

O COMPORTAMENTO MÉDICO FRENTE AO PACIENTE TERMINAL OU GRAVEMENTE ENFERMO: UM ENFOQUE BIOÉTICO

The Physician Behavior Facing the Terminal or Seriously Ill Patient: a bioethics Focuses

Verônica de Jesus Oliveira Barreto*; Thayane Karine Verçosa da Silva**; Edson de Oliveira Andrade Júnior***
Edson de Oliveira Andrade****

(*) Acadêmica de Medicina (UEA), Bolsista do PAIC FAPEAM/FCECON,

(**) Acadêmica de Medicina (UEA)

(***) Residente de Pediatria (R2) da Fundação Instituto de Medicina Tropical “Dr. Heitor Vieira Dourado”.

(****) Professor Adjunto da Faculdade de Medicina (UFAM); Pneumologista da FCECON.

RESUMO

A finitude da vida é um momento inevitável, refletido no esgotamento de todo o aparato científico. Muitas vezes o médico se depara com um quadro terminal ou de extrema gravidade, tal fato é vivenciado com muito sofrimento e ansiedade, visto que o profissional não está preparado para encarar tal situação. Isso se deve ao despreparo dos programas de treinamento médico e ao sentimento de fracasso frente à morte do paciente. O objetivo deste estudo foi identificar os comportamentos, sob a visão da bioética, predominantes, entre médicos em atividade na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas (FCECON) e Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ) no tratamento de pacientes no final da vida ou gravemente enfermos. A pesquisa realizada foi de caráter transversal e descritivo, baseada na aplicação de um questionário estruturado, entre os médicos em atividade na FCECON e FHAJ. Foram entrevistados 140 médicos, sendo 66 na FCECON e 74 na FHAJ. Os médicos entrevistados se mostraram interessados em valorizar a opinião dos pacientes sobre o seu estado de saúde, não levando em consideração nenhum tipo de obstáculo na concretização deste objetivo. Comparando as duas instituições, os médicos da FCECON se declararam mais atentos às vontades dos pacientes em querer saber sobre a gravidade de seus quadros clínicos que os da FHAJ, assim como abordam com maior frequência o tema morte no seu cotidiano profissional.

Palavras-chave: Doente terminal; relação médico-paciente; morte.

ABSTRACT

The finitude of life is an inevitable moment, reflected in the breakdown of the whole scientific apparatus. Often the physician is faced with a terminal frame or of extreme gravity, this fact is experienced with much suffering and anxiety, since they are not prepared to face such situation. This is due to unpreparedness of medical training programs and the sense of failure concerning the death of the patient. The goal of this study was to identify behaviors, under the vision of Bioethics, predominant among practicing physicians in the Amazon Oncology Control Center Foundation (FCECON) and Hospital Foundation Adriano Jorge (FHAJ) in the treatment of patients at the end of life or seriously ill. The survey was cross-sectional and descriptive, based on the application of a structured questionnaire with practicing physicians in FCECON and FHAJ. Interviews were conducted with 140 individuals, 66 in FCECON and 74 in FHAJ. The respondents were interested in value the opinion of

patients about their health, not taking into account any obstacle in achieving this goal. Comparing the two institutions, FCECON doctors said they were more attentive to the wishes of patients want to know about the severity of their clinical condition that the FHAJ, as well as addressing more often the topic of death in their daily work.

Key-words: Terminally ill; physician-patient relations; death.

INTRODUÇÃO

O fim da vida é um momento para o qual a Ciência pouco ou nada pode oferecer. É uma situação em que estamos frente ao inevitável, frente àquilo para qual não existe tratamento ou solução. Os médicos tem a sua formação muito concentrada no aspecto científico, o que, neste caso, significa ficar sem instrumental para encarar a situação¹.

A ética hipocrática fundamenta-se, basicamente, na beneficência e não maleficência. Estes são dois deveres absolutos e necessários para determinar se o agir médico é ou não correto, além de estarem relacionados à personalidade e ao bom caráter do profissional, mas não os únicos a caracterizarem um adequado e desejado agir médico². Com a visão moderna do paciente como sujeito autônomo, com seus desejos e direitos, outro princípio ético ganha destaque: o respeito a autonomia do paciente. Assim, este passa a não ser mais visto como mero objeto da prática médica. Paralelamente a isso, cresce a ideia de que, a tarefa médica aparece questionada e relativizada de fazer todo o possível, mesmo contra os desejos do paciente, para impedir ou postergar a morte³.

Diante disso, o tema morte surge como barreira na relação entre médicos e pacientes. O médico responde a esse desafio muitas vezes com ansiedade, medo e até como ameaça a sua própria vida⁴. Ele pode ver no exercício da sua profissão uma forma de alcançar uma onipotência imaginária, que, além de lhe trazer uma gratificação narcísica, também o ajudará a superar os seus próprios temores em relação à morte. Nesse sentido, quanto mais o médico se identifica com essa imagem de plenitude, de pessoa infalível, de senhor da vida e da morte, mais sentirá a morte de seu paciente como uma derrota. Isso aumenta sua culpa, pois essa morte representa seu próprio fracasso⁵.

Mesmo com o desejo de sempre vencer a morte, o profissional sabe que esta é uma tarefa impossível face à finitude da vida humana. Trata-se de um fato irrefutável perante os nossos sentidos imediatos: todos os seres vivos, inclusive os humanos, morrem⁶. Assim, é frequente a situação em que todo o aparato científico da Medicina se esgota e fica o médico frente ao quadro terminal.

A maioria dos programas de treinamento médico com frequência abordam esta realidade inadequadamente; como resultado, o tratamento dos pacientes moribundos é desnecessariamente doloroso para todos os envolvidos⁷. Em um estudo da Universidade Federal de Santa Catarina, foram identificadas que eram raras as disciplinas que abordavam o tema e que eram concentradas nos primeiros anos do curso, restando aos alunos uma sensação de incompletude. Em razão dessa formação insuficiente, os sentimentos dos alunos frente ao paciente moribundo iam da tristeza (início do curso) ao sentimento de impotência (final do curso)⁸.

A partir de tudo isso, levantou-se como hipótese que os médicos da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas (FCECON) por conviverem com maior intensidade e frequência com pacientes em estágio terminal têm um comportamento perante a esses pacientes mais condizentes com os princípios bioéticos de beneficência; não maleficência e autonomia que os médicos da Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ).

O objetivo desta pesquisa foi identificar o comportamento bioético dos médicos em atividades na FCECON e na FHAJ, no atendimento de pacientes terminais ou gravemente enfermos, bem como identificar os fatores interpessoais que influenciam na relação médico-paciente, envolvendo a assistência destes.

A MORTE, O MORRER E OS MÉDICOS

A imagem da morte tem acompanhado o existir humano desde seu alvorecer, abrindo enorme vazio diante da vida, representado por um aterrorizante não-ser inominável.⁹

Mas, o homem que foi, durante milênios, o senhor soberano de sua morte e de suas circunstâncias, hoje deixou de sê-lo. Hoje, sequer tem noção de que o seu fim está próximo. Tudo lhe é escamoteado. É tácito que o primeiro dever da família e do médico é de dissimular a um doente condenado a gravidade de seu estado.¹⁰

A morte é melhor caracterizada como um processo, ao invés de um momento, onde o indivíduo perde sua identidade de modo irreversível. Este não tem uma definição precisa e está ligado ao estágio de evolução da Ciência, bem como às características culturais de uma determinada população. Trata-se de uma parte integrante da vida dos indivíduos e como tal, deve ser um dos objetivos da prática médica¹¹.

A morte pode ser definida como a cessação definitiva da vida. Já o morrer é o intervalo entre a caracterização da irreversibilidade da doença, deixando de responder a qualquer medida terapêutica e a própria morte¹.

Num passado recente, o homem enfrentava a morte quase sempre em casa, junto aos seus familiares e amigos, recebendo carinho, atenção e tendo seus últimos desejos atendidos. Era difícil encaminhar o doente para morrer no hospital, onde o doente permanece isolado, distante dos seus entes, sentindo-se sozinho e abandonado¹².

Hoje, o comum é a pessoa morrer em um hospital. A situação do óbito hospitalar, ocorrência na qual se tem a materialização do processo de morrer e da morte, é, certamente, uma experiência impregnada de significações científicas, mas também de significações sociais, culturais e, principalmente, subjetivas¹³.

Enfermeiros e médicos, já no primeiro ano de formação, nas aulas de anatomia, são levados a lidar, defensivamente, pela via da negação, com a morte. O processo de morrer e a própria morte são negados pela via da personalização, o que já se evidencia na disciplina de anatomia: não se estuda um paciente, mas um cadáver, ou melhor, órgãos e tecidos¹³.

A maioria dos médicos na América do Norte, Austrália e em grande parte da Europa agora informam os pacientes sobre um diagnóstico de câncer. No entanto, muitos médicos relatam que eles têm dificuldade em lidar com esta situação. Deficiências de comunicação na relação médico-paciente podem levar a distúrbios psicológicos, incluindo aumento da ansiedade e depressão e pior adaptação psicológica ao câncer. Quem apresenta a má notícia de uma forma sem pressa, honesta, equilibrada e empática produz uma maior satisfação com a comunicação da má notícia^{14,15}.

Por qualquer padrão que se possa utilizar, os treinamentos médicos obtidos nas escolas são falhos em fornecer aos alunos as habilidades, conteúdos e condutas necessárias para uma adequada atuação frente a pacientes terminais^{8,16,17}.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de caráter transversal, descritiva, com base em um questionário estruturado. A pesquisa foi desenvolvida em dois ambientes hospitalares distintos no período de fevereiro a agosto de 2013. O primeiro, um hospital especializado em Oncologia (FCECON), e o segundo, um hospital geral (FHAJ). A população de estudo e amostragem foi de médicos em ativos na FCECON e FHAJ durante o período da pesquisa. Os critérios de inclusão foram de médicos em atividade regular nos hospitais do estudo. Os critérios de exclusão foram de médicos que se recusaram a participar da pesquisa ou de médicos que se afastaram do hospital no período da coleta de dados. Os dados foram coletados e analisados no software SPSS 19.0 (IBM). Foi utilizada estatística descritiva, análise multivariada de dados qualitativos (HOMALS) e o teste do Qui-Quadrado. O alfa adotado foi de 5%, e o intervalo de confiança foi de 95%.

ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCECON (CAAE: 05835712.0.0000.0004)

RESULTADOS

Foram entrevistados 140 médicos, dos quais 66 estavam em atividade na FCECON e 74 ativos na FHAJ.

A comparação entre a idade e o tempo de formado dos médicos dos dois hospitais demonstra que os médicos da FCECON são mais velhos e com mais tempo de formados que os da FHAJ ($p < 0,001$). Isto provavelmente se deu pelo fato de que no HAJ existe um maior número de residentes, e que mesmo os residentes da FCECON são mais velhos, em face do tipo de residência médica ali existente ser de segundo grau.

Os médicos da FCECON manifestaram maior interesse em saber se o paciente gostaria de ser informado sobre o seu quadro clínico, incluindo informações que lhe sejam ruins ou desagradáveis, que os médicos da FHAJ ($p = 0,041$), já o tema morte na prática profissional dos entrevistados é mais frequentemente abordado entre os médicos da FCECON em comparação com os médicos da FHAJ ($p = 0,019$) - Tabela 1.

Os médicos dos dois hospitais frequentemente informam, de fato, quando um quadro clínico é terminal ou extremamente grave ($p = 0,008$). Em relação ao tipo de sentimento predominante na decisão de informar ou não o paciente do seu quadro, não houve discrepância nas respostas, sendo respeito à autonomia do paciente e profissionalismo as duas respostas mais respondidas nas duas populações de estudo.

Quanto à influência que as circunstâncias investigadas pudessem exercer sobre a conduta médica, observou-se que a idade não foi um item que se apresentasse estatisticamente significativa a ponto de diferenciar o comportamento dos médicos ($p = 0,114$).

Porém quanto ao sexo, situação econômica do paciente e o seu nível educacional, os médicos declararam que se influenciam por estas questões quando da comunicação da má notícia ($p < 0,001$). Eles se declararam influenciados pela opinião dos parentes quando da comunicação de más notícias para os pacientes ($p < 0,001$).

A religião prevalente entre os profissionais abordados, nos dois hospitais, foi a católica.

Tabela 1: Posicionamento comparativo dos médicos entrevistados nos dois hospitais em relação ao comportamento adotado e suas circunstâncias, perante o paciente em estado terminal ou gravemente enfermo.

Pergunta	Significância
Pergunta se o paciente gostaria de ser informado sobre seu quadro clínico	p=0,041
Informa de fato o paciente se o quadro é terminal ou extremamente grave	NS
O tipo de sentimento predominante na decisão	NS
Influência da idade do paciente	NS
Influência do sexo do paciente	NS
Influência da importância econômica	NS
Influência do nível educacional	NS
Influência dos pedidos dos parentes para poupar os pacientes de notícias ruins	NS
Crença na possibilidade de estimar o tempo de vida restante de um paciente gravemente enfermo	NS
Frequência relativa a abordagem do tema morte na prática profissional	p=0,019

Fonte: Autoria própria.

DISCUSSÃO

Tendencialmente, o médico tem sido o profissional a se incumbir da condição de “portador da boa ou má notícia” com a expectativa de comunicá-la com serenidade, humanismo, franqueza e esperança¹⁸.

Entretanto, a deficiente preparação das equipes de saúde em termos de habilidades gerais de comunicação, principalmente na forma de revelar informações de resultados negativos, no curso da evolução de uma doença são situações frequentes¹⁹.

Dentre os médicos entrevistados, nos dois hospitais, o respeito à autonomia do paciente e o profissionalismo foram os fatores determinantes na conduta do caso; o que corrobora a ideia do crescimento do respeito à esta em contraponto com a histórica tarefa médica de fazer todo o possível, mesmo contra os desejos do paciente, para impedir ou postergar a morte⁶.

Rosenblatt *apud* Siqueira²⁰, refletiu em artigo publicado no *New York Times*, que “quando a morte era considerada um evento metafísico, exibia certo tipo de respeito. Hoje, onde o processo se prolonga enormemente, é vista como prova de fracasso”. Esta mudança de comportamento cultural atingiu a sociedade como um todo, médicos e pacientes. Os dois atores juntos exigem e buscam a mesma coisa: sucesso terapêutico infindável.

E os médicos quando confrontados com a sua finitude como reagem? Morais²¹ estudando médicos e estudantes de medicina em Porto Velho-RO, e procurando saber os seus valores humanos e suas percepções de morte digna, verificou que eles valorizavam o bom relacionamento com a equipe de saúde como algo capaz de proporcionar uma morte digna.

Em outro estudo, os médicos e estudantes de Medicina demonstraram grande interesse pelo assunto “morte”, ao mesmo tempo em que relataram também dificuldade para tratar do tema. Essa dificuldade foi maior entre os estudantes, normalmente entre aqueles da fase pré-clínica do curso de Medicina, quando comparados aos médicos e professores, e que mesmos estes permanecem com muita dificuldade para tratar do assunto, chegando mesmo a evitá-lo²².

Os dados desta pesquisa demonstraram que os médicos da FCECON tiveram um comportamento mais afirmativo quando se trata desse assunto ou quando se trata de respeitar a vontade dos pacientes em conhecer a verdade sobre a sua situação clínica. Isto provavelmente se deve às próprias características desta, que é um centro de tratamento oncológico, e seus pacientes são mais frequentemente acometidos de situações de maior gravidade clínica que os do HAJ.

Outro fato comum atualmente é o acesso à informação pela internet. Pacientes portadores de câncer apresentam comumente um comportamento de buscar informações sobre o seu caso. Receber um paciente que previamente pesquisou sobre sua doença pode também exigir novos esforços do oncologista, tanto no sentido de retificar o conhecimento técnico, quanto para desfazer possíveis mal-entendidos de interpretação, visto que o emprego de termos técnicos pode ser de difícil compreensão ao leigo.²³

Dúvidas quanto à conduta a ser adotada na comunicação de más notícias aos pacientes sempre irão existir. Influências culturais e pessoais irão ser determinantes na conduta médica a ser adotada frente a esta situação. Assim, preparar o médico para enfrentar esta situação é um imperativo ético imposto às escolas médicas, a fim de que o sofrimento do momento seja mais bem suportado tanto pelo paciente quanto pelo médico.

REFERÊNCIAS

1. Moritz RD. Os profissionais da saúde diante da morte e do morrer. *Bioética* 2005;13(2):51-63.
2. Andrade EO. Como vejo a medicina e os médicos. *Arq Bras Oftalmol* 2004;67(3).
3. Kottow MH. *Introducción a la Bioética*. Santiago de Chile: Editora Universitaria; 1995.
4. Vianna A, Piccelli H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. *Revista da Associação Médica Brasileira* 1998;44:21-7.
5. Quintana AM, Cecim PS, Henn CG. O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2002;1:204-10.
6. Schramm F.R. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2002;48(1):17-20.
7. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. O desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital. In: Artmed, editor. *Compêndio de Psiquiatria*. 7 ed. Porto Alegre: 1997. p. 31-93.
8. Moritz RD, Moritz SC. The knowledge and acceptance of death and dying by medical and nursing students in a public university in Brazil. Sidney 2001.
9. Andrade.E.O., Andrade EN. A morte iminente, sua comunicação aos pacientes e familiares e o comportamento médico. *Rev Bras Clin Med* 2010;8:46-52.
10. Ariès P. *A história da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.

11. Pazin-Filho A. Morte: Considerações para a prática médica. *Medicina* 2005;38(1):20-5.
12. Spindola T, Macedo MCS. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. *R Bras Enferm* 1994;47(2):108-17.
13. Nascimento AAD, Silva AB, Silva MC, Pereira MHM. A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. *Rev RENE* 2006;7(1):52-60.
14. Ellis PM, Tattersall MH. How should doctors communicate the diagnosis of cancer to patients? *Ann Med* 1999 Oct;31(5):336-41.
15. Back AL, Arnold RM, Tulskey JA, Baile WF, Fryer-Edwards KA. Teaching communication skills to medical oncology fellows. *J Clin Oncol* 2003 Jun 15;21(12):2433-6.
16. Hill TP. Treating the dying patient. The challenge for medical education. *Arch Intern Med* 1995 Jun 26;155(12):1265-9.
17. Hill TP. Treating the dying patient. The challenge for medical education. *Arch Intern Med* 1995 Jun 26;155(12):1265-9.
18. Bertachini L. Comunicação da más notícias no processo terapêutico: o desafio de dialogar com sensibilidade a verdade dos fatos. In: Bertachini L, Pessini L, editors. *Encanto e responsabilidade no cuidado da vida*. 1 ed. São Paulo: Paulinas; 2011. p. 103-26.
19. Almanza-Muños MJJ, Holland CJ. La comunicación de las malas noticias en la relación médico-paciente. III Guia clínica práctica basada en evidencia. *Rev San Milit* 1999;53(3):220-4.
20. Siqueira JE. Reflexões éticas sobre o cuidar da terminalidade da vida. In: Bertachini L, Pessini L, editors. *Encanto e responsabilidade no cuidado da vida*. São Paulo: 2011.
21. Morais IM. A escolha do lugar onde morrer por estudantes de medicina: valores humanos e percepção da morte digna. Porto Velho: 2015.
22. Vianna A, Piccelli H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. *Rev Ass Med Brasil* 1998;44(1):21-7.
23. Geovanini F. Notícias que *(des) enganam*: o impacto da revelação do diagnóstico e as implicações éticas na comunicação de más notícias para pacientes oncológicos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011.