

Renata Oliveira Roos Weiss

**A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO MÉDICO-FAMÍLIA PARA OS
PACIENTES INTERNADOS EM UTI**

Trabalho de Conclusão de Curso

Orientadora: Mayla Cosmo

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Curso de Especialização em Psicologia da Saúde

Rio de Janeiro

Agosto de 2017

RESUMO

A comunicação entre paciente, família e equipe médica no contexto das unidades de terapia intensiva se torna bastante complexa em função dos inúmeros fatores que perpassam este setor. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um contexto de alta complexidade destinado a pacientes que necessitam de cuidados intensivos. A internação nessa unidade desestabiliza física e emocionalmente não apenas o sujeito internado, mas toda a família. Os profissionais de saúde que trabalham em UTI defrontam-se diariamente com questões relativas à morte, ao morrer e ao sofrimento humano, expondo seus limites e fragilidades, sendo o médico o responsável pela vida do paciente. O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão bibliográfica acerca da relação médico-família em UTI de adulto, tendo como foco a comunicação. Dentro desta proposta, foi realizado levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados online: Bireme e Scielo, bem como no site da Revista Brasileira de Terapia Intensiva (RBTI). Foram selecionados catorze artigos em português publicados nos últimos dez anos através dos descritores *comunicação* e *terapia intensiva* que incluíam também a relação médico-família como tema. Da análise do conteúdo destes artigos, emergiram quatro categorias: família na UTI; cuidados paliativos em UTI; processo de tomada de decisão e formação médica. Como resultado, foi observado que muitos médicos evitam comunicar más notícias ou a realizam de maneira inadequada, promovendo conseqüências negativas para os próprios médicos, para o paciente e seus familiares. A comunicação é um dos pilares da Medicina Paliativa, sendo uma das competências fundamentais para o cuidado em saúde. As maiores dificuldades detectadas para a implementação dos cuidados paliativos na UTI foram relacionadas às definições prognósticas e à comunicação com a família. A forma como se estabelece a comunicação verbal entre família e equipe interdisciplinar é crucial no processo emocional dos familiares podendo exacerbar ou minimizar o sofrimento deles.

Palavras chave: Unidade de Terapia Intensiva; comunicação; relação médico-família.

SUMÁRIO

1. Introdução	3
2. Método	7
3. Família na UTI	12
4. Cuidados Paliativos em UTI	18
5. Processo de Tomada de Decisão	27
6. Formação Médica	33
7. Conclusão	39
8. Referências Bibliográficas	41

INTRODUÇÃO

O interesse sobre o tema da comunicação médico–família surgiu a partir da experiência de estágio em um hospital privado localizado na zona sul do Rio de Janeiro, onde estagiei durante seis meses na Unidade de Terapia Intensiva. A partir desta experiência, pude perceber a importância da relação médico-família na condução do tratamento de um ente internado, pois é a partir desta relação que as informações são transmitidas e, muitas vezes, importantes decisões precisam ser tomadas. Vale ressaltar que nos casos mais graves, a probabilidade de o paciente estar sedado é alta, sendo a família e a equipe médica os protagonistas na condução do tratamento. Situações difíceis são vivenciadas intensamente neste contexto de vida e morte e a comunicação se faz fundamental neste processo.

O que mais me chamou a atenção durante o estágio foi como esta comunicação entre os profissionais de saúde e do médico, principalmente, com a família, é fundamental para a definição do tratamento. Participei de situações onde esta comunicação foi importante para: a) clarificar o estado de saúde de um ente querido e com isto tranquilizar a família e, ao mesmo tempo, informá-la tornando-a ciente dos procedimentos a serem realizados; b) oferecer a possibilidade de se pensar em alguns caminhos diante da gravidade do estado clínico do paciente internado com todas as informações necessárias e dúvidas esclarecidas para tomada de decisão da família. Porém, esta comunicação também pode ser divergente entre os envolvidos, como aconteceu em outra situação, onde a família discordava da conduta do médico particular/assistente em manter o paciente internado no hospital em função da gravidade de seu estado clínico, enquanto o desejo da família era levar o paciente para casa.

O aperfeiçoamento tecnológico tem permitido uma modificação gradual da dinâmica operacional nas unidades de terapia intensiva (UTI). Pode-se citar como principais conseqüências dessa mudança, a necessidade da tomada de decisões diante do prolongamento da morte e do morrer e o maior tempo de permanência dos pacientes críticos nessas unidades (MORITZ, 2007).

A Unidade de Terapia Intensiva é um setor do hospital altamente equipado com tecnologias de última geração, destinado ao tratamento de pacientes graves e complexos, que exigem atenção e cuidado 24 horas. Esta

tecnologia é utilizada para salvar a vida ou melhorar o estado funcional do paciente. A admissão em uma UTI geralmente ocorre de forma abrupta, desencadeando estresse físico e psíquico tanto para o paciente como para os familiares (COSTA et al, 2010).

Diante deste cenário, os profissionais de saúde que trabalham nessas unidades precisam estar preparados para o manejo em situações agudas que envolvem tensão psicológica e risco de morte iminente; sendo a comunicação um elemento fundamental nestas situações. Comunicação pode ser definida como “ato que envolve a transmissão e a recepção de mensagens entre o transmissor e o receptor, através da linguagem oral, escrita ou gestual, por meio de sistemas convencionados de signos e símbolos” (Dicionário Online Michaelis, 2017).

Moritz (2007) destaca que a comunicação está diretamente ligada aos sentidos humanos. Esta pressupõe o entendimento das partes envolvidas, e não existe entendimento se não houver, anteriormente, a compreensão. A comunicação pressupõe, ainda, a informação e o domínio sobre o que se quer comunicar, a intenção, a emoção e o que se pretende quando nos aproximamos do outro (SILVA, 2002).

Toda comunicação, portanto, tem duas partes: a primeira é o conteúdo, o fato, a informação que queremos transmitir; a segunda, o que estamos sentindo quando nos comunicamos com a pessoa. O conteúdo da nossa comunicação está intimamente ligado ao nosso referencial de cultura, e o profissional de saúde tem uma cultura própria, diferente do leigo, por isso é importante saber que quanto mais informações possuímos sobre aquela pessoa e quanto maior a nossa habilidade em correlacionar esse saber do outro com o nosso, melhor será o nosso desempenho no aspecto da informação e do conteúdo (SILVA, 2002; pág. 75).

Portanto, a comunicação faz parte de um processo que envolve a percepção do ambiente e do clima de trabalho, incluindo a comunicação não-verbal da equipe multiprofissional, até a interação médico/paciente e família na UTI. É fundamental a avaliação das principais barreiras de comunicação, dos elementos e das estratégias da boa comunicação. Eles devem ser pontuados, reconhecidos e combatidos, ou seguidos, para que o processo se desenvolva satisfatoriamente. Os canais do processo crítico da comunicação são: a) o ruído: uma interferência estranha à mensagem, tornando a comunicação

menos eficaz (significa todo e qualquer distúrbio ou barulho indesejável); b) omissão: pode ocorrer quando o receptor não tem capacidade suficiente para captar o conteúdo inteiro da mensagem e somente recebe ou passa o que pode captar; c) distorção: pode ser causada pela chamada “percepção seletiva” das pessoas: cada pessoa seleciona consciente ou inconscientemente os estímulos e informações que lhe interessam e passa a percebê-los seletivamente, omitindo as demais informações; d) sobrecarga - ocorre quando os canais de comunicação conduzem um volume de informação maior do que sua capacidade de processá-las. A sobrecarga provoca omissão e contribui enormemente para a distorção (MORITZ et al, 2008).

Quanto às barreiras da comunicação, estas relacionam-se à: atitude corporal; idéias preconcebidas; percepções e interpretações; grau de escolaridade; significados pessoais; motivação e interesse; ausência de habilidade de comunicação; emoções e estado de ânimo. Outras barreiras consideradas são: clima organizacional, idioma, traqueostomia, intubação, sedação, distúrbio de consciência. Humildade, paciência, transparência, segurança e boa didática foram elencados como os elementos para uma boa comunicação em UTI (MORITZ et al, 2008).

No tocante às estratégias para uma boa comunicação, estas dividem-se em verbais e não- verbais. As verbais são: repetir a informação sempre que necessário, certificar-se de que a comunicação foi compreendida, saber ouvir/incentivar a comunicação do outro, usar tom de voz adequado, ser sincero e transparente, disponibilizar tempo e colocar-se à disposição, manter um discurso consistente, oferecer o melhor (pessoal/técnico), ficar atento principalmente às suas reações e não às dos outros, sugerir para a família colocar-se no lugar do paciente (trazer as opiniões e sentimentos do paciente para a conversa), usar linguagem coloquial e evitar eufemismo, utilizando palavras simples e precisas. Manter contato físico – toque (locais sugeridos para o toque: mãos, braços, ombro), expressão facial, atitude corporal, aparência física adequada são estratégias não verbais necessárias para uma boa comunicação (MORITZ et al, 2008).

Em se tratando da comunicação entre os próprios profissionais de saúde, eles possuem diferentes percepções sobre esta comunicação, o que pode causar divergências de condutas em relação ao mesmo caso (Reader et

al, 2009 apud Teixeira, et al 2010). Os mesmos autores apontam ainda para a necessidade da participação ativa e da opinião de profissionais de inúmeras especialidades no manejo do doente crítico em função da complexidade inerente ao quadro clínico. Porém, estudos de qualidade em saúde que avaliaram a segurança de pacientes têm demonstrado que falhas na comunicação entre os médicos ou entre os médicos e outros profissionais de saúde constitui uma causa comum de eventos adversos no ambiente de UTI (op.cit.).

Nas UTIs o principal emissor da comunicação sobre o paciente gravemente enfermo é o médico intensivista. Esse profissional tem o dever de transmitir a situação da doença ao paciente, aos seus familiares, aos seus amigos e ao seu médico assistente. Deve também informar os pormenores do tratamento aos membros da equipe multiprofissional que trabalham no setor. Obviamente esses profissionais interferem e interagem na comunicação dentro da UTI. Entretanto, não pode ser esquecido que a responsabilidade final do tratamento de um paciente é do médico e que esse profissional jamais poderá se eximir da sua participação prioritária na comunicação (MORITZ, 2007; pág. 486).

A comunicação em unidade de terapia intensiva torna-se mais complicada pelo fluxo dinâmico e constante de profissionais da saúde, pela instabilidade dos pacientes e pela necessidade de manejo com terapias, sistemas de informação e equipamentos de alta complexidade e elevado valor tecnológico (TEIXEIRA et al., 2010). Diante de tantos atravessamentos encontrados em uma UTI, torna-se imprescindível aprofundar a compreensão acerca do processo comunicacional nesse setor, sendo este considerado um dos pilares da qualidade de assistência (MONTEIRO, 2015). Dessa forma, este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica acerca da relação médico-família em UTI de adulto, tendo como foco a comunicação.

MÉTODO

Realizou-se uma revisão bibliográfica nas seguintes bases de dados: Bireme e Scielo, bem como no site da Revista Brasileira de Terapia Intensiva (RBTI). Foram selecionados os artigos em português publicados nos últimos dez anos através dos descritores *comunicação e terapia intensiva*. Foram encontrados 405 artigos em português com os descritores acima citados, porém catorze artigos foram selecionados, pois estes incluíam a relação médico-família como tema.

Com o objetivo de traçar um panorama da relação médico-família em UTI adulto no Brasil, emergiram quatro categorias temáticas a partir da análise dos artigos selecionados, que serão discutidas a seguir: *família na UTI; cuidados paliativos em UTI; processo de tomada de decisão e formação médica*.

Abaixo um quadro com os artigos relacionados:

TÍTULO	AUTOR	TIPO DE ARTIGO	CATEGORIA	INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva.	Barth A.A, Weigel BD, Dummer CD, Machado KC, Tisott TM.	Pesquisa	Família na UTI	<ul style="list-style-type: none">- Os principais fatores estressores foram a presença do estado de coma, o paciente não conseguir falar e o motivo da internação.- A dificuldade na comunicação e na relação com o paciente internado na unidade de terapia intensiva foi apontada como os maiores estressores por seus familiares, com destaque para o estado de coma.- O ambiente, as rotinas de trabalho e a relação entre familiar e equipe da unidade de terapia intensiva tiveram menor impacto como fatores estressores.
Como Implementar Cuidados Paliativos de Qualidade na Unidade de Terapia Intensiva	Costa Filho, R. C. et al.	Pesquisa	Cuidados Paliativos em UTI.	<ul style="list-style-type: none">- Diferentes modelos de cuidados paliativos.- Comunicação é o pilar da Medicina Paliativa.- A medicina curativa em UTI tem sido obstinada a ajudar ganhar mais tempo de vida, mas se omite em proporcionar qualidade de vida ao seu término.
Equipe multiprofissional	Evangelista, V.C.,	Pesquisa	Formação	<ul style="list-style-type: none">- Comunicação como uma das

de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho.	Domingos, T.S., Siqueira, F.P.C. Braga, E.M.		Médica	competências fundamentais para cuidado em saúde. - Importância do desenvolvimento das habilidades no campo da comunicação.
Comunicando notícias difíceis na unidade de terapia intensiva	Longuinho e Silva, R.B.	Estudo Teórico	Formação Médica	- Muitos médicos evitam comunicar más notícias ou a realizam de maneira inadequada, promovendo consequências negativas para os próprios médicos, para o paciente e seus familiares. - Os médicos temem ser responsabilizados por qualquer pronunciamento considerado inadequado, não sabendo o que dizer ou desencadeando respostas emocionais com as quais não esteja preparado em lidar.
Consultorias em cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva	Lufchitz, G.H.M, Moritz, R.D, Stamm, A.M.N.F.	Pesquisa	Cuidados Paliativos em UTI	- Os principais assuntos discutidos pela equipe multidisciplinar foram relacionados a avaliação prognóstica, avaliação das preferências da família, manutenção e limitação de esforços terapêuticos. - Poucos pacientes internados receberam consultoria em Cuidados Paliativos. - As maiores dificuldades detectadas foram relacionadas às definições prognósticas e à comunicação com a família.
A relação médico-família diante da terminalidade em UTI.	Monteiro, M.C, Magalhães, A.S, Féres-Carneiro, T & Machado, R.N.	Pesquisa	Formação Médica Família na UTI	- Importância do cuidado aos familiares e da relação entre a equipe de saúde e familiares. - Comunicação adequada, respeito e compaixão para com o paciente e seus familiares são fundamentais para satisfação familiar. - Aspectos importantes na comunicação: informações claras, honestas e realistas. - Barreiras na formação e na prática médica que interferem no cuidado ao paciente e família. - Apesar do reconhecimento da importância da família, esta é vista como presença incômoda, pois indaga e questiona.
Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na unidade de terapia	Moritz R.D.	Estudo Teórico	Família na UTI	- Com o aperfeiçoamento tecnológico surgiu a necessidade da tomada de decisões diante da morte e do morrer.

intensiva				<ul style="list-style-type: none"> - A responsabilidade final do tratamento de um paciente é do médico e este não pode se eximir da sua participação prioritária na comunicação. - Só há comunicação adequada durante o processo do morrer quando se tem conhecimento e tranqüilidade para abordar este tema. - Falar sobre o real prognóstico do paciente, informar claramente sobre a evolução da sua doença sem esquecer o envolvimento emocional que cerca o morrer, deve fazer parte de um processo contínuo de comunicação entre todos os integrantes desse processo.
Terminalidade e cuidados paliativos	Moritz R.D., Lago P.M., Souza R.P., Silva, N.B., Meneses, F.A., Othero, J.C.B. et al	Estudo Teórico	<p>Processo de tomada de decisão</p> <p>Cuidados Paliativos em UTI</p> <p>Formação Médica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definições sobre terminalidade. - A adequada comunicação foi considerada de primordial importância para a condução do tratamento de um paciente terminal. - Descrição das barreiras de comunicação que devem ser evitadas sendo definidas técnicas para a boa comunicação. - Critérios para cuidados e ações paliativas nas unidades de terapia intensiva, sendo considerada fundamental a aceitação da morte, como um evento natural, e o respeito à autonomia e não maleficência do paciente. - Considerou-se aconselhável a suspensão de medicamentos fúteis, que prolonguem o morrer e a adequação dos tratamentos não fúteis privilegiando o controle da dor e dos sintomas para o alívio do sofrimento dos pacientes com doença terminal. - Os profissionais da unidade de terapia intensiva envolvidos com o tratamento desses pacientes são submetidos a grande estresse e tensão sendo desejável que lhes sejam disponíveis programas de educação continuados sobre cuidados paliativos.
Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia	Neves, F.B.C.S., Dantas, M.P., Bitencourt A.G.V.,	Pesquisa	Família na UTI	<ul style="list-style-type: none"> - A maioria dos familiares avaliou positivamente os profissionais da unidade de

intensiva.	Vieira, P.S., Magalhães, L.T., Teles J.M.M. et al.			terapia intensiva nas questões relacionadas à comunicação, atitude e cuidado médico com o paciente. No entanto, houve um percentual menor de satisfação nas questões relacionadas com a capacidade dos profissionais de confortar os familiares.
As Repercussões do Processo de Internação em UTI Adulto na Perspectiva de Familiares	Reis, L. C. C., Gabarra, L. M., Moré, C. L. O. O.	Pesquisa	Família na UTI	<ul style="list-style-type: none"> - A forma como se dá a comunicação verbal entre família e equipe interdisciplinar é crucial no processo emocional dos familiares podendo exacerbar ou minimizar o sofrimento deles. - O impacto da internação no cotidiano dos familiares.
Terminalidade da vida em terapia intensiva: posicionamento dos familiares sobre ortotanásia	Santos M.F.G, Bassitt D.P.	Pesquisa	Processo de Tomada de Decisão	<ul style="list-style-type: none"> - Obstáculos à participação dos familiares na decisão de qualidade de final de vida estão relacionados às falhas na comunicação médico-família e a falta de profundidade nesta relação, principalmente quando o médico não informa adequadamente o prognóstico. - O envolvimento da família na decisão sobre os limites de suporte de vida é pouco estimulado pela maioria da equipe médica. - A maioria dos pacientes (53,3%) discutiu o desejo de cuidados de final de vida com a família, mas 76,7% dos pacientes não discutiram com seu médico. - Os familiares responderam a favor da ortotanásia em 83,3 %; a maioria (85,0%) gostaria que a equipe médica discutisse claramente o assunto e 65% desejavam participar do processo de decisão de qualidade de final de vida.
Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva	Silva, C.F., Souza, D.M., Pedreira, L.C, Santos, M.R., Faustino, T.N.	Pesquisa	Cuidados Paliativos em UTI	<ul style="list-style-type: none"> - Observaram-se divergências nas condutas terapêuticas da equipe, demonstrando falta de interação e de comunicação entre os profissionais. - Faz-se necessário a elaboração de uma política nacional que respalde o cuidado ao paciente crítico terminal, a educação permanente/continuada dos profissionais e a criação de

				protocolos assistenciais para promoção do conforto do paciente durante a fase final da vida e de sua família.
Cuidando da Família de Pacientes em Situação de Terminalidade Internados na Unidade de Terapia Intensiva	Soares, M.	Estudo teórico	Família na UTI	<ul style="list-style-type: none"> - Os familiares têm necessidades específicas e apresentam frequências elevadas de estresse, distúrbios do humor e ansiedade durante o acompanhamento da internação na UTI. - Estratégias voltadas para os familiares como a melhoria da comunicação, da prevenção de conflitos e do conforto espiritual resultam em maiores satisfação e percepção da qualidade da assistência prestada ao paciente em UTI.
A adequada comunicação entre os profissionais médicos reduz a mortalidade no centro de tratamento intensivo	Teixeira C, Teixeira T.M.L., Brodt S.F.M., Oliveira R.P., Dexheimer Neto F.L, Roehrig, C et al.	Pesquisa	Formação Médica Família na UTI	<ul style="list-style-type: none"> - A falta de comunicação entre médicos assistentes e intensivistas pode aumentar a mortalidade dos pacientes, principalmente devido ao atraso no início de antibióticos, o atraso no início do desmame ventilatório e a não prescrição de profilaxia para trombose venosa profunda. - Esta pesquisa demonstrou falhas significativas de comunicação entre os profissionais médicos, gerando necessidade de telefonemas desnecessários, atraso significativo na realização de procedimentos e inadequações na prescrição médica.

FAMÍLIA NA UTI

Atualmente observa-se um progressivo conhecimento de que familiares de pacientes críticos não são apenas meros visitantes da UTI. Conhecer as necessidades e o grau de satisfação dos familiares de pacientes internados em UTI é parte essencial dos cuidados dos profissionais de saúde, que possuem o compromisso de diminuir a dor e o sofrimento daqueles que têm um parente criticamente enfermo internado nesse setor. O estresse emocional vivenciado, decorrente da permanência de um parente numa UTI, é geralmente responsável por estados de ansiedade e depressão, devendo a equipe cuidadora prover aos familiares as informações que estes necessitam em relação ao diagnóstico, prognóstico e tratamento do doente (NEVES et al., 2009).

A internação em UTI gera alto grau de estresse e ansiedade na família. O ambiente é percebido por eles como um espaço agressivo e ameaçador, pois evidencia o risco de morte do paciente (BARTH et al, 2016). A internação pode desencadear determinados comportamentos e sentimentos, como dúvidas, desamparo, desorganização mental, imobilização frente às decisões inesperadas e outras reações, como depressão ou doenças geradas pelo estresse e pela ansiedade (PRATES et al 2011; BITENCOURT et al, 2007).

Os familiares consideram como os principais fatores estressores a aparência do paciente internado, a necessidade de ventilação mecânica, a presença de curativos diversos, fios e aparelhos, bem como os ruídos dos equipamentos e da equipe. Além desses fatores, foram destacadas a gravidade do quadro clínico, a alteração do nível de consciência e a dificuldade e/ou ausência de comunicação (BARTH et al., 2016; PRATES et al 2011; BITENCOURT et al, 2007,).

Em uma pesquisa realizada em um hospital privado com 50 pacientes internados na UTI, 50 familiares dos referidos pacientes e 50 membros da equipe profissional deste setor, teve como objetivo comparar a avaliação dos estressores presentes na unidade de terapia intensiva do ponto de vista do paciente, parentes e da equipe multiprofissional e identificar diferenças e semelhanças em relação à percepção dos estressores, a fim de otimizar o atendimento ao paciente. Constatou-se que o fator estressor “ver a família e

amigos por apenas alguns minutos por dia” obteve maior relevância na visão dos familiares se comparado à percepção dos pacientes internados na UTI. Com isso, perceberam que a família sobrestima sua presença junto ao paciente, enquanto este dá maior relevância à sua recuperação, desde que sua família possa estar presente em horários flexíveis (NOVAES et al, 1999).

Não há controvérsias quanto à importância da adequada comunicação entre o médico e seu paciente, mesmo que este esteja internado em UTI. Entretanto, nessas unidades, o paciente quase que invariavelmente está sedado, interferindo ou impossibilitando a comunicação. Portanto, na maioria dos casos, a comunicação é realizada com os familiares e amigos dos pacientes (MORITZ, 2007).

Há uma ambivalência em relação à participação da família no tratamento do paciente internado do ponto de vista do médico. Apesar do reconhecimento da importância da participação da família, a equipe intensivista tem dificuldades para lidar com esta. Durante o horário de visita na UTI, por exemplo, os médicos plantonistas evitam o contato com os familiares, comparecendo ao leito apenas quando solicitados (MONTEIRO et al, 2015).

A maioria das necessidades consideradas importantes pelos familiares está vinculada à iniciativa dos profissionais, que deve pretender melhorar o relacionamento com a família, esclarecendo as chances de melhora e informando adequadamente a evolução do paciente. As informações devem ser fornecidas pela equipe de saúde diariamente, com franqueza, esclarecendo quais são os profissionais envolvidos no cuidado do paciente e assegurando que o tratamento adotado é o melhor possível (BARTH et al, 2016).

A necessidade de comunicação efetiva e a escuta qualificada são fatores imprescindíveis para que os objetivos mútuos envolvidos no processo comunicativo sejam alcançados (EVANGELISTA et al, 2016). Assim como o oferecimento de melhor qualidade de informação está associado com o conhecimento das necessidades e aumento do nível de satisfação dos familiares (MOLTER et al, 1979 apud NEVES et al, 2009).

A necessidade de informação acurada e compreensível por parte dos familiares é universal. A família anseia por conversar todos os dias com um médico sobre a condição e prognóstico do doente e deseja informações por parte da enfermagem acerca dos cuidados, da

unidade, dos equipamentos e do que os mesmos podem fazer pelo paciente no horário de visita (NEVES et al.,2009; pág. 33).

Neves et al. (2009) realizaram uma pesquisa cujo objetivo era identificar o grau de satisfação dos familiares de pacientes internados em UTI, no que tange à comunicação com os médicos. Os familiares apresentaram um elevado grau de satisfação com o atendimento em geral, principalmente nas questões relacionadas à comunicação, atitude e cuidado médico com o paciente. Os menores índices de satisfação ocorreram em questões relacionadas à capacidade dos profissionais da UTI em demonstrar interesse pelos sentimentos dos familiares e prestar maiores esclarecimentos sobre o funcionamento dos equipamentos utilizados pelo paciente. Outros autores, como Heyland et al, (2003), Malacrida et al, (2000) e Curtis et al, (2001) já têm destacado não só a importância de os profissionais de saúde da UTI darem informações completas, mas também de interagir com os familiares de maneira mais acolhedora e aberta.

A comunicação em UTI tem um papel crucial no processo emocional vivenciado pelos familiares durante a internação, podendo exercer duas funções: exacerbar ou minimizar o sofrimento deles. Reis, Gabarra e Moreré observaram em sua pesquisa que os familiares demonstraram anseio por informações honestas e diretas, por explicações sobre os procedimentos e por sentir abertura para o esclarecimento de dúvidas, gerando tranquilidade e conforto nos familiares. Foi observado que, quando a notícia era dada esclarecendo os motivos da internação e desmistificando a Unidade, os sujeitos sentiram-se mais tranquilos e desejosos pela internação. Por outro lado, quando era passada de forma súbita e sem as explicações necessárias gerou ansiedade e medo nos familiares (REIS, GABARRA & MORÉ, 2016).

Na pesquisa realizada por Barth et al (2016) sobre quais são os fatores estressores para os familiares de pacientes internados na UTI adulto de um hospital escola, houve uma menor pontuação em relação à equipe médica da UTI – significando satisfação neste item - o que para os autores retrata a confiança depositada na equipe de trabalho da UTI, bem como nas informações fornecidas sobre as circunstâncias e a evolução do paciente. Os

principais fatores estressores foram: a presença do estado de coma do paciente, o paciente não conseguir falar e o motivo da internação.

Em se tratando de uma unidade de terapia intensiva, a morte - ou a angústia diante dela - é um tema recorrente que perpassa a relação médico-família. É fundamental o cuidado dos familiares em casos de pacientes internados no contexto de terminalidade ou no qual as perspectivas de recuperação são muito improváveis, pois nestas situações o paciente não estará desperto e será preciso lidar e cuidar dos seus familiares. Muitos profissionais de saúde das UTI ainda acreditam que o cuidado dos familiares dependa basicamente de habilidades e de características individuais, e que esta responsabilidade seja exclusiva de profissionais específicos como psicólogos e assistentes sociais. Entretanto, embora esses profissionais tenham extrema importância nesse processo, o cuidado dos familiares é de responsabilidade de todos na UTI (SOARES, 2007).

Nas situações de terminalidade, os encontros podem ser difíceis e complexos quando não existe uma relação previamente estabelecida entre intensivistas e familiares (SOARES, 2007). A grande maioria dos familiares, especialmente os cônjuges dos pacientes, apresentam sintomas de estresse, ansiedade ou depressão. Em relação ao paciente e seus familiares, os principais fatores associados com a presença destes sintomas foram ausência de encontros regulares com os médicos e de um local próprio para estes encontros, e principalmente a percepção de contradições nas informações recebidas. Cerca de metade dos familiares relataram que as informações sobre os pacientes foram passadas de forma inapropriada, e que a compreensão pelos familiares foi relacionada com tempo despendido durante os encontros (AZOULAY et al, 2004 apud SOARES, 2007).

Os familiares que receberam um folheto informativo sobre o processo de cuidado, com definição de alguns termos técnicos e de intervenções, e com a estruturação física e organizacional da UTI, além dos cuidados habituais prestados nas UTIs, apresentaram ao final de três meses do óbito do paciente menor incidência de sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão e menor necessidade de fármacos psicoativos. No texto inicial deste folheto, havia também uma afirmação explícita de solidariedade da equipe da UTI. Embora o tempo despendido aos familiares no primeiro encontro tenha

sido maior no grupo da intervenção, o fornecimento do folheto reduziu de modo significativo a necessidade de informações complementares nos encontros subsequentes (LAUTRETTE et al, 2007 apud SOARES, 2007).

A família muitas vezes “seleciona” o que é menos difícil de assimilar emocionalmente naquele momento, o que pode demandar a repetição das mesmas informações inúmeras vezes por parte da equipe (ISMAEL, 2004). A visita dos familiares na Unidade propicia, ainda, o encontro com os familiares de outros pacientes, o que pode dificultar a experiência da internação devido à comparação entre os quadros de saúde e a gravidade de cada caso ou funcionar como mecanismo de enfrentamento por meio do compartilhamento de experiências, formando uma rede de apoio comum (REIS, GABARRA; MORÉ, 2016).

A hospitalização influencia também diretamente no autocuidado dos familiares envolvidos, que podem ficar horas sem dormir e sem se alimentar adequadamente à espera de informações acerca do sujeito doente (ISMAEL, 2004). Os desconfortos vivenciados pelas famílias podem ser minimizados através de uma comunicação acolhedora e solidária por parte da equipe, com informações realistas e claras, sem lhes tirar a confiança. Informar os familiares sobre as decisões terapêuticas que podem afetar o paciente pode ser uma forma de cuidado com eles (FREITAS et al, 2012 apud REIS, GABARRA; MORÉ, 2016).

Algumas mudanças na família são necessárias a partir da internação para atender as demandas exigidas pelas circunstâncias. Essa experiência é capaz de modificar o movimento em que os familiares se encontram, podendo provocar uma “força centrípeta”, ou seja, a família se volta para a doença e/ou para o doente, mesmo quando se encontra num período de afastamento. As transformações ocorrem também com relação à redefinição de papéis dentro da dinâmica familiar, necessária para reorganizar o sistema na situação de crise. (REIS, GABARRA, MORÉ, 2016; pág. 818).

É importante mencionar que os familiares daquele que está morrendo, ao serem confrontadas com a perda do seu ente querido, podem fugir da realidade ou podem querer encontrar um culpado para redimir o seu sentimento de culpa. Esse é outro fator complicador da adequada comunicação sobre a morte e o morrer (MORITZ, 2007).

As famílias geralmente funcionam de modo a manter baixa a tensão emocional e o equilíbrio estabilizado. Logo, não seria incomum que seus

membros reagissem automaticamente da maneira que consideram menos disruptiva e perturbadora para si mesmos e para os outros. Assim, uma reação típica seria querer manter distância da realidade da morte e deixar que os especialistas em morte assumam o comando. Há diversos fatores pelos quais o sistema familiar é afetado e como estes influenciam no grau de ruptura do sistema familiar. Os fatores são: o contexto social e étnico da morte; a história de perdas anteriores; o timing da morte no ciclo de vida; a natureza da morte ou da doença grave; a posição e função da pessoa no sistema familiar e a abertura do sistema familiar (BROWN, 2011).

Adiciona-se a essa realidade a rotina da informação, que geralmente ocorre, de forma impessoal, numa sala de espera ou pior ainda, nos corredores que antecedem a UTI. Nesse momento, a mensagem a ser passada nem sempre é otimista e muitas vezes é pouco compreendida, pois é fornecida através de palavras técnicas, longe da realidade daquele que está ouvindo (MORITZ, 2007).

A tendência atual é que todos os pacientes com doenças que ameacem a vida recebam de forma precoce e integrada cuidados curativos e paliativos, numa abordagem individualizada, em consonância com as necessidades e os desejos dos pacientes e de seus familiares (MORITZ et al, 2011).

O que são cuidados paliativos? Eles estão presentes na UTI?

CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI:

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), cuidados paliativos são as ações ativas e integrais prestadas a pacientes com doença progressiva e irreversível, bem como aos seus familiares. Nesses cuidados é fundamental o controle da dor e dos demais sintomas mediante a prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (MORITZ et al, 2008). “O cuidado paliativo se apoia na visão da ortotanásia que se caracteriza pela morte em seu tempo natural, garantindo a dignidade do indivíduo e promovendo o seu bem estar, com a finalidade de produzir uma “boa morte” (FORTES, 2011 apud SILVA et al, 2013).

Os cuidados paliativos (CP) estão relacionados a uma filosofia do cuidar. Visa prevenir e aliviar o sofrimento humano em muitas de suas dimensões. Seu objetivo é promover aos pacientes e a seus familiares, a melhor qualidade possível de vida, a despeito do estágio de uma doença, ou a necessidade de outros tratamentos. Ele se complementa ao já tradicional cuidado curativo, incluindo objetivos de bem-estar e de qualidade de vida aos pacientes e seus familiares, ajudando-os nas tomadas de decisões, e promovendo oportunidades de crescimento e evolução pessoal (COSTA FILHO et al, 2008).

A médica Rachel Moritz vem se destacando no cenário nacional ao propor a integração dos cuidados paliativos aos cuidados intensivos, em eventos e fóruns promovidos pela AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Nesses encontros, participaram profissionais experientes em Medicina Intensiva para debater sobre as doenças terminais e suas questões-chaves. Importantes termos comumente utilizados foram definidos, como paciente em condição terminal, ações paliativas, cuidados ao fim da vida, tratamento fútil e cuidados paliativos na UTI (MORITZ et al., 2008; MORITZ et al, 2009b; MORITZ et al, 2011). Além disso, foram elencados os princípios fundamentais dos cuidados paliativos em UTI, a saber: aceitar a morte como um processo natural do fim da vida; priorizar sempre o melhor interesse do paciente; repudiar futilidades: diagnóstica e terapêutica; não encurtar a vida nem prolongar o processo da morte; garantir a qualidade da vida e do morrer; aliviar a dor e outros sintomas associados; cuidar dos aspectos clínicos, psicológicos, sociais, espirituais dos pacientes e de seus familiares; respeitar a

autonomia do doente e de seus representantes legais; avaliar o custo-benefício a cada atitude médica assumida; estimular a interdisciplinaridade como prática assistencial (MORITZ et al.,2008).

O CP é uma abordagem terapêutica que envolve uma equipe multidisciplinar, incluindo várias especialidades médicas, enfermeiras, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, conselheiros espirituais e sacerdotes. Todos esses profissionais são importantes, uma vez que a Medicina paliativa objetiva identificar e dirimir os problemas relacionados à internação, na esfera física, psicológica, espiritual ou social. Neste cenário, uma boa comunicação entre os envolvidos é fundamental. Os CP devem integrar todos os setores de cuidados em saúde: emergências, unidades de terapia intensiva (UTI), enfermarias, internações domiciliares – *homecare* e até *Hospices*, que no Brasil poderíamos chamar de instituições asilares nível 3. Quando existe uma equipe de CP, ela colabora sinergicamente com outros profissionais de saúde, em cada um desses ambientes. Todos os pacientes, independente de suas idades, com diagnóstico de uma doença ameaçadora à vida, ou enfrentando uma condição debilitante são candidatos aos CP (COSTA FILHO et al, 2008; pág. 90).

Os candidatos para os cuidados paliativos são os pacientes com câncer, insuficiência cardíaca grave progressiva, falência hepática e/ou renal, doenças neurodegenerativas como o Alzheimer, lesões medulares graves, doenças pulmonares crônicas e degenerativas, e inúmeras outras condições encontradas freqüentemente nas UTIs, e também por vezes fora da terapia intensiva (COSTA FILHO et al, 2008). “Qualquer indivíduo, independente da idade, com diagnóstico de afecção em que a cura ou o restabelecimento torna-se impossível ou com enfermidade ameaçadora à vida é candidato ao paliativismo” (HALL et al, 2011; MACIEL, 2008; FORTES, 2011 *apud* SILVA et al, 2013 pág. 2.600).

Sabe-se que, somente nos últimos anos, a comunidade médica vem compreendendo que a comunicação é uma habilidade complexa, que exige intenso treinamento e que pode interferir diretamente em desfechos importantes dentro do cuidado com o paciente internado em UTIs (ARNOLD et al, 2015 *apud* LUFCHITZ, MORITZ & STAMM, 2016; pág. 61).

A comunicação é o pilar da Medicina Paliativa. Comparada às medicações, uma habilidade em comunicação possui eficácia paliativa, podendo reduzir sintomas rapidamente sem efeitos colaterais. Assim, a

comunicação de uma má notícia – ou notícia difícil - é um dos maiores desafios na prática diária dos profissionais das UTIs. Má notícia é qualquer informação que drástica e negativamente afeta a perspectiva de um indivíduo sobre seu futuro (COSTA FILHO et al, 2008).

A comunicação de uma notícia difícil é uma prática comum na prática clínica diária para quem realiza cuidados de saúde. A Medicina, desde os anos 80, tem se preocupado com a forma de transmissão destas notícias ruins. Para os médicos em geral, a comunicação de uma notícia difícil traz a esperança de diminuir ou agravar o sofrimento do paciente e da família. Eles também temem ser responsabilizados por qualquer pronunciamento considerado inadequado, não sabendo o que dizer, ou desencadeando respostas emocionais com as quais não estejam preparados em lidar (BUCKMAN, 1984 apud LONGUINHO E SILVA, 2015).

Há alguns princípios que norteiam a comunicação de uma má notícia. São eles: escolher um momento em que o paciente e o médico estejam descansados e tenham um tempo adequado; avaliar o estado emocional e psicológico do paciente; preparar o paciente ou familiar dizendo ter um assunto difícil para discutir; usar uma linguagem clara e simples; expressar empatia pela dor do paciente; ser humanitário tendo compaixão; dar informação de forma gradual e programar outro encontro posterior; ser realista evitando minimizar o problema, mas não tirar todas as esperanças; verificar como o paciente e seus familiares se sentem depois de receber a notícia; re-assegurar a continuidade do cuidado, não importando o que houver; assegurar que o paciente tenha suporte emocional de outras pessoas (COSTA FILHO et al, 2008).

Para o paciente e seus familiares “aquilo que é dito é apenas uma parte do processo do paciente de conhecer” (JANICE, 2011 apud LONGUINHO e SILVA, 2015, pág. 84). Trata-se apenas de sua interpretação. As pessoas procuram dicas externas sobre "o que está por vir", quando a informação está prestes a ser dita, incluindo a presença de pistas disponíveis, a fim de prever a natureza da notícia. O paciente e seus parentes analisam a postura do médico que se aproxima para transmitir a notícia. Eles têm a capacidade de ler a face do médico, procurando índices de algum senso de gravidade, não necessariamente na palavra do profissional, mas, no preâmbulo da narração

real, no tom de voz, habilitando-os a "preparar" para a notícia real. Audição e compreensão não necessariamente ocorrem instantaneamente, nem simultaneamente com os dizeres, mesmo para aqueles que sejam capazes de ouvir as palavras. Sabe-se que é preciso tempo para assimilar as informações fornecidas (LONGUINHO e SILVA, 2015).

Longuinho e Silva (2015) trouxeram ainda uma interessante diferença que vem sendo estudada e discutida sobre a abordagem de médicos juniores e médicos seniores na comunicação de notícias difíceis dentro de uma UTI.

Profissionais médicos juniores apresentam abordagens diferentes quando comparados às abordagens dos médicos seniores ao transmitirem más notícias dentro da unidade de terapia intensiva. A grande questão diz respeito ao poder de enfrentamento e às estratégias utilizadas por estes distintos grupos durante as abordagens diante dos familiares. Os profissionais seniores tendem a utilizar um enquadramento cognitivo focado em experiências negativas dos pacientes para manter sua própria perspectiva positiva, intelectualizando o processo. Estão mais propensos a utilizar estratégias de enfrentamento focadas no problema, objetivando controlar e otimizar os desafios da tarefa de transmitir más notícias, fazendo desta uma ferramenta de controle de seu trabalho. Os médicos juniores têm um poder de enfrentamento global maior, estressando-se menos durante o momento do boletim médico. São mais objetivos e raramente se reportam à família utilizando enquadramento cognitivo para ajudá-las a lidar com as más notícias (JOANE et al, 2012 apud LONGUINHO e SILVA, 2015; pág. 86).

São necessários alguns passos para se atingir uma maturidade profissional na transmissão de notícias difíceis. O primeiro deles está relacionado à necessidade dos médicos de assumirem o controle nas relações de comunicação. O segundo passo é entender o processo de comunicação como resultado de algumas variáveis, como por exemplo, as palavras escolhidas, qualidade da voz e a maneira como o corpo é usado. O terceiro e último passo é compreender que cada paciente ou familiar são pessoas completamente diferentes. Eles trazem consigo outras histórias, outros hábitos, crenças, experiências, outra cultura e processo educacional. Portanto, podem apresentar interpretações distorcidas e generalizadas daquilo que lhes é transmitido como informação. E o oposto também ocorre. Médicos também criam suas interpretações e generalizações no processo de comunicação (LONGUINHO e SILVA, 2015).

A maioria dos médicos, no entanto, utiliza sua experiência na prática clínica para decidir como se comportar ao transmitir uma má notícia. O profissional tende a fornecer respostas vagas, minimizando, muitas vezes, a real gravidade. A reação do paciente depende de fatores como personalidade, crenças religiosas, apoio familiar e contexto cultural em que vive. Nem sempre o médico tem a oportunidade de conhecer esses aspectos antes de comunicar uma má notícia (LONGUINHO E SILVA, 2015).

No contexto paliativista, a comunicação de más notícias e a comunicação da transição entre os objetivos/foco do tratamento são consideradas primordiais. Na pesquisa realizada por Lufchitz, Moritz e Stamm (2016) cujo objetivo era analisar o conteúdo das consultorias paliativistas, ou seja, analisar o diálogo entre os consultores paliativos e os profissionais da unidade de terapia intensiva. As principais dificuldades em relação à comunicação encontradas pelos participantes (médicos, médicos residentes, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais) desta pesquisa foram: 1) mudança do tratamento com foco na cura para o foco no conforto; 2) mudança do foco do conforto para o preparo para a morte; 3) discussão/comunicação de prognósticos ruins num curto espaço de tempo; 4) conversas sobre expectativas fora do contexto real. Também foi percebido através das falas um contexto de dúvidas e incertezas que permeia as discussões sobre terminalidade de pacientes críticos, gerando um ambiente propício para conflitos acerca dos objetivos do tratamento. “Até quando avançar nos procedimentos de suporte vital? Em que momento parar e, sobretudo, guiados por índices prognósticos ou por modelos de ética ou moralidade?” (MORITZ et al, 2008, pág. 423). A medicina moderna está despreparada para lidar com esta questão, resultando em um adiamento da morte à custa de um insensato e prolongado sofrimento. Para que a dor e o sofrimento neste processo de morrer sejam minimizados é necessária a implantação de protocolos de cuidados paliativos nas UTIs (MORITZ et al, 2008). Quais são os limites de atuação para prolongar uma vida ou adiar a morte e em quais situações existe a necessidade de intervir para reabilitar, para curar, para reverter, ou então para promover um fim de vida digno e confortável, dando suporte ao paciente com doença terminal e aos seus familiares (LUFCHITZ, MORITZ e STAMM, 2016)?

Durante o tratamento de um paciente terminal muitas das medidas curativas/restaurativas podem configurar como um tratamento fútil, ou seja, ser uma intervenção que não atenda ou que seja incoerente com os objetivos propostos no tratamento de um determinado doente, tais como: nutrição parenteral ou enteral, administração de drogas vasoativas, terapia renal substitutiva, instituição ou manutenção de ventilação mecânica invasiva e, inclusive, a internação ou permanência do paciente na UTI (MORITZ et al, 2008).

É complexo o reconhecimento da futilidade de um tratamento, ou seja, definir que aquela intervenção não atende ou não é coerente com os objetivos estabelecidos na terapêutica de um determinado doente. Por conseguinte, definir que cuidados deverão ser mantidos e quais deverão ser suspensos na abordagem paliativista ainda é um desafio na UTI. A ausência de protocolos assistenciais dificulta a determinação dos cuidados a serem implementados (SILVA et al, 2013).

Um paciente é considerado em condição terminal quando sua doença, independente das medidas terapêuticas adotadas, evoluirá de forma inexorável para a morte. A irreversibilidade da doença é definida de forma consensual pela equipe médica, baseada em dados objetivos e subjetivos. Estabelecido este diagnóstico, os cuidados paliativos constituem o objetivo principal da assistência ao paciente (MORITZ et al, 2008; pág. 423).

Uma das questões apreendidas em pesquisa realizada por Silva et al (2013) foi a dificuldade dos profissionais de saúde em compreender a necessidade de suspensão de tratamentos fúteis. Isto vai ao encontro sobre o desafio na UTI ressaltado pelas autoras: definir que cuidados deverão ser mantidos e quais deverão ser suspensos na abordagem paliativista. A ausência de protocolos assistenciais dificulta a determinação dos cuidados a serem implementados. O principal sintoma encontrado e o mais dramático é a dor e que para este sintoma, os profissionais de saúde estão atentos em proporcionar o alívio. Porém, as autoras chamaram atenção para os outros sintomas desagradáveis que podem interferir na qualidade de vida do paciente crítico terminal e que passam despercebidos pela equipe, como a sede, dispnéia, tosse, náuseas, vômito, obstipação, diarreia, fadiga, sudorese, prurido, *delirium*, ansiedade e depressão (SILVA et al, 2013).

Recomenda-se, no que se refere à comunicação relacionada ao tratamento do paciente em estado crítico terminal que as UTIs devam ter um local adequado para a convivência com os familiares; o médico não delegue a outros profissionais seu papel na comunicação; seja o mesmo médico a prestar informações ao representante familiar; seja identificada na família do paciente, uma pessoa que possa servir como interlocutor, quando necessário; não sejam antecipadas informações desnecessárias e/ou não solicitadas; seja facilitado o maior número possível de encontros entre paciente/familiar/equipe de saúde; seja estabelecido pelo menos um horário exclusivo para o fornecimento das informações; sejam uniformizadas as informações, após um consenso entre todos os médicos envolvidos. Deve-se também levar em consideração a importância de que sejam desenvolvidas atividades de educação continuada/permanente sobre a comunicação e terminalidade. Essas atividades podem ser sob a forma de palestras, grupos, treinamentos, cursos, etc, devendo-se valorizar a comunicação colaborativa entre os diversos profissionais que atuam na UTI (MORITZ et al, 2008).

Os Cuidados Paliativos (CP) também devem fazer parte da filosofia de cuidado no ambiente da UTI, tendo como justificativa o direito do indivíduo e o dever da equipe de saúde em oferecê-los. Para isto, é fundamental haver um atendimento qualificado pela equipe multiprofissional, através dos seus múltiplos olhares, objetivando assistir o paciente terminal em todas as dimensões, garantindo o seu bem estar e respeitando a sua dignidade (SILVA et al, 2013)

Há diversos estudos realizados demonstrando os benefícios da implementação de equipes de CP dentro dos hospitais. Desses benefícios destaca-se o melhor controle dos sintomas dos pacientes vítimas de doenças terminais, a maior satisfação dos seus familiares, a redução do tempo de internação nas UTIs e dos custos com os tratamentos (LUFCHITZ, MORITZ e STAMM, 2016).

Há também vários modelos para a introdução de cuidados paliativos em UTIs. Os principais descritos são o consultivo, onde existe um time de consultores externos para avaliação e assistência aos casos selecionados pela equipe e o integrativo, onde os CP são inseridos na prática diária dos

profissionais intensivistas (ASLAKSON et al, 2014 apud LUFCHITZ, MORITZ e STAMM, 2016).

Lufchitz, Moritz e Stamm (2016) realizaram uma pesquisa em um Hospital Universitário de Santa Catarina onde os CP estavam sendo implementados através de uma comissão. Uma das atividades desta comissão era uma visita semanal entre os consultores paliativistas e a equipe multidisciplinar da UTI. Na pretensão de identificar quais eram as principais dificuldades geradas durante o tratamento do paciente crítico terminal e conseqüentemente visando à otimização dos CP no hospital e mais especificamente na UTI, a pesquisa tinha como objetivo principal o de analisar o conteúdo das discussões efetuadas durante as reuniões dos profissionais da UTI com os consultores paliativistas. Dentre todos os pacientes internados na UTI poucos foram selecionados para discussão paliativista. Algumas barreiras para que esses pacientes candidatos possam ter acesso aos CP na UTI podem ser citadas. Em primeiro lugar, a capacidade médica de prognosticar muitas vezes é sem exatidão, o que gera uma inércia prognóstica e um atraso no acesso do paciente aos CP. Por outro lado, a formação do médico intensivista é deficiente no que concerne aos CP e, a dinâmica operacional das UTIs não é direcionada para a oferta desses cuidados. Dessa forma, os cuidados de fim de vida na UTI não são, via de regra, priorizados (HUA et al, 2014; KAVALIERATOS et al, 2014 apud LUFCHITZ, MORITZ & STAMM, 2016).

Com relação ao conteúdo debatido nas reuniões analisadas, todas as discussões envolveram o tema central de “tomada de decisões complexas” – próximo capítulo a ser discutido. As subcategorias que tiveram maior destaque foram: avaliações prognósticas e avaliações de compreensão e preferências da família. Cabe ressaltar que a avaliação prognóstica é uma das tarefas chave do serviço de CP hospitalar (LUFCHITZ, MORITZ e STAMM, 2016).

O grande obstáculo para o desenvolvimento dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva é o despreparo da equipe multiprofissional em indicar a abordagem paliativa (SILVA et al, 2013). Em pesquisa realizada, apenas um profissional de saúde, entre catorze - incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeuta e nutricionista - citou o cuidado aos familiares do paciente terminal, não sendo ressaltado pela equipe como integrante da proposta dos cuidados paliativos, o que permite supor que a assistência

multiprofissional não é estendida ao núcleo familiar. Este tema/categoria – cuidado aos familiares do paciente terminal - teve pouca relevância neste estudo. Sabe-se que a família é a célula de identidade do ser humano, conhecendo, melhor do que a equipe, as necessidades, vontades e angústias, muitas vezes não verbalizadas pelo enfermo. Na abordagem paliativista, o cuidado se estende aos familiares durante todo o processo de doença e no período de luto, construindo um novo enfrentamento da morte (SILVA et al, 2013). Na mesma pesquisa, ao serem questionados sobre as medidas de promoção do conforto implementadas ao paciente terminal, os profissionais de saúde participantes (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e nutricionista), explicitaram em suas falas, a mecanização da assistência e a ênfase nos cuidados higiênicos e estéticos, em detrimento da assistência psicológica, espiritual e social ao binômio indivíduo/família (SILVA et al, 2013).

As autoras puderam observar ainda diferentes condutas do médico plantonista em função do não registro em prontuário após a decisão conjunta entre todos os envolvidos no processo pelos cuidados paliativos. Com isso, a equipe que atende o paciente permanece sem saber exatamente como conduzir a sua assistência e, conseqüentemente, os cuidados que objetivam aliviar o sofrimento, não são executados, sendo substituídos pela obstinação terapêutica.

A tecnologia e seu uso pela equipe de saúde aumentaram a distância entre o profissional e o paciente e sua família, permitindo o aumento do controle sobre o tempo e sobre as circunstâncias da morte. Com isso, percebemos o prolongamento da vida e as dificuldades em estabelecer limites na intervenção para reabilitar, para curar, para reverter ou para promover uma morte digna, sem que o sofrimento seja prolongado. É indiscutível a importância dos cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva, para que a equipe de saúde possa prestar uma assistência dirigida a uma “boa morte”, voltando-se para a pessoa do doente com ênfase em suas necessidades, respeitando suas escolhas e promovendo uma melhor qualidade de vida possível. Para isto, é fundamental que se possa investir em capacitação e treinamento para a equipe intensivista.

PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO

É incontestável que a expectativa de vida aumentou e que a medicina moderna muito contribuiu para isto, realizando o tratamento e a cura de inúmeras doenças. Entretanto, em muitas ocasiões, a tecnologia tem levado ao prolongamento do morrer. Esta conduta caracteriza a obstinação terapêutica, considerada como uma prática médica excessiva, decorrente das possibilidades oferecidas pela tecnociência e da vontade do prolongar da vida a qualquer custo. Na tentativa de evitar a obstinação terapêutica, os médicos que trabalham em UTI são confrontados com o dilema da manutenção ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis (MORITZ et al, 2009).

A comunicação é fundamental neste processo – como já vimos anteriormente - sendo um elemento que pode facilitar ou prejudicar a decisão de familiares. É fundamental o reconhecimento das diferenças sócio-culturais, pois estas influenciam enormemente no entendimento do morrer e na comunicação sobre esse tema (MORITZ, 2007).

A bioética - ética aplicada à vida - assinala que no caso dos pacientes com evolução desfavorável, numa situação onde a manutenção dos sinais vitais se torna apenas o insuportável prolongamento do processo de morte em um quadro clínico grave, irreversível e incurável, é necessário avaliar os limites de suporte de vida (LSV) (MARTON, 2007 apud SANTOS e BASSITT, 2011).

A promoção de cuidados aos pacientes com doença terminal, fora de possibilidades terapêuticas curativas, depende primordialmente da aceitação da finitude do ser humano e do reconhecimento da incapacidade médica de "curar sempre". A partir desse fato, torna-se importante a disponibilização de planos terapêuticos paliativistas, dos quais sempre deverá ser priorizado o controle da dor e do desconforto do paciente e a promoção do seu bem estar. Salienta-se que a suspensão de terapêuticas fúteis, que somente prolongarão o processo do morrer, faz parte do enfoque paliativista do tratamento (PASTRANA et al, 2008; Twomey, McDowell e Corcoran, 2007 apud MORITZ et al, 2009; pág. 144).

No Brasil, a prática de LSV está concentrada na perspectiva médica, com escassa participação da família e de outros integrantes da equipe. Os médicos intensivistas brasileiros têm como preferência a prática de “não reanimar”, sendo que no hemisfério norte a conduta da retirada de ventilação mecânica é rotina (PIVA et al, 2010, apud SANTOS e BASSITT, 2011). Há

também uma dificuldade em definir condutas para limites de suporte de vida no Brasil enquanto em outros países, na Europa e Estados Unidos, por exemplo, os cuidados de final de vida em UTI já se tornaram uma prática bem estabelecida (SANTOS e BASSITT, 2011).

Existem dois modelos para abordar situações referentes ao fim da vida: o modelo paternalista e o modelo compartilhado. No modelo paternalista, o médico efetua a sua escolha e comunica ao paciente e à família sua decisão, baseado em seu conhecimento técnico. No hospital, é notório a existência de uma hierarquia de competência institucionalizada, onde o médico ocupa um lugar de poder privilegiado. No modelo compartilhado, pacientes e familiares são envolvidos nas decisões a respeito dos cuidados. No Brasil, percebemos a prevalência do modelo paternalista, especialmente na assistência pública. No setor privado, esta variação encontra-se de acordo com a equipe médica (MENEZES, 2011 apud MONTEIRO et al, 2015).

É fundamental a participação da família na decisão de LSV. Os obstáculos à participação dos familiares na decisão de qualidade de final de vida estão relacionados às falhas na comunicação médico/família e a falta de profundidade nesta relação, principalmente quando não são informados adequadamente sobre o prognóstico do paciente (SANTOS e BASSITT, 2011).

Uma pesquisa realizada por Santos e Bassitt (2011) contou com 60 familiares participantes cujo objetivo era avaliar o posicionamento dos familiares sobre a ortotanásia, ao considerar o controle dos sintomas, a preferência do paciente e a influência da satisfação da comunicação do tratamento informado pela equipe médica. Como resultado, obteve: 93,3% dos familiares consideraram frequente a comunicação com os médicos, 81,7% conseguiram tirar as dúvidas sobre o estado clínico do paciente, em 83,3% a comunicação foi compreendida e 80,0% consideraram ter recebido a informação com clareza e honestidade. Sobre a qualidade de fim de vida, 76,7% dos entrevistados referiram que o paciente não discutiu anteriormente com o médico à qualidade de fim de vida, mas 53,3% discutiram com a família. Quanto à participação da família no processo de decisão sobre qualidade de fim de vida, 65% concordaram e 85% gostariam que a equipe médica discutisse claramente este assunto. No total, 83,3% dos familiares entrevistados referem ser a favor da ortotanásia. A maioria apresentou

conhecimento sobre o conceito ortotanásia (85%), com 56,3% enfatizando tratar-se do não prolongamento do sofrimento de seu ente querido enquanto 26,7% não fizeram nenhum comentário. Entre os 16,7% de familiares que se posicionaram contra a ortotanásia, 6,7% não comentaram, 5% justificaram por questões religiosas, 5% querem discutir o assunto. O posicionamento dos familiares a favor ou contra a ortotanásia foi significativamente associado à participação (ter conhecimento e poder opinar) na decisão de fim de vida (SANTOS e BASSITT, 2011).

Mudanças de comportamento nas famílias com relação ao final de vida foram observadas. Os familiares questionaram a manutenção do suporte de vida para pacientes em situação de terminalidade. O envolvimento da família na decisão de LSV é pouco estimulado pela maioria da equipe médica, provavelmente, pela dificuldade em lidar com dilemas de final de vida (SANTOS e BASSITT, 2011; MONTEIRO, 2015).

Para a família, a LSV é uma conduta tomada em benefício do paciente e, por isso, aceitável. Os paradigmas em manter a vida do paciente são questionados ao perceberem o prolongamento do sofrimento em situação de irreversibilidade. A morte é encarada como alívio, descanso que livra da dor, fome, sede e desamparo. A satisfação da família em relação à retirada do suporte de vida, além de amenizar o sofrimento, preserva a dignidade do paciente (GRIES et al, 2008; CURTIS et al, 2002; ABBOTT et al 2001 apud SANTOS e BASSITT, 2011).

Evidenciou-se neste estudo que discutir anteriormente a preferência dos cuidados de final de vida com os pacientes pode diminuir o peso destes no posicionamento sobre a tomada de decisão na limitação e suspensão do suporte de vida (SANTOS e BASSITT, 2011).

Notou-se ainda que nem todos os familiares podem estar prontos para a decisão sobre qualidade de final de vida. Os familiares não participantes da pesquisa comentaram saber da irreversibilidade do estado clínico, com dificuldade em opinar (SANTOS e BASSITT, 2011).

A complexidade da discussão sobre vida e morte, possibilitou a legalização da tomada de decisão em relação ao limite de suporte de vida. Nos EUA e alguns países da Europa, é possível uma declaração prévia da vontade do paciente terminal sobre a tomada de decisão de final de vida, legalizada

pelo âmbito federal (SANTOS e BASSITT, 2011). Apesar do Brasil ainda não ter legislado sobre este tema, em 31 de agosto de 2012 o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou a Resolução CFM 1.995/13, reconhecendo o direito do paciente manifestar sua vontade sobre tratamentos médicos e designar representante para tal fim, bem como o dever de o médico cumprir a vontade do paciente. Essa resolução colaborou para aquecer o debate, especialmente, sobre a necessidade de regulamentação legislativa sobre as diretivas antecipadas de vontade (DADALTO, TUPINAMBÁS e GRECO, 2013). As Diretivas Antecipadas se vinculam à possibilidade do paciente manifestar previamente sua vontade acerca de quais tratamentos médicos quer ou não se submeter caso futuramente estiver em estado de incapacidade, deixando registrado através de um documento chamado testamento vital. Portanto, o testamento vital é um documento no qual uma pessoa pode declarar quais tratamentos quer ou não receber no final da vida, bem como suas preferências, vontades e valores. É um conjunto de orientações que indicam como essa pessoa gostaria de ser cuidada em um momento em que ela não puder mais relatar suas próprias vontades. A pessoa pode determinar que não gostaria que fossem feitos procedimentos invasivos que não alteram suas chances de cura. Entram nesse rol a entubação, a traqueostomia (abrir um orifício na traqueia para passagem de ar), sessões de hemodiálise (filtragem do sangue) ou reanimação após uma parada cardiorrespiratória.

Em relação às questões ético-legais, o Conselho Federal de Medicina Brasileiro, através da resolução 1805/2006, em vigor desde 2010, estabeleceu a possibilidade de o médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, respeitando a vontade do paciente e do seu representante legal, respaldando, por conseguinte, a decisão médica na escolha pela filosofia de cuidado Paliativista. (SILVA et al, 2013).

A respeito desta resolução e de sua legitimidade, Lufchitz, Moritz e Stamm (2016) trouxeram em seu artigo um depoimento do Juiz de Direito da 14ª Vara do Distrito Federal:

Vale salientar que a dificuldade em estabelecer a terminalidade não é menor ou maior que outras dificuldades enfrentadas pelos profissionais da medicina, ao diagnosticar uma doença rara ou ao

optar por um tratamento em lugar de outros, sabendo-se que uma posição não exata poderá trazer consequências distintas para o paciente. Isso porque não existe 100% de certeza na medicina. Assim, desejar que os médicos atuem frente a um doente terminal com absoluta certeza à inevitabilidade da morte não é um argumento válido para recusar a legitimidade da ortotanásia, porque a exigência é incompatível com o próprio exercício da Medicina, que não pode se obrigar a curar o paciente, mas pode comprometer-se a conferir-lhe a maior qualidade de vida possível, diante do seu estado e dos recursos técnicos existentes (pág 59).

A avaliação de um grupo especializado, no caso dos consultores paliativistas, pode auxiliar a equipe tanto na condução da tomada de decisão quanto na melhor elaboração do raciocínio prognóstico e na comunicação das incertezas (LUFCHITZ, MORITZ & STAMM, 2016).

As discussões envolvendo avaliações prognósticas ocorrem dentro de duas possibilidades: a) profissionais com um consenso sobre a estimativa prognóstica e 2) profissionais divergindo sobre a estimativa prognóstica. Na pesquisa realizada por Lufchitz, Moritz e Stamm, os autores puderam perceber que houve uma dificuldade em avançar no processo de tomada de decisões quando havia incerteza prognóstica. Muitas são as razões para essa dificuldade, sendo apontadas causas como a falta de treinamento e a incerteza inerente ao processo de prognosticar. Outras barreiras para o desenvolvimento do prognóstico entre médicos estão sendo investigadas, como o envolvimento emocional de predizer e comunicar o prognóstico, bem como o tempo dispendido pelo médico para comunicar-se com o paciente e os familiares sobre o prognóstico (LUFCHITZ, MORITZ & STAMM, 2016).

Cabe ressaltar que as condições socioeconômicas e culturais também impactam de maneira distinta na avaliação da UTI e da doença crítica sobre os pacientes e seus familiares. Tais variáveis, junto de diferenças étnicas e religiosas, podem levar à dificuldade de percepção e reações diversas, ou mesmo serem causadoras de conflitos (BARTH et al, 2016).

A avaliação cuidadosa das necessidades dos familiares fornece subsídios importantes para a melhoria da compreensão, da satisfação e da capacidade para participar nas decisões relacionadas ao cuidado de alguém, que na maioria das vezes não poderá decidir por si próprio (SOARES, 2007).

Em pesquisa realizada por Silva et al (2013), a equipe entrevistada concordou que deve existir um limite para a terapêutica plena, ou seja, há um

momento em que não se convém mais um tratamento que objetive a cura, reforçando ainda que a irreversibilidade da doença deve ser definida de forma consensual pela equipe médica, através de discussões com todos os profissionais de saúde que assistem o paciente, baseada em dados objetivos e subjetivos. O déficit de conhecimento da equipe médica e multiprofissional sobre o CP, a relutância dos profissionais em aceitar que não podem mais atuarem em direção à cura, a impotência diante da inevitabilidade da morte e dilemas ético-legais envolvendo a temática são questões que influenciam a decisão dos profissionais em instituir a abordagem paliativa na unidade de terapia intensiva.

Logo, é fundamental que o médico tenha consciência dos seus limites terapêuticos curativos e possa tratar de seus pacientes durante o processo do morrer, garantindo os cuidados necessários que aliviem os sintomas que levam ao sofrimento e respeitando sempre a vontade do paciente ou de seu representante legal. Com isso, sentir-se-á seguro para falar sobre a morte com os envolvidos no processo. A comunicação, entre médico, paciente – se possível, familiares e equipe multiprofissional é um dos principais fatores que interferem na satisfação, principalmente dos familiares, durante o período de internação e esta deve ocorrer de forma humana, simples, clara e honesta para que possa ser efetiva, devendo acontecer em um ambiente tranquilo e reservado, preferencialmente.

FORMAÇÃO MÉDICA

A partir do século XX, o poder de intervenção do médico cresceu enormemente, sem que ocorresse simultaneamente uma reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos enfermos. Aspectos culturais, associados a fatores sociais, como a dificuldade do tratamento de um doente terminal em seu lar, levaram à morte institucionalizada - fenômeno este decorrente de um longo processo de transformações históricas e socioculturais. No mundo atual, mais de 70% dos óbitos ocorrem nos hospitais e, mais especificamente nas unidades de terapia intensiva (UTIs). Nessas unidades, tamanho é o arsenal tecnológico disponível que se torna quase impossível morrer sem a anuência do médico intensivista (MORITZ et al, 2008). Os óbitos nas UTIs, a nível mundial, são precedidos em 30 a 50% dos casos de decisões sobre a suspensão ou recusa de tratamentos considerados fúteis ou inúteis (BITTENCOURT et al, 2007).

Brown (2011) reiterou sobre o elevado número de mortes ocorridas nos hospitais, além da necessidade de especialistas para lidarem com este tema, afirmando que nossa sociedade criou uma variedade de especialistas em morte para lidar com todos os seus aspectos, como os hospitais para abrigar os doentes graves, os agentes funerários encarregados da preparação do corpo para o funeral e outras pessoas para lidar com os detalhes do enterro. Dessa forma, a família tende a ficar mais distante do processo de morte e do morrer.

O avanço biotecnológico trouxe indiscutíveis vantagens para a sociedade, porém, muitas vezes, apresenta efeitos negativos e paradoxais, como o suposto prolongamento da vida nas unidades de terapia intensiva a todo custo e inúmeros questionamentos éticos, morais, legais e econômicos (MONTEIRO et al, 2015).

Segundo o historiador Philippe Ariès (1977), ao longo dos séculos, nossa atitude perante a morte mudou radicalmente e o evento que à época medieval, por exemplo, era natural, familiar e socialmente abordado, passou atualmente, a ser tomado como algo privado, institucionalizado:

A antiga atitude diante da morte segundo a qual a morte é ao mesmo tempo familiar e próxima, por um lado, e atenuada e indiferente, por outro, opõe-se acentuadamente à nossa, segundo a qual a morte

mais amedronta a ponto de não mais ousarmos dizer seu nome (pág. 22).

Na época medieval, o temor estava relacionado à morte súbita, repentina. Toda a comunidade, inclusive as crianças, participava dos funerais tido como uma cerimônia pública. Os membros da família morriam em casa, onde o próprio enfermo, ciente de sua condição, despedia-se e fazia os preparativos do enterro junto com a família. Nos séculos XI e XII até o século XVIII houve profundas transformações que influenciaram a relação do sujeito com a morte.

A partir do século XVIII, o homem das sociedades ocidentais tende a dar à morte um sentido novo. Exalta-a, dramatiza-a, deseja-a impressionante e arrebatadora. Mas ao mesmo tempo, já se ocupa menos de sua própria morte, e, assim, a morte romântica, retórica, é antes de tudo a *morte do outro*. (ARIÈS, 1977).

Na modernidade, a partir do séc. XX, evitou-se falar de morte e os homens comportaram-se como se ela não existisse. As pessoas não tinham coragem de falar ao moribundo o quão grave era seu estado e as crianças foram afastadas dos quartos dos enfermos e dos funerais. Ocorreu ainda um deslocamento espacial: a morte passou a ocorrer em um leito de hospital, onde médicos e enfermeiros tornaram-se “os donos da morte, de seu momento e também de suas circunstâncias” (ARIÈS, 1977, pág. 54). A morte no século XX torna-se inseparável da instituição médica, configurando uma nova tutela da medicina sobre esta etapa da vida (MARINHO, 2010 apud MONTEIRO, 2015).

Kovács (2010) enfatizou este ponto citando dois autores - Zaidhaft e Esslinger – para dizer que os “combatentes” da morte na atualidade são os profissionais de saúde, principalmente médicos aos quais se atribui (e alguns se atribuem), o papel de donos da vida e da morte.

Assim, a despeito de todo o aparato tecnológico disponível nas UTIs, a morte se faz presente – uma “presença que assusta” os pacientes e seus familiares, e uma “presença que incomoda” a equipe de saúde, em especial os médicos, pois traz à tona sentimentos de impotência e de fracasso (MONTEIRO, 2015).

A morte do paciente, para a equipe médica, traz a possibilidade de entrar em contato com os seus processos de morte e finitude, suscitando

angústia e desconforto. Ademais, os recursos tecnológicos disponíveis atualmente na medicina colocam a morte como inimiga, e o médico como sendo seu adversário, precisando combatê-la a todo custo (MONTEIRO, 2015).

Apesar de a prática em terapia intensiva pressupor a existência de uma equipe multiprofissional, o médico assume a responsabilidade pela vida do doente. O poder do médico intensivista advém de seu domínio sobre o processo do morrer que “refere-se à possível regulação e controle da morte e está indissociavelmente vinculado ao saber técnico e à experiência prática no manejo dos recursos tecnológicos” (MENEZES, 2006, p.60 apud MONTEIRO, 2015). Portanto, o principal emissor da comunicação sobre o paciente gravemente enfermo é o médico intensivista. Esse profissional tem o dever de transmitir a situação clínica ao paciente, aos seus familiares, aos seus amigos e ao seu médico assistente. Deve também informar os pormenores do tratamento aos membros da equipe multiprofissional que trabalham no setor (MORITZ, 2007).

A negação e o afastamento da morte por parte dos médicos tem estreita correlação com o processo de formação, calcado no modelo biomédico - tecnicista e mecanicista. O médico é formado e preparado para a nobre missão de curar, de salvar vidas, anulando a possibilidade de manter uma proximidade humana com a finitude (ZAIDHAFT, 1990 apud MONTEIRO, 2015).

O progresso tecnológico permitiu à medicina investigar estruturas orgânicas de forma minuciosa e detalhada, prevalecendo a atenção à dimensões isoladas dos doentes ou das doenças. O conhecimento médico fragmentou-se e fez emergir o “especialista”, promovendo uma dissolução da totalidade da experiência da saúde / doença (DUARTE, 1993; BRASIL; CAMPOS; AMARAL; MEDEIROS, 2012 apud MONTEIRO, 2015). As especialidades multiplicaram-se, e cada uma tomou para si um “fragmento” corporal. Atualmente, existem também as subespecialidades, que subdividem o corpo em áreas ou funções cada vez mais restritas. Dessa forma, o ensino e a formação médica fomentam a dicotomização doente-doença (BRASIL et al, 2012 apud MONTEIRO, 2015).

Kòvacs (2010) também ressalta a predominância para o aspecto técnico do manejo das doenças na formação dos médicos, não levando em consideração a pessoa a ser tratada/cuidada, o que se pode relacionar com a

tarefa de salvar vidas. Observa-se, neste processo de formação, ausência de disciplinas que discutam aspectos cognitivos e afetivos relacionados ao processo da morte e do morrer. Zimmerman (1992 apud Kòvacs, 2010) destaca a importância da reflexão, por parte destes profissionais, acerca do clima emocional que envolve o ato médico, discutindo seus sentimentos e ansiedades.

Isto se torna fundamental uma vez que estarão em contato com esse tipo de situação em seu cotidiano. Ao escolherem sua profissão, de forma mais ou menos consciente, estarão lidando com aspectos relacionados à morte e ao morrer, com sua forma pessoal de lidar com dor e perdas. O modo de lidar com essas questões dependerá de vários fatores: de sua história pessoal de perdas, experiências e elaboração dos processos de luto; da cultura em que está inserido; das representações de morte, da possibilidade de expressão da dor e de como o luto é vivenciado; da sua formação universitária e da capacitação em serviço (KÒVACS, 2010).

Três dicotomias ocorrem no ensino médico: a dicotomia órgão-corpo (parte-todo), onde a pessoa deixa de ser vista em sua totalidade, passando a ser dividida em pedaços, com cada disciplina especializando-se em uma dessas partes, abordando determinadas patologias, aspectos técnicos e tratamentos específicos; a dicotomia mente-corpo, na qual se enfatiza o local (órgão) em que a doença está localizada, tratando-se este, e não o paciente; a dicotomia doença-doente, na qual se coloca a ênfase na rotina hospitalar, muitas vezes deixando-se de lado as necessidades do paciente (ESSLINGER, 2004 apud MONTEIRO, 2015).

Tão importante quanto os cuidados médicos dispensados ao paciente crítico, a comunicação com este e suas famílias assume um papel fundamental nesse plano de cuidados e merece a mesma atenção dada aos aspectos biomédicos por parte dos profissionais. A biomedicina é constituída por uma dupla dimensão, competência / cuidado, que se interconecta na prática biomédica, fazendo surgir uma 'tensão estruturante', muitas vezes difícil de solucionar. A competência é associada à linguagem das ciências básicas, ao conhecimento, às habilidades médicas, à técnica, ao fazer e à ação. O cuidado refere-se ao não-técnico, ou seja, às atitudes de compaixão, de empatia e envolve relação (MENEZES, 2006; BONET, 2004 apud MONTEIRO et al, 2015). Dentro da UTI, tal tensão se presentifica explicitamente, haja vista a importância da tecnologia nesse setor, produzindo uma primazia da competência em detrimento dos cuidados (MENEZES, 2006 apud MONTEIRO et al 2015); ou do

saber, com suas práticas guiadas por algoritmos e protocolos, em detrimento do sentir, que desperta sentimentos advindos da vivência e do contato com a prática (BONET, 2004 apud MONTEIRO et al, 2015; pág. 316).

É tradição na área médica que os atos performáticos sejam valorizados e que a comunicação seja considerada secundária e, por esse motivo, delegada para os profissionais mais inexperientes. Nesse momento, o médico parece esquecer que a adequada comunicação é o principal fator para a satisfação dos pacientes e de seus familiares, quanto ao atendimento prestado. Fugindo de falar e de sentir, junto com os familiares, a dor da perda, o médico distancia-se daqueles que tanto dele necessitam (MORITZ, 2007).

A dificuldade para lidar com problemas durante a convivência diária junto a pacientes, familiares e colegas tem contribuído para gerar situações de estresse de difícil resolução. O sentimento gerado por estas situações, muitas vezes, se traduz em impotência, frustração e revolta (KOVÁCS, 2010).

A comunicação nas situações de terminalidade torna-se complexa por influência de inúmeros fatores que interferem nos agentes envolvidos. Merece destaque o fato de que só se consegue a comunicação adequada quando se tem conhecimento e tranquilidade para abordar determinado tema (MORITZ, 2007).

Outros estudos apontaram algumas estratégias já estudadas com intuito de melhoria na comunicação entre os profissionais de saúde, visando à redução da morbidade e da mortalidade dos pacientes internados em UTI. Um desses estudos foi realizado por O'Connor et al. (2009) que forneceram a todo o staff da UTI a possibilidade de comunicação via correio eletrônico por celulares com tecnologia wireless e evidenciaram maior troca de informação entre as pessoas. O outro foi realizado por Storesund et al. (2009) com o objetivo de minimizar falhas de comunicação, demonstraram a importância de um coordenador na equipe multidisciplinar, para que o cuidado do paciente siga uma linha única, evitando execução de condutas não uniformes ou até mesmo opostas durante o seguimento do paciente (TEIXEIRA et al , 2010).

Para os médicos, formados para tratar e curar, a morte dos seus pacientes pode significar o seu erro ou fracasso. Portanto, falar sobre a morte pode tornar-se um calvário para esses profissionais, o que conseqüentemente será um empecilho na sua comunicação. Outro

fato importante a ser ressaltado é o relacionamento da equipe multiprofissional. Se todos os profissionais envolvidos com o tratamento durante o processo de morrer não se sentirem seguros para o enfrentamento da morte e, se não houver clareza entre todos os membros da equipe, haverá, sem sombra de dúvidas, um conflito de interesses que irá culminar em problemas de relacionamento e de comunicação (MORITZ, 2007; pág. 486).

O cuidado com a família é muito pouco – e muitas vezes não é – abordado na maioria dos cursos de graduação da área da saúde. Há evidências na literatura recente a respeito das estratégias voltadas para os familiares com resultados na melhoria da comunicação, na prevenção de conflitos e no conforto espiritual, interferindo diretamente em uma maior satisfação e percepção da qualidade da assistência prestada ao paciente na UTI (SOARES, 2007).

Em situação de terminalidade na UTI, alguns estudos bem como a *Society of Critical Care Medicine* enumeraram necessidades específicas de familiares, como: estar próximo ao paciente; sentir-se útil para o paciente; ter ciência das modificações do quadro clínico; compreender o que está sendo feito no cuidado e o porquê; ter garantias do controle do sofrimento e da dor; estar seguro de que a decisão quanto a limitação do tratamento curativo foi apropriada; poder expressar os seus sentimentos e angústias; ser confortado e consolado; encontrar um significado para a morte do paciente (SOARES, 2007).

Falar sobre o real prognóstico do paciente, informar claramente sobre a evolução da sua doença sem esquecer o envolvimento emocional que cerca o morrer, deve fazer parte de um processo contínuo de comunicação entre todos os integrantes desse processo. Torna-se importante lembrar que não basta ao médico tentar melhorar a comunicação no momento da morte do seu paciente, pois a relação médico-paciente é embasada na adequada comunicação desde o primeiro contato (MORITZ, 2007; pág. 487).

Os médicos são formados dentro da racionalidade da biomedicina, promotora de uma assistência dicotômica que preconiza o não envolvimento emocional com o doente e sua família, e aprendem a equilibrar a competência e o cuidado a partir da experiência. Ademais, vão moldando seus conhecimentos a partir das aulas de anatomia, em um corpo sem voz (MONTEIRO et al, 2015).

CONCLUSÃO

Ao me interessar pelo tema da comunicação na relação médico-família em Unidade de Terapia Intensiva para adulto, percebo o quão complexo é esta temática e os seus diversos atravessamentos explicitados ao longo deste trabalho.

É inegável que esta comunicação ocupa um lugar determinante na condução do tratamento de um paciente internado na UTI. Neste setor, é vivenciado intensamente a certeza da finitude humana e muitas vezes, em questões de minutos ou segundos a evolução de um quadro clínico de um paciente que até então era favorável, pode tomar outros rumos, evoluindo ou se caracterizando para um quadro de fase final de vida.

Para os familiares é fundamental ter ciência das modificações do quadro clínico, compreender o que está sendo feito no cuidado e por que; estar seguro de que a decisão quanto à limitação do tratamento curativo foi apropriada; poder expressar os seus sentimentos e angústias; ser confortado e consolado e encontrar um significado para a morte do paciente. Portanto, esta comunicação entre médico e família é tão essencial quanto os cuidados técnicos.

Como os médicos se preparam para lidar com estas situações, sendo eles os protagonistas e os responsáveis pelo tratamento do paciente? Como eles cuidam de suas emoções? Como eles se “preparam” para comunicar aos familiares em uma situação como a descrita acima? Pelas pesquisas citadas neste trabalho, este aprendizado vem acontecendo na prática ou através de cursos e treinamentos, principalmente após a formação acadêmica médica. Também ficou claro, a dificuldade dos médicos em comunicar de forma clara e direta sobre os prognósticos e os tratamentos limitados, além de haver pouca integração entre os cuidados paliativos com o cuidado intensivo.

Como resultado deste levantamento bibliográfico, pode ser observado através da categoria família na UTI que a adequada comunicação entre o médico, o paciente e seus familiares é um dos principais fatores que interferem na satisfação, tanto dos pacientes e seus familiares quanto daqueles que trabalham na UTI. Para esta adequada informação, o médico deve ter a consciência dos seus limites terapêuticos curativos. A comunicação é valorizada com

ênfase em uma comunicação empática, afetiva e efetiva, sendo feita preferencialmente em um lugar reservado e tranquilo. Na categoria cuidados paliativos na UTI, foi visto que os cuidados paliativos estão progressivamente integrando-se aos cuidados curativos nos ambientes de terapia intensiva. Poucos pacientes internados recebem cuidados paliativos, principalmente em função, dentre outros fatores, da dificuldade quanto às definições prognósticas e à comunicação com a família. Os profissionais de saúde também referiram conhecer parcialmente a proposta dos cuidados paliativos e na prática assistencial observam-se divergências nas condutas terapêuticas da equipe, demonstrando falta de interação e de comunicação entre os profissionais. Quanto ao processo de tomada de decisão foi constatado que no Brasil o modelo paternalista é o mais comumente utilizado. A adequada comunicação é de primordial importância para a condução do tratamento de um paciente terminal, além da maioria dos familiares serem a favor da ortotanásia e desejarem participar da tomada de decisão de qualidade de vida. Em formação médica, foi verificado que a transmissão de uma má notícia é uma tarefa difícil e estressante sendo esta evitada ou realizada de maneira inadequada pelos médicos. Eles possuem uma formação dentro da racionalidade da biomedicina, promotora de uma assistência dicotômica que preconiza o não envolvimento emocional com o doente e sua família, e aprendem a equilibrar a competência e o cuidado a partir da experiência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARIÈS, Philippe. *História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Tradução de Priscila Vianna de Siqueira. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

Barth, A.A. et al. Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Vol 28, nº 3, pág. 323-329, 2016.

Bittencourt, A.G.V. et al. Conduitas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Vol. 19, nº 2 pág.137-43, 2007.

Brown, F.H "O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar." In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M E e cols. *As mudanças no ciclo de vida familiar*. 2ª edição; 2011.

Costa J.B., et al. Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Vol. 59, nº 3 pág. 182-9, 2010.

Costa Filho, R.C., et al. Como Implementar Cuidados Paliativos de Qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Vol. 20 Nº 1, Janeiro/Março, 2008, pág. 88 a 92.

Curtis J.R., et al. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: opportunities for improvement. *Critical Care Medicine*, Vol. 29 (2 Suppl), pág. 26-33, 2001.

Dadalto, L., Tupinambás, U. e Greco, D.B. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Revista Bioética*. Vol, 21, Nº 3, pág. 463-476, 2013.

Evangelista, V.C., et al. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Vol. 69, Nº 6, pág.1037-1044, 2016.

Heyland, DK, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Critical Care Medicine*, Vol. 31 nº 5, pág. 1597-8, 2003.

Ismael, S. M. C. A família do paciente em UTI. In J. de Mello Filho & M. Burd (Eds.), *Doença e família*, São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, pág. 251-257, 2004.

Kovács, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O mundo da saúde*, São Paulo, Vol. 34, nº 4, pág. 420-9, 2010.

Longuinho e Silva, R.B. Comunicando notícias difíceis na unidade de terapia intensiva. *Arquivo Catarinense de Medicina*, Vol.44, Nº 1, pág 82-92, Janeiro / Março,2015. Disponível em

<<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/13/9>>

Acessado em 22/07/17.

Lufchitz, G.H.M; Moritz, R.D; Stamm, A.M.N.F. Consultorias em cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva. *Arquivo Catarinense de Medicina*, Vol.45, nº 4, pág. 53-66, Outubro – Dezembro 2016.Disponível em

<<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/137/114>>

Acessado em 22/07/17.

Malacrida R, et al. Reasons for dissatisfaction: a survey of relatives of intensive care patients who died. *Critical Care Medicine*, Vol. 28, nº 1 pág. 289 – 290, 2000.

Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Editora Melhoramentos. Disponível em <<http://michaelis.uol.com.br/>>. Acessado em 24/05/17

Monteiro, M.C. *No palco da vida, a morte em cena: as repercussões da terminalidade em UTI para a família e para a equipe médica*. Tese de Doutorado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2015.

Monteiro, M.C, Magalhães, A.S, Féres-Carneiro, T & Machado, R.N. A relação médico-família diante da terminalidade em UTI. *Revista Psicologia Argumento*, Vol. 33, Nº81, pág. 314-329, Abril – Junho, 2015

Moritz R.D. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Vol.19, Nº4, pág. 485-489, 2007.

Moritz R.D. et al. Terminalidade e cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Vol. 20, Nº 4, pág. 22-428, 2008.

Moritz, R.D. et al. Avaliação das decisões médicas durante o processo do morrer. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Vol.21, nº 2, São Paulo, Abril/Junho, 2009 a.

Moritz, R.D. et al. 1º Forum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul: Proposta para atendimento do paciente portador de doença terminal internado em UTI. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Vol. 21, nº 3 pág. 306-309, 2009 b.

Moritz, R.D., et al. II Fórum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica”, 2011.

Neves, F.B.C.S., et al. Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Vol. 21, Nº1, pág 32-37, 2009.

Novaes, M.A., et al. Stressor in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Medicine*, Vol. 25, Nº 12, pág. 1421-1426, 1999.

Prates, T.S, et al. Familiares de pacientes que vivenciaram o coma e o retorno à vida. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, Vol. 2, Nº 45, pág. 138-158, 2011.

Reis, L. C. C., Gabarra, L. M., Moré, C. L. O. O. As Repercussões do Processo de Internação em UTI Adulto na Perspectiva de Familiares. *Temas em Psicologia*, Vol. 24, nº 3, pág. 815-828, 2016.

Santos M.F.G., Bassitt D.P. Terminalidade da vida em terapia intensiva: posicionamento dos familiares sobre ortotanásia. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Vol. 23 Nº 4, pág. 448-454, 2011.

Silva, M.J.P. da. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Revista Bioética*, nº final, pág. 73-88, 2002.

Silva, C.F., et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol.18 Nº 9, pág. 2597-2604, 2013.

Soares, M. Cuidando da Família de Pacientes em Situação de Terminalidade Internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Vol. 19 Nº 4, Outubro-Dezembro, 2007.

Teixeira C, et al. A adequada comunicação entre os profissionais médicos reduz a mortalidade no centro de tratamento intensivo. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Vol. 22, Nº 2, pág. 112-117, 2010.