FACULDADE GUANAMBI
PSICOLOGIA

ARIANE NERES FERNANDES
LARISSA CHAGAS RAMOS

MEDICINA E CUIDADOS PALIATIVOS:
CONFRONTO EMOCIONAL DOS PROFISSIONAIS DE MEDICINA NA
IMINÊNCIA DA MORTE

Guanambi-BA

2017

ARIANE NERES FERNANDES

LARISSA CHAGAS RAMOS

**MEDICINA E CUIDADOS PALIATIVOS:
CONFRONTO EMOCIONAL DOS PROFISSIONAIS DE MEDICINA NA
IMINÊNCIA DA MORTE**

Artigo científico apresentado ao curso de Psicologia da Faculdade Guanambi como requisito de avaliação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Karla Katarine Rodrigues
Teixeira

Coorientadora: Jordana Pereira dos Santos.

Guanambi-BA

2017

MEDICINA E CUIDADOS PALIATIVOS: CONFRONTO EMOCIONAL DOS PROFISSIONAIS DE MEDICINA NA IMINÊNCIA DA MORTE

Ariane Neres Fernandes¹, Larissa Chagas Ramos¹, Karla Katarine Rodrigues Teixeira²,
Jordana Pereira dos Santos²

²Graduandas do Curso de Psicologia. Faculdade Guanambi – FG

³ Docente do curso de Fisioterapia da Faculdade Guanambi – FG

³ Bacharel em Psicologia. Faculdade Guanambi – FG

RESUMO: Os cuidados paliativos surgem com o objetivo de promover o alívio da dor e outros sintomas físicos, psicológicos e espirituais dos pacientes e familiares que sofrem com doenças ameaçadoras da continuidade da vida. Desse modo, a pesquisa tem como objetivo compreender de que maneira os profissionais de medicina lidam com o sofrimento psíquico frente aos cuidados de pacientes com medidas paliativas. O estudo traduz uma revisão de literatura a partir da pesquisa bibliográfica eletrônica, para a qual se adotou como critérios de inclusão: pesquisas realizadas sobre como os profissionais de medicina lidam com o processo de morte e morrer, publicados, preferivelmente, entre os anos de 2007 a 2017. A partir da pesquisa e da discussão dos resultados, observou-se que as emoções dos profissionais de medicina diante do paciente em medidas paliativas perpassam por sentimentos de impotência, frustração, tristeza, compaixão, ansiedade e pena, além do despreparo para lidar com a morte durante o processo de formação acadêmica e que reflete na atuação desses profissionais, o que pode levá-los a investir em técnicas fúteis para manter o paciente vivo, mesmo que não haja mais possibilidade de modificação do curso da doença, o que por sua vez, resulta na intensificação do sofrimento do paciente. Além disso, fica evidente a necessidade do cuidado ao cuidador, uma vez que a má elaboração do luto pode desencadear nesses profissionais diversas reações emocionais como doenças ocupacionais. Desse modo, o psicólogo se faz necessário no ambiente hospitalar, pois este é o profissional que está preparado para ajudar a equipe a lidar com esses conflitos.

Palavras-chave: Luto. Medicina. Medidas Paliativas. Sofrimento.

¹ Endereço para correspondência: Avenida Santos Dumont, nº 1353 - Bairro: Aeroporto Velho-Guanambi, Bahia. CEP: 46430.000.

Endereço eletrônico: lary-cr@hotmail.com.

ABSTRACT: Palliative care comes with the goal of promoting pain relief and other physical, psychological and spiritual symptoms of patients and family members suffering from life-threatening diseases. Thus, the research aims to understand how medical professionals deal with psychic suffering in the care of patients with palliative measures. The study translates a literature review based on the electronic bibliographic research, which was adopted as inclusion criteria: research on how medical professionals deal with the death and dying process, preferably published between the years of 2007 to 2017. From the results and the discussion of the research, it was observed that the emotions of the medical professionals before the patient in palliative measures go through feelings of impotence, frustration, sadness, compassion, anxiety and pain, besides the unpreparedness to deal with death during the academic training process and which reflects on the performance of these professionals, which may lead them to invest in futile techniques to keep the patient alive, even if there is no possibility of modifying the course of the disease, which in turn, results in the intensification of the patient's suffering. In addition, the need for caring for the caregiver is evident, since the poor elaboration of mourning may trigger in these professionals various emotional reactions such as occupational diseases. Thus, the psychologist becomes necessary in the hospital environment, because this is the professional who is prepared to help the team to deal with these conflicts.

Keywords: Medicine. Mourning. Palliative Measures. Suffering.

1 INTRODUÇÃO

A morte é considerada um fator intrínseco que faz parte de um processo natural do ponto de vista biológico que está carregada de simbolismos, construções sociais e significados a depender do contexto histórico e cultural em que cada indivíduo está inserido (LIMA, 2012).

Quando a morte é analisada dentro do contexto dos avanços da medicina, surge a convicção de que é possível obter a cura para a doença, melhorando as condições de vida do sujeito e retardando sua morte. Nessa perspectiva, o novo cenário da morte passa a ser os hospitais, justificando-se pela necessidade de cuidados especializados e intensivos que se dá no hospital (CAMARGO et al., 2015).

Tendo isso em vista, os cuidados paliativos surgem com o objetivo de promover o alívio da dor e outros sintomas físicos, psicológicos e espirituais dos pacientes e familiares que sofrem com doenças ameaçadoras da continuidade de vida. Ao contrário da maioria das situações clínicas que objetivam a cura e o alívio da dor, os cuidados paliativos têm o objetivo de

promover o bem-estar e melhorar a qualidade de vida da pessoa que está na fase final da sua vida (ARECO, 2011; RAMANAYAKE, 2016).

O sofrimento no fim da vida é um desafio presente para a medicina nesta era tecnológica, visto que o processo de morrer levanta questionamentos sobre qual aspecto da vida do paciente deve-se priorizar: a qualidade ou a quantidade de vida. A equipe médica é a que tem maior responsabilidade da "cura" e, em razão disso a que tem o maior sentimento de fracasso diante da morte do paciente sob os seus cuidados. No meio médico, não é permissível pensar em morte; logo, ela não é vista como um desfecho possível, mesmo em casos que esteja claro que a morte é inelutável (AMARAL et al., 2008; AZEREDO et al., 2011).

Falar sobre o tema na medicina ainda é algo delicado, inclusive entre os profissionais. Então, evidenciar que há um sofrimento psíquico diante desse contexto se faz necessário ao passo em que possibilita que novos espaços sejam criados a fim de se discutir e buscar medidas de prevenção para amenizar este sofrimento, bem como a necessidade do acompanhamento psicológico para estes profissionais no meio hospitalar.

Diante disso, a pesquisa tem como objetivo compreender de que maneira os profissionais de medicina lidam com o sofrimento psíquico frente aos cuidados de pacientes com medidas paliativas.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão da literatura na qual foi feita uma construção teórica do tema, utilizando-se como técnica de pesquisa a revisão bibliográfica eletrônica. Os dados foram coletados através de análises de materiais disponíveis nas bases de dados *Pubmed*, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), *SciELO* (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde), *MEDLINE* (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), utilizando os seguintes descritores: “cuidados paliativos”, “sofrimento psicológico”, “profissionais de medicina”, “morte contemporânea” e “futilidade terapêutica”.

Para a seleção dos estudos, adotou-se como critérios de inclusão: pesquisas realizadas sobre como os profissionais de medicina lidam com o processo de morte e morrer, publicados, preferivelmente, entre os anos de 2007 a 2017.

Os estudos selecionados apresentam clareza quanto ao enfoque teórico empregado para a realização da pesquisa e detalhamento da análise dos dados. Foram excluídas teses, dissertações, monografias assim como estudos cujo objetivo central fosse apenas a exposição

de métodos tecnicistas do profissional de medicina diante do paciente em cuidados paliativos e incluso estudos que abordassem o olhar desses profissionais diante da possibilidade da morte.

Foram inicialmente identificados 106 artigos. Após a primeira análise foram excluídos 35, pois não se enquadravam com o tema proposto ou não atendiam a todos os critérios de inclusão baseados na leitura do título e/ou resultados. Após a segunda análise para a extração final dos dados foram aceitos 31 artigos e excluídos 40 após leitura completa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 MORTE E SEUS DIVERSOS CENÁRIOS

A morte constitui um fenômeno inerente à vida ainda que esta cause temor ao ser humano. Trata-se de um tema paradoxal que desafia e angustia grande parte das pessoas, pois por um lado ela seduz por seu mistério, por outro causa medo e a ansiedades à humanidade, visto que há dificuldades em enfrentar a própria finitude (VICENSI, 2016).

O termo finitude pode ser entendido como uma característica da condição da existência humana, na qual pode se vincular ao termo “vulnerabilidade”, entendendo-se que todo sujeito pode sofrer, adoecer e morrer, constituindo um dos principais fatores para a compreensão da finitude humana (LIMA et. al., 2015).

A morte é considerada um fator intrínseco fazendo parte de um processo natural do ponto de vista biológico que está carregada de simbolismos, construções sociais e significados a depender do contexto histórico e cultural em que cada indivíduo está inserido. O autor aponta que a forma de compreender a morte é um processo que ultrapassou mudanças consideráveis no decorrer do tempo (LIMA, 2012).

Dessa maneira, em cada contexto histórico existe um significado atribuído à morte, visto que foram identificadas algumas atitudes do sujeito em relação a ela desde a idade média até o século XX. Na Idade Média, a morte foi denominada como domada ou familiar, assim, mesmo temendo a morte, os medievais a recebiam como um fator natural do contexto da humanidade (QUEIROZ et al., 2013).

À vista disso, a morte era percebida de forma prosaica e sem drama, era um fenômeno familiar, que contava com a presença dos amigos e sacerdotes onde o médico não era chamado nem mesmo para confirmar a morte (MORAIS et al., 2016; QUEIROZ et al., 2013).

No século XI, a relação com a morte se torna mais estreita e, a partir do século XVIII, com o desenvolvimento da sociedade e da ciência, a morte passa a ser uma preocupação, sendo o doente isolado e se iniciando o processo de afastamento do mesmo. Nesse contexto, a morte

se tornou interdita, visto que se observa o seu deslocamento, que deixa de ser no lar juntamente com seus familiares e passa a ser em hospitais, onde a pessoa vive grande parte do tempo sozinha em um leito (VINCENSI, 2016; QUEIROZ et al., 2013).

Em virtude ao prolongamento da vida e do isolamento a que muitos pacientes são sujeitos, há um frequente desejo por parte das pessoas de terem uma morte rápida e sem sofrimento, que aconteça preferencialmente no ambiente familiar para que seu processo de morrer seja realizado com dignidade. A preocupação então se desloca da morte para o processo morrer que, por conta da evolução das tecnologias, pode oferecer muito sofrimento à pessoa, pois abster o sujeito de sua humanidade em prol da técnica não é a melhor direção a se tomar tendo em vista a dignidade humana (KOVÁCS, 2014).

À vista disso, morrer tornou-se símbolo de fracasso e impotência devendo ser ocultada. O hospital passou a ser um local onde acontecimentos da vida, como dor e morte, começaram a ser enfrentados a qualquer custo e, quando isso não é possível de ser vencido, passamos a evitá-la como uma forma de defesa (VICENSI, 2016).

Nesse sentido, a morte foi transformada em um tabu, tendo que ser escondida das crianças e excluída das conversas frequentes do cotidiano, pois os sentimentos relacionados a ela são tão intensos que causam medo e temor. Apesar de a morte fazer parte do contexto da humanidade ela promove para as pessoas medos e angústias (LIMA, 2012).

Tendo isso em vista, os demais tópicos desse artigo discutirão os cuidados paliativos como uma abordagem da área da medicina que tem como objetivo amenizar o sofrimento do paciente que está na fase final da sua vida, bem como ajudar aos seus familiares no processo de elaboração do luto. Destarte, compreender o seu processo de formação acadêmica para lidar com o tema em questão. Ademais, as dificuldades emocionais enfrentadas por estes profissionais ao se defrontar com a finitude. Por fim, será discorrido sobre a obstinação terapêutica como uma técnica, muitas vezes, inadequada devido à própria dificuldade da equipe médica ao lidar com a morte.

3.2 CUIDADOS PALIATIVOS

Na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidado paliativo é o cuidado ativo de pacientes portadores de doença que não mais responde a um tratamento curativo. Estes cuidados se direcionam ao controle da dor e de outros sintomas ou problemas psicológicos, sociais e espirituais, com o objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida para o enfermo e seus familiares (OMS, 2008).

Estes cuidados são destinados a qualquer paciente portador de doença grave, independente do estágio, e podem ser ofertados ao lado do tratamento curativo, comumente pelo mesmo grupo de profissionais de saúde (COELHO; YANKASKAS, 2016).

No Brasil, o cuidado paliativo teve início na década de 1980, no entanto apenas a partir do ano 2000 que houve um crescimento significativo, podendo desse modo notar que a atenção dos cuidados paliativos era centrada em pacientes na fase final da vida (ANCP, 2012).

No entanto, hoje, considera-se que eles vão para além dessa prática, pois devem estar disponíveis para pacientes e seus familiares em todo o processo da doença ameaçadora da continuidade da vida e também no processo do luto. No transcorrer do tempo nota-se que o foco e os objetivos do cuidado vão paulatinamente deslocando-se a começar de uma ênfase em tratamentos modificadores da doença até chegar em tratamentos com intenção exclusivamente paliativa (ANCP, 2012).

O tratamento paliativo é ofertado por uma equipe interdisciplinar, sendo estes competentes e habilitados em todos os aspectos do processo de cuidar relacionados à sua área de atuação. São eles: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, capelães e voluntários (SBGG, 2014-2016).

A prática dos cuidados paliativos tem se tornado cada vez mais imperiosa, tendo em vista que mesmo não existindo possibilidade de cura, ainda há a necessidade do recebimento de cuidados pelo paciente para aliviar seu sofrimento e de sua família, proporcionando-lhe uma maior qualidade de vida e, possivelmente, uma morte digna (PONTE; PAIS-RIBEIRO, 2015).

Isso posto, pode-se observar que os cuidados paliativos se fundamentam na busca ao combate dos sintomas estressores e angustiantes que assolam os pacientes e familiares em enfrentamento de doenças terminais. A atenção à morte e a preservação da dignidade da pessoa em quaisquer condições faz parte da filosofia desse cuidado. (FLORIANI & SCHRAMM, 2008 *apud* PONTE; PAIS-RIBEIRO, 2014).

A OMS (Organização Mundial da Saúde) estabeleceu em 1986 os princípios dos programas de cuidados paliativos, reafirmando-os em 2002. São eles: a) promover o alívio da dor e outros sintomas incapacitantes; b) reafirmar a vida e ver a morte como processo normal; c) não apressar ou postergar a morte; d) integrar aspectos psicossociais e espirituais aos cuidados; e) oferecer suporte ao paciente para que possa viver tão ativamente quanto possível até a morte; f) oferecer suporte aos familiares durante toda a trajetória da doença. Devem ser iniciados precocemente, em conjunto com outros procedimentos, promovendo melhor compreensão e manejo dos sintomas (KOVÁCS, 2014).

No Brasil, de acordo com Alves et al. (2014), a abordagem dos cuidados paliativos ainda não está consolidada. O Ministério da Saúde do Brasil, como forma de oficializar os referidos cuidados, editou Portarias como a de nº 881, de 19 de julho de 2001 (BRASIL, 2001), que institui o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, bem como estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes que necessitam de cuidados paliativos; e a de nº 3.535, de 02 de setembro de 1998 (BRASIL, 1998), que estabelece o cadastramento de Centros de Atendimento em Oncologia, inserindo outras modalidades de assistência como os cuidados paliativos (BRASIL, 2001; PEIXOTO et al., 2004).

A Portaria de nº 19, de janeiro de 2002, (BRASIL, 2002a) vem ampliar ainda mais a inserção dos cuidados paliativos na saúde, instituindo no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e aos Cuidados Paliativos.

Dessa maneira, percebe-se a importância de compreender o processo de formação acadêmica do profissional de medicina para entender se durante esse processo, os estudantes recebem capacitação que lhes deem suporte para lidar com a terminalidade.

3.3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO MÉDICO

O processo de adoecer, de morte e morrer são fatos frequentes presentes em nosso cotidiano, no entanto, o dualismo entre vida e morte são fundamentos que embora seja intrínseco à vida também causam sofrimento e sentimentos que prejudicam o enfrentamento da morte, principalmente para os profissionais médicos que tem sua formação direcionada para a atenção integral ao paciente durante seu processo de hospitalização até a morte, quando for o caso (STOCHERO, 2016).

Quando não há a possibilidade de continuação da vida, o profissional precisa acompanhar esse sujeito até o fim o que pode acarretar em emoções e sentimentos negativos visto que há certo despreparo ao se deparar com a morte e o processo de morrer dos pacientes (STOCHERO, 2016).

O despreparo enfrentado pelos profissionais e graduandos de medicina ao se relacionar com a morte e o morrer, estão associados com a dificuldade de desvincular da ideia de cura como a única saída, pois o curar é visto como prioridade e dever do profissional e dessa forma não é percebida a necessidade de colocar em prática outras medidas como a de cuidados paliativos para que o sujeito tenha uma boa morte. (STOCHERO, 2016; AMARAL et al., 2008).

A falha na formação acadêmica também se destaca sendo um dos fatores que contribuem para o despreparo na relação médico-paciente. No decurso da formação, os acadêmicos recebem

pouca preparação para lidar com situações angustiantes como a morte. O modelo aplicado no processo de formação profissional é resultado do que muitas pessoas dizem ser indiferença, descaso e frieza, pois a regra é não abrir espaço para se envolver, especialmente quando estiver lidando com iminência da morte. Esse despreparo faz com que o profissional se distancie cada vez mais do paciente, visto que ele não tem condições emocionais para lidar com os seus próprios sentimentos relacionados à possibilidade da morte (VICENSI, 2016; SANTOS et al., 2014).

Dessa forma, percebe-se que durante a formação muito se fala sobre disciplinas que ajudam o profissional no trabalho de cura e preservação da vida, mas pouco é abordado sobre os cuidados necessários à pessoa que enfrenta a terminalidade. Há uma lacuna no processo de formação desses profissionais uma vez que eles não são preparados para lidar com essa realidade (LIMA, 2012).

Nesse contexto, segundo o autor, a morte na condição de aprendizagem da formação do médico se constitui como fonte motivadora de conflitos e estresse que intervém de forma negativa na relação educativa (LIMA, 2012).

É fato que o tema da morte e morrer é discutido pelos profissionais, no entanto, essas discussões estão voltadas para questões técnicas, de como aplicar determinado procedimento, como administrar medicamentos. Não é discutido sobre a percepção dos profissionais e acadêmicos sobre o processo de morrer (AZEREDO et al., 2011).

O que ocorre é que com o desenvolvimento tecnológico, pouco se fala sobre a morte e dessa forma, criou-se o mito da imortalidade que se instalou na sociedade e entre os profissionais de saúde que por conta disso tendem a ver a morte em sua profissão como uma etapa que não foi vencida, reprovação e derrota. Muitos médicos foram instruídos com a ideia de que a morte pode ser evitada, por isso ela é negada constantemente e vista como uma falha na assistência médica. Destarte percebe-se que o processo para preparar o profissional para trabalhar com a morte e o morrer se transformou em uma atividade praticamente esquecida entre os profissionais da saúde (VICENSI, 2016; DAVID, 2014).

Observa-se que questões técnicas são prevalentes na formação profissional, onde a ausência de disciplinas que abordam perspectivas afetivas relacionadas ao tema faz-se presentes. O autor propõe que sejam discutidos aspectos emocionais das vivências do médico, seus sentimentos e ansiedades para que possa ser feita uma reflexão sobre as questões que envolvem o ato médico (KOVÁCS, 2010).

A consequência dessa formação deficiente é o surgimento de mecanismos de defesa, que se resultam no distanciamento e na dificuldade em se relacionar com a morte entre os profissionais (VICENSI, 2016).

Diante da temática morte, surgem questões que podem ser consideradas como conflituosas para o médico, como por exemplo, dar o diagnóstico de uma doença grave ou dar a notícia da morte. O comunicado das más notícias traz intenso sofrimento tanto para quem está recebendo como para quem a anuncia. (MONTEIRO et al., 2015).

Dessa forma, a atenção no cuidado do médico com o paciente se torna uma atitude difícil, pois existe a negação por parte do profissional que faz com que o mesmo se distancie do paciente para não entrar em contato real com a morte. Consequentemente, o significado da palavra “morte” também é negado. A exclusão dessa palavra se caracteriza como uma forma de não enfrentar a finitude humana. Falar sobre ela e reconhecer que a morte está próxima faz com que os médicos se deparem com a angústia de sua própria finitude, se constituindo como negação da terminalidade (MONTEIRO et al., 2015).

A dificuldade em se aproximar do paciente e estabelecer uma boa relação de comunicação pode afetar também na relação médico-paciente, levando a serem realizados técnicas e cuidados desnecessários que muitas vezes prejudicam o tratamento dos pacientes (SCHMIT, 2016).

Mediante a revisão de literatura, pode-se afirmar que durante a formação profissional do médico, sentimentos como medo, culpa e até mesmo a sensação de derrota e reprovação fazem parte do cotidiano do acadêmico e posteriormente do profissional, uma vez que há uma falha em sua formação onde não é permitido se envolver com a morte e o processo de morrer (BERNIERI; HIRDES, 2015).

À vista disso, muitos autores apontam que é preciso estimular o diálogo nas unidades de ensino acadêmico, definir protocolos de cuidado paliativo, inserir na graduação disciplinas que abordem o tema morte. No entanto, essa questão vai mais além. Trata-se de discutir e abordar a morte no cotidiano de forma menos velada, buscando um profissional que seja mais crítico e reflexivo, que objetivem cuidados intensivos no intuito de oferecer aos pacientes bem-estar, respeitando o ser, garantindo uma morte digna, reconhecendo o ser humano em sua totalidade (VICENSI, 2016; MONTEIRO et al., 2015).

Dessa forma, faz-se necessário discutir sobre as dificuldades emocionais enfrentadas por estes profissionais ao se defrontar com a finitude.

3.4 DIFICULDADES DOS MÉDICOS FRENTE AOS CUIDADOS PALIATIVOS

Há dois parâmetros enleados à ação de saúde, que são: o curar e o cuidar. No primeiro parâmetro é feito o investimento na vida a qualquer preço, no qual a medicina de alta tecnologia se faz presente e as práticas humanistas estão em segundo plano. Já no segundo paradigma há a aceitação da morte, pois este é, neste parâmetro, encarada como parte da condição humana, levando-se em consideração a pessoa doente, e não unicamente a doença, pois é enfatizada a multidimensionalidade da doença, ou seja, a dor total (KOVÁCS, 2010).

O sofrimento no fim da vida é um desafio presente para a medicina nesta era tecnológica, visto que o processo de morrer levanta questionamentos sobre qual aspecto da vida do paciente deve ser priorizado: a qualidade ou a quantidade de vida. Ainda de acordo com Kovács (2010), a boa morte é garantir o sentido da vida e da existência, para que, assim, a morte seja um ato de cuidado.

No entanto, quando o profissional é privado de suas próprias emoções, transforma a neutralidade científica num escudo e o paciente se torna objeto. Desse modo, o corpo do paciente passa a ser visto como um meio pelo do qual se pode observar fenômenos científicos, fazendo com que ele, paciente, deixe de ser considerado sujeito de sua vida e de sua morte (KOVÁCS, 2010; AZEREDO et al., 2011).

Os profissionais da saúde têm um grande comprometimento físico e emocional ao lidar com pacientes fora da possibilidade de cura que estão sob cuidados paliativos, podendo desencadear uma sequência de emoções negativas frente à possibilidade da morte do paciente. O médico possui a maior responsabilidade da cura, visto que a medicina surge com a convicção de que é possível lutar contra a morte e, em detrimento disso, estes profissionais possuem o maior sentimento de fracasso e onipotência diante da morte do paciente sob os seus cuidados. No meio médico, não é permissível pensar em morte, logo ela não é vista como um desfecho possível, mesmo em casos que esteja claro que a morte é inelutável (AMARAL et al., 2008; AZEREDO et al., 2011).

Amaral et al. (2008) faz referência a outro fator também desencadeado pelo sentimento de onipotência, que são as condutas direcionadas à cura ou prorrogação da vida do paciente, são realizadas por meio de intervenções desnecessárias, gerando, desse modo, mais sofrimento para o enfermo que está fora da possibilidade de cura da sua doença.

Ademais, há nos médicos resistência quanto a dividir com seus pacientes as suas estimativas em relação ao seu prognóstico no caso de doenças avançadas, o que ocorre por diversos motivos, entre eles: deixar os pacientes descrentes, gerar a possibilidade de desenvolver depressão, ansiedade e, desse modo contribuir com a morte do paciente (SINCLAIR, 2006).

O mais penoso para esses profissionais não é defrontar a morte, mas sim, acompanhar todo o processo de morrer do paciente. Por ser tão difícil para o profissional enfrentar situações como essas, muitas vezes os médicos se esquivam de atender pacientes em fase terminal, pois lhe é provocada a ideia de que não há mais o que ser feito para salvar o paciente, refletindo em prática de negação (KOVÁCS, 2003).

Por fim, cabe ressaltar que as reações emocionais que o profissional médico apresenta no período de tratamento de pacientes em cuidados paliativos, a forma como eles lidam com questões como perda e sofrimento, bem como o processo de morrer, vão depender de alguns fatores como, por exemplo, a sua história de vida, suas perdas, a cultura em que está inserido, seus traços de personalidade, a formação profissional e as experiências do sujeito em relação à morte (AMARAL et al., 2008).

Dessa forma, torna-se importante criar novos espaços para cuidar dos profissionais médicos que estão tratando de pacientes em cuidados paliativos, fazendo com que eles possam sair do estado de negação, do silêncio e falar sobre suas angústias e vivências (KOVÁCS, 2003).

Em razão disso, muitos profissionais acabam utilizando técnicas muitas vezes inadequadas, ou seja, “fúteis” para manter o paciente vivo, pois apresentam dificuldades emocionais ao lidar com a morte. Diante disso, será discutido sobre a obstinação terapêutica, que é caracterizada esse conjunto de procedimentos que não trazem benefícios para o enfermo, mas os intensificam.

3.5 OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA

A expressão obstinação terapêutica ou futilidade tem definições, devido à dificuldade de padronização do termo. No entanto, obstinação terapêutica pode ser entendida como procedimentos que não causam nenhum benefício à saúde do paciente, são tratamentos fúteis que muitas vezes intensificam o sofrimento do sujeito ao invés de amenizar (FREIRE, 2015).

Historicamente, na medicina a futilidade era norteadas ‘pelo ponto de vista do médico em relação ao diagnóstico, prognóstico e o percurso da doença, bem como na relação entre os custos e benefícios, ou seja, é uma das categorias que os médicos utilizam para nortear suas decisões para investir ou interromper o tratamento clínico (FREIRE, 2015). Desse modo, Freire (2015, p. 99) afirma que “os objetivos médicos devem ser a cura, o alívio da dor e do sofrimento, a melhoria da incapacidade, a inversão da história natural da doença ou outros objetivos que, de alguma maneira, façam sentido para o doente”. O tratamento fútil ou obstinação terapêutica também pode ser atribuído a todo procedimento

que é considerado como sem fundamentos. É importante estabelecer uma relação ética por parte da equipe onde a liberdade do paciente seja respeitada (SÁ, 2014).

Essa prática também pode ser conhecida como distanásia, que objetiva evitar a morte a qualquer custo, diferente da eutanásia, pois objetiva levar à morte para que a dor seja abreviada. Em contrapartida, a ortotanásia busca promover a morte com dignidade no momento correto, com manejo da dor e sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais (KOVÁCS, 2014).

Dessa forma, o cuidado paliativo vem em confronto com práticas fúteis, pois se constitui em práticas que buscam promover o bem-estar dos pacientes em seus momentos finais. Portanto, os cuidados paliativos se contrapõem ao uso continuado, a qualquer preço, da tecnologia para a preservação da vida em um paciente com doença incurável e avançada, ou seja, inviabiliza a obstinação terapêutica, pois tem como fundamento o cuidado humanizado focado na dignidade da vida (D'ARCO et al., 2016; FREIRE, 2015).

A Lei de Base de Cuidados Paliativos delinea a obstinação diagnóstica e terapêutica como procedimentos desapropriados e fúteis, que não causa nenhum benefício para a pessoa, podendo causar um sofrimento acrescido. Assim, o termo distanásia é utilizado como mesmo significado no entanto, não são sinônimos. Este significa o prolongamento da vida por meio de procedimentos que tem por objetivo a manutenção da vida respeitar a dor e sofrimento do indivíduo.

À vista disso, aconselha-se evitar a expressão futilidade, visto que este é ambíguo, sendo empregado para expressar a combinação de um julgamento de valor com um julgamento científico. Então é sugerida uma expressão mais precisa como, termos medicamente inapropriado ou procedimentos não benéficos (FREIRE, 2015).

Desse modo, os profissionais de medicina podem apresentar muitas dificuldades em aliviar os sintomas físicos dos pacientes que não tem mais a possibilidade de continuação de vida, refletindo em um distanciamento desse paciente, pois ele pode acreditar que não está fazendo o melhor, se sentindo impotente. Talvez por esse motivo haja tanto investimento em práticas que buscam o prolongamento da vida, como uma forma de amenizar a sensação de impotência (KOVÁCS 2014).

Diante disso, é importante refletir sobre de que forma está o cuidado daqueles que cuidam, uma vez que nas situações de vulnerabilidade e incapacidade estes adoecem emocionalmente, e em virtude disso não estarão aptos a cuidar do outro, principalmente em situações em que este outro está doente e em processo de morte e morrer (D'ARCO et al).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi construído com base na análise da maneira com a qual os profissionais de medicina lidam com o sofrimento psíquico frente aos cuidados de pacientes com medidas paliativas.

O aspecto que se observa diante dessa temática é que as emoções desses profissionais diante do paciente em medidas paliativas perpassam por sentimentos de impotência, frustração, tristeza, compaixão, ansiedade e pena. Fica evidente, também, que esta dificuldade se dá pelo despreparo para lidar com a morte durante o processo de formação acadêmica e que reflete na atuação desses profissionais.

Diante disso, é de suma importância que temas como estes sejam trabalhados, principalmente durante o processo de formação, para que estes profissionais possam lidar com esses conflitos emocionais e oferecer aos seus pacientes um atendimento qualificado, sem comprometer a sua saúde biopsicossocial, pois a morte é uma condição natural da vida humana.

O despreparo para lidar com a temática pode levar estes profissionais a desenvolver uma atitude terapêutica equivocada, como por exemplo, a obstinação terapêutica, que é o investimento em técnicas fúteis para manter o paciente vivo, mesmo que não haja mais possibilidade de modificação do curso da doença, o que por sua vez, resulta na intensificação do sofrimento do paciente.

Além disso, fica evidente a necessidade do cuidado ao cuidador, uma vez que a má elaboração do luto pode desencadear nesses profissionais diversas reações emocionais, como doenças ocupacionais. Desse modo, o psicólogo se faz necessário no ambiente hospitalar, pois este é o profissional que está preparado para ajudar a equipe a lidar com esses conflitos, tendo como objetivo principal minimizar o sofrimento causado pelo adoecimento e o processo de hospitalização, prevenindo as possíveis consequências que essas vivências podem causar na vida do profissional. Assim, o foco do trabalho do psicólogo gira em torno dos aspectos psicológicos que envolvem o adoecimento e as vivências nesse processo.

Em razão disso, há uma necessidade de investimento na educação e na saúde, para capacitar e dar suporte a equipe que lida com a terminilidade. É importante ressaltar o quanto a ética e a postura profissional são importantes, pois dá condição a equipe de uma comunicação aberta e de qualidade para lidar com as questões do outro e, para isso, é necessário que os profissionais que convivem com pacientes terminais deem conta de si mesmo primeiro, de suas incertezas, e fragilidades diante das questões que permeiam a morte.

Por fim, sugere-se a discussão dessa problemática em outras perspectivas, a exemplo da educação e saúde, bem como a implementação de políticas públicas voltadas para o acolhimento desses profissionais, promovendo uma sensibilização a respeito do tema, promovendo reflexões, para criar novas estratégias e diálogos entre os mencionados profissionais, para avaliar sua qualidade de vida, buscando aprimorar a discussão e a identificação de outros possíveis problemas.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. F et al. Saberes e práticas sobre cuidados paliativos segundo psicólogos atuantes em hospitais públicos. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 15, n. 1, p. 77-95, mar. 2014. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 outubro de 2017.
- AMARAL, et. al. Reações emocionais do médico residente frente ao paciente em cuidados paliativos. **Rev. SBPH** v.11 n.1 Rio de Janeiro. 2008.
- ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. Ed. solo. 2012.
- ARECO, M. N. **Cuidados Paliativos: a vivência de uma equipe interdisciplinar na assistência a crianças e adolescentes com câncer**. Ribeirão Preto/USP-SP. 2011.
- AZEREDO, N. S. G. et al. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.35, n.1, p.37-43, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 881**. Dispõe sobre a necessidade da criação de uma nova cultura de atendimento aos usuários nas organizações em saúde, pautada pelo mais amplo respeito à vida humana, pela observância dos princípios ético-moral. Brasília, 2001. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1527_22_07_2004.html>. Acesso em 10 de outubro de 2017
- BERNIERI, J; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. **Texto contexto - enferm.** v. 16, n 1, p. 89-96, 2007.
- CAMARGO, A. P. et. al. **O ensino da morte e do morrer na graduação médica brasileira: artigo de revisão**. v. 45, p.44-51, 2015.
- COELHO, C. B. T; YANKASKAS, J. R. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 29, n. 2, p. 222-230, jun. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2017000200222&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 de outubro 2017.
- D'ARCO, C. et al. Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática da enfermagem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo. v. 40, n.3, p. 382-389. 2016.
- DAVID, S. J. La muerte, el paciente y el médico. **Bol. Hosp. Viña del**, v. 70, n. 2, p. 46-48, Mar 2014.
- FREIRE, E. R. Futilidade médica, da teoria à prática. **Arq Med.** v. 29, n.4, p. 98-102, 2015.
- KOVACS, M, J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Rev. Bioét.** Brasília, v. 22, n. 1, p. 94-104, Apr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 de outubro de 2017.

KOVÁCS, M. J. Educação para a Morte: desafio na formação de profissionais de Saúde e Educação. **Casa do psicólogo**. São Paulo, 2003, 23-45p.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**. v.34, n.4, p.420-429, 2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. 5ªed. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

LIMA, M. L. F; REGO, S. T. A; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Proceso de toma de decisión en los cuidados de fin de vida. **Rev. Bioét.** Brasília, v. 23, n. 1, p. 31-39, Abril de 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000100031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 de outubro de 2017.

LIMA, M. G. R. Revisão integrativa: um retrato da morte e suas implicações no ensino acadêmico. **Revista Gaúcha Enfermagem**. p. 190-197. 2012.

MONTEIRO, D. T. et al. Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. **Estud. pesqui. psicol.** v. 15, n. 2, p. 547-567, Rio de Janeiro, 2015.

MORAIS, I. M. et al. Percepção da “morte digna” por estudantes e médicos. **Revista bioética**. vol. 24, nº 1, p. 108-17, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca**. Ginebra: OMS, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf>. Acesso em 13 de outubro 2017.

PEIXOTO, A. F. (n.d). **Cuidados Paliativos: Generalidades**. Acesso 12 setembro 2017. 2004.

PONTE, A. C. S. L. C.; PAIS-RIBEIRO, J. L. O bem-estar em cuidados paliativos: perspectiva do doente versus profissionais de saúde. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 15, n. 1, p. 137-153, mar. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 novembro de 2017.

QUEIROZ, A. A. B, et. al. **Cuidado no final da vida: Reflexões sobre a morte e o morrer**. Ano 01, edição 02, p. 192 - 395, nov. 2012/jun.2013.

RAMANAYAKE, R. P. J. C.; DILANKA, G. V. A; PREMASIRI, L. W. S. S. Palliative care; role of family physicians. **Journal of Family Medicine and Primary Care**. V.5, Abril 2016.

SÁ, A. C. M. **Obstinação terapêutica em doentes terminais**. Portugal, p. 1-36. 2014.

SANTOS, J. L; MULATO, S. C; BUENO, S. M. V. Morte e luto: a importância da educação para o profissional de saúde. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 18, n. 3, p. 199-203, set./dez. 2014.

SBGG. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Vamos falar em Cuidados Paliativos**. 2014-2016.

SCHMIT, J. M. et al. Perspectives on death and dying: a study of resident comfort with End-of-life care. **BMC Medical Education** (2016) 16:297, Florida.

SINCLAIR, C. T. Comunicar um prognóstico em câncer avançado. **O Journal of Supportive Oncology**, v.4, n.4. 2006.

STOCHERO, H. M. et al. Sentimentos e dificuldades no enfrentamento do processo de morrer e de morte por graduandos de enfermagem. **Aquichan**. Ano.16, vol. 16, nº 2 - Chía, Colombia – Junio. Pag. 219-229, 2016.

VICENSI, M. C. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: A perspectiva do profissional. **Revista bioética**. Campos Novos/SC, 2016. p.64-72.