

A DECISÃO DE SUSPENDER O TRATAMENTO CURATIVO

(Conflitos para médicos, pacientes e familiares)

ROGÉRIO WOLF DE AGUIAR

ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS E
EMOCIONAIS



Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul
CREMERS

FÓRUM DE CUIDADOS PALIATIVOS

DATA: 26 de novembro de 2010

LOCAL: Auditório do Cremers - R. Bernardo Pires, 415

HORÁRIO: das 08h30 às 17h20

CONFLITOS DE INTERESSES

- Conselheiro do CREMERS
- Prof. Adjunto do Depto. de Psiquiatria e Medicina Legal UFRGS
- Não há suporte financeiro de outra fonte

COMEÇANDO PELO CLÁSSICO

Elizabeth Kübler Ross, a psiquiatra pioneira no tratamento dos desenganados e na preparação para a morte, morreu em sua casa no Arizona aos 78 anos de idade..

- O maior trabalho científico e prático de Kübler Ross representou há quatro décadas uma inovação para a medicina ocidental e uma quebra do tabu sobre a morte: o uso de técnicas para que o fim da vida seja mais ameno para os doentes, os médicos que os atendem e os familiares que os cercam. A publicação em 1969 de seu livro mais bem-sucedido "On Death and Dying" (Sobre a morte e o morrer) marcou o rumo de seu trabalho, que depois foi enriquecido com contribuições de vários especialistas a uma área específica da profissão médica, a tanatologia. Nesse livro, Kübler Ross, nascida em 1926 em Zurique (Suíça), identificou períodos definidos no processo da morte, e métodos para que médicos, enfermeiros e familiares acompanhem e ajudem a pessoa em seus últimos dias.

-

EFE – Agência EFE

ELIZABETH KÜBLER-ROSS



OS 5 ESTÁGIOS DO PACIENTE TERMINAL

- **EM SEQUÊNCIA:**
- Negação e isolamento
- Raiva
- Barganha
- Depressão
- Aceitação

NEGAÇÃO

- Frases de pacientes: “Não acredito!” “Há um erro”. “O médico não me examinou direito”.
- Negação parcial como uma defesa saudável, que retarda um pouco a adaptação a uma notícia ruim.
- A intensidade da resistência também depende do modo de comunicação do médico.
- Adiar uma conversa sobre o diagnóstico é pior.
- A intensidade pode apresentar risco de suicídio.

RAIVA

- A negação dá lugar à raiva e à revolta contra o destino, Deus, médicos e especialmente enfermeiras, que passam mais tempo com o paciente.
- Aparece revolta contra familiares e pessoas sãs. As visitas se tornam penosas, e se afastam do paciente, aumentando a mágoa.
- A atitude melhor seria tentar entender a raiva e não apenas a raiva também pode ser pela dependência (do tratamento, da equipe, dos aparelhos).

BARGANHA

- Após um período de revolta, a sensação de fragilidade aumenta. Antigas experiências infantis podem retornar: “se eu for bem comportado, ganho prêmio (cura, etc).
- A barganha implica em metas auto-impostas (“vou alcançar uma vantagem”) e adiamento (“vou retardar o processo”).
- A barganha deve ser explorada pelo médico, porque pode revelar algum sentimento de culpa (por não ter sido bom, p.ex.)

DEPRESSÃO

- O avanço da doença traz perdas (saúde, autonomia, funções corporais e mentais, financeiras) e o desânimo aparece.
- Combater este tipo de depressão com rearranjos familiares, em casa, encorajamento etc.
- Um segundo tipo de depressão é o preparatório para morrer. Neste caso, poucas palavras são necessárias. Mais importante é a proximidade, deixar falar, fazer um carinho, um toque de mão. Deve-se assegurar que o paciente não está só.

ACEITAÇÃO

- Aceitação não é sensação de felicidade.
- Em geral, os pacientes querem descansar, se isolar. A companhia deve ser mais silenciosa.
- Talvez conversar sobre morrer, o que o paciente se dispuser.
- “Eu posso avaliar o que sentes, mas estou ao teu lado, não estás solitário”, são palavras que sintetizam uma atitude solidária junto ao paciente que morre.

ESPERANÇA

- Esta sucessão de etapas não é rígida. Elas avançam e recuam, se superpõem e devem ser encaradas como predomínios em certos momentos.
- Outros autores acrescentaram outros aspectos, alguns modificaram a ordem das etapas.
- Em todas, é necessário manter sempre algum tipo de esperança, adequado ao momento, ao quadro, os ideais do paciente. Sempre há algo a oferecer: alívio, conforto, e o máximo possível, dignidade.

Familiares

- É sempre importante trabalhar com eles.
- Os familiares são diferentes entre si. É adequado observar algum mais apto a assumir um papel maior de colaborador. São vários, em estágios diferentes.
- É necessário ter em mente que sentimentos de culpa podem irromper nos familiares, bem assim como raiva, cansaço, desejo de que o paciente morra (por piedade, p.ex.)

ENCAMINHANDO DECISÕES

- *A tomada de decisão é menos dolorosa com uma boa relação equipe-paciente-família:*
- Reafirmar a vida e a morte como processos normais
- Integrar aspectos psicológicos e espirituais
- Ajudar a autonomia até o máximo, com reforço das conquistas
- Falar com familiares sobre os sentimentos
- Respeitar as escolhas, inclusive do local para morrer
- Comunicação aberta

CONVERSANDO SOBRE A SITUAÇÃO

- Mesmo que breve, permitir a assimilação progressiva do momento, tanto do paciente como de familiares
- Perceber o que o paciente está preparado, quer e pode ouvir.
- Assegurar aos familiares que o paciente comatoso terá todo o conforto necessário evitando o sofrimento.

LIDANDO COM A EQUIPE

- A sensação de “fracasso” por parte do médico ou da equipe pode desencadear um abandono do paciente, irritação ou a atitude contrária, de promover o intervencionismo obsessivo, numa tentativa desesperada de lutar contra a perda da onipotência.
- Podem aparecer sentimentos de culpa “por não terem sido bons médicos”, ou ficarem se acusando mutuamente.

LIDANDO COM FAMILIARES

- A sensação de impotência e de culpa diante do familiar doente pode levar a acusações contra a equipe e até processos éticos, civis e penais, por parte de familiares.
- Uma boa relação médico-paciente pode prevenir muitos dissabores para todos, inclusive ajudando os familiares a se expressarem e eleborarem melhor suas perdas.

LIDANDO COM A INSTITUIÇÃO

- A desumanização da prática de assistência leva muitas vezes a separar rigidamente os familiares de seus pacientes terminais. O desespero tecnológico conduz às vezes a isto: o paciente morre isolado, intubado e dopado. Nestas condições, nem sempre necessárias, algumas vezes fúteis, os familiares também são impedidos de participar da atenção e das despedidas do seu parente.
- Há um movimento mundial de retorno aos hospices, onde estes pacientes podem ter mais atenção, familiares, apoio.

LIDANDO COM A SOCIEDADE

- O novo Código de Ética Médica Brasileira, do CFM, adota muitas destas atitudes, desestimulando e ampliando a proteção ética aos médicos que praticarem a medicina paliativa. A ortotanásia é estimulada, a distanásia é condenada, bem assim como a eutanásia.
- Ações políticas junto aos gestores e demais profissionais devem ser efetivas para pugnar pela oferta destas condições de cuidados paliativos.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- *A não – ressuscitação, do ponto de vista do médico, em uma Unidade de Cuidados Paliativos Oncológicos.* Margarida Tutungi Pereira, Teresa Cristina da Silva dos Reis. Rev Bras de Cancerologia, 2007; 53(2):225-29.
- *Sobre a morte e o morrer.* Elisabeth Kübler-Ross. Martins Fontes, São Paulo, 1997 (tradução da 7ª. Ed. – original: On death and dying, 1969).
- *A morte e o morrer.* Roosevelt M. Smeke Cassorla. In: *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*, 2ª.ed., Neury Botega (org.). ArtMed, 2006: 417-29.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- *A morte no hospital*. Mario Alfredo De Marco, Maria Luiza de Mattos Fiore. In: *A Face Humana da Medicina*, Mario Alfredo De Marco (org.). São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003: 177-87.