próprio; o terceiro, de barganha: o paciente tenta alcançar a cura de sua enfermidade negociando com os médicos, amigos, Deus, oferecendo em troca, entre tantas coisas, seus bens, seu dinheiro e sua fé, fazendo com que um bom comportamento seja recompensado por uma melhora, ou adiamento da morte; o quarto, de depressão, com os aspectos clínicos típicos, já que o paciente não pode mais negar sua doença; o último é de aceitação, quando o paciente percebe a situação inegável da morte e passa a aceitá-la sem problemas. Nesse estágio, muitas vezes, ocorre um isolamento social do paciente e mesmo uma diminuição de comunicação verbal. Mas, durante todo o tempo em que o paciente permanece vivo, existe um fio de esperança em sua recuperação.

O discurso médico denomina de paliativo os cuidados dedicados aos pacientes quando a doença não responde mais aos tratamentos curativos, visando então à terapêutica das manifestações clínicas que as doenças demonstrarão em seu curso fatal (PESSINI; BERTACHINI, 2004). Por isso, conclama-se ser necessário um diagnóstico de certeza para que a condição do paciente possa ser enquadrada como fora de alcance terapêutico. Há reconhecimento na literatura de que a abordagem desse paciente escapa à atuação médica, envolvendo equipe multidisciplinar, mas a forma dominante de assistência continua a ser definida pelo discurso médico, geralmente o centralizador do cuidado ao paciente.

Dentro desta perspectiva é importante salientar que cuidados paliativos não precisam ser abordados apenas no leito de morte, mas que já podem ser inseridos no diálogo desde o diagnóstico, quando o doente está capaz de tomar seus próprios julgamentos e suas próprias escolhas, como por exemplo, pode-se abordar com um

paciente com demência de Alzheimer leve se este deseja, na fase avançada e terminal de sua enfermidade, inserção de sonda nasoentérica ou realização de gastrostomia para nutrição, assim como, caso venha a desenvolver insuficiência respiratória se gostaria de ser colocado sob ventilação mecânica num leito de UTI ou se preferiria permanecer em seu domicílio com seus familiares.

O significado da palavra *pallium*, de origem greco-romana, está relacionado ao casaco de lã que era usado pelos pastores para enfrentar o clima adverso. Portanto, está relacionado com cuidado e proteção, não com medidas extraordinárias para combater a morte (BIFULCO; IOCHIDA, 2009).

Os cuidados paliativos têm histórico como cuidados de *hospices*, locais onde peregrinos, viajantes, doentes e necessitados procuravam abrigo e cuidado. Na Europa, durante a Idade Média, muitos desses hospices tinham como objetivos cuidar de pessoas enfermas que estavam no final de suas vidas. Na Europa, a associação entre “hospice” e o cuidado dispensado aos pacientes que estão morrendo data de 1842, com o trabalho de Jeanne Garnier, em Lyon, na França. Na Irlanda, as Irmãs Irlandesas da Caridade, fundada por Mary Aikenhead, abriram hospices em Dublin e Cork em 1870 e, posteriormente, no início do século XX, em 1907, Londres, o St. Joseph`s Hospice. Inicialmente estas instituições cuidavam de pacientes que sofriam de doenças avançadas, porém com inúmeras limitações, devido à falta de medicações efetivas para dor e outros sintomas que acometiam os moribundos. Somente a partir de meados do século XX, nos anos 50, surgiu uma gama importante de drogas, o que fez com que houvesse uma maior compreensão da natureza da dor de câncer e do papel dos opióides. A disponibilidade desta nova medicação criou a possibilidade de cuidado e controle da dor (PESSINI, 2005).

Os cuidados paliativos têm na figura de Dame Cecily Saunders sua idealizadora. Em 1947, como trabalhadora social e sanitária, atende David Tasma, um garçom judeu sobrevivente da Segunda Guerra Mundial, que morava em Londres e, que em sua quinta década de vida apresentou uma neoplasia de rim incurável. Internado numa enfermaria de um hospital londrino, era visitado por Saunders, com a qual conversava sobre sua vida e suas necessidades frente à doença que o tiraria deste mundo. Durante estes encontros, surgiu para ambos a ideia de se ter um local apropriado para abrigar e cuidar

de pessoas como ele. Após a morte de Tasma, Saunders recebeu a doação do seguro de vida do mesmo, no valor de 500 libras, com as palavras: “Serei uma janela na sua casa.” Assim, após cursar medicina, Saunders inaugura, em 1967, o St. Christopher’s Hospice, com 54 leitos, um local que abrigava e atendia pacientes com enfermidades terminais (BURLÁ, 2002a; OLIVEIRA; LOPES, 2007).

Saunders identificou quatro elementos que compõem o que ela denominou “dor total” que afeta os pacientes terminais: dor física, psicológica, social e espiritual. Reconheceu que o dever dos cuidadores é de cuidar de seus enfermos com todas suas forças e armas possíveis, no sentido de aliviar seu sofrimento, melhorar sua qualidade de vida e concentrar no viver antes que no morrer, além de reconhecer que a continuação de certos tratamentos são fúteis e que não trarão benefícios ao doente (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Os princípios dos programas de cuidados paliativos, estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde em 1990 (WHO, [não paginado]) são:

afirmar a vida e considerar a morte um processo normal; não apressar ou adiar a morte; oferecer alívio da dor e de outros sintomas que causem sofrimento; integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais nos cuidados aos pacientes; oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a morte; apoiar a família no enfrentamento da doença do paciente e no seu próprio processo de luto.

Em 2002 (WHO, [não paginado]) houve uma reformulação, afirmando que:

os cuidados paliativos são uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, pro meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e dos outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Cabe lembrar um caso recente, o do papa João Paulo II, que ao estar com enfermidade incurável, decidiu que fossem instituídos cuidados paliativos e não futilidade terapêutica, optando por ficar nos seus aposentos em seus últimos momentos de vida, enquanto milhares de fiéis oravam por ele na Praça de São Pedro e tantos outros pelo mundo.

No contexto dos cuidados paliativos, a preocupação volta-se mais ao doente que à doença propriamente dita, estando o profissional mais voltado ao bem-estar do indivíduo, priorizando a qualidade de vida e não a quantidade desta (FEIO; OLIVEIRA, 2011). No enfoque do paliativismo, também se acrescenta a família neste cuidado,

extendendo-se os cuidados após a morte do indivíduo doente, pois esta também compartilha do sofrimento (FIGUEIREDO, 2005).

No Brasil, os primeiros serviços de Cuidados Paliativos iniciaram na década de 1980, porém apenas após a primeira metade da década de 90 que foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos em São Paulo, com o objetivo de divulgar o paliativismo, capacitar profissionais e agregar serviços existentes para melhorar o atendimento aos pacientes (BUSHATSKY, 2010).

O exercício da Medicina Paliativa exige dos profissionais não só um profundo conhecimento médico sobre o controle de sintomas, como também disponibilidade de “doação” e ótima capacidade de comunicação (BURLÁ, 2002b).

HENZEZEL apud SILVA (2006, p. 224-225) afirma que

É importante para os profissionais que cuidam de pacientes terminais perceberem que não estão sozinhos nessa discussão e reflexão, que não precisam submergir na sua aflição, devendo adquirir distância sobre o que não podem resolver e se aproximar do que podem cuidar.

Em estudo recente com pacientes portadores de neoplasia pulmonar metastática que foram submetidos, além da terapêutica oncológica, cuidados paliativos precocemente ao diagnóstico, demonstrou que nos participantes que receberam estes cuidados houve uma importante melhora na qualidade de vida e no humor, com prevalência apenas de 16% de sintomas depressivos, em comparação a 38% nos que não receberam cuidados paliativos. Além do mais, os que receberam esta abordagem acabaram vivendo mais (11,6 meses) que os que não receberam (8,9 meses) (TEMEL et. al., 2010).

Ao cuidar de um paciente em processo de morrer, é de suma importância para o profissional que está prestando assistência ao doente saber ouvir o que este paciente quer dizer em seus últimos momentos de vida, tanto pela linguagem verbal como pela não verbal. Sentar-se ao lado do paciente, mostrando-se interessado por sua história e disponível para ouvi-lo e compreendê-lo é uma maneira altamente eficaz de assisti-lo emocional e espiritualmente.

Porém, muito pouco se fala sobre Cuidados Paliativos e Morte nas salas de aula das faculdades de Medicina no nosso país, fazendo com que os profissionais não

estejam preparados para esta abordagem. Apenas duas faculdades de Medicina oferecem aos seus alunos a disciplina de Tanatologia, como optativa, o que difere das escolas dos Estados Unidos, onde, das 122 escolas médicas, 100% oferecem aulas sobre morte e morrer e 94% sobre cuidados paliativos (SANTOS, 2009).

O profissional de saúde não deve se restringir apenas àquilo de que a tecnologia dispõe, devendo também estar com os olhos voltados aos aspectos da ordem afetiva que envolvem a todos nós ao chegarmos na nossa finitude. E a morte e o processo de morrer fazem parte do cotidiano da medicina, apresentando-se de forma concreta ou, até mesmo, pela observação do leito vazio, no dia seguinte, ou deste mesmo leito sendo ocupado por outro doente (CARPENA, 2000).

Na Residência Médica, local onde se aprofundam os estudos médicos em determinadas áreas, o combate à doença e a cura são salientados. É na residência médica que o médico vai se deparar diretamente com o cuidado com o paciente. Em estudo abordando as atitudes dos médicos residentes frente ao paciente terminal, 78% comunicam ao paciente a sua enfermidade. Consideram medidas sem propósito: ventilação mecânica em 87% dos casos, diálise em 54%, nutrição parenteral em 50%, inotrópicos em 35%, entubação orotraqueal em 30% e transfusão sanguínea em 15%. Frente a um paciente com doença crônica terminal, inclinou-se em 52% por instalação de distanásia e 46% pela ortotanásia. Quanto a um portador de neoplasia em fase terminal, 93% dos médicos residentes estão inclinados a instituírem ortotanásia (FERNANDEZ; SANCHEZ, 2002).

Em recente pesquisa publicada com 24 residentes, com média de idade de 28 anos, abordando sobre quais as dificuldades frente aos cuidados com pacientes em finitude, foram identificadas oito categorias: habilidade em dar informações adequadas, compreender as necessidades dos pacientes, ter conhecimento teórico suficiente, evitar fuga da situação, evitar falsa confiança, lidar com o tempo, enfrentar os próprios limites como profissionais médicos e estar hábil a ajudar apesar de tudo (LUTHY et al., 2009).

Em uma pesquisa qualitativa com profissionais que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva no Rio Grande do Sul, o sentimento de impotência diante da morte foi o mais relatado, além de ser expressado também o medo que estes profissionais têm frente à morte de seus pacientes (ABADI; ZUSE, 2010).

Também há dados de que quanto mais se abordar estes cuidados, durante os programas de Residência Médica, mais preparados estarão estes profissionais para enfrentarem as situações que estes pacientes impõem a eles (BILLINGS et al., 2009).

Em outra, de 175 residentes entrevistados, 78% discutem sobre medidas de não reanimação cardiorrespiratória com pacientes e seus familiares, porém, somente um terço sente-se confortável ao fazer isto (SIDDIQUI, 2010).

Um estudo fenomenológico abordando 10 médicos sobre cuidados com pacientes terminais, revelou que se deve melhorar ainda a educação médica frente aos cuidados com este público, frente às dificuldades apresentadas no manejo destes doentes (MACLEOD, 2001).

3. METODOLOGIA

A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem (LAKATOS et al., 1986).

Verifica uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números (MINAYO, 2006).

3.1. DELINEAMENTO GERAL DO ESTUDO

Estudo descritivo de natureza qualitativa, a partir de análise temática de conteúdo segundo Bardin, adaptado por Minayo (2006) de entrevistas semidirigidas com 9 (nove) questões abertas sobre a temática.

3.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO

A técnica de coleta fundamenta a entrevista individual semi-estruturada utilizando o referencial do Turato (2003) com os médicos residentes do programa de Medicina Interna do Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo / RS, foi realizada de fevereiro até agosto de 2011.

3.3. CENÁRIO/LOCAL

O Hospital São Vicente de Paulo situa-se na cidade de Passo Fundo, no Rio Grande do Sul. Este hospital foi fundado em 24 de junho de 1918, durante a epidemia de Gripe Espanhola, sendo inaugurado oficialmente em 29 de dezembro daquele ano. A instituição é de Direito Privado, cadastrada no Conselho Nacional de Assistência Social em 17.12.1938, com Certificado de Entidade Filantrópica e reconhecida de Utilidade Pública. Tem como missão: "Preservar e restabelecer a saúde das pessoas, contribuindo para melhorar a qualidade de vida, através da prestação de serviços de excelência,

apoiados no ensino, na pesquisa e de forma autossustentável". Atualmente apresenta 2579 funcionários, em 2009 teve 29.888 internações hospitalares, sendo 62,14% destas vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), com uma média de internação hospitalar de 6,77 dias para cada paciente, nos 600 leitos de todo o nosocômio, sendo destinados 436 para o SUS.

O Programa Residência Médica em Clínica Médica deste hospital iniciou em 1982 com um residente, e hoje consta com um número de 12 residentes participantes ao ano, sendo 6 novos admitidos em março de cada ano, permanecendo dois anos na instituição para receber seu título de especialista.

As entrevistas foram realizadas individualmente na sala de estudos da biblioteca do hospital, com uma mesa ampla e duas cadeiras, em local silencioso e sigiloso.

3.4. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados deu-se através de entrevista semiestruturada, realizada individualmente, após agendamento prévio e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista foi gravada com a anuência do participante. Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas e sistematizadas para o processo de análise. As fitas K-7 serão guardadas, sob sigilo, pelo pesquisador por um prazo de cinco anos.

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

A técnica empregada foi a análise temática de Bardin, adaptado por Minayo (2006). A análise temática serve como instrumento aplicado a discursos e/ou falas, nesse caso, de médicos residentes de um programa de Clínica Médica. Com esta técnica, determinam-se os núcleos de significado com o propósito de chegar ao objeto de estudo proposto, agrupando-se em unidades temáticas que darão origem às categorias, as quais serão analisadas à luz da literatura concernente ao tema. As fases da análise foram: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Descrevem-se as etapas:

-
- a) *Pré-análise*: consiste na leitura das entrevistas após a sua transcrição literal. Posteriormente foram agrupadas as falas de acordo com as perguntas realizadas na entrevista, ou seja, todas as perguntas número um, todas as número dois e assim sucessivamente. Após as inúmeras leituras dos dados brutos fez-se, juntamente com a retomada dos objetivos da pesquisa, a reformulação frente ao material coletado a elaboração de unidades de registro, ou seja, algumas frases que subsidiaram a análise.
 - b) *Exploração do material*: consistiu essencialmente na elaboração de codificação, a qual se realizou na transformação dos dados brutos. Foram agrupados os dados semelhantes, elaborando, a partir das unidades de registro ou significado, subcategorias e as categorias sucessivamente.
 - c) *Tratamento dos resultados*: os resultados brutos foram submetidos a inúmeras leituras, separados por relevância ou repetição, criando-se as subcategorias e categorias. Essas etapas anteriores permitiram colocar em relevo as informações obtidas. Optou-se por preservar todas as falas relevantes para cada categoria, com o intuito de reforçar a ideia que estava sendo discutida. A partir daí, fez-se a inferência e a argumentação, fundamentada e comparada à literatura existente (MINAYO, 2006).

3.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo seguiu as Diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e atenderá aos seguintes aspectos éticos. O projeto foi inserido no SISNEP, CAAE 0251.0.398.000-10, após encaminhou-se a documentação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, sendo que o mesmo foi aprovado, Parecer Consubstanciado n. 426/2010, em seguida iniciou-se a coleta de dados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 18 profissionais convidados a participarem do estudo, 15 aceitaram prontamente, com idade entre 24 e 33 anos, predominando o sexo feminino (80%). Para todos a residência de Medicina Interna é a primeira especialização realizada após o término do curso de Medicina. Quanto à origem da instituição de graduação dos participantes, são as mais diversas faculdades de medicina, todas do Rio Grande do Sul.

Descrevem-se a seguir as quatro categorias construídas a partir da análise temática (MINAYO, 2006), apresentando-se os diagramas das categorias e subcategorias. Para melhor valorização das subcategorias e enfatizar melhor a temática, optou-se por explicitar todas as falas encontradas que contemplavam a mesma, as quais serão identificadas pela sequência numérica.

4.1. CATEGORIA UM: VIVÊNCIA DE PROFISSIONAIS COM PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA (PFPT)

A categoria um, **Vivência de profissionais com pacientes fora de possibilidade terapêutica**, é composta pelas subcategorias: *Convivendo com incertezas; Influência da idade dos pacientes; Experiências pessoais; Conflitos no atendimento; Abuso da tecnologia; Fracasso frente à morte;*

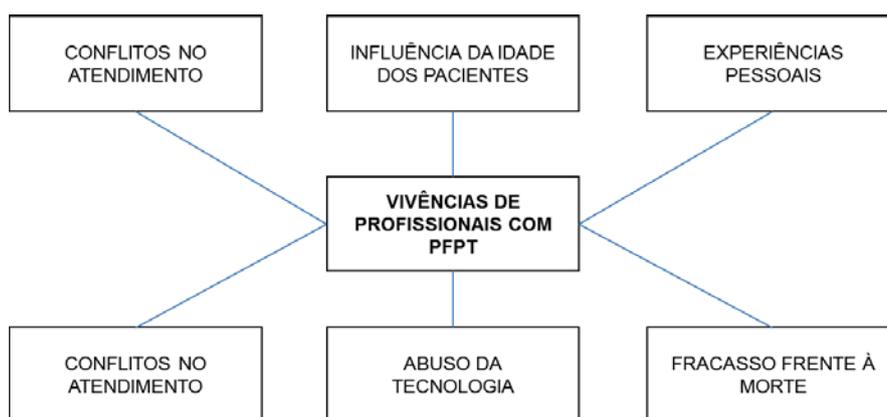


Figura 1 - Categoria um: vivências de profissionais com pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

4.1.1. CONVIVENDO COM INCERTEZAS

Na subcategoria *Convivendo com incertezas* aparecem de forma enfática as dúvidas que os médicos residentes têm em relação às condutas a serem tomadas no paciente fora de possibilidade terapêutica. Os profissionais normalmente procuram apoio e orientação com colegas mais experientes, como é mencionado a seguir:

“Até hoje eu fico com dúvidas quanto ao cuidado com o paciente terminal. Até que ponto vou investir ou não? Eu acabo sempre pedindo ajuda a alguém mais experiente que eu para atender o paciente [...] Fico em dúvida quanto à insuficiência respiratória, se devo entubar ou não. Tem coisas que fico pensando se não é melhorar apenas sedar e deixar.”
[entrevista 1]

O fim da vida levanta cada vez mais questões éticas que geram conflitos envolvendo os profissionais da saúde, os doentes e os seus familiares. O avanço da medicina no plano científico e tecnológico tem vindo a criar novos problemas que remetem os médicos de hoje à procura de novos conceitos relacionados com o processo de morte e de morrer. As tomadas de decisões na terminalidade da vida são situações complexas que envolvem a autonomia do doente numa dimensão ampla, compatibilizando com o poder decisório, com a responsabilidade e com o compromisso ético do profissional que está prestando assistência.

As condutas nos pacientes terminais devem assentar-se numa fundamentação essencialmente ética. A suspensão de tratamento considerado fútil, que segundo França (1994, p. 62) é “aquele que não tem objetivo imediato, que é inútil ou ineficaz, que não é capaz de oferecer uma qualidade de vida mínima e que não permite uma possibilidade de sobrevida”, é hoje parte integrante de uma boa prática médica, onde se preserva a qualidade de vida em detrimento da sobrevida.

É importante pensar se um possível tratamento é fútil ou inútil ou quando é incompatível com os princípios éticos fundamentais de beneficência e de não maleficência. A sua aplicação corresponde à obstinação terapêutica ou distanásia (como será abordado, de forma mais detalhada, na categoria dois) sendo condenável já que, conforme o Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (2010, p. 9), o segundo princípio fundamental é o de considerar que o “alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano” e também em seu vigésimo segundo princípio, ao afirmar que “nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a

realização de procedimentos diagnósticos terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob seus cuidados todos os cuidados paliativos apropriados.”

O tratamento ofertado deve não prejudicar e também não prolongar o sofrimento do paciente e de sua família. Acerca desta questão, vale observar a seguinte manifestação:

“É muito mais difícil retirar alguma coisa da prescrição que não colocar. A parte de antibióticos ainda é meio difícil para eu não colocar. Parece algo que “mas e de repente, se eu colocar...” Às vezes, quanto aos exames, ocorre o fato: se pede a cultura, daí vem a cultura, e agora, não vamos tratar? Aí vem a pergunta: por que pediu a cultura? Aí eu vejo que quando se chega à conclusão de que se não tem mais nada para acrescentar ao paciente a não ser aliviar o desconforto dele, eu acho que tem que se pensar em tudo isto aí. No paciente terminal, se tivesse que pedir exames, pediria mais espaçadamente, a cada uma semana, quinze dias ou nem pediria mais, pois não tem por quê. Pois se você pede um exame, não tem como não corrigir o que veio de errado, é difícil não fazer. No caso, eu prefiro então nem pedir. Até porque, quando um paciente é terminal, não é a gente que vai determinar quantos dias, quantas horas de vida ele vai ter, a gente não tem domínio sobre isto, ele deve estar com o conforto da família. [...] Eu vejo que para pensar em cuidados paliativos, o médico deve estar bem seguro do que está fazendo, se as atitudes são as mais corretas.”
[entrevista 3]

É muito difícil suspender ou não prescrever alguma terapêutica aos pacientes, como mencionado acima.

O médico enfrenta a sua própria finitude ao ver-se obrigado a refletir sobre as questões bioéticas associadas ao prolongamento artificial da vida. Sua formação está baseada no objetivo da preservação e da manutenção da vida, lutando contra a morte, como será mencionado em categorias posteriores. Desta forma, a suspensão de terapêuticas consideradas “inúteis” gera nos profissionais muitos questionamentos, pois não estarão lutando mais contra a morte, apenas dando mais conforto na finitude da vida.

A suspensão de um tratamento considerado ineficaz não impede, evidentemente, a continuação de um tratamento de conforto e de cuidados gerais. Com base no prognóstico do doente, havendo a certeza de que este se revela desfavorável e tendo em conta a sua ineficácia ou pouca eficácia, demonstrada na utilização de todo e qualquer tratamento potencialmente curativo disponível, no que respeita à recuperação da vida com qualidade, o médico deve considerar e aceitar livremente a medicina paliativa. Não iniciar ou interromper um tratamento que é terapêuticamente inútil é uma

decisão cuja iniciativa pertence ao médico, a partir de dados objetivos e seguros, praticando um ato eticamente aceitável.

Nesse sentido é importante questionar qual a melhor abordagem e que tipo de cuidados faz sentido prestar a alguém com uma esperança de vida limitada, quais os valores, os deveres e os princípios que devem orientar os profissionais da saúde na sua relação com o doente terminal.

“É muito difícil, é distante, não me parece fácil, aquela coisa do que estabelecer, até onde ir, que medidas tomar, se deve ser feito profilaxias nestes pacientes. [...] Há pouco discuti quanto ao uso ou não de profilaxias, como profilaxia para trombose venosa, se devo colocar ou não.”
[Entrevista 4]

“Assim como com o início da sedação, o uso da morfina. O paciente está em sofrimento respiratório, tenho medo de saber qual é o ponto em que eu devo iniciar, se não vou antecipar o processo de morrer. Eu começo com uma dose bem baixinha e vou vendo como vai.”
[entrevista 7]

“É difícil, eu não sei se tem que se continuar um tratamento, se tem que mudar o rumo deste...”
[entrevista 10]

Observam-se também dificuldades na decisão em se partir de uma terapêutica modificadora da doença para um cuidado paliativo:

“Eu acho que se tem esta angústia de se ter a certeza se o paciente é terminal ou se ainda há alguma esperança terapêutica. Eu acho que o médico sempre fica com este receio, será que eu vou partir à palição ou existe mais alguma coisa? Isto acaba dificultando e retardando este cuidado paliativo.”
[entrevista 5]

“Para mim o mais difícil ainda é decidir quando vai se optar por cuidados paliativos.”
[entrevista 6]

Os dados demonstram as nuances que permeiam as discussões, debates e diálogos entre profissionais na instalação de cuidados paliativos. Há de ser considerado o impacto causado, os dilemas éticos vivenciados e até na instabilidade emocional que influenciam nas relações, na comunicação, na abordagem terapêutica e no cuidado das pessoas que vivenciam este processo.

“Às vezes você investiu e investiu neste paciente, a princípio era um paciente que estava determinado a melhorar e daí você vê que não adianta, será que eu tenho que desistir... É a dúvida, é um ponto de interrogação, você tem que dividir esta angústia, você quer ter certeza se é isto que tem que ser feito, se é a hora de desistir da conduta terapêutica e mudar para outro enfoque, o paliativo. [...] Vou fazer com que o paciente não sinta dor, frio. Porém como é para fazer, eu ainda sinto que não sei ao certo. [...] Para nós, que trabalhamos em hospital, a gente vê que um paciente que tem um câncer, tem metástase, por qualquer motivo vem à emergência e interna, daí parece que dá um estalinho e daí se pensa, “bem, agora vamos

começar cuidados paliativos.” Isto é muito difícil, saber este divisor de água de quando iniciar os cuidados paliativos.”

[entrevista 7]

“Na maioria das vezes não existe um critério para eleger um paciente para cuidados paliativos.”

[entrevista 11]

Relevante ainda a fala dos residentes em expressar a angústia nas decisões, fazendo com que muitas vezes, por insegurança, acabem tomando condutas que podem apenas retardar a morte do paciente:

“Mas como para mim ainda é difícil decidir sobre o que fazer, se a atitude que eu terei não vai até apressar a morte e eu me sinto responsável, eu ainda, muitas vezes, acabo fazendo coisas que, apesar de achar desnecessárias, faz com que não me sinto responsável pela morte de um paciente. Ainda mais se é em plantão, quando o paciente não é meu e eu não o conheço.”

[entrevista 10]

“Eu entendo bem sobre a situação, porém ainda tenho dificuldade em tomar as decisões. Isto é mais difícil. Se eu tenho certeza, é mais fácil, mas às vezes fica naquele impasse: será que é isto mesmo que deve ser feito? Se eu estou na dúvida, eu prefiro fazer tudo, entubar, puncionar, continuar. Se tenho certeza, faço os cuidados paliativos. Fico com receio, frente à responsabilidade. Se você acha que o paciente vai melhorar, por menor que seja a chance, daí tem que investir tudo o que se possa. É este o objetivo da nossa profissão.”

[entrevista 11]

A instituição dos cuidados paliativos gera incertezas e angústias nos profissionais. Com o enfoque voltado mais ao cuidado do paciente e não à cura da doença, amenizando os sintomas e as intercorrências que possam ocorrer no decorrer do período de vida que ainda resta ao indivíduo, os profissionais sentem-se inseguros ao se depararem com estas situações. Há problemas quanto às medidas instituídas e, principalmente, nas condutas não instituídas, respeitando o tempo de vida e evitando o prolongamento da vida sem qualidade na mesma.

4.1.2. INFLUÊNCIA DA IDADE DO PACIENTE

Nesta subcategoria se observa de forma clara que para os médicos residentes entrevistados, quanto mais velho for o paciente, mais fácil é de se abordar os cuidados paliativos e a finitude da vida.

“Para mim influencia bastante a idade do paciente frente ao meu sentimento para esta abordagem. Tem alguns casos, em pacientes mais idosos é mais fácil em aceitar que ele está morrendo e também para abordar com a família. Pacientes mais jovens ou com alguma intercorrência, como um acidente ou uma sepse que causou tal situação é um pouco mais

difícil de aceitar. [...] Por isto que eu acho que com os idosos é mais fácil. É a história natural, então eu não me sinto desconfortável em não reanimar um paciente idoso com uma doença avançada.”

[entrevista 2]

“Eu aceito a morte mais fácil com os velhos e não com os jovens. [...] Com o idoso eu aceito mais, é o que se espera. Ele já teve sua vida, já aproveitou com sua família, esteve perto das pessoas e um dia vai morrer, eu aceito muito fácil. Os jovens com câncer, os politraumatizados, é mais difícil.”

[entrevista 11]

“O paciente novo é mais difícil que o velho. Um idoso que morre é muito mais natural na minha percepção que um jovem.”

[entrevista 14]

“Se o paciente é idoso ou não tem uma expectativa grande de vida, ou não tem ou terá uma adequada qualidade de vida, que ficaram acamados, como num paciente com seqüela de AVC, eu priorizo no conforto, em não reanimar se tiver uma parada cardíaca.”

[entrevista 15]

Para os profissionais de saúde, lidar com o processo de morte de um jovem é muito mais angustiante que atender um idoso que está morrendo, frente aos sentimentos que afloram nos profissionais, que acreditam que a vida se extingue na velhice (LUNARDI; LUNARDI, 1997). É como se na velhice a morte fosse um evento fisiológico, enquanto que na juventude, a interrupção de uma jornada.

4.1.3. EXPERIÊNCIAS PESSOAIS

Nesta subcategoria, vislumbrou-se que fica muito enraizado na memória do residente o primeiro contato com este tipo de paciente. Isto muito se deve ao fato de que o morrer, como será abordado posteriormente, não é algo frequentemente discutido na graduação, fazendo com que este contato gere muitos sentimentos nos profissionais. O fato de estar presenciando este processo, num paciente sob seus cuidados, faz com que o médico se depare com suas limitações, seus medos e suas frustrações perante aquela profissão que, primariamente, foi encarada apenas como salvadora de vidas. Não é infrequente observar médicos sentindo-se culpados ou impotentes frente à morte de um doente que estavam assistindo, procurando encontrar justificativas para a morte. O médico oscila entre a onipotência, acreditando poder muitas vezes salvar a vida a qualquer custo e o sentimento de frustração na incapacidade disto (KOVÁCS, 2003).

“Eu tenho bem claro na minha memória o primeiro paciente terminal que atendi. Sei bem até hoje o nome, o quarto, o posto de enfermagem que ele estava. Foi muito horrível, pois me senti impotente. Eu estava no primeiro mês de residência, estava me sentindo responsável por este paciente e me senti impotente por ele, saí do quarto chorando. Eu sei que cuidei dele até o

final de sua vida, porém não tinha experiência nenhuma e não estava preparada para vivenciar aquela situação.”

[entrevista 8]

“Foi bem complicado o meu primeiro contato com um paciente terminal. Eu passei muito tempo acompanhando a paciente, conversando diariamente, o que fez com que eu criasse um vínculo com esta paciente. Daí ela foi piorando progressivamente, e eu tendo que falar com ela e com seus familiares, e foi muito tempo de sofrimento, então foi complicado para conversar. E por mais que eu tentasse manter a calma, era difícil. A paciente queria muito viver e ficar com a família. Foi um grande aprendizado para a abordagem com o paciente e com seus familiares. [...] Eu me lembro que foi difícil para eu saber que ela morreu. Eu fiz um vínculo com a paciente e com a família.”

[entrevista 9]

“[...] era um sofrimento diário, eu não tinha maturidade suficiente para entender a situação. Foi o meu primeiro contato. Foi bem difícil. A primeira dificuldade foi em aceitar que não se tinha o que fazer, a outra foi de entrar todo o dia no quarto e ouvir as queixas do paciente sem ter expectativa de que ele fosse melhorar e do pouco conhecimento que eu tinha das opções para dar conforto.”

[entrevista 13]

A forma de abordagem nestas condições limites faz com que o aprendizado dos residentes seja marcante, auxiliando em sua formação no que tange às situações de terminalidade. A residência médica baseia-se em atividades práticas de contato diário com pacientes, juntamente com professores e preceptores, fazendo com que as atitudes destes influenciem no aprendizado e na postura que terão quando formados no curso (BOTTI; REGO, 2008). O compartilhar da experiência do contato com um doente que está em fase de terminalidade da vida faz com que o médico aprendiz procure absorver não apenas o conhecimento científico, mas principalmente a capacidade de lidar com situações difíceis, como demonstrado a seguir:

“Eu fiquei mais familiarizada, me senti mais confortável em ver a partir dos exemplos dos professores como foi abordado com o paciente e com a família, pegando de uns a forma como foi abordada, para que quando eu tivesse um paciente nas mesmas condições eu pudesse falar da mesma forma, que foi legal, que achei que o paciente e a família ficaram bem com a forma de como foi falado.”

[entrevista 3]

“Eu tive uma experiência com uma paciente que tinha um câncer de vias biliares metastáticos, e foi uma experiência incrível, pois ela perguntava se ia ficar boa ou não e meu preceptor disse ‘não, você não vai ficar curada, porém nós faremos de tudo para que você tenha uma boa qualidade de vida neste período.’ Eu nunca vou me esquecer destas palavras. Eu me lembro que foi um dia pesado para mim. Mas apesar disto, foi bom falar para ela sobre o que estava acontecendo.”

[entrevista 4]

4.1.4. CONFLITOS NO ATENDIMENTO

Nesta observa que muitos médicos residentes ainda consideram difícil a abordagem com estes pacientes, trazendo muitos momentos de desconforto perante o paciente que está no processo de morte e morrer. Isto gera muitas vezes um relacionamento difícil principalmente ao médico, que foi educado a tomar atitudes para salvar vidas, e não em vê-las se perdendo pelo caminho, contemplando a fala de Kovács (2003, p. 28) ao dizer que “às vezes, o mais difícil não é lidar com a morte e sim acompanhar o paciente vivo que está morrendo”.

Sendo a residência médica um período de grandes conflitos e estresse para o profissional, o atendimento do paciente que está grave ou que está morrendo gera muitos sentimentos como angústias, estresse e desconforto (NOGUEIRA-MARTINS; JORGE, 1998).

“Eu não consigo ainda me sentir confortável. Eu sou muito humana, penso muito na pessoa. Tem dias que o paciente está melhor, outro dia não está... Eu acho muito difícil.”
[entrevista 1]

“Para mim continua difícil abordar este paciente, talvez por ter poucos anos de experiência profissional.”
[entrevista 3]

“Eu acho que ainda não é fácil abordar a terminalidade. Para mim ainda é difícil abordar este paciente. [...] Eu me sinto um pouco desconfortável, porém eu não me nego em atendê-lo. [...] Às vezes eu me sentia culpado quando um paciente morria, mas agora eu penso que se tento fazer o máximo que posso por ele, este sentimento é menor. Um dia eu tive um sentimento de impotência com um paciente, ele não estava numa situação boa, porém não parecia terminal, e ele evoluiu muito rápido para a morte, e eu senti como se tivesse falhado em alguma coisa, e eu achei que poderia ter feito alguma coisa que poderia ter modificado o desfecho.”
[entrevista 6]

“No início da residência eu não me sentia confortável.”
[entrevista 7]

“Sinto-me preparada para atender o paciente, porém ainda me angustia e não sei se algum dia eu vou perder isto, pois é um assunto difícil.”
[entrevista 8]

“Honestamente, eu ainda me sinto tensa diante de um paciente terminal. [...] para mim ainda é complicado. Tenho que aprender muito sobre isto. Acho que a experiência vai ensinar muito.”
[entrevista 9]

“Eu não sei nem como iniciar a abordagem sobre a terminalidade, acho muito difícil, fico tensa, parece que já chego sentindo o que o paciente e família vão sentir depois que eu abordar sobre isto.”
[entrevista 10]

“É difícil para mim.”

[entrevista 11]

“Se eu faço o diagnóstico e vejo que este paciente não tem possibilidade de cura, a primeira impressão para mim é uma coisa ruim, eu fico triste por não poder proporcionar a cura. Depois disto eu começo a pensar o que é melhor, o que pode ser feito para manter a qualidade de vida durante o tempo que tem ainda. Se o paciente já vem com este diagnóstico, é mais fácil para mim. Se alguém já disse que ele não tem possibilidade de cura, para mim é mais fácil, porém ainda não é uma coisa muito boa para mim.”

[entrevista 13]

“Na realidade, eu acho que é um paciente difícil de tratar. O que eu entendo como paciente terminal é aquele paciente o qual a gente vai apenas ofertar conforto. Então para mim é difícil.”

[entrevista 14]

Em contrapartida, encontramos falas de médicos residentes que não se sentem desconfortáveis na abordagem do paciente e nas condutas:

“Para mim é super normal. Sinto-me muito tranquilo. Para mim, eu me sinto muito pior reanimando um paciente terminal que oferecendo conforto. [...]. Às vezes, o fazer tudo que a tecnologia médica possui não é ajudar o paciente, e o fazer nada ajuda muito mais o paciente nestas circunstâncias”.

[entrevista 4]

“Sinto-me preparado para abordar este paciente. Apesar de ter tido pouco na graduação, eu acho que você aprende com a vida, como saber lidar com este tipo de paciente, principalmente com os familiares, o que é muito complicado.”

[entrevista 5]

“Eu acho que se é terminal, devem ser instituídos cuidados paliativos, e não prolongar o sofrimento. Para mim é bem claro, quando for comigo ou com alguém da minha família, eu quero que sejam instituídos cuidados paliativos, para não ficar prolongando o sofrimento.”

[entrevista 8]

Conforme o contato e o vínculo que existem entre o médico e o paciente que está no processo de morte e morrer, observa-se que o profissional não consegue ficar sem nenhum envolvimento com a situação, devendo saber reconhecer estes sentimentos para um melhor autoconhecimento e autocontrole (ANTUNES; MOEDA, 2005).

“Até porque o médico se envolve, não existe aquilo de que ele é frio, às vezes fica frio para não sofrer, para não se envolver, porém não é o mecanismo melhor para o médico fazer, a gente acaba sofrendo... Enfim... Tanta consequência a gente vê na medicina, tanto médico depressivo, alcoólatra... Eu acho que a origem tudo está neste sofrimento, nesta coisa de que colocam que o médico é superior, porém ele é humano.”

[entrevista 2]

“Tem vezes que a gente já está acompanhando há mais tempo, fica com apego com o paciente e fica difícil encarar que a pessoa está morrendo e a gente tem que dar apenas conforto, é mais complicado que se não tem este apego. Daí é mais fácil. Quando chega à Emergência e já se sabe que são só medidas de conforto daí eu entendo melhor. Às vezes acho que estou me tornando até mais fria, ah, tudo bem, são só medidas de conforto, daí eu entendo e levo numa boa. Apesar de saber que para o paciente é a melhor coisa, que o melhor é dar medidas de conforto, que está chegando a vez dele, e que fazer certas coisas, como entubar, só vai

prolongar o sofrimento, ainda acho difícil decidir. Às vezes eu me cobro por não ter nenhum sentimento em relação a ser um paciente terminal, que vai morrer.”

[entrevista 12]

4.1.5. ABUSO DA TECNOLOGIA

Muitos profissionais, apesar de saberem das condições de terminalidade da vida, utilizam-se dos recursos tecnológicos da medicina, como uma forma de retardarem a morte ou de não terem sentimentos de negligência perante a condição clínica do doente. Muitas Unidades de Terapia Intensiva abrigam pacientes cuja finitude está próxima e que todo o aparato tecnológico e científico que a medicina atual pode oferecer acaba se tornando apenas fútil, prolongando a vida, porém não gerando qualidade na mesma. Mantém-se corpos sobrevivendo à custa de máquinas, exames e medicamentos, gerando muito mais uma distanásia. Isto se deve muito em função do contexto histórico da medicina (SIQUEIRA, 2000).

No seu início, a medicina se baseava em nomear, descrever e observar o curso natural das doenças. Com o avanço tecnológico, ela passou a priorizar a cura científica. Mesmo que as doenças ocorram, se elas têm cura, deixar seguir o curso da natureza não é mais o objetivo, pelo contrário, deve-se lutar contra as doenças, mesmo que para isto tenha-se que utilizar terapêuticas fúteis (PESSINI, 2001).

“Eu acho que o que a gente vê bastante e até faz é pedir bastante exame para estes pacientes que já são terminais e que não tem necessidade, muitas vezes por costume, por não pensar direito. Muitas vezes a gente coloca o paciente na CTI, em ventilação mecânica e acaba só prolongando o sofrimento, tanto do paciente como da própria família, fazendo com que o paciente às vezes dure muito e fique com mais sequelas.”

[entrevista 5]

“Muitos médicos fazem procedimentos excessivos em seus pacientes que de um jeito ou de outro vão morrer, deixando-os em ventilação mecânica na CTI.”

[entrevista 10]

“É investido tudo em muitos pacientes, mesmo que não tenha mais benefício para eles.”

[entrevista 11]

Há situações onde o uso da tecnologia serve como um mecanismo para o profissional acreditar que, utilizando-se disto, estará fazendo alguma coisa a mais pelo paciente, mesmo que não gere nenhuma mudança na conduta ou benefício, sendo uma forma para minimizar sua própria angústia:

“Quanto a exames, eu não me sinto confortável em não pedir exames de laboratório para o paciente, apesar de não modificar a conduta. Parece que eu estou fazendo alguma coisa, mais para diminuir a minha angústia.”

[entrevista 8]

“Às vezes eu vejo que em pacientes terminais se faz muita coisa, se prolonga muito o sofrimento. Deve-se falar até onde se deve usar a medicina atual para estes pacientes.”

[entrevista 12]

Num paciente sob cuidados paliativos, observa-se que o uso da tecnologia está voltado muito mais a prática de distanásia e futilidade terapêutica que ao benefício da qualidade de vida do indivíduo, prolongando-se muitas vezes apenas o tempo de vida do indivíduo.

4.1.6. FRACASSO FRENTE À MORTE

Estando preparados apenas para salvar vidas, grande parte dos médicos vêem a morte como uma derrota; um fracasso profissional. Como diz Rubem Alves em sua obra *O Médico* (2002, p. 76):

Houve um tempo em que nosso poder ante a morte era muito pequeno e, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje a morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos do seu toque. Com isto, nos tornamos surdos ao que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela (inutilmente, porque só podemos adiar). E quando isto acontece, a morte que poderia ser conselheira sábia transforma-se em inimiga que nos devora por detrás.

Nos primórdios da medicina, Hipócrates propunha que se respeitasse a inexorabilidade da morte, priorizando que antes de qualquer coisa, que o médico não fizesse nenhum mal ao paciente, não atuando na doença quando esta não tinha mais cura. Por esta filosofia, seria impossível que o médico curasse todos os pacientes, pois seriam mais poderosos que Deus. No século XIX a medicina passa a se preocupar mais com a cura, estudando em cadáveres as causas de sua morte, gerando um desejo em compreendê-la para melhor combatê-la, o que se torna evidente com o avanço tecnológico do século XX, onde a morte passa a ser vista como um fracasso ou um erro do profissional médico. Muitos médicos acabam se tornando tanatocratas (KOVÁCS, 2003).

“Às vezes eu me sentia culpado quando um paciente morria, mas agora eu penso que se tento fazer o máximo que posso por ele, este sentimento é menor.”

[entrevista 6]

“Vejo que tem gente que investe tudo num paciente que se sabe que vai morrer, que vai ser só prolongamento do sofrimento. Parece que o médico não quer acreditar que seu paciente vai morrer, como se fosse uma derrota, e não uma circunstância da vida.”

[entrevista 9]

“Para alguns médicos é uma derrota não poder curar este paciente.”

[entrevista 13]

4.2. CATEGORIA DOIS: VISLUMBRANDO A FORMAÇÃO

A categoria dois, **Vislumbrando a formação**, é composta por três subcategorias: *Preparo na graduação*, *Obstinação Terapêutica* e *Mudanças necessárias na graduação*.



Figura 2 - Categoria dois: vislumbrando a formação.

4.2.1. PREPARO NA GRADUAÇÃO

Nas faculdades de Medicina, o estudante depara-se com a morte logo no início do curso, na disciplina de Anatomia, porém o cadáver que lhe é apresentado é visto como um objeto de estudo, além do fato de que o corpo está desfigurado devido ao formol ou mutilado, sendo não mais que alguns órgãos e tecidos que um dia foram um ser humano com vida, sentimentos e história. Isto frequentemente é negado ou, pelo menos, mascarado durante as aulas práticas de Anatomia, onde saber como é um órgão é muito mais importante que ver o todo. Assim, desde as primeiras lições, o estudante já fragmenta o corpo humano, um modelo de ensino inaugurado no início do século XX por Flexner (1910) fazendo com que a medicina assumisse compromissos com o biológico, separando a mente do corpo e priorizando que cada efeito corresponde a uma causa, e que dividindo e conhecendo as partes acabar-se-ia conhecendo o todo.

Com o passar da graduação o estudante vai estabelecendo o seu conhecimento, fragmentando o indivíduo e seu corpo, separando a mente do corpo, deixando de lado o caráter biopsicossocioespiritual do indivíduo e focando-se apenas no orgânico. Frente a isto, como poderá estabelecer e aprender sobre a morte, um evento que demonstra em sua totalidade o caráter não apenas orgânico, mas que engloba toda uma história de vida, envolvimento com outras pessoas, e até sentimentos que afloram no próprio profissional que está atendendo aquele doente que está partindo, se até então o indivíduo sempre fora visto por partes?

O tema do cuidado da terminalidade da vida e do doente que está prestes a morrer é pouco abordado na escola médica. Este aspecto foi demonstrado por Hill (1995) num trabalho que de 126 escolas americanas, apenas 5 ofereciam ensino sobre a terminalidade da vida. Outros dados chamam atenção é que 26 dos 7048 programas de especialização em residência médica tratam do assunto. Pode-se inferir que o profissional médico vai “esquivando-se” do tema. Apesar disso, sabe-se que no cotidiano do trabalho médico existem muitas pessoas atendidas que estão no processo de morte.

Nesta subcategoria identifica-se, em inúmeras falas, a escassez de aulas e de abordagem dos conteúdos que abrangem o tema da terminalidade da vida e de tudo que envolve o cuidado com o paciente que está morrendo.

“Se foi, foi muito pouco, em aula de psiquiatria.”

[Entrevista 1]

“A gente teve uma aula no primeiro ano da faculdade, na disciplina de Ética, porém muito pouco abordado.”

[entrevista 3]

“Foi discutido durante o terceiro ano, porém na minha concepção foi muito pouco falado.”

[entrevista 6]

“Pelo o que me recordo, tive uma aula teórica.”

[entrevista 7]

“Não foi falado (na faculdade) em morte nem em como cuidar de um paciente que está morrendo. Há uma lacuna na faculdade sobre este tema, parece que ele fica escondido.”

[entrevista 10]

“Não foi abordado em nenhum momento.”

[entrevista 13]

“A faculdade não me preparou para atender este tipo de paciente, foi somente em estágios e principalmente após que eu pude ver o que realmente era, quando eu fui me adaptando às situações.”

[entrevista 14]

Como na residência médica reúnem-se profissionais de diversas escolas, mesmo sendo minoria nesta pesquisa, dois entrevistados informaram um adequado preparo na sua graduação:

“Na minha faculdade foi abordado muito isto, tive muita prática, decidir se o paciente era ou não para reanimar, o que se iria fazer, e deixar tudo isto registrado no prontuário.”

[entrevista 4]

“Eu tinha uma disciplina de Cuidados Paliativos ministrada por um Oncologista. Foi muito interessante, pois abordava a terminalidade e o paliativismo. Então eu tive uma oportunidade em falar sobre isto e foi muito importante. A cadeira que eu tive foi no terceiro ano, e apesar de sermos muito jovens na Medicina, foi muito boa. Falava-se muito em Paliativismo e tratamento da dor num paciente terminal.”

[entrevista 15]

Observa-se também que os entrevistados relataram que foi dado pouco aprofundamento teórico do tema, além de que as discussões aconteceram no início do curso, quando ainda não tinham contato diário com pacientes, distanciando desta forma a teoria da prática:

“Ainda mais no início da graduação, onde fica muito distante da prática que ocorre só mais adiante.”

[entrevista 3]

“Fala-se um pouco no primeiro ano, mas eu acho que naquele momento o aluno é muito inexperiente e não tem muita ideia sobre o que é isto, tendo somente depois, quando vai abordar. A época de se falar sobre isto na faculdade é ruim, você acabou de entrar, não tem a menor experiência.”

[entrevista 5]

“Foram apenas abordados em algumas aulas de ética, porém não se tinha contato ainda com os pacientes, então ficou muito distante, parecia algo imaginário.”

[entrevista 6]

Finalizando esta subcategoria, observa-se como durante a residência médica a morte e o morrer emergem de uma forma mais vívida e palpável. É um momento em que o profissional, mesmo sem ter tido uma base para lidar com tal situação, depara-se com o paciente que está no processo de sua finitude e que, estando ou não preparado para isto, terá que conviver, tratar e cuidar deste enfermo, juntamente com todos os envolvidos.

Como referem Silva e Ayres (2010, p. 488):

Durante a formação médica, estudantes e residentes iniciam o contato com a morte sem subjetividade, sem história. Trata-se do encontro com uma morte “morta”, sem alma. Quando, mais tarde, eles se encontram em sua prática com a morte “vívida”, onde corpo, alma, alegrias, dores se apresentam de forma intensa, importantes conflitos e paradoxos são experimentados. Eles vão descobrir no encontro com os pacientes que não ser tocado pelo outro e sua dor não será possível o tempo todo. Ao descobrirem isso, reclamam por práticas, professores e política de educação que os auxiliem, que os preparem.

“O maior contato foi na residência médica. Este assunto deveria ser abordado desde o início da faculdade.”

[entrevista 2]

“O contato com estes pacientes eu fui ter na prática, aqui na residência.”

[entrevista 6]

“Na prática, eu me deparei com este tema na residência médica.”

[entrevista 7]

“Estou vendo isto mais na residência médica.”

[entrevista 13]

4.2.2. OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA

A medicina tem como primeiro objetivo o de preservação e restauração da saúde. Assim sendo, a morte deveria ser vista como o último evento desta missão. Porém, o empenho da medicina em lutar contra a morte faz com que seja instituído muitas condutas médicas que apenas aumentam o sofrimento do indivíduo que está vivenciando sua terminalidade da vida (PESSINI, 1996).

Obstinação terapêutica é uma expressão introduzida na linguagem médica francesa nos anos 50 por Jean-Robert Debray que a definiu como

o comportamento médico que consiste em utilizar processos terapêuticos cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos do mal a curar, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado, menor que os inconvenientes previsíveis. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002, p. 258).

“Durante a faculdade a gente é formado só para curar pacientes.”

[entrevista 2]

“Vejo que os médicos ainda não sabem lidar com isto, em aceitar a morte do paciente. Nós médicos não fomos preparados para aceitar a morte de um paciente. [...] Até porque quando entramos na Medicina a gente não pensa na morte.”

[entrevista 3]

“Os médicos ficam tratando a doença e não o doente, como se todo paciente tivesse só a probabilidade de sair do hospital.”

[entrevista 4]

“Durante a faculdade a gente é treinado para trabalhar com a vida, e só a vida, e praticamente isto, e não para lidar com a morte do paciente, o que faz com que seja muito

angustiante quando a gente se depare com a terminalidade da vida, pois não fomos preparados para isto. Não é falado sobre doenças terminais na faculdade. Acredito que teria sido muito importante isto na minha graduação.”

[entrevista 9]

“Durante toda a faculdade, foi só falado em vida, lutar contra a morte, salvar a vida do paciente. [...] A gente aprende só a lutar contra ela (a morte), a tratar de doenças... curar os pacientes. [...] Eu vejo muita coisa sendo feito desnecessariamente nos pacientes terminais. Acho que há muito medo da morte. Desde o nascimento a gente nasce com este medo. Temos que lutar contra ela. E a gente continua com isto durante toda a vida, até na nossa profissão. Não foi falado para nós que ela faz parte da vida.”

[entrevista 10]

Observa-se nestas falas o quanto a obstinação terapêutica está presente no cotidiano dos profissionais da área da saúde, frequentemente pelo fato de terem tido, na graduação, estímulos para curar as doenças dos pacientes, ignorando a possibilidade da morte como um desfecho. Não vendo a morte como uma possibilidade, apenas como um fracasso, o uso de terapêuticas que muitas vezes apenas prolongarão o tempo de vida, porém sem nenhum benefício na qualidade de vida em si, é prática habitual nas enfermarias dos hospitais.

4.2.3. MUDANÇAS NECESSÁRIAS NA GRADUAÇÃO

Frente às colocações de preparo inadequado na formação médica, os participantes expressam as possíveis transformações para que a discussão sobre a temática seja maior e que gere melhores habilidades na abordagem do paciente fora de possibilidade terapêutica. Observa-se que os temas: cuidados paliativos, morte, finitude, atenção ao paciente terminal são assuntos que precisam ser mais discutidos no curso, a fim de melhorar a formação médica:

“A nossa formação é muito precária, deveria ser bem maior quanto ao atendimento do paciente terminal. Têm que haver mais aulas, mais discussões. Se eu discuti foi muito pouco. Como abordar o paciente, como abordar o familiar, tudo tem uma maneira. Tem que ser desde a graduação e não só na residência. Quando chegar à residência, já tem que se ter uma atitude própria. E nesta, tem que se falar mais. Eu muitas vezes aprendi por mim mesmo, sem orientação. Têm que ter mais aulas, mais palestras... estudar o assunto. Sempre só se fala em medidas de conforto, mas e daí, o que são estas medidas de conforto? Tem que se falar mais na faculdade sobre isto.”

[Entrevista 1]

“Deveria ser abordado mais no final, no sexto ano, quando o doutorando tem mais contato com pacientes, a ter mais este tipo de experiência. Isto ajudaria mais. E tem que se falar mais sobre o que é cuidado paliativo e paciente terminal, muitos acham que é só quando está morrendo, porém tem pacientes paliativos que vivem três, quatro anos...”

[entrevista 5]

“Na formação médica deveria haver um preparo maior, quando se tem mais contato com os pacientes, no quinto ou sexto ano, não ter aula, mas discussões sobre os pacientes com os preceptores.”

[entrevista 6]

“E isto deveria ser falado mais. [...] Parece que não há muito interesse em se falar neste assunto, nem por parte dos alunos como pelos professores. Para nós, é importante ter alguém que nos guie neste diálogo.”

[entrevista 7]

“Acho que isto deve ser mais abordado, principalmente quando chegamos ao sexto ano, quando nos deparamos com os pacientes graves.”

[entrevista 8]

“Acredito que teria sido muito importante isto na minha graduação. Principalmente um contato multidisciplinar, ouvindo não só médicos, mas também outros profissionais, como psicólogos e psiquiatras, para aprendermos como abordar não só o paciente terminal, mas também sua família, de uma maneira mais humana. Na faculdade é só falado em tratar das doenças, tanto simples como de forma agressiva. Deveria ser falado mais na abordagem das doenças terminais, em como abordar isto e fazer o acompanhamento deste paciente. Geriatria não é falada na faculdade. Só se sabe que o paciente tem múltiplas comorbidades, é idoso, mas não se sabe manejar tudo isto.”

[entrevista 9]

“Deveria ser falado muito mais sobre este assunto na faculdade e na residência médica, para que possamos aprender mais e lidarmos melhor quando nos depararmos com tal situação. Poderia ter aulas sobre isto. A gente tem tanto horário de aulas, só se fala de doenças, doenças, algumas até muito raras, por que então não se falar de terminalidade e morte, que é muito mais comum? Parece até estranho ter uma aula sobre isto, mas uma discussão seria muito boa.”

[entrevista 10]

“Deveria ser falado mais na faculdade e na instituição. Ainda mais agora com a mudança no Código de Ética Médica, que dá mais respaldo ao médico, porém ainda falta informação.”

[entrevista 11]

“O que eu gostaria que meus professores tivessem feito era levar os alunos para conhecerem os pacientes terminais e depois que saíssem do quarto abordassem o assunto e passassem a experiência de vida. Saber que o professor já passou por estas angústias em lidar com pacientes, para que o aluno saiba o que vai vir pela frente. Não que eu ache que vá diminuir totalmente a angústia, mas vai encaminhando, você sabe o que vai te esperar, que não será somente a cura e que vai acontecer com todo mundo.”

[entrevista 13]

Observa-se nas inúmeras falas dos participantes o quanto é importante uma maior exposição sobre a temática da atenção ao paciente que inevitavelmente irá morrer, principalmente quando se aborda o período da graduação em que deve ser abordado. As falas deixam claro a importância de se versar nos momentos finais da graduação, quando já se tem uma maior vivência das rotinas e dos cuidados com pacientes, fazendo com que haja uma maior compreensão e um melhor aprendizado do que no início da graduação, quando há uma grande distância entre as aulas teóricas e a prática médica.

4.3. CATEGORIA TRÊS: VISÃO DOS MÉDICOS RESIDENTES FRENTE À MORTE E O MORRER

A categoria três, **Visão dos Médicos residentes frente à morte e o morrer**, é composta pelas cinco subcategorias: *Condutas e atitudes dos seus pares*; *Morte como processo natural da vida*; *Cenário hospitalar e o morrer*; *Condutas qualificadoras do processo de morte e morrer* e *Condutas que os deixam desconfortáveis em instituir nos PFPT*.

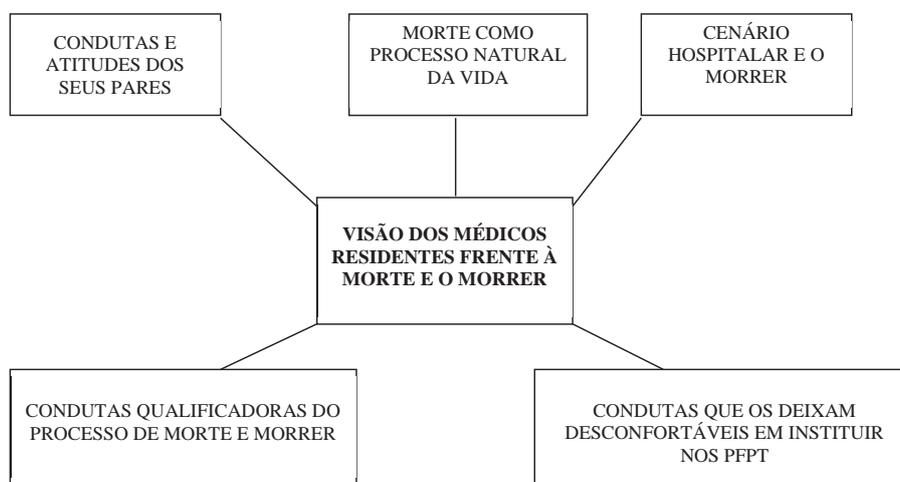


Figura 3 - Categoria três: visão dos médicos residentes frente à morte e o morrer.

4.3.1. CONDUTAS E ATITUDES DOS SEUS PARES

Na primeira subcategoria percebe-se que vários participantes vêem os médicos como profissionais que não dão a atenção merecida aos pacientes que estão morrendo, tratando-os inadequadamente, abandonando-os ou fugindo da abordagem da finitude da vida.

A residência médica é um período de aprendizagem predominantemente prática, tendo o médico residente orientação de médicos mais experientes, os chamados preceptores, que nortearão as condutas e o caminho a ser tomado. Frente a este convívio tão próximo, os residentes observam as atitudes destes em todos os aspectos: técnico,

científico, ético, pessoal e interpessoal, tirando suas próprias conclusões ao final do curso e trilhando caminhos conforme experiências vividas a partir das situações presenciadas.

Sendo a terminalidade da vida e o cuidado com o paciente fora de possibilidade terapêutica muitas vezes negado, negligenciado ou apenas abordado de forma inadequada, os profissionais em formação observam que nos hospitais o tratamento prioritário é o de salvar ou de pelo menos manter vivas estas vidas, independente se o resultado final será a alta hospitalar ou a morte propriamente dita.

“O paciente terminal não tem a atenção que deveria. O médico fica mais preocupado em salvar a vida, manejar um paciente grave que é novo, que tem perspectivas de cura, e não com o terminal.”

[entrevista 1]

“Eu vejo mais frequente um abandono, uma negligência neste paciente pelos médicos. O paciente precisa do conforto, de estar junto, de conversar com ele e com a família. Às vezes a família ou a enfermagem comenta sobre o abandono do médico. Acho que isto se deve pela formação que se tem, não é abordado na faculdade, ou às vezes o médico não tem psicologia para aguentar isto.”

[entrevista 2]

“Não se cuida bem destes pacientes. Há muito pouco cuidado paliativo.”

[entrevista 4]

“Eu acho que não é dada tanta importância como se deveria para o paciente terminal. São poucos que pensam em dar conforto, analgesia e bem-estar. Não dão muito valor a este conforto, não tem tanta ligação com o paciente, às vezes têm muitos pacientes e o médico acaba não dando uma atenção devida a estes pacientes. [...] Quando eu passei em certos estágios vi pacientes que a gente sabia que não tinham mais recursos terapêuticos e aí era só aguardar. Porém nem sempre se tinha toda esta visão sobre cuidado paliativo, desta abordagem que a gente está falando. Acho que faltava isto, o paciente muitas vezes ficava jogado, atirado.”

[entrevista 5]

“Eu já observei diferentes atitudes. Uns médicos dizem: “este é terminal.”, e parece que abandonam o paciente, têm uma falta de cuidado, que já que não tem nada o que fazer, deixam ele aí e paciência.”

[entrevista 7]

“Os Cuidados Paliativos ainda é um assunto muito pouco falado pelos médicos do hospital. Parece que os médicos não se sentem à vontade. [...] Eu vejo isto quando faço os plantões e sou chamada para atender parada cardíaca de pacientes terminais, e não tem nada escrito na pasta quanto ao fato do paciente ser termina. Acredito que é uma forma do médico fugir deste tema. Seria importante estar no prontuário de que o paciente é de cuidados paliativos, que é para ser feito apenas medidas de conforto.”

[entrevista 8]

“Eu vejo que muitos pacientes terminais são largados por muitos médicos. Vejo bastante esta negação e esta fuga deste tipo de paciente. Ouvimos muito coisas do tipo: “Este paciente é terminal, não tem mais nada para se fazer”, quando na verdade eu acho bem o contrário, é um momento em que o profissional tem que estar ainda mais presente, para dar mais conforto,

segurança, ajudar na passagem. Acredito que muitos médicos abandonam ou não gostam de lidar com estes pacientes, pois é muito difícil lidar com este tipo de paciente. [...] Principalmente para o médico ficar tranquilo, para não ver o sofrimento do paciente, saber que se o paciente está na CTI, que não vai precisar visitar muito, não precisando estar o tempo inteiro lá, que vai ter um médico da CTI que vai estar cuidando, que vai estar dividindo a responsabilidade. [...] Vejo muita discrepância entre as atitudes dos colegas, tem médicos que cuidam bem e outros que não. Eu me lembro de um paciente terminal que precisava de uma paracentese para gerar alívio e melhorar o desconforto e o médico assistente disse assim: “Não precisa fazer, ele vai morrer, deixa assim como está.” Apesar de ser um procedimento, melhoraria o desconforto do paciente. Achei que foi uma falta de cuidado ao me dizer: “Dá alta e deixa assim que ele vai morrer em casa.”
[entrevista 13]

“Aqui eu tenho visto que muitos médicos têm um certo desinteresse. Porém depende dos médicos. Há médicos e médicos. Depende do preparo de cada um, há uns que são preparados para isto e têm outros que fogem de tal situação, acabam sendo antipáticos, sendo indiferentes e desinteressados frente a esta situação.”
[entrevista 14]

Em seu cotidiano, o médico enfrenta uma batalha, onde de um lado está ele com todo o seu conhecimento teórico e seu aparato técnico-científico para salvar a vida do paciente, quando do outro lado está a morte se aproximando, demonstrando sua face que será inevitável de negar, não importando quanto tempo levará o processo. Os dados permitem inferir que esta prática é habitual no cenário da hospitalização. O médico, achando-se ter sob seu domínio o poder da vida, lutando contra a doença para que esta não conduza o paciente à morte, utiliza de todos os meios técnicos e científicos para manter a vida a todo custo, mesmo que para isto precise tomar atitudes fúteis que apenas prolongarão a vida sem qualquer benefício.

“Existem médicos extremamente competentes que não sabem diferenciar o que é um paciente recuperável de um terminal, ou não querem, indo até o fim sempre, reanimando diversas vezes pacientes terminais. Eu já acompanhei reanimações cardíacas com médicos assistentes do meu lado que não conseguiam parar, distinguir entre a doença e a morte do paciente.”
[entrevista 3]

“Já tive que reanimar um paciente que era terminal quatro vezes em um dia porque o médico não sabia dizer quando parar.”
[entrevista 4]

“Tem equipes que não aceitam que o paciente é terminal, que fazem tudo até o final. Observo muito bem isto quanto à hemodiálise, tem muitos médicos que quando o paciente está muito mal, que não vai melhorar, colocam em CTI, entubam, colocam ventilação mecânica, chamam a equipe de nefrologia para realizar hemodiálise, muitas vezes sendo desnecessário, não aceitando que seu paciente vai morrer.”
[entrevista 8]

“Em pacientes sequelados de AVC ou com câncer terminal, quando nos chamam para atender em uma situação de parada cardíaca, e você não tem aquele contato prévio com o paciente e com a família, é difícil decidir em não fazer determinada atitude, e às vezes o médico assistente quer que você faça tudo, você vai reanimar um paciente daqueles, colocar em ventilação mecânica...”
[entrevista 11]

“Há médicos que tem claro o que deve ser feito, sobre quais medidas de conforto devem ser feitas, e outros que querem fazer de tudo, prolongando o sofrimento.”

[entrevista 12]

“Do que eu vi até então, às vezes eu fico até chateada, pois vejo que tem gente que não é preparada para atender estes pacientes e faz de tudo o que pode por estes pacientes, mais por um conforto próprio, do tipo, “bem, eu tentei fazer tudo o que dava, e se não deu, é outra coisa.” Vejo que não há um equilíbrio, um bom senso em se dizer, “olha, vamos priorizar o conforto.” Vejo isto principalmente nos médicos mais jovens, que não conseguem chegar ao limite e dizer: “vamos deixar quietinho e dar conforto.” Com o pessoal mais velho e mais experiente eu vejo que o cuidado paliativo se aplica. Entre os residentes eu vejo que não se vê este limite. Eu consigo ver, pois já vivenciei na minha família.”

[entrevista 15]

Nas falas observa-se que muitos entrevistados vêem os outros médicos como profissionais que não conseguem aceitar a morte do paciente, fazendo com que a manutenção da vida física seja algo sempre buscada a qualquer custo. A morte é vista como um adversário a ser derrotado, contemplando Ariès (1977) que menciona, que frente aos grandes avanços científicos e tecnológicos na Medicina, o médico tornou-se responsável por lutar contra a morte já que esta é ocultada, vergonhosa e não mais vista como um processo natural da vida.

4.3.2. MORTE COMO PROCESSO NATURAL DA VIDA

Gutierrez (2001) menciona que a terminalidade de vida é quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. O indivíduo se torna "irrecuperável" e caminha para a morte, sem que se consiga reverter este caminhar. Admitir que os recursos para o resgate de uma cura se esgotaram e que o sujeito se encaminha para o fim da vida não significa que não há mais o que se fazer.

Ao contrário, abre-se uma ampla gama de condutas que podem ser oferecidas, tanto ao sujeito que necessita de cuidados quanto seus familiares, visando ao alívio da dor, à diminuição do desconforto e também a possibilidade de situar-se frente ao momento do fim da vida, acompanhados por alguém que possa ouvi-los e dar suporte (COLLET; ROZENDO, 2003).

A morte é inevitável e um evento único na vida de cada indivíduo. Sendo muitas vezes precedida de uma doença e de uma longa internação hospitalar, frequentemente acompanhada de muito sofrimento e angústia, vê-se o quanto é

importante enfrentar e aceitar a morte como sendo um evento fisiológico na vida do indivíduo.

“A gente tem que encarar a morte como um processo natural. Às vezes eu fico chateada em ter que fazer tudo, eu digo assim, reanimar um paciente que está em óbito, não foi um acidente, uma intercorrência, o paciente faleceu, não está tendo uma parada cardíaca.”

[entrevista 2]

“... vai acontecer com todo mundo, se não morrer de uma morte súbita, as pessoas vão passar por este processo de doença longa e terminal, devendo ser encarado com mais naturalidade e os profissionais devem estar preparados para lidar com isto.”

[entrevista 7]

“Eu encaro com naturalidade a terminalidade, o fim da vida. Não tem muito problema comigo.”

[entrevista 11]

“Todo mundo vai morrer um dia. Às vezes reanimar vai deixar mais seqüelas, mais sofrimento para o paciente e para a família. Chega uma hora que terminou. Eu pelo menos encaro desta maneira. Devemos manejar da melhor maneira e dar conforto, não fazendo distanásia”.

[entrevista 15]

As falas demonstram que muitos entrevistados encaram com naturalidade a finitude da vida de seus pacientes fora de possibilidade terapêutica, respeitando o limite da vida destes, priorizando principalmente o manejo dos sintomas em detrimento apenas da manutenção da vida a qualquer custo.

4.3.3. CENÁRIO HOSPITALAR E O MORRER

Nesta subcategoria, vê-se as mudanças da atualidade do local da morte, deixando de se morrer em casa para se morrer em hospitais. Isto nos remete aos escritos de Foucault (1979) sobre a origem e desenvolvimento do hospital, quando menciona que até o século XVIII o personagem do hospital não era um doente a ser curado, mas apenas o pobre que estava morrendo, servindo como um local para se morrer. Não havia a figura do médico, apenas de pessoas religiosas e leigas que prestavam serviços de caridade. A partir do século XVIII, através da introdução de mecanismos disciplinares no espaço até então confuso dos hospitais, devido às razões econômicas e ao desejo de se evitar epidemias, o médico se torna uma figura presente nos hospitais marítimos e militares. Ele acaba medicalizando o indivíduo não apenas no seu domicílio, mas na estrutura hospitalar, através da produção do discurso científico sobre o indivíduo, sua saúde e sua doença. Com o progresso da medicina, de seus recursos tecnológicos e de sua produção científica, o papel do hospital torna-se cada vez mais presente no

cotidiano das pessoas enfermas, tendo o médico o papel fundamental no tratamento aos doentes nas enfermarias, com objetivo da cura das doenças e manutenção e preservação da vida humana.

Kovács, em sua obra *Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação* (2003, p. 24), diz que

A morte no final do século XX e início do século XXI normalmente não ocorre mais no leito, em domicílio, com a pessoa rodeada de familiares, passa a acontecer nos hospitais, nas UTIs, tendo como companhia não as pessoas queridas, mas tubos, máquinas e profissionais atarefados.

Sendo a morte “ocultada socialmente” tornando-se institucionalizada, criou-se uma versão moderna para o processo de morte e morrer: a morte moderna, medicalizada (MORITZ, 2005). Nesse sentido, o doente é entregue aos hospitais, privilegiando a competência médica, fazendo com que muitas pessoas que estão vivenciando o processo de morte e morrer permaneçam nestes locais, não mais sendo cuidados por leigos ou religiosos, mas por profissionais que frequentemente estão lutando para a manutenção da vida a qualquer preço (MARTA et al., 2011). Os médicos lutam incansavelmente contra a morte e, por vezes, esquivam-se do paciente terminal, já que este não é visto como uma vida a ser salva, porém não podem deixar de atendê-lo frente a esta necessidade social.

“As pessoas não morrem mais em casa, só em hospital, isto é um problema. Não se fala mais que o médico deu alta para um paciente ir morrer em casa. Ninguém mais faz isto, acho que até as famílias querem levar ao hospital achando que sempre pode ser feita mais alguma coisa, porém na minha visão, se morrer em casa é melhor.”

[entrevista 4]

“Eu me lembro de um paciente terminal que estava internado no posto 7, cheio de escaras, tinha dor, e aí foi optado por medidas de conforto, só cuidados com as feridas. Nós queríamos que ele tivesse tido alta do hospital para morrer em casa, porém a família não o queria em casa, não queria assumi-lo em casa.”

[entrevista 6]

A fala deste participante nos remete a fazermos várias reflexões acerca de todo este processo. Como menciona Bushatsky (2010, p. 27)

a humanização do cuidado, sua subjetividade e a valorização e o respeito ao outro, representam um grande esforço, porque pressupõem a modificação da cultura dos cuidados na fase terminal, entendendo que existem diferenças na percepção de pacientes, familiares e profissionais de saúde quanto ao modo de vivenciar o fim da vida.

“Quanto à CTI, eu acho que tem lugar melhor para um paciente terminal, que é ficar no quarto junto com os familiares neste último período da vida. [...] A gente não tem noção da

carga de sofrimento que isto pode gerar, se o paciente vai sentir fome, frio, dor. Por que não deixar morrer com a família? Se o paciente pode ficar até em casa, eu acho até melhor, podendo ser tratado em casa.”

[entrevista 7]

“Acho que o melhor é ficar com a família no quarto que na CTI.”

[entrevista 8]

“De preferência se puder ficar em casa, com a família, junto com as pessoas de quem gosta, e não estar no hospital.”

[entrevista 11]

“Ficar na CTI também não é o melhor lugar, devem ficar com a família no quarto.”

[entrevista 12]

4.3.4. CONDUTAS QUALIFICADORAS NO PROCESSO DE MORTE E MORRER

Os entrevistados preocupam-se em fornecer cuidados e medicações que amenizem os sofrimentos dos pacientes, como uma boa e adequada analgesia, com o objetivo de melhoria da qualidade de vida durante o processo de terminalidade da vida. Isto vem ao encontro do que é enfatizado na filosofia dos Cuidados Paliativos, a amenização do sofrimento do enfermo e apoio à família.

Segundo Pessini (2010, p. 558):

De um lado, a convicção profunda de *não abreviar intencionalmente a vida* (eutanásia); de outro, a visão para *não prolongar o sofrimento e adiar a morte* (distanásia). Entre o não abreviar e o não prolongar está o *amarás* com suas dores e recompensas. É um desafio difícil aprender a amar o paciente na fase final de vida sem exigir retorno, com a gratuidade com que se ama um bebê, num contexto social em que tudo é medido pelo mérito! Porém, ante tal missão não se deve esquecer que o sofrimento humano só se torna intolerável quando ninguém dele cuida. Com o mesmo desvelo com que fomos cuidados ao nascer, precisamos também ser cuidados para morrer.

Isto contempla o ensinamento de Oliver Holmes (1809-1894) apud SIQUEIRA (2000, p. 63), médico americano do século XIX, quando dizia que “A Medicina deve curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre.”

“A minha visão é de que se é um paciente terminal, tenho que dar medidas de conforto. [...] Eu acho que quando o paciente está com uma analgesia e está bem sedado, isto me conforta.”

[Entrevista 1]

“Acho muito importante fazer o paciente não sentir dor. Também aprendi com um professor da CTI que me ensinou que a gente também não deve deixar um paciente passar fome, deixar mais sedado se está no fim da vida, não deixar agitado e amarrado.”

[entrevista 2]

“O paciente não pode sentir dor, independente da dose da medicação que precisará ser colocada.”

[entrevista 4]

“Tratar um paciente terminal é dar um conforto para este, é dar vida aos dias, e não dias à vida. É importante dar qualidade de vida para o tempo que esta pessoa vai ter. [...] A gente faz e faz bem é o conforto e analgesia, que é o que o paciente precisa, é não sentir dor.”
[entrevista 5]

“Uma das coisas a que eu mais dou atenção é para a dor. Eu acredito que um paciente, por mais que seja terminal, não pode sentir dor. Também acho muito ruim ver um paciente com falta de ar.”
[entrevista 8]

“Não sentir dor em hipótese alguma. E a medicina tem muitos recursos para isto e muitas vezes a gente acaba vendo pessoas sofrendo sem precisar. Deixar o paciente o mais confortável possível neste momento. Isto me tranquiliza quando acontece.”
[entrevista 9]

“Dar conforto para o paciente, não fazer com que o paciente sinta dor, frio ou falta de ar. O paciente não precisa sofrer no momento da sua morte, é muito triste quando isto acontece. É um momento muito importante para ele e para a família que está vivenciando isto. Cabe ao medico e a todos que estão cuidando do paciente oferecer conforto e respeito nesta hora.”
[entrevista 10]

“Eu acredito que seja dar todo o conforto para o paciente [...]. É sedar para não sofrer, acalmar a dor.”
[entrevista 11]

“Confortável é otimizar o tratamento para a dor, deixar o paciente mais sonolento, mais sedado”
[entrevista 13]

“O importante é fazer a sedação, aliviar a dor, isto é uma das principais coisas a serem feitas, não exagerar em medidas que vão postergar a morte.”
[entrevista 14]

“No que me sinto muito confortável é conseguir controlar o que eu acho que possa gerar muito desconforto, que é a angústia de uma falta de ar e a dor. Então me sinto muito confortável em usar morfina num paciente que vai sentir menos dispneia e dor.”
[entrevista 15]

Como mencionado nas inúmeras falas acima, vê-se o quanto está enraizado no cuidado a prioridade em oferecer conforto ao paciente, utilizando-se de todo o aparato medicamentoso e tecnológico para a minimização de qualquer sintoma indesejável para o indivíduo no período que antecede sua morte.

4.3.5. CONDUTAS QUE OS DEIXAM DESCONFORTÁVEIS EM INSTITUIR NOS PFPT

Na última subcategoria observa-se nas falas que os médicos residentes não se sentem bem quando têm que instituir, neste tipo de doentes, medidas intensivas ou que apenas posterguem o processo de morte. Estas medidas, ao serem administradas, na

maioria das vezes tornam-se fúteis e apenas prolongam a vida do indivíduo sem prestar qualidade na mesma, gerando distanásia.

“Entubação quando o paciente está em insuficiência respiratória e que é um paciente que não tem mais nada para se fazer. Para mim isto é uma agressão.”

[entrevista 1]

“Eu não me sinto confortável em colocar este tipo de paciente em ventilação mecânica. Há outras medidas que podem ser feitas para não deixar o paciente com dispneia confortável. [...] Também acho desnecessário colocar o paciente na CTI... usar noradrenalina. Eu ainda fico desconfortável em não colocar antibiótico num paciente terminal.”

[entrevista 2]

“Eu me sinto muito pior reanimando um paciente terminal que oferecendo conforto. [...] Não se deve entubar, reanimar e dar dieta quando não tem indicação. O que se deve fazer é sedar e retirar a dor. [...] Às vezes se vê o paciente lá, sofrendo, com dispneia, secreção, secreção, e ninguém faz nada, aí vão chamar só quando faz uma parada cardiorrespiratória, mas daí já se passou dois, três dias com o paciente sofrendo e ninguém fez nada. Daí, quando pára, vai lá e se entuba, passa acesso venoso central, tudo isto. Eu não me sinto confortável com isto. Outra coisa é colocar paciente terminal na UTI. Eu sou contra. Ele vai tirar a vaga de outro que precisa. Às vezes vejo pacientes mal nos quartos e outros na UTI que não precisavam estar lá. Deveriam ficar com suas famílias, e não na UTI.”

[entrevista 4]

“Entubar um paciente terminal eu já acho que é prolongar sofrimento. Outra coisa é a passagem de acesso venoso central, uso de drogas vasoativas, colocar na UTI, fazer hemodiálise. Tudo isto eu acho desnecessário.”

[entrevista 8]

“Desconfortável eu me sinto quando o que eu estou fazendo não vai resolver o problema do paciente; não oferecerá uma qualidade de vida adequada, fazendo com que não se restabeleça o que fora antes. Também acho ruim colocar em UTI, entubar, reanimar um paciente terminal.”

[entrevista 9]

“O que eu me sinto desconfortável é ter que entubar, colocar na UTI e tirar do convívio da família.

[entrevista 10]

“Eu acho ruim entubar e dar drogas vasoativas.”

[entrevista 12]

“Desconfortável é colocar em ventilação mecânica, entubar, levar para CTI, principalmente já sabendo do prognóstico de sua doença, pois só estarei prolongando o sofrimento daquele paciente. É como levar um paciente com morte encefálica que não é doador para CTI, é desnecessário.”

[entrevista 14]

Desta forma, ficam claras as visões que os entrevistados têm frente ao que ocorre na atualidade, onde se presencia uma mudança do local da morte, sendo esta vivenciada principalmente nos leitos hospitalares, muitas vezes em Unidades de Terapia Intensiva, sendo utilizadas medidas que muitas vezes trazem apenas prolongamento da vida sem qualidade, com recursos prescritos por médicos que não sabem diferenciar

entre um paciente que é recuperável de um que está prestes a morrer, exercendo obstinação terapêutica em troca de amenização dos sintomas e cuidados paliativos. Vislumbra-se também que a morte de um paciente fora de possibilidade terapêutica deve ser encarada como um evento natural e inevitável, devendo-se instituir apenas medidas que amenizem os sintomas que estão sendo apresentados e que geram desconforto ao paciente.

4.4. CATEGORIA QUATRO: RELAÇÃO DO MÉDICO COM FAMILIARES E COM O PACIENTE

A categoria **Relação do médico com familiares e com o paciente** é composta pelas quatro subcategorias: *Comunicação com o paciente*; *Comunicação com a família*; *Sentimentos do profissional frente à família*; *Família determinando condutas*.

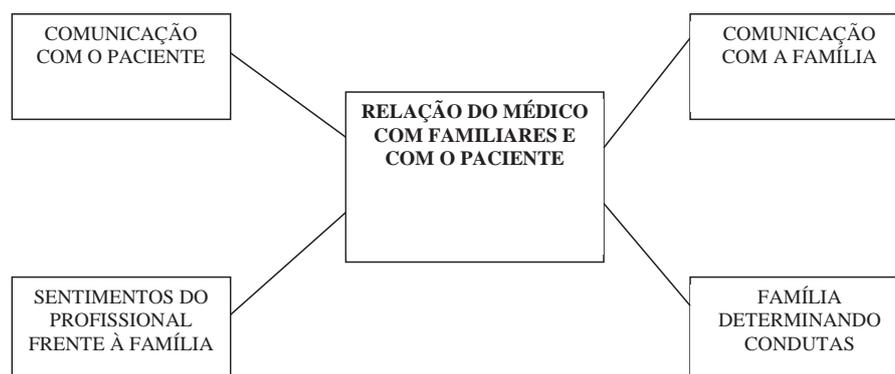


Figura 4 - Categoria quatro: relação do médico com familiares e com o paciente.

4.4.1. COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE

Cabe, no âmbito da saúde, aos médicos serem os portadores das boas ou más notícias a um paciente. Comunicar uma má notícia, um prognóstico sombrio, uma piora do quadro clínico, assim como a chegada da finitude da vida é uma das tarefas mais árduas e difíceis para os profissionais. Depende muito de cada profissional, da empatia que este tem e de como sabe lidar com tais situações para conduzir um melhor diálogo que não apavore o paciente ou pelo menos, que minimize os sofrimentos e as angústias

que isto possa gerar. A comunicação não deve se basear apenas na palavra propriamente dita, mas também na comunicação não-verbal, salientando-se o contato visual, o toque e a postura que o profissional terá diante do paciente.

Sabe-se que o impacto de uma comunicação é determinante à terapêutica e aos cuidados a serem instituídos. Não há um roteiro definido de como deve ser feito o diálogo, do tempo que deve durar ou que palavras devem ser faladas e quais devem ser negligenciadas no discurso. É fundamental a compreensão por parte do ouvinte do que está sendo falado, já que a linguagem técnica, os jargões médicos, podem muitas vezes confundir e deixar o paciente sem saber o que está acontecendo com sua própria saúde, devendo-se utilizar palavras que o ouvinte saiba os significados. Além disto, para uma boa comunicação, é imprescindível um olhar humano, solidário e que acima de tudo, demonstre que, apesar do que está sendo dito, o profissional estará aí para tratar e cuidar do indivíduo enfermo, independente das escolhas deste ou das intercorrências que a doença lhe impuser durante a trajetória, garantindo que não o abandonará nos momentos difíceis e, principalmente, no desfecho final.

Para que a comunicação seja adequada, reduzindo-se conflitos e mal-entendidos, é importante aprender e aceitar que a pessoa que está morrendo sempre tem algo a ensinar, facilitando até o cuidado com este indivíduo, sabendo enxergá-la em sua dimensão de mundo que está se apresentando naquele momento crucial de sua existência, permitindo para que falem suas angústias e expressem seus sentimentos. Se forem coibidas de falar sobre o que está se passando, ficam mais solitárias, mesmo que haja pessoas que estejam preocupadas com elas ou ao seu redor. Deve-se valorizar este mundo da forma e do tamanho como está se apresentando, já que o medo que os seres humanos têm é de estarem sozinhos neste período, de não terem ninguém que alivie a dor da solidão (SILVA, 2004).

Nesta perspectiva, vale destacar o que preconiza o Protocolo SPIKES (BAILE et al., 2000), documento este desenvolvido com o intuito de que se alcancem quatro objetivos específicos que envolvam a comunicação: saber o que paciente sabe, informar adequadamente, dar suporte e desenvolver uma estratégia de tratamento. É composto por seis etapas distintas, que podem ocorrer em vários encontros: Planejamento da entrevista (*S – Setting Up the Interview*), Avaliar a percepção do paciente (*P –*

Perception), Obter o Convite do paciente (*I – Invitation*), Dar Informação (*K – Knowledge*), Abordar as emoções com respostas afetivas (*E – Emotions*) e Estratégia e resumo (*S – Strategy and Summary*).

Na primeira etapa, planejamento da entrevista, antes mesmo de se estar diante do paciente, já deve o profissional elaborar o que irá conversar, como informará a notícia e estar preparado para as futuras indagações e sensações despertadas pelo ouvinte. É importante estar atento ao local em que se dará o diálogo, de preferência ser privativo ou na ausência deste, que haja a maior privacidade com o paciente, evitando-se que pacientes próximos (em caso de enfermarias) ou pessoas desnecessárias vivenciem ativamente a conversa. O comunicador precisa estar sentado, para que não seja transmitida a ideia de pressa ou de superioridade, além de ser importante estar com o contato visual mais próximo. É necessário que os celulares permaneçam no modo silencioso ou desligado, a fim de se evitar interrupções desnecessárias àquele momento. É conveniente estar disponível e aceitar que alguém próximo ao ouvinte esteja presente para ouvir e indagar sobre o que está acontecendo.

Na segunda etapa, avaliar a percepção do paciente, o profissional necessita saber do ouvinte o que este sabe sobre seu estado de saúde, para que possa corrigir desinformações e moldar a notícia para a ideal compreensão, muitas vezes partindo do que o paciente já sabe para informar os dados adicionais.

A terceira etapa corresponde a convidar o paciente ao diálogo. Cada paciente quer saber de sua condição de uma determinada forma. Alguns preferem ter ciência de tudo o que diz respeito à sua saúde, seu corpo e sua vida, enquanto outros não demonstram este desejo. No primeiro caso, isto ameniza a ansiedade do profissional em transmitir a má notícia, pelo fato de saber que o paciente está disposto a ouvir. Já no outro caso, quando o indivíduo esquivava-se da informação, sendo isto um mecanismo psicológico frente ao seu estado, caberá ao profissional informar aos poucos e respeitando os limites do paciente, para não gerar uma situação muito mais estressante a quem está ouvindo. O comunicador deve ter consciência do que o paciente está sabendo, para evitar que fantasias se criem.

Na quarta etapa, dar a informação, é primordial utilizar uma linguagem acessível, não ser muito técnico ou incompreensível a quem for ouvir. Usa-se uma

linguagem clara e precisa sobre o que acontece, estando aberto para questionamentos a fim de que o ouvinte saiba com exatidão o que está sendo falado.

Dentro dessa perspectiva é conveniente recorrer a um vocabulário que seja compreensível ao paciente. Além disso, deve-se evitar a dureza das palavras, abusando-se da empatia e do respeito em tal situação. É melhor dar a informação aos poucos, conferindo a compreensão do ouvinte sobre o que se está falando. Deve-se utilizar a linguagem não verbal para expressar que está compreendendo e oferecendo, além do silêncio entre as falas, a fim de oferecer espaço para a pessoa absorver o que está sendo dito e ter oportunidade de questionar. No contexto de se fornecer lentamente a informação, principalmente em pacientes hospitalizados, a comunicação de um diagnóstico ruim pode ser fornecida em várias visitas, respeitando-se desta forma o tempo que cada indivíduo tem para preparar-se para aquela situação (de doença) que será informada e também para a elaboração e planejamento do que será feito em virtude deste problema.

Na quinta etapa, abordar as emoções com respostas afetivas, cada ser humano reage de uma forma a uma notícia, podendo ir do silêncio a histeria, riso ou choro, raiva, negação ou aceitação imediata. O profissional deve sempre compreender o que está se passando e oferecer apoio, além de estar preparado aos questionamentos, que podem variar sobre diversos temas, desde o diagnóstico e a terapêutica, como quanto ao tempo de vida, mudança de planos para o futuro próximo ou mesmo sobre o processo de morrer, esta experiência inédita e única que viverá. Nesta etapa, a linguagem não verbal, como um olhar, uma postura e um toque podem expressar muito mais que palavras. Ouvir se torna tão importante quanto falar. O profissional pode ser surpreendido por reações inesperadas para a situação, e uma palavra mal pronunciada faz diferença no indivíduo que a ouve. Quando não se sabe o que dizer, é melhor não dizer nada, apenas escutar.

Na última etapa, estratégia e resumo, expõem-se as opções terapêuticas, planejando-se o futuro da relação. Compartilhar responsabilidades com o doente reduz a sensação de fracasso por parte do profissional quando o tratamento não é bem sucedido. Nesta etapa do diálogo, é importante esclarecer sobre o tratamento que será instituído e

sobre o prognóstico da doença, assim como conversar sobre complicações e situações pertinentes que serão norteadores para condutas.

Em cuidados paliativos, a comunicação direta com o paciente é extremamente importante a fim de se preservar a autonomia frente às tomadas das decisões, não cabendo ao profissional da área da saúde ou a um familiar decidir pelo paciente quais atitudes e condutas médicas serão tomadas enquanto o paciente puder exercer seu direito de escolha (WALLING et al., 2010).

O que se observa nas falas dos entrevistados é que, apesar de serem orientados a como abordar um paciente que inevitavelmente irá morrer, vê-se o quanto esta comunicação gera angústias e dificuldades:

“Para falar com o paciente é o mais difícil, sem dúvida, pois a gente sabe que eles sabem o que têm, apesar de a gente às vezes pensar que eles não saibam. Poderia ser mais fácil, mas eu acho difícil. Eu penso: ‘Meu Deus, que palavras usar’, daí eu começo pensar nas experiências que eu tive, de médicos que, por algum motivo, falam de certas formas erradas. [...] Eu vi o quanto é importante a comunicação, a forma de se abordar com o paciente e a família esta situação. Tem que ter mais cuidado, ser mais humano, pesar bem as palavras. Tem várias maneiras de se falar. Muitas vezes deve-se mais ouvir que falar, fazer perguntas bem abertas, falar só o que o paciente quer saber.”

[entrevista 3]

“Eu chamar a família para o lado de fora da porta e dizer que não se tem mais nada para fazer é uma coisa, mas falar com o paciente é outra, ainda é complicado.”

[entrevista 4]

“Se o paciente está consciente e tem ideia de tudo o que está acontecendo, acho que não tem porque esconder dele. Claro que gera uma angústia ao abordar isto com o paciente.”

[entrevista 5]

“Porém também acho difícil abordar com o paciente sobre a sua doença terminal, conversar com ele dizendo que vai morrer por uma patologia grave. Apesar de querer que saiba da doença, acho muito complicado falar sobre esta com o doente, o que falar e quando falar sobre seu diagnóstico.”

[entrevista 8]

“É difícil falar com o paciente sobre sua situação clínica. Às vezes a gente acaba tentando esconder dele por pena ou para não gerar sofrimento, apesar de saber que ele tem direito de saber sobre sua situação. É mais fácil falar com a família.”

[entrevista 12]

“Tem alguns pacientes que não querem que você fale sobre isto, você percebe até no momento de dar a notícia de um diagnóstico, que ele sabe que é um câncer, mas não quer ouvir a palavra. Ele tem o direito de saber e deve saber da doença, porém você tem que respeitar o momento que ele quer ouvir.”

[entrevista 13]

“É mais difícil conversar com ele (o paciente). [...] É um pouco incapacitante. A gente tem que explicar aquela doença e tem que explicar que também existem limitações daquela doença, e que isto vai fazer parte de todo o resto da vida. É angustiante e frustrante.”

[entrevista 14]

Citou-se também a importância de se ter um diálogo franco com o enfermo, que tem o direito de saber sobre sua doença. Um idoso que está próximo da morte e que tem consciência disto pode trabalhar pontos fundamentais da existência humana, como o aprofundamento de algumas relações, revisão da vida e busca do sentido. O diálogo franco com o paciente é contemplado no artigo 34 do Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010, p. 16) onde diz que

é vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu representante legal.

“Eu sou a favor de sempre falar a verdade, mas com meios de se dizer, até porque todo o paciente que sabe que vai morrer, sempre tem uma esperança, e não cabe a mim tirar a esperança. Deus é um só, e a medicina também. Eu acredito que possa haver milagres. Eu tenho que explicar de forma leiga sobre a doença, que vai se tentar fazer de tudo, mas sempre falar a verdade, de forma mais branda.”

[entrevista 1]

“Eu acho que o paciente tem direito de saber o que está acontecendo. Eu já tive um paciente assim, eu sei que tem aquelas fases que ele passará, principalmente os pacientes oncológicos. Então no começo principalmente é difícil, geralmente ele tem revolta, mas depois se torna possível.”

[entrevista 14]

Há falas que apontam a controvérsia da questão, em que o posicionamento do médico é favorável a omissão do veredicto, deixando claro que não são partidários de emitir um diagnóstico ou prognóstico naquele momento.

Segundo Bertachini (2011, p. 113):

profissionais e familiares sentirão a necessidade de ocultar ao paciente a verdade por causa do desejo de manter esperança, estratégia que, embora bem-intencionada, pode trazer muitas dificuldades com o avançar da doença.

“Com o paciente, eu acho que você pode dar o conforto, deixá-lo tranquilo, mas não precisa dizer, se ele estiver consciente, que ele vai morrer daqui a alguns dias. Deveríamos poupar este sofrimento, porque bem ou mal ninguém quer morrer. Eu acho muito difícil falar com o paciente sobre isto. Você não pode esconder, mas não pode ser totalmente claro. Não precisa levar esta angústia a ele, dizendo, “agora não tem mais o que fazer por ti e aí você vai morrer...”

[entrevista 7]

“Vai chegar um momento que o paciente vai saber, mesmo que você não fale, ele sabe que está morrendo. [...] Tem alguns que se opta por não falar sobre tudo o que ele tem, principalmente um paciente idoso, para que não gere angústia ou outros sofrimentos. Porém o paciente sempre sabe que tem uma doença que vai levar ele a morte. Acho que tem que pesar cada

situação e a melhor maneira de expor isto é particularizar bem, até porque cada um é único.”

[entrevista 13]

4.4.2. COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA

A família está diretamente envolvida no processo de finitude daquele que está partindo. Ver a proximidade da morte de um ente querido, refletir quanto aos momentos presentes e de ausência, confraternizações e discussões faz com que a família avalie sua própria existência e os significados na vida daquele que está morrendo. Ela adoece junto com o enfermo, apresentando muitas dúvidas frente à situação que está sendo enfrentada, pode sentir-se isolada e estressada, necessitando de tanto ou até mais suporte que o próprio enfermo (HUDSON et al., 2012).

Conversar com a família faz parte da assistência ao próprio doente. Estando esclarecida, sabe o que está se passando com o paciente, o que esperar do tratamento (seja este modificador do curso da doença ou meramente paliativo) e da evolução da doença, proporcionando suporte e apoio ao paciente e a todo núcleo familiar. Esses aspectos serão importantes para uma melhor aceitação da terminalidade da vida. A família espera do médico não apenas que este maneje adequadamente os sintomas de seu familiar, mas que dê atenção às suas próprias necessidades, como atenção, informações verdadeiras, conforto e que respeite as manifestações emocionais e espirituais demonstradas durante este período, além de ouvir e esclarecer as dúvidas que surgem (SANTOS; BASSITT, 2011).

“Tem que conversar muito com a família.”

[entrevista 3]

“Não se prepara a família para a morte do paciente. [...] Falta diálogo.”

[entrevista 4]

“Com a família tem que super claro. Eles têm todo o direito em participar, de dizer o que está acontecendo.”

[entrevista 7]

“Muitas vezes, como a gente faz plantões pelo hospital, atendendo pacientes terminais, a gente vê que há muito sofrimento por parte do paciente e por seus familiares, que muitas vezes não foi sequer falado que o paciente é terminal para os familiares. [...] Eu vejo que em muitos pacientes é feito grandes investimentos médicos, muitas vezes por falta de comunicação do médico com o paciente e com a família, o que poderia evitar se tivesse uma melhor abordagem, dizendo que o paciente é terminal e que morrerá da doença. Muitas vezes os familiares não têm sequer noção do que está acontecendo com o paciente, talvez por falta de tempo em abordar este assunto, ou por medo, não sei.”

[entrevista 9]

“Eu sempre falo com os familiares sobre o quadro clínico do paciente, que ele não vai mais ter melhora, pois se fosse comigo ou com um familiar meu, eu gostaria que fosse colocado medidas de conforto e não ficar entubado numa CTI.”

[entrevista 11]

“Eu fico muito tranquila em abordar o paciente. Acho até mais fácil que abordar a família.”

[entrevista 15]

As falas mostram o quanto é importante o médico ter um diálogo franco com a família (ou os cuidadores próximos do paciente), expondo toda a situação que o doente está passando. Tanto quanto à atenção voltada ao paciente, é importante a comunicação com a família, sabendo o profissional ser empático, estar aberto para questionamentos e esclarecimentos acerca da situação que o enfermo está passando, desde o diagnóstico, terapêutica, prognóstico e principalmente quando a morte está se aproximando. O impacto de um diagnóstico pode ser tão devastador para a família como para o próprio enfermo, que podem necessitar de tanto ou mais assistência neste período (OLIVEIRA et al., 2005).

4.4.3. SENTIMENTOS DOS PROFISSIONAIS FRENTE À FAMÍLIA

A relação do médico com a família do paciente que está no processo de morte e morrer nem sempre é fácil. Tanto quanto o doente, ela pode estar fragilizada e vulnerável a diversos sentimentos que a terminalidade daquele indivíduo pode gerar, interferindo na relação com o profissional que está assistindo o doente conforme o que se está passando ou sentindo naquele momento.

Segundo Kovács (2004, p. 283):

considerando-se a família como um organismo, o surgimento de uma doença vai provocar uma reorganização em sua estrutura e em sua distribuição de papéis. Cada família terá sua forma e seu ritmo de adaptação, ficando então artificial se falar de um padrão familiar diante da situação de doença.

Os membros da família experimentam vários estágios de adaptação, assim como o próprio paciente. Em um primeiro momento negam o fato de que a doença possa estar afetando aquele indivíduo. É comum a crença de que houve um erro no diagnóstico, fazendo com que busquem, em vários profissionais, opiniões frente àquela situação. Quando o paciente passa pelo processo de raiva, os parentes também sentem a mesma reação emocional, tendo raiva do médico que os informou sobre a realidade, ou

dirigem este sentimento à equipe do hospital que está prestando assistência. Estas sensações podem estar vinculadas às culpas e aos desejos em recuperar tempos perdidos no passado. Se os membros da família compartilharem entre si as emoções que aflorarem no decorrer do período de doença do ente querido, enfrentarão a realidade da separação e poderão mais facilmente aceitá-la (KÜBLER-ROSS, 1996).

Também vivenciarão a fase da barganha, onde procurarão métodos mágicos de cura, pactos e promessas divinas, estabelecendo acordos reais ou imaginários com figuras que simbolizam poder sobre o bem e o mal e sobre a vida e a morte, podendo ser em um médico, em Deus ou em santos de devoção. Muitas vezes voltam-se ao campo espiritual e religioso, trazendo sentimentos de tranquilidade e bem-estar, fazendo com que encarem de uma melhor forma a crise que se mostra no cotidiano familiar. Quando percebem que a doença progride e que o quadro clínico se agrava, evoluindo para uma situação de terminalidade irreversível, há a percepção da morte iminente com a instalação da depressão, apresentando sentimentos de culpa, de insegurança, de tristeza e de pesar, com um aumento da introspecção e do isolamento. A última fase, a de aceitação, é o estágio de quietude e de isolamento, quando se acaba a fase de se lutar e se aumenta a necessidade de descanso. Aceitar a morte do familiar não é perder a esperança de vida, mas não mais temer a perda e a ausência (MEDEIROS; LUSTOSA, 2011).

Cada indivíduo tem uma história de vida e junto a isto, uma trajetória familiar. Assim como pode possuir uma família presente e carinhosa, pode ocorrer o abandono ao indivíduo que está morrendo, dependendo das relações e dos vínculos que este teve ao longo de sua vida, fazendo com que corra o risco de ficar sozinho em leitos de hospitais ou abandonado em instituições de longa permanência até a chegada do desfecho final.

Ao profissional que está cuidando do doente, a família pode ser muitas vezes uma aliada ao tratamento ou um problema a mais. A relação deve ser muito individualizada, para manter uma harmonia onde não apenas o doente receba atenção e cuidado, mas também com os demais, pois fazem parte do cuidado paliativo que o enfermo está recebendo. As pessoas próximas são peças fundamentais nas tomadas de decisões quando o paciente está confuso, desorientado ou inconsciente, perdendo desta forma sua autonomia. Neste caso, é transferido a elas a tomada das decisões, fazendo

com que a relação seja complexa, pois assim como pode haver apenas um familiar que tome a frente o cuidado e decida junto com a equipe as condutas, pode ocorrer que vários membros opinem, podendo estar ou não em comum acordo nas opiniões, gerando impasses e indecisões, desestabilizando a relação médico-familiar e gerando dúvidas e incertezas no cuidado.

“É difícil, principalmente com a família.”
[entrevista 3]

“Eu acho que você aprende com a vida, como saber lidar com este tipo de paciente, principalmente com os familiares, o que é muito complicado. [...] Eu acho mais difícil lidar com a família que com o paciente. Há muita indecisão por parte dos familiares, tem uns que querem prolongar e outros que não querem, daí o médico fica neste impasse.”
[entrevista 5]

“Eu acho bastante difícil abordar este tipo de paciente, principalmente em função dos familiares, [...] pois vejo que muitos não aceitam que o paciente está morrendo, que sempre acham que tem alguma coisa a mais para ser feito, que seja feito tudo até o final. [...] Acredito que a família, por mais que saiba que o paciente vai morrer, na hora da notícia não aceita que isto vai acontecer, pode dar uma revolta.”
[entrevista 8]

O médico, pela sua formação profissional, conforme já foi discutido anteriormente, não tem boa aceitação da morte, muitas vezes a vendo como uma derrota. A família, neste caso, é vista como sendo a quem o profissional deve justificar o seu fracasso.

“É mais difícil abordar ainda mais a família [...] quando esta tem uma cultura maior, que te cobra mais sobre o que está acontecendo com seu familiar e porque está acontecendo aquilo, [...] pois muitas vezes o paciente já não está mais interagindo, chega a certo ponto que não tem mais consciência do que está acontecendo, e para a família é difícil, pois quer sempre encontrar uma justificativa para o que está acontecendo. Parece que eu não tenho um argumento forte para aquela situação.”
[entrevista 6]

Dentro dessa lógica de atendimento e abordagem médica paliativa, o doente que está morrendo num leito hospitalar permanece com seus familiares, recebendo medicações sintomáticas que minimizam os sofrimentos apresentados pela moléstia e que preserva o seu tempo de vida priorizando a qualidade de vida, não retardando nem antecipando a morte, apenas respeitando o ciclo natural da vida.

Sendo a morte vista como um fracasso, uma derrota e muitas vezes consequências de erros, a instituição de Cuidados Paliativos num paciente fora de possibilidades terapêuticas, não se utilizando o arsenal terapêutico que existe num ambiente hospitalar, como aparelhos de ventilação mecânica, reanimação cardíaca em

caso de parada cardíaca, instituição de antibioticoterapias de amplo espectro, manutenção do paciente em unidades de terapia intensiva, entre tantas outras possibilidades, pode parecer como uma negligência por parte do profissional que presta este cuidado paliativo.

Existe um mal estar, em que muitos se sentem incomodados e preocupados em como os familiares interpretarão estas medidas que não prolongarão o tempo de vida, amenizando apenas o sofrimento, gerando angústias quanto à responsabilidade legal das condutas. Com o temor de processos ético-judiciais há um excesso de obstinação terapêutica nos leitos hospitalares, com um exercício de uma medicina defensiva, onde médicos tratam mais a doença que o doente em si, para que se protejam de uma acusação de má prática (PINTO, 2008).

Dentro dessa perspectiva pode-se mencionar Kovács (1998, p. 64) que diz:

a não continuidade dos tratamentos pode implicar em menos tempo de vida, em muitos casos com uma melhor qualidade, o que pode parecer uma solução plausível para muitos pacientes que gostariam de viver seus últimos momentos de vida com bem-estar e dignidade. Pode haver um agravante nessa situação, que envolve os conceitos fronteiros de eutanásia e suicídio assistido. Profissionais que não fazem “tudo o que é possível” podem ser acusados, pelos familiares ou pela sociedade, de “assassinar” seus pacientes.

Temendo muitas vezes processos médicos, seguem protocolos terapêuticos das enfermidades, a fim de que não se gere nenhum questionamento ou algum processo judicial por não terem tomado todas as medidas possíveis para manutenção da vida. Existem profissionais que simulam atitudes intensivas em pacientes terminais apenas para que não sejam considerados negligentes ou sejam mal interpretados, alegando que caso um paciente de prognóstico reservado apresente uma parada cardiorrespiratória, que seja pelo menos encenado uma reanimação, mesmo que não seja para reverter tal situação (MOREIRA; BIEHL, 2004).

Sendo a instituição de cuidados paliativos ainda assunto controverso, ficando de um lado Código Penal brasileiro de 1940 (quando o avanço medicotecnológico ainda era precário), que considera tanto a eutanásia quanto a ortotanásia como crimes de homicídio (art. 121, §1º, c/c art. 13 §2º, ambos do CP – homicídio por omissão, com diminuição da pena de 1/6 a 1/3), apesar de já estar tramitando no Congresso um projeto de lei de autoria do senador Gérson Camata, que exclui a ilicitude da ortotanásia e do

outro lado o Código de Ética Médica, que foi revisado e que, em sua última versão, no artigo 41 (já citado previamente).

Antes mesmo da reformulação do Código de Ética Médica o Conselho Federal de Medicina já tinha escrito a resolução 1.805/06 (Publicada no DOU, 28 de novembro de 2006, seção I, página 169), onde dizia que,

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Assim sendo, o médico, se não bastasse o cuidado com o paciente e a atenção com a família, ainda tem que “convencer” que as atitudes que não prolongam nem abreviam o tempo de vida, permitindo o curso natural da mesma, não são atos impróprios ou que estejam favorecendo a morte do paciente, mas sim o alívio dos sintomas e a melhora da qualidade de vida, priorizando o bem estar do paciente enquanto este vivencia seu processo de morte e morrer. Não sendo mal interpretado pelos familiares que permanecerão e que poderão posteriormente processá-lo judicialmente por acreditarem que a parafernália tecnológica da manutenção da vida por qualquer meio beneficiaria mais o paciente que o cuidado paliativo em si, cabe ao médico ter o cuidado na abordagem paliativa, explicando sobre o que está sendo feito, e principalmente, o que está deixando de ser feito para o paciente, priorizando o bem estar e a dignidade da vida na sua última etapa.

“Aqui o pessoal fica mais preocupado em não fazer nada, é paciente terminal, não sabem se o paciente está bem sedado ou não ou se está com dor. Se morreu, morreu. Daí com a família tem mais cuidado, se fala mais, por causa da nossa sociedade. O profissional fala mais com a família para evitar uma incomodação da parte jurídica. Depende do profissional. [...] Eu vejo que eles (os médicos) não estão preocupados com o paciente em si, mas sim com o que o familiar vai achar.”

[entrevista 1]

“Acho que (os médicos) não são informados, ou tem medo de escrever e decidir, por não terem falado com a família, daí quando acontece alguma coisa, querem que se entube, que se reanime, por medo de algum processo. Eu acho que se todo o dia se falar com a família, se evita muito deste medo. Não se prepara a família para a morte do paciente. Acho que os médicos têm medo das vias legais se não reanimarem o paciente. Tem medo de darem alta para o paciente morrer em casa com a família... medo de algum processo. Acredito que 90% dos médicos que mandam reanimar um paciente estão preocupados em não receber um processo ético, e não em salvar um paciente. Não querem se incomodar. Falta diálogo.”

[entrevista 4]

“Tem aqueles (médicos) que apesar de saberem que o paciente é terminal, só prolongam o sofrimento. Acho que têm medo da reação da família, porque instalar cuidados paliativos

precisa de uma relação direta com os familiares, para que estes não venham questionar depois: e aí, não reanimou meu pai, deixou de fazer.”

[entrevista 7]

“Também tem o fato de que às vezes, não é para reanimar, mas a gente entra no quarto, fecha as portas, faz de conta que reanimou, quando não o fez, mais para se defender da família, para que não digam que não foi feito nada.”

[entrevista 8]

“Se os familiares não têm confiança em você, podem duvidar das tuas atitudes em deixar de fazer algumas atitudes. Pode ser entendido como se você não quisesse atender o paciente, não quisesse fazer nada, que o paciente ainda pode ter chance de viver e que você é quem não quer fazer.”

[entrevista 11]

“Os residentes sentem-se mais angustiados em fazer tudo o que quer. Acredito que muito em função da insegurança judicial, em não se saber pesar o que é racional e o que é o medo de tomar um processo.”

[entrevista 15]

Também os familiares são considerados peças fundamentais no cuidado com o paciente para dividirem com o profissional a responsabilidade pelas condutas que serão tomadas:

“Acredito que a presença da família na atenção a um paciente terminal é extremamente importante para o médico. Se ela tem noção da gravidade e das possibilidades terapêuticas que foram propostas e do que pode ser feito quanto ao cuidado dá uma maior tranquilidade ao profissional, sabendo que a família está ciente da gravidade do caso e que pode estar proporcionando todo o amor que este paciente está precisando neste momento. No momento que a família aceita o diagnóstico e que sabe que não tem mais nada para ser feito do ponto de vista curativo deste paciente, que consegue compreender isto, auxilia muito o paciente a enfrentar este momento. Além de acabar dividindo com o profissional a responsabilidade das condutas, acaba dando uma segurança maior ao médico para que este tome as devidas decisões para os cuidados paliativos do paciente.”

[entrevista 13]

“Eu vi o quanto é importante você ter vínculo não só com o paciente, mas com seus familiares, para entender o sofrimento que eles estão passando e tentar ajudar de alguma forma até a morte da pessoa.”

[entrevista 9]

4.4.4. FAMÍLIA DETERMINANDO CONDUTAS

Nesta subcategoria, observa-se que muitas condutas tomadas pelos profissionais são determinadas não apenas pensando no bem estar do paciente e nas medidas paliativas, mas sim no que os familiares querem que seja feito para o paciente que está fora de possibilidade terapêutica.

“Aí depende muito dos familiares de quererem estar junto ou não com o paciente. Eu acho que não vai se dar conforto na CTI, que sedar bem o paciente e manter com os familiares é melhor, porém a decisão deles é que prevalece.”

[entrevista 1]

“A família também influencia muito nesta questão. Eu sempre converso com os familiares, procuro dizer a opinião médica, o que a gente está vendo, e a opinião da família frente a isto será respeitada.[...] Teve uma senhora octagenária que a família estava muito apegada a ela, e quando ela estava em sofrimento, eu estava de plantão e fui falar com a família dela, e esta família queria que se fizesse tudo para ela. Eu falei sobre a importância de se dar conforto naquele momento. Eles aceitaram e eu fiquei junto com a paciente. Foram de minutos à uma hora e quando ela teve a parada cardíaca, a família pediu para que eu não a reanimasse.”

[entrevista 2]

“O que mais me angustia são os familiares, é ver o sofrimento deles, já que muitas vezes o paciente está inconsciente, e quando os familiares dizem, “então doutora, é até aí, não quero que façam mais nada”, parece que vem aquele alívio. [...] E eu acabo perguntando muitas vezes aos familiares se eles mantêm a decisão dos cuidados que estão sendo instituídos e a partir do desejo destes eu vou atuando.”

[entrevista 3]

“A decisão (de se instituir Cuidados Paliativos) tem que ser tomada junto com o paciente e com a família. Tem que consultar a família, caso o paciente não possa tomar sua decisão, e decidir pelo o que a paciente quer para aquela situação. Eu me lembro da paciente com 100 anos que entrou em edema agudo de pulmão, estava sofrendo, no início a família queria que fosse feito tudo, depois foi tomando certa consciência e quando nós conversamos com a família esta achou que seria melhor fazer mais cuidados paliativos que tão agressivos frente ao fato da paciente estar na beira da morte.”

[entrevista 6]

“Se a gente falar direitinho e com jeito, a família acaba entendendo que aquela situação não tem mais volta e aceita melhor a morte do paciente, não querendo que seja feito um monte de coisa que só vai prolongar muitas vezes apenas o sofrimento [...]. Eu vi o quanto é importante a comunicação com a família neste período, para que esta entenda o que está acontecendo com seu familiar e possa tomar as melhores decisões priorizando o bem estar do doente.”

[entrevista 10]

“Devemos investir de uma maneira sensata, tendo um limite do que será feito, sempre conversando com a família sobre o que está sendo feito, para se estabelecer um limite dentro do conceito dela.”

[entrevista 14]

“Acho muito desconfortável ter que entubar ou fazer medidas invasivas, por pressão da família, que acredito que não são coerentes num paciente que está morrendo. Se fizer isto, só se houver alguma pressão sobre mim. As decisões devem ser tomadas em conjunto com a família e o paciente, priorizando a vontade deles. Se quiserem que seja reanimado, entubado, daí eu faço, apesar de saber que será em vão.”

[entrevista 15]

Estas falas deixam claro o quanto a família é importante na determinação das condutas. Quando o paciente já não tem autonomia para decidir o que quer para si, estando inconsciente ou com alienação mental, cabe à família ou a um representante legal a responsabilidade das decisões a cerca da saúde do indivíduo, levando-se em conta o princípio da beneficência. Como muitas vezes, por desconhecimento da

patologia do doente, prognóstico e evolução da doença, frente às incertezas e angústias, os familiares acabam determinando as condutas médicas a serem tomadas, ficando a cargo destes a decisão entre cuidado paliativo ou distanásia.

Para tomarem a decisão acerca dos cuidados que serão instituídos, a família deve estar ciente da gravidade do caso, para que possa, juntamente com a equipe assistente, optar pela conduta mais adequada. É importante que as decisões não sejam decididas precipitadamente, mas na velocidade adequada de cada caso, tornando-se desta forma uma decisão não unilateral, mas em comunhão entre a equipe e os membros afetivos envolvidos.

Para se atingir este objetivo, a família deve passar pela mesma sequência de racionalização que os profissionais passaram para compreender a enfermidade do enfermo, estando após apta para tomar as devidas resoluções. Neste instante, é fundamental que a equipe médica esteja segura, com suas dúvidas frente ao caso já resolvidas, apresentando imparcialmente a evolução do caso, discutindo as opções sob o ponto de vista ético e moral. Se não há um consenso, outros profissionais podem ser chamados para auxiliarem no contexto deste diálogo, como psiquiatras, psicólogos, médicos de família ou pessoas que tenham credibilidade neste círculo familiar (PIVA, CARVALHO, 1993).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acompanhar o processo de morte e morrer de um paciente é uma das tarefas mais difíceis e angustiantes para o médico, formado principalmente com o objetivo de preservar e de salvar vidas.

Com a pesquisa realizada, observou-se nas falas dos entrevistados o quanto é difícil abordar um paciente fora de possibilidade terapêutica. Muitas angústias, incertezas e dilemas surgem durante o contato com este tipo de paciente. Os profissionais sentem-se temerosos frente às condutas instituídas, principalmente quando mudam do enfoque curativo, deixando-se de lado a esperança da cura e da vida e pensam apenas a oferecer conforto até o desfecho final, através dos cuidados paliativos. Isto é muito mais difícil quando o doente é jovem, diferente do idoso, o qual muitos acreditam ser mais fácil a aceitação da morte, pois consideram que a morte no idoso é parte da contingência da vida, enquanto no jovem é uma interrupção na trajetória da mesma.

Como os entrevistados informam terem tido um aprendizado muito pobre nos bancos da graduação e no currículo médico, a morte se mostra como uma sensação de fracasso e de derrota pela vida que é tão almejada, buscada e ensinada. Isto dificulta a instalação das condutas paliativas, fazendo com que ainda ocorra a prática da obstinação terapêutica em certas situações, quando se utiliza todos os recursos técnico-científicos em pacientes que não possuem expectativas de cura, quando se beneficiariam muito mais com medidas que apenas amenizassem seus desconfortos. Infelizmente, deixam de lado o enfoque de cuidado para preservarem apenas o tempo de vida, focando-se apenas na doença e não no doente em si.

Pelo o que se visualizou, isto se deve muito em função dos exemplos e das orientações que possuem durante os momentos em que observam as condutas dos professores ou dos preceptores nos atendimentos aos pacientes fora de possibilidade terapêutica. Nas entrevistas é fácil perceber o quanto as atitudes dos profissionais mais experientes influenciam nas tomadas de condutas e nas reflexões éticas dos mais jovens. Vislumbram-se boas atitudes de alguns médicos frente à terminalidade da vida de um paciente, onde se institui cuidados paliativos, mas o que mais se observa nas falas são relatos de distanásia, com profissionais que não conseguem administrar estas medidas

que priorizam a qualidade de vida próxima da morte. São médicos que mantêm e lutam pela manutenção da vida humana a qualquer preço, independente do sofrimento do enfermo, utilizando recursos fúteis, como internação em cuidados de terapia intensiva, ventilação mecânica e abuso de medicamentos e exames laboratoriais, reforçando ainda mais o caráter da medicina que foi feita essencialmente para salvar ou, pelo menos, preservar a vida.

Estas condutas podem ter origem nos aprendizados dos bancos escolares. A graduação instrui apenas a tratar e a curar doenças, fragmentando o corpo e enfatizando na doença, dando pouca importância à visão da totalidade do indivíduo e não abordando as temáticas: morte, terminalidade e cuidados paliativos de forma suficiente para que haja uma educação para que isto seja uma prática habitual médica. Estes assuntos são abordados superficialmente durante o período de graduação ou quando o estudante ainda não tem contato com o paciente que está morrendo, fazendo com que a discussão não seja produtiva. Pecando desta forma em sua formação, temos na sociedade excelentes médicos tecnicistas, altamente qualificados e atualizados no campo do diagnóstico e da terapêutica, porém em detrimento do cuidado e da visão mais abrangente do ser humano. Saem da faculdade capazes de oferecer tratamento para qualquer doença orgânica, porém nem sempre sabem olhar para o ser humano que está por trás. Assim, enfatizando apenas o aspecto da patologia, ignoram a possibilidade do processo de morte em função desta, o que é facilmente percebido pelos comentários colhidos.

Além da falta de conhecimento, muitos temem que ao abordar a terminalidade e a instalação de cuidados paliativos, possam ser questionados pelo fato de não estarem tomando condutas modificadoras da doença e com isto, deixando de prestar assistência. Ficam receosos de sofrerem processos éticos ou penalidades legais por estarem, de certa forma, ignorando alguns aspectos e manifestações das doenças para apenas enfatizarem o conforto e a amenização dos sintomas. Muitas vezes, mesmo contra a vontade ou os próprios princípios, acabam exercendo distanásia em pacientes sem perspectivas de cura apenas para que não sejam considerados negligentes no tratamento, por uma solicitação da família ou quando esta demonstra incertezas sobre o que deseja para o doente, principalmente quando este não possui mais autonomia para a tomada das decisões sobre seu corpo físico.

Apesar da pouca experiência, os médicos residentes aqui entrevistados conseguem discernir quanto às condutas corretas e quanto as que consideram inadequadas a um indivíduo que inevitavelmente irá morrer, mesmo que às vezes até as realizem, principalmente se pressionados pela família ou pelos preceptores. Estes aspectos deixam os profissionais inseguros e angustiados, porém preferem priorizar o conforto, melhorando sintomas como dor, fome, dispneia a instalar medidas terapêuticas que prolongarão a vida do indivíduo sem nenhuma qualidade. Desejam que o enfermo permaneça com seus entes queridos num leito hospitalar ou, de preferência, no seu domicílio a permanecer longos dias solitários em uma unidade de terapia intensiva, rodeados de tubos, ruídos e pessoas desconhecidas.

Mesmo não tendo sido um dos objetivos da pesquisa, como o relacionamento que o profissional possui com a família do doente que irá morrer foi muito comentado e abordado nas entrevistas, não se pôde ignorar tal temática. Denota-se assim, a importância a ser dispensada quanto a atenção e ao cuidado à família durante o processo de morte e morrer de seu ente, por parte do médico. Tanto quanto cuidar do paciente fora de possibilidade terapêutica, deve saber comunicar-se com a família e com todos os interessados, tendo o discernimento de compreender as capacidades e reconhecer as limitações de cada indivíduo que está envolvido no diálogo, para uma melhor abordagem e conduta ao paciente que está sob seus cuidados.

A valorização da comunicação foi pronunciada, sendo relatado o quanto é difícil conversar com o paciente que está morrendo, assim como com sua família, muitas vezes detentora das decisões frente aos cuidados que serão instituídos, principalmente quando a autonomia do doente não está mais preservada. Informam a importância da comunicação neste período da vida, onde muitas incertezas e dúvidas rodeiam os envolvidos, que estão juntamente adoecidos e enfraquecidos.

Embora alguns acreditem que não se deve falar ao doente portador de uma doença potencialmente fatal sobre seu estado de saúde e principalmente sobre seu prognóstico, a maioria dos entrevistados acredita que a sinceridade deve sempre fazer parte da boa relação médico-paciente, porém sabendo-se como dialogar e expressar a realidade. Tanto quanto com o paciente, disseram que o diálogo com a família é

fundamental para a boa relação, relatando o quanto esta é importante no processo de aceitação dos cuidados paliativos que serão administrados.

Como a temática da terminalidade da vida e dos cuidados paliativos ainda são assuntos controversos e há uma disparidade entre o que diz o código de ética médica (revisado e atualizado) e o código penal brasileiro (antigo e obsoleto nesta questão, escrito quando a medicina ainda engatinhava no caráter técnico-científico), cabe ao profissional saber que o paliativismo pode ser interpretado erroneamente pelas pessoas e pela legislação. Apesar disto poder ocorrer, é raro um profissional que ofereceu conforto a um paciente ser questionado pela justiça por isto, já que a família consegue ver que as condutas paliativas feitas foram para o bem estar do indivíduo, e não para apressar ou assassinar o doente, o que indicaria eutanásia, corretamente condenada. A classe médica espera ansiosamente que a legislação caminhe de mãos dadas com o código de ética médica, até porque não precisamos ver a morte de um paciente fora de possibilidade terapêutica como uma derrota, mas como uma contingência da vida, e que não aumentar a sobrevivência de alguém que inevitavelmente irá morrer não é negligenciar atendimento, sendo apenas uma forma de cuidar.

A morte de um paciente é uma presença diária na vida profissional de muitos médicos, que sabem que se pode ser feliz, realizar desejos, pedir desculpas e acertar os pontos antes do último suspiro. Os profissionais de saúde são peça chave no cuidado. Como tomam, juntamente com o doente e seus familiares, decisões acerca dos tratamentos que serão mediados a um doente fora de possibilidade terapêutica, devem ter discernimento e empatia para saberem que um paciente, apesar de única, pode morrer de diversas formas. Existe uma morte prolongada, sofrida, isolada, postergada e desumana, seja num leito isolado de um centro de terapia intensiva ou num quarto de hospital, rodeada de tubos e aparelhos ruidosos, como pode haver uma morte no seu devido tempo, não antecipada, mas rodeada de olhares amigos, toques e olhares confortantes dos entes queridos, medicações e cuidados que melhoram os sintomas e que, no conjunto, trazem paz. É importante questionar-se se as atitudes tomadas estão indo em qual das direções, revendo e muitas vezes, trilhando novos caminhos, conforme as possibilidades.

A temática dos cuidados paliativos é instigante e muito complexa, sendo que os resultados desta pesquisa por um lado suscitam muitas reflexões e por outro traduzem os dilemas éticos vivenciados pelos médicos, nas tomadas de decisões e nos encaminhamentos de condutas terapêuticas mediante o processo de morte e morrer dos pacientes por eles assistidos.

Essa experiência permite que afirmemos que é preciso compreender o ser humano, suas potencialidades, suas capacidades e suas limitações, para posteriormente pensarmos na abordagem e no tratamento a ser instituído. As experiências acumuladas no desenvolvimento do estudo permitem manifestar que existem outras maneiras diferentes e diferenciadas para cuidar das pessoas na sua terminalidade, necessitando o profissional de capacidade inventiva de descobrir a cada encontro como é rica esta experiência, mesmo sendo desgastante, havendo a necessidade de demonstrar interesse, respeito e exercitando sempre a capacidade de ouvir o outro com uma escuta atenta. Dentro desta perspectiva é possível perceber que um profundo anseio do ser humano é sentir-se valorizado, respeitado em todas as etapas da vida, inclusive na sua própria morte.

Existe uma longa caminhada pela frente buscando compreender alguns significados da existência humana e a partir daí, quem sabe, ressignificar o processo da abordagem e das relações entre profissionais de saúde e pacientes, ampliando o vínculo através do respeito dos conhecimentos, desejos e sentimentos dos seres humanos. E a partir disso, ampliando-se a humanização no ambiente hospitalar, possibilita-se que cada ser humano exerça a sua autonomia e a sua dignidade. É preciso humanizar o olhar e a escuta, reeducando para uma maior sensibilidade, flexibilidade e que a ética seja um referencial norteador de conduta.

Assim sendo, a realização desta pesquisa faz com que se tenha a certeza da importância que as temáticas terminalidade da vida, cuidados paliativos e morte possuem e o quanto estão presentes na vida profissional do médico, seja ele ainda estudante, residente ou já em pleno exercício profissional. Emerge a necessidade de uma reformulação do currículo das escolas de medicina, a fim de contemplar com melhor abrangência e eficácia destes assuntos, para que se formem profissionais mais humanos.

O médico deve buscar a cura e a vida do paciente, utilizando tudo aparato técnico-científico que existe para este fim, porém precisa ter consciência de que quando isto não é possível, a morte não é uma derrota ou um fracasso, mas que faz parte da vida. Deve ter o discernimento de visualizar não apenas a doença, mas principalmente o doente, identificando o limite entre o que é uma conduta que trará benefício para um paciente daquela que somente trará mais sofrimento, sendo considerada fútil e, desta forma, desnecessária. Não pode apenas ficar num mundo de ilusões onde apenas existe a possibilidade da cura, até porque não é dono da vida. É preciso encarar a morte e saber que um dia ela virá, talvez antes mesmo do que se quer ou se espera.

Não se pode negar, evitar ou se distanciar de um paciente que está morrendo, assim como de sua família. É neste momento que a presença do médico se faz tão importante, devendo procurar manter a serenidade, ser técnico porém humano, sabendo lidar com tal situação, mostrando que estará disposto a amenizar o sofrimento que aquele indivíduo está sentindo ao vivenciar aquela situação que é única: a finitude da vida.

Frente às respostas que encontrei nas diversas perguntas que me fiz durante este período em que entrevistei os médicos residentes e que revisei, li e busquei saber mais sobre esta fascinante temática, vejo o quanto é necessário falar sobre isto. O assunto deve deixar de ser um tabu, devendo ocupar um espaço maior na literatura, nas aulas da graduação e pós-graduação, nos congressos e nas jornadas médicas e, principalmente, com os pacientes e a sociedade em geral.

É necessário preparar o indivíduo que vai atender um ser humano, para que este saiba respeitar os limites da tecnologia e encarar a terminalidade da vida como um evento único e fundamental na existência daquela pessoa. Frente ao poder que o médico tem em tomar condutas que podem apenas postergar a morte de uma pessoa, é importante saber até quando se deve usar todos os recursos técnicos disponíveis nos hospitais, que podem fazer muito bem para uns, porém só trazerem sofrimento para outros. Deve-se pensar no limite de cada situação, que é única e inigualável. Isto não significa que o paciente que inevitavelmente irá morrer deva ser ignorado ou que suas queixas não sejam valorizadas, muito pelo contrário. Neste momento, deixa-se de se utilizar uma parte do que a medicina pode ofertar para se usar de todos os meios

possíveis para amenizar qualquer sofrimento que o indivíduo possa apresentar, fazendo da medicina paliativa não algo que represente um abandono, mas um atendimento de qualidade para aquele enfermo e sua família.

Com base no que foi abordado com esta pesquisa, tenho como objetivos futuros a publicação de artigos científicos em revistas voltadas ao campo da saúde sobre a temática para que se desperte o interesse pela leitura e discussão sobre cuidados paliativos e terminalidade da vida, vislumbrando uma mudança no currículo médico e nas atitudes dos profissionais atuantes. Desta forma, tenho a esperança de que se possa ter na sociedade profissionais que façam menos distanásia em seus pacientes, enxergando na proposta dos cuidados paliativos uma forma de poder ajudar um indivíduo doente, sentindo-se gratificados em fazer com que os pacientes e seus familiares tenham tido menos sofrimento no período que antecederam a partida.

REFERÊNCIAS

ABADI, N. F.; ZUSE, C. L. Do conhecimento que temos à intervenção que fazemos: Reflexão sobre a atuação da equipe de saúde frente ao paciente em fase terminal e morte. *Vivências*, Rio Grande do Sul, v. 6, n. 9, p. 96-102, 2010.

A CONTROLLED trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT principal investigators. *JAMA*, v. 274, n. 20, p. 1591-1598, 1995.

ALVES, R. *O médico*. Campinas: Papyrus, 2002. 96p.

ANTUNES, M. I.; MOEDA, A. Ao encontro da morte – O impacto das reações do médico no cuidado ao doente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Portugal, v. 21, p.353-357, 2005.

ARAÚJO, M. M. T. A comunicação no Processo de Morrer. In: SANTOS, F. (Org.). *Cuidados Paliativos: discutindo a Morte e o Morrer*. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 209-221.

ARIES, P. *A história da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977. 190p.

BAILE, W. F. et al. *SPIKES*: A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, v. 5, n. 20, p. 302-311, 2000.

BERTACHINI, L. Comunicação de más notícias no processo terapêutico. In: BERTACHINI, L.; PESSINI, L. (Org.). *Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida*. São Paulo: Ed. Paulinas, 2011. p.103-126.

BIFULCO, V. A.; IOCHIDA, L. C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 92-100, 2009.

BOTTI, S.O; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: <http://www.lex.com.br/doc_101886_DECRETO_LEI_N_2848_DE_7_DE_DEZEMBRO_DE_1940.aspx>. Acesso em: 10 maio 2012.

BURLÁ, C. *Palição: Cuidados ao Fim da Vida*. In: FREITAS, E. et al.(Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002a. p. 732-739.

_____. *Cuidados ao fim da vida: uma preocupação da prática da Medicina Geriátrica. Textos Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 21-28. 2002b.

BILLINGS, M. E.; CURTIS, J. R., ENGELBERG, R. A. Medicine residents' self-perceived competence in end-of-life care. *Academic Medicine*, v. 84, n. 11, p. 1533-9, 2009.

BUSHATSKY, M. Pacientes fora de possibilidade terapêutica: percepções de cuidadores, estudantes e profissionais de saúde diante da finitude e de cuidados paliativos. 2010. 111f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 58-71.

CARPENA, L. A. Morte versus sentimentos: uma realidade no mundo dos acadêmicos de medicina. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 100-122, 2000.

COLLET, N.; ROZENDO, C. A. Humanização e trabalho na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 56, n. 2, p. 189-192, mar./abr. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica, 2010.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Brasília, DF: 28 nov. 2006. Seção 1, p. 169.

FEIO, A. G. O.; OLIVEIRA, C. C. Responsabilidade e tecnologia: a questão da distanásia. *Bioética*, Brasília, v. 19, n. 3, p. 515-530, 2011.

FERNANDEZ, M. T.; SANCHEZ, M. B. Actitudes de los médicos residentes sobre la enfermedad terminal los cuidados al final de la vida. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, Peru, v. 15, n. 4, p. 200-204, 2002.

FIGUEIREDO, M. T. A. Humanização da finitude do homem – cuidados paliativos, *Prática Hospitalar*, São Paulo, v. 41, n. 7, p. 98-100, 2005.

FLEXNER, A. *Medical education in the United States and Canada: de report for the Carnegie Foundation for the advancement of teaching*. New York: Carnegie Foundation, 1910.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Editora Paz e Terra S/A., 1979. 295p.

FRANÇA, G. V. *Comentários ao código de ética médica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.175p.

GEHLEN, J.; MARCOLIN, D.; STOBBE, L. Cuidados paliativos: considerações acerca do prolongamento da vida. In: POMATTI, D. M. et al. (Org.) *Doenças crônicas, múltiplas abordagens*. Passo Fundo: Editora Berthier, 2009. p. 233-262.

GUINELLI, A. et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 41-47, 2004.

GUTIERREZ, P. L. O que é o paciente terminal. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 47-92, 2001.

HENNEZEL, M. *Nós não nos despedimos*. Uma reflexão sobre o fim da vida. Lisboa: Editorial Notícias, 2001.

HILL, T. P. Treating the dying patient: the challenge for medical education. *Archives of Internal Medicine*, v. 155, n. 12, p.1265-1269, 1995.

HUDSON, P. Guidelines for the psychosocial and bereavement support of family caregivers of palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, v. 10, n. 10, p. 1-54, 2012. Disponível em: <http://centreforpallcare.org/assets/uploads/CP-Guidelines_web.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2012.

KÜBLER-ROSS, E. K. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1996. 299p.

KOVACS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1992. 240p.

_____. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. *Bioética*, Brasília, v. 6. n. 1. p. 61-69, 1998.

_____. *Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003. 175p.

_____. Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar – In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Edições Loyola e São Camilo, 2004. p. 275-289.

LOWN, B. *A arte perdida de curar*. São Paulo: JSN. 1997.

LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A morte do idoso: um fato natural e aceitável? *Texto & Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 322-329, maio/ago. 1997.

LUTHY, C. et al. Difficulties of residents in training in end-of-life care. A qualitative study. *Palliative Medicine*, v. 23, n. 1, p. 59-65, 2009.

MARTA, G. N. et al. O estudante de medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro. v. 33, n. 3, p. 416-427, 2009.

MARTA, G. N. et al. Médico onipotente tanatolítico: um status a ser analisado. *Revista Diagnóstico e Tratamento*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 95-96, abr. 2011.

MACLEOD, R. D. On reflection: doctors learning to care for people who are dying. *Social science & Medicine*, Inglaterra, v. 52, n. 11, p. 1719-1727, 2001.

MEDEIROS, L. A.; LUSTOSA, M. A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 203-227, 2011.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

MOREIRA, E. C.; BIEHL, J. G. Práticas médicas de aceitação da morte na UTI de um hospital geral no Nordeste do Brasil. *Bioética*, Brasília, v. 12, n. 1, p. 19-30, 2004.

MORITZ, R. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Bioética*, Brasília, v. 13, n. 2, p.51-63, 2005.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; JORGE, M. R. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 28-34, 1998.

OLIVEIRA, E. A. et al. Intervenção junto à família do paciente com alto risco de morte. *Medicina (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 38, n. 1, p. 63-68, 2005.

OLIVEIRA, J. B. A.; LOPES, R. G. C. Cuidados paliativos: a necessidade na medicina atual diante do paciente fora da possibilidade terapêutica de cura. *Prática Hospitalar*, São Paulo, ano 9, n. 51, p. 167-170, 2007.

PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir. *Bioética*, Brasília, v. 4, n. 1, p. 34-38, 1996.

_____. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: São Camilo e Loyola, 2001. 430 p.

_____. Cuidados paliativos: aspectos conceituais, biográficos e éticos. *Prática Hospitalar*, São Paulo, ano 7, n. 41, p. 167-170, 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br>>. Acesso em: 10 set. 2010.

_____. Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo. *Bioética*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 549-560, 2010.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. *Problemas atuais de bioética*. 6. ed. São Paulo: Editora São Camilo e Loyola, 2002. 549 p.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. *Humanização e Cuidados Paliativos*. Edições Loyola. Centro Universitário São Camilo: São Paulo, 2004. 319p.

_____. *Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade*. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 491-509, 2005.

-
- PINTO, C. S. Quando o tratamento oncológico pode ser fútil? Do ponto de vista da paliativista. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 393-396, 2008.
- PIVA, J. P.; CARVALHO, P. R. A. Considerações éticas no cuidado médico do paciente terminal. *Bioética*, Brasília, v. 1, n. 2, p.129-38, 1993.
- POLAK, Y. N. S. *A corporeidade como resgate humano na enfermagem*. Pelotas: Ed. e Gráfica Universitária – UFPel, 1997. p.91-99.
- REGO, S. *A formação médica dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. 1. ed., Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 155-164.
- SANTOS, F. S. Tanatologia: a ciência da educação para a vida. In: SANTOS, F. S. (Org.). *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 1-29.
- SANTOS, M. F. G.; BASSITT, D. P. Terminalidade da vida em terapia intensiva: posicionamento dos familiares sobre ortotanásia. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 448-454, 2011.
- SIDDIQUI, M. F.; HOLLEY, J. L. Residents' practices and perceptions about do not resuscitate orders and pronouncing death: an opportunity for clinical training. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, v. 28, n. 2, p.94-97, 2010.
- SILVA, G. S. N. *A construção do "ser médico" e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado*. 2006. 295f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- SILVA, G. S. N.; AYRES, J. R. C. M. O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 487-496, 2010.
- SILVA, M. J. P. Comunicação com paciente fora de possibilidades terapêuticas: reflexões. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 263-274.
- SIQUEIRA, J. E. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. *Bioética*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 55-67, 2000.
-

_____. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. *Bioética*, São Paulo, v. 13, n. 2, p.37-50, 2005.

TEMEL, J. S. et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England Journal of Medicine*, v. 363, p. 733-742, 2010.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Editora Vozes, 2003. 685p.

WALLING, A. M. et. al. The quality of care provided to hospitalized patients at the end of life. *Archives of Internal Medicine*, v. 170, n. 12, p. 1057-1063, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Definition of palliative care*. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 10 out. 2010.

APÊNDICES

Apêndice A. Questionário de entrevista com médicos residentes



Questionário de entrevista com médicos residentes

Nome: _____ (Iniciais)

Idade: _____ anos

Sexo Masculino () Feminino ()

Ano de graduação: _____

Instituição formadora: _____

1. O que significa para o Sr. (Sra.) a abordagem e o cuidado de um paciente terminal?
2. Os temas morte, finitude, cuidados paliativos e cuidados com pacientes terminais foram abordados na sua graduação?
3. Você se sente preparado para atender um paciente que inevitavelmente irá morrer?
4. Quanto aos cuidados paliativos, que intervenções médicas você se sente confortável e/ou desconfortável em instituir ou não em um paciente terminal?
5. Neste processo de morte e morrer em idosos hospitalizados que atitudes você percebe entre seus pares quando se trata de uma situação de intervenção a um paciente idoso fora de recursos terapêuticos de cura (que tipo de condutas tens presenciado e ou vivenciado)?
6. Como foi a sua primeira experiência e qual o significado no cuidado ao primeiro paciente terminal?
7. Você já experimentou a morte de um ente querido?
8. Como você se sente frente a um paciente sem possibilidade de cura?
9. Gostaria de acrescentar algo?

