

Ao Encontro da Morte - o impacto das emoções do médico no cuidado ao doente

MARIA INÊS ANTUNES*, ANTÓNIO MOEDA**

RESUMO

A prestação de cuidados ao doente deve ser feita de forma global, seguindo o modelo holístico para os cuidados no fim da vida. Embora não possa ser negligenciado o facto do exercício da medicina dos cuidados paliativos oferecer diversas recompensas, ninguém duvida que a quantidade de tempo que o médico passa a cuidar do doente terminal pode ser simultaneamente uma fonte de satisfação e de angústia. Um dos aspectos menos discutidos no cuidado ao doente terminal é o das emoções que este pode despertar nos médicos e as alterações que daí podem advir.

É natural e universal que os médicos possuam sentimentos relativamente aos seus doentes. A aceitação e a consciência deste fenómeno constituem pré-requisitos para o auto-conhecimento e para o auto-controlo necessários ao estabelecimento da relação profissional médico-doente. A regulação do grau de envolvimento emocional entre si próprio e o doente é uma das tarefas fundamentais no desenvolvimento do médico.

A maioria dos Médicos de Família (MF) refere a existência de um vazio entre a prática clínica hospitalar e a Medicina Geral e Familiar (MGF). Na ausência de ensinamentos úteis sobre o luto, a maioria das estratégias baseia-se em experiências pessoais. Daí se verifique a necessidade do treino médico no reconhecimento consciente das emoções, assim como na regulação do grau de envolvimento emocional com o doente.

Uma conspiração do silêncio em relação às emoções pode levar ao desenvolvimento de padrões mal-adaptativos nos médicos em formação, conducentes ao esgotamento e a outras formas de angústia emocional.

Palavras-chave: Transferência; Contra-Transferência; Cuidados Paliativos; Emoções; Medicina Geral e Familiar

Let it come, as it will, and don't be afraid. God does not leave us comfortless, so let evening come.

de «Let evening come» Jane Kenyon (1996)¹

U

Um dos aspectos menos focados dentro da temática dos Cuidados Paliativos é o do impacto que estes têm nos médicos, as emoções que despertam e as alterações que condicionam no cuidado ao doente.

A filosofia dos Cuidados Paliati-

vos, numa perspectiva de cuidados holísticos ao doente, surgiu no Reino Unido, em 1967, com a inauguração do *Saint Christopher Hospice*². Todavia, o seu conceito apenas foi estabelecido cerca de vinte anos depois como o «estudo e controlo de doentes com patologia crónica, progressiva, em estágio avançado, cujo prognóstico é limitado e os cuidados a prestar devem incidir na qualidade de vida»³. Segundo João Lobo Antunes, esta trata-se da «...medicina sombria, de despedida, do não-futuro, do crepúsculo... a medicina da última verdade, do conforto do espírito, do alívio prudente do sofrimento, do encontro com o outro, do esforço comunal, da preservação tenaz da dignidade»⁴.

É natural e universal que os médicos possuam sentimentos relativamente aos seus doentes. A aceitação e a consciência deste fenómeno constituem pré-requisitos para o auto-conhecimento e para o auto-controlo necessários ao estabelecimento da relação profissional médico-doente⁵. A regulação do grau de envolvimento emocional entre si próprio e o doente é uma das tarefas fundamentais no desenvolvimento do médico. Quer o excesso de ligação, quer a evitação podem pôr em causa a tarefa fundamental do profissional, i.e., cuidar do doente. Sabe-se que a maioria dos médicos não-psiquiatras não está treinado para utilizar a identificação de emoções gerada nos encontros clínicos como informação terapêutica. Daí se constata a necessidade do treino médico no reconhecimento consciente das emoções.

A relação médico-doente é assimétrica, sendo atribuído a cada um, médico e doente, um papel diferente, mas para o qual contribuem com fracções conscientes e inconscientes da sua mente⁶. Nesta rela-

*Aluna do 6º ano Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

**Assistente Graduado de Clínica Geral; Assistente Livre da FML

ção, podem identificar-se processos de transferência (processo pelo qual o indivíduo transfere para o médico experiências passadas, atitudes e sentimentos que costuma sentir em relação a figuras importantes anteriores da sua vida) e de contra-transferência (reações do médico para com o seu doente, segundo Freud, «a resposta de transferência ao paciente, isto é, o paciente como representante de figuras importantes do passado do analista»^{7,8}). Por detrás do processo de contra-transferência salientam-se a necessidade de salvar o doente, o sentimento de impotência, fracasso e frustração face à progressão da doença, a mágoa, a pena, o pesar (*grief*), o medo de ficar doente, o desejo de separação e a evitação dos doentes para fugir a estes sentimentos⁵. Para Arlow, «a fantasia inconsciente e o conhecimento consciente do paciente influenciam o analista e vice-versa, ao longo de uma via de dois sentidos, na qual pode ocorrer qualquer combinação de factores influentes»^{7,8}.

Em MGF^a existem princípios gerais na posição assumida pelo médico para uma saudável relação médico-doente. Este deve assumir uma atitude de escuta (dado o efeito terapêutico da possibilidade de expressão das queixas), facilitar a comunicação (fazendo perguntas abertas), transmitir compreensão fornecendo apoio psicológico (revelando interesse pela pessoa, ouvindo o doente, transmitindo-lhe a sua compreensão e oferecendo-lhe cuidados de qualidade)⁶.

As emoções irreflectidas do médico têm um potencial impacto, quer no cuidado ao doente, quer no próprio bem-estar⁵. No cuidado ao doente, a expressão irreflectida de emoções pode diminuir a qualidade

dos cuidados médicos prestados, quer por incapacidade de identificar valores específicos do doente/família, importantes na tomada de decisões, quer devido ao estabelecimento de objectivos incoerentes, à falta de clareza nos cuidados a prestar (frequentemente com aumento da utilização e/ou utilização inapropriada dos serviços de saúde e de tecnologias médicas prolongadoras da vida), à geração de desconfiança do doente e da família no sistema de saúde e na profissão médica e à evitação (conducente ao aumento de complicações médicas e duração do internamento). O bem-estar do médico poderá estar posto em causa devido à solidão, à perda do significado do sentido profissional e de missão, à perda de clareza acerca dos objectivos da medicina, ao cinismo, ao desamparo, ao desespero, à frustração, ao sentimento de raiva em relação ao sistema de saúde e da profissão médica e à perda do sentido do doente como um ser humano semelhante. Assiste-se a um acréscimo do risco de esgotamento profissional e de depressão.

É do conhecimento de todos que a morte de um doente, após uma doença prolongada, pode ser sentida como um fracasso profissional e pessoal. Já White, em 1969, dizia que «a auto-imagem do médico sofre com a deterioração e morte de um doente»⁵.

Pode, então, delinear-se uma estratégia de ajuda do médico na regulação do grau de envolvimento emocional com o doente. Este método compreende quatro etapas fundamentais^{5,9}:

1. Identificação de factores de risco que predis põem os médicos ao excesso de envolvimento ou desapego emocionais;

2. Reconhecimento dos sinais e sintomas emocionais que estão a

afectar negativamente o cuidado ao doente;

3. Estabelecimento de um diagnóstico diferencial;

4. Envolvimento numa acção correctiva.

Dentre dos factores de risco que predis põem os médicos ao excesso de envolvimento ou desapego emocionais, identificam-se os factores do médico, os factores do doente e os factores situacionais. Dos primeiros, destacam-se a identificação do médico com o doente (física e/ou profissionalmente, a idade, o carácter), a semelhança do doente com uma pessoa importante na vida do médico, o médico possuir um familiar doente, estar em luto recente ou mal resolvido, existir um sentimento profissional de inadequação ou impotência, estar presente uma reflexão inconsciente acerca de sentimentos originados e expressos pelo doente ou pela família, existir uma incapacidade de tolerar níveis elevados e prolongados de ambiguidade ou incerteza, o medo da morte ou da incapacidade ou, ainda, uma doença psiquiátrica (depressão, abuso de substâncias). São factores do doente, o facto de este ou a família estarem deprimidos ou com raiva, o doente ser médico ou profissional de saúde¹⁰, ser conhecido do médico ou pertencer a uma outra categoria especial, existir uma dinâmica família-doente complexa ou disfuncional, haver um sentimento de desconfiança devida a curtas ou múltiplas relações médico-doente.

Uma relação médico-doente longa e próxima, a existência de uma relação pessoal anterior do médico com o doente, a discordância acerca dos objectivos dos cuidados médicos entre o médico e o doente/família ou, mesmo, entre médicos, obrigações profissionais geradoras de conflitos, pressões de tempo, múltiplos inter-

^aMGF: Medicina Geral e Familiar

namentos hospitalares num curto espaço de tempo ou hospitalizações prolongadas, níveis elevados de ambiguidade ou incerteza acerca do prognóstico e falta de clareza arrastada acerca dos objectivos dos cuidados médicos a prestar são alguns dos factores situacionais que podem pôr em risco uma relação médico-doente emocionalmente estável.

A prestação de cuidados ao doente deve ser feita de forma global, seguindo o modelo holístico para os cuidados no fim da vida¹¹. No centro deste, está a necessidade de perceber o sentido que o doente atribui à sua doença¹². A previsão da morte do doente e o medo de que as decisões médicas tomadas possam ter um papel importante nesse acontecimento conduzem, frequentemente, a um afastamento emocional e profissional.

Após a identificação de factores de risco que predis põem os médicos ao excesso de envolvimento ou desapego emocionais, devem tentar-se reconhecer os sinais e sintomas emocionais que afectam, negativamente, o cuidado ao doente⁵. São sintomas (emoções/sentimentos) de alerta os sentimentos de irritação ou desprezo em relação ao doente/família, de superioridade ou hostilização/perseguição pelo doente ou família, a ocorrência de pensamentos intrusivos acerca dos mesmos, os sentimentos de fracasso, de culpa, de auto-responsabilização ou de obrigação pessoal em salvar o doente, a convicção de que as queixas de mal-estar do doente são esforços manipulativos para chamar a atenção, assim como o frequente sentimento de vitimização pelas inerências da prática médica. São comportamentos (sinais) que despertam a atenção a evitação do doente ou da família, a incapacidade de comunicar eficazmente com outros profis-

sionais acerca do doente, a ocultação/omissão de considerações acerca do doente aos colegas, a incapacidade de prestar atenção a detalhes do cuidado ao doente, o aparecimento de sinais físicos de *stress* ou tensão em encontros com o doente ou família e uma frequência no contacto com o doente superior à medicamente necessária⁵.

A consciencialização do impacto das próprias emoções possibilita uma capacidade mais segura e preparada de lidar com a situação posteriormente⁵. Esta consciencialização, assim como a do impacto das emoções nos doentes deve preceder a situação, assegurando, deste modo, a prestação de cuidados médicos apropriados ao doente. A identificação das situações clínicas, nas quais factores de risco estão presentes, deve ajudar os médicos a reconhecer os sinais e sintomas correspondentes a emoções que possam afectar o cuidado ao doente.

Para o estabelecimento de um diagnóstico diferencial, não se pode deixar de recordar que as emoções sentidas pelo médico podem ter múltiplas etiologias e conexões, nem sempre explicáveis^{6,8}. A consciencialização de factores de risco frequentes, assim como de outros factores contribuintes, das suas manifestações (sentimentos e comportamentos) e do seu impacto, deve ajudar o médico a interiorizar, na sua rotina, um processo de reflexão, de auto-monitorização e de domínio que permita uma prática médica responsável⁵.

Constituem etapas de expressão das emoções dos clínicos⁵ 1) a identificação do sentimento (o seu reconhecimento e a sua identificação constituem o primeiro e o mais importante passo no controlo do efeito das emoções do médico no cuidado ao doente); 2) a aceitação da naturalidade da ocorrência desse sentimento;

3) a reflexão acerca da emoção e dos seus possíveis resultados, fazendo uma antecipação consciente das diferentes consequências para o doente, como resultado de diferentes tipos de comportamento do médico; 4) a consulta de um colega em quem se confie, atitude que diminui o isolamento e auxilia a construção de uma rede de apoio necessária para o trabalho clínico complexo e exigente.

AUTO-MONITORIZAÇÃO E REFLEXÃO COMO COMPETÊNCIAS DE ROTINA PARA O MÉDICOS

1. Identificar factores de risco que predis põem a emoções que podem afectar o cuidado ao doente
2. Monitorizar os sinais (comportamentos) e sintomas (sentimentos) das emoções
3. Identificar, nomear e aceitar a emoção
4. Identificar possíveis causas da emoção
5. Responder, construtivamente, à presença da emoção
 - Retroceder na situação para ganhar perspectiva
 - Identificar comportamentos resultantes do sentimento
 - Considerar implicações e consequências dos comportamentos
 - Pensar em diversas consequências para os doentes, de acordo com os diferentes comportamentos adoptados
 - Consultar um colega profissional de confiança

Esta estratégia permite enriquecer a experiência da prática clínica e tornar mais forte o compromisso profissional do cuidado ao doente.

Embora muito do que se passa entre o médico e o doente ocorra de forma inconsciente, como já havia sido referido, a capacidade de distanciamento da emoção/sentimento, para ser capaz de o nomear, pode levar a uma restauração do controlo consciente e de escolhas racionais, acerca do melhor cuidado a

prestar ao doente, mesmo que as raízes etiológicas da emoção permaneçam incógnitas.

A ausência de identificação e de reflexão acerca de emoções sentidas durante o trabalho com doentes terminais contribuem para as elevadas taxas de esgotamento, de depressão e de abuso de substâncias verificadas na profissão médica. Os sentimentos são naturais e inevitáveis e influenciam o comportamento. É obrigação da profissão médica assumir a responsabilidade da auto-monitorização desses sentimentos para proteger os doentes (e nós próprios) das consequências de impulsos irreflectidos!

Embora o modelo médico coloque o conhecimento das emoções do médico num formato familiar para si próprio, tal não implica que as emoções que surgem na prática clínica sejam problemas que necessitem de um tratamento fixo. Deve, sim, ser enfatizada a importância de uma aproximação sem juízos de valor para detectar e examinar as emoções, embora mantendo o pressuposto de que os comportamentos resultantes destas emoções devam ser analisados criticamente. Como curiosidade, há a referir a já existência nos EUA, dos assim denominados «centros regionais do bem-estar médico», onde são ministrados cursos para médicos e consultas para serviços de saúde acerca desta problemática¹³.

Para preservar a saúde emocional e física e evitar o esgotamento, devem ser adoptadas estratégias de *coping* (forma como respondemos a um problema ou a uma situação de ameaça). Estas relacionam-se com os mecanismos de defesa, sendo ambos adaptativos e fonte de potencial patologia⁸. São exemplos² o trabalho em equipa (partilhando decisões e responsabilidades, com apoio

e respeito mútuos), a boa comunicação dentro da mesma, a existência de recursos adequados e de serviços de apoio, o estabelecimento de metas realistas, a manutenção de um espírito aberto para receber apoio dos doentes, a existência de períodos de folga/alimentação/reposo adequados, assim como tempo disponível para recreação, incluindo passatempos, e apropriada restauração espiritual.

Num estudo feito no Wisconsin, as cinco práticas mais referidas por 130 MF^b para promover o seu próprio bem-estar foram^{13,14}:

1. Passar o tempo com a família e amigos;
2. Actividades religiosas ou espirituais;
3. Auto-cuidados;
4. Procurar sentido no trabalho e estabelecer limites acerca dele;
5. Adopção de uma filosofia de vida saudável (ser positivo, dar ênfase ao sucesso).

É, ainda, interessante fazer referência a dois estudos, ambos dos EUA, o primeiro acerca das crenças e atitudes dos MF de como responder à morte e ao luto¹⁵. Quase todos os médicos se sentiram culpados de factores relacionados com a morte dos seus doentes. Estes sentimentos basearam-se em expectativas de não errar e de alcançar precisão diagnóstica. Referiram a existência de um vazio entre a prática clínica hospitalar e a MGF, assim como a necessidade de desenvolvimento de novos modelos e métodos para explicar e lidar com as causas de doença com que se deparam. Na ausência de ensinamentos úteis sobre o luto, a maioria das estratégias baseia-se em experiências pessoais. Os MF usam vários métodos para lidar com os doentes em luto, especial-

mente se estiverem envolvidos nos cuidados terminais ao doente ou se a morte deste for particularmente chocante. Os médicos, também, ficam de luto pela morte de doentes particularmente conhecidos, necessitando, por vezes, de expressar as suas emoções. Concluiu-se que os MF podem necessitar de suporte e de aprender técnicas para lidar, quer com o seu luto, quer com o dos familiares dos doentes. Importa ser simpático, empático, ter compaixão; ser um ser humano, assim como um médico. Visitar, telefonar, escrever uma carta, mandar um cartão, são formas adoptadas por muitos médicos e com ressonância muito positiva nas famílias dos doentes falecidos. Neste artigo, há, ainda, a salientar uma expressão particularmente interessante e que se transcreve, pela potencial reflexão que ela pode suscitar: «*At medical school nobody tells you that you are not treating a disease. You are treating a person who has come to you with a problem*».

O segundo artigo, acerca das reacções emocionais do médico à morte recente de um doente^{16,17}, constatou que a maioria dos médicos (74%) relata experiências satisfatórias no cuidado ao doente terminal. Referem níveis moderados de impacto emocional acerca da morte. As mulheres e os médicos que lidaram durante mais tempo com os doentes mencionaram experiências emocionais mais fortes. O nível de treino não se relacionou com as reacções emocionais, mas os internos referiram a necessidade de maior apoio emocional do que os assistentes. Embora a maioria dos médicos mais jovens discutisse a morte do doente com um médico mais velho, menos de 25% dos internos considerou que os médicos mais velhos fosse o suporte mais adequado. Chegou-se à conclusão que

^bMF: Médicos de Família

os médicos que passam mais tempo a cuidar dos seus doentes conhecem-nos melhor, mas tornam-se mais vulneráveis ao sentimento de perda aquando da sua morte. As equipas médicas podem beneficiar de desabafar com o serviço de modo a permitir aos médicos mais jovens a partilha de respostas emocionais e uma reflexão acerca da morte do doente. Ninguém duvida que a quantidade de tempo que o médico passa a cuidar do doente terminal pode ser, simultaneamente, uma fonte de satisfação e de angústia.

Não pode deixar de ser enfatizado o facto de que o exercício da medicina dos cuidados paliativos oferece diversas recompensas^{2,3}, das quais se distinguem: o alívio dos sintomas do doente; a possibilidade de facilitação da adaptação psicológica; o sentimento de pertença a uma equipa de apoio; a inspiração que surge do contacto com os doentes e seus familiares; o desenvolvimento pessoal e espiritual. Neste último aspecto, realça-se ainda a possibilidade de enfrentar a própria mortalidade, as próprias limitações, pessoais e profissionais, a oportunidade de partilha, a potencial aprendizagem de estar com os doentes e não só prestar-lhes serviço, o desafio do confronto com as próprias crenças e a possibilidade de lidar, honestamente, com as próprias emoções (como a cólera, o luto, a mágoa).

É no tocar de um corpo arruinado que se experimenta uma particular emoção física, um sentimento brutal que ultrapassa muito a piedade ou o afecto: na palavra do escritor, é a ternura egoísta do homem para com o homem. Os antropólogos descobriram que não há criatura neste mundo que exija maior amor do que o homem e nenhuma outra está menos apta a sobreviver sem ele. Mesmo quando a sobrevivência já não é possível, é nosso dever nunca o esquecermos.

Uma conspiração do silêncio em relação às emoções pode, potencialmente provocar nos médicos em formação padrões mal-adaptativos conducentes ao esgotamento e a outras formas de angústia emocional¹⁷, daí a suprema importância e a actualidade do tema em questão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McPhee SJ, Markowitz AJ. Psychological considerations, growth, and transcendence at the end of life: the art of the possible. *JAMA* 2001 Dec 19; 286 (23): 3002.
2. Twycross R. Cuidados paliativos. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2001.
3. Portela JL, Neto IG. Dor e cuidados paliativos. Lisboa: Permanyer Portugal; 1999.
4. Antunes JL. Memória de Nova Iorque e outros ensaios. 4ª ed. Lisboa: Gradiva; 2002.
5. Meier DE, Back AL, Morrison RS. The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA* 2001 Dec 19; 286 (23): 3007-14.
6. Caldas de Almeida JM, Machado Nunes, JM, Carraça, IR, editores. Saúde mental na prática do clínico geral. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul; 1994.
7. Bloch S, editor. Uma introdução às psicoterapias. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores; 1999.
8. Bateman A, Holmes J. Introdução à psicanálise. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores; 1998.
9. Von Gunten CF, Ferris FD, Emanuel LL. The patient-physician relationship: Ensuring competency in end-of-life care: communication

and relational skills. *JAMA* 2000 dec 20; 284 (23): 3051-7.

10. Fromme E, Billings JA. Care of the dying doctor: on the other end of stethoscope. *JAMA*. 2003 Oct 15; 290 (15): 2048-55.

11. Brignall I. "You matter to the last moment of your life". *BMJ* 2003 Jun 14; 326 (7402): 1335.

12. Larson DG, Tobin DR. End-of-life conversations: evolving practice and theory. *JAMA* 2000 Sep 27; 284 (12): 1573-8.

13. Yamey G, Wilkes M. Promoting wellbeing among doctors. *BMJ* 2001 Feb 3; 322 (7281): 252-3.

14. Weiner EL, Swain GR, Wolf B, Gottlieb M. A qualitative study of physician's own wellness-promotion practices. *West J Med* 2001 Jan; 174 (1): 19-23.

15. Saunderson EM, Ridsdale L. General practitioners' beliefs and attitudes about how to respond to death and bereavement: qualitative study. *BMJ* 1999 Jul 31; 319 (7205): 293-6.

16. Hanratty B, Hibbert D, Mair F, May C, Ward C, Capewell S et al. Doctors' perceptions of palliative care for heart failure: focus group study. *BMJ* 2002 Sep 14; 325 (7364): 581-5.

17. Redinbaugh EM, Sullivan AM, Block SD, Gadmer NM, Lakoma M, Mitchell AM et al. Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors. *BMJ* 2003 Jul 26; 327 (7408): 185.

Endereço para correspondência

Maria Inês Antunes
Av. Eng. Arantes e Oliveira n° 30, 2º esq
1900-223 Lisboa
E-mail: mariaines@oninet.pt

Recebido para publicação em: 18/04/05

Aceite para publicação em: 03/08/05

FACING DEATH – THE IMPACT OF PHYSICIAN EMOTIONS ON PATIENT CARE

ABSTRACT

Patient care must be taken in a global way, adopting a holistic model initially designed for the end of life care.

Although the fact that practicing a palliative medicine may offer many rewards cannot be neglected, nobody doubts that the amount of time that physicians spend taking care of a seriously ill patient may be, simultaneously, a source of satisfaction and anxiety.

A less discussed issue in the care of seriously ill patients concerns the strong emotions woken up in physicians by patients, and the changes that may come later.

It's universal and normal for physicians to have feelings about their patients. Acceptance and awareness of this phenomenon are prerequisite to self-knowledge and self-control required in a professional patient-physician relationship. Regulating the degree of emotional engagement between doctor and patient is one of the fundamental developmental tasks of physicians.

Almost all general practitioners describe the existence of a gap between hospital and general practice. In the absence of useful teaching on bereavement, most of the strategies are based on personal experiences.

Thus, it is necessary a medical training in the conscious recognition of physicians emotions, as in regulating the degree of emotional engagement between doctor and patient.

Collusion about emotions may lead to the development of models not suitable for formatting physicians and may conduct to burn-out and other forms of distress.

Key-words: Transference; Counter Transference; Palliative Care; Emotions; General Practice and Primary Care