

CM 136

M 136
DE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA
INTERNA TO HOSPITALAR - 12a. FASE

RELAÇÃO DO MÉDICO COM O FENÔMENO DA MORTE DO PACIENTE

Autores: Augusto Sérgio Kravchychyn

Ângelo José Ambrósio

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Dr. Emilio Pizzichini pela orientação que nos prestou na elaboração deste trabalho .

Deixamos aqui manifesto também o nosso agradecimento a Valéria Bispo Silva pela sua prestimosa colaboração.

Finalmente, agradecemos ao pessoal do SAME do Hospital Universitário por seu incansável auxílio, sem o qual não seria possível colher os dados necessários à confecção das tabelas e embasar a discussão do trabalho.

SUMÁRIO

1.0 - Resumo.....	01
2.0 - Introdução.....	02
3.0 - Material e métodos.....	03
4.0 - Resultados.....	04
5.0 - Discussão.....	06
6.0 - Conclusão.....	10
7.0 - Bibliografia.....	11

1.0 - RESUMO

Fizemos um levantamento estatístico do obituário do Hospital Universitário de Florianópolis, no período compreendido entre 1º de março e 30 de setembro de 1983, analisando e discutindo as seguintes variáveis: nº total de pacientes internados por setor, no total de óbitos por setor (obtendo-se assim a taxa de mortalidade hospitalar geral e por setor), serviço em que o paciente foi assistido durante a maior parte do tempo em que esteve internado, local em que ocorreu o óbito e, finalmente, se a morte era ou não esperada quando ocorreu. Baseados nestes dados e em material bibliográfico, discutimos aspectos psicológicos que envolvem a relação do médico com o paciente e sua família, quando a morte é iminente, ou quando é repentina e inesperada.

2.0 - INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como finalidade analisar e discutir aspectos referentes à relação do médico com os fenômenos que envolvem a morte de seus pacientes, notadamente daqueles portadores de doenças em fase terminal, mas também daqueles cuja morte é súbita e inesperada. Este assunto de reconhecida importância é pouco debatido nos cursos de medicina e carece de literatura extensa e atualizada, que permita ao estudante de medicina e ao médico recém-formado uma orientação efetiva para conduzir as ansiedades dos pacientes, dos familiares deste e as suas próprias.

Para embasar e ilustrar a discussão do assunto, fizemos um levantamento de dados dos arquivos do Hospital Universitário, referentes ao obituário, conferindo ao trabalho um cunho estatístico.

3.0 - MATERIAL E MÉTODOS

Os prontuários de todos os pacientes adultos que morreram entre 1º de março e 30 de setembro de 1983, no Hospital Universitário (HU) de Florianópolis foram por nós revistos e deles foram extraídos os seguintes dados:

- local onde ocorreu a morte (emergência, enfermarias, UTI);
- serviço no qual o paciente foi assistido (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, UTI);
- se a morte era ou não esperada quando ocorreu.

A morte foi considerada esperada, quando as anotações de evolução médica refletiam que o paciente era portador de uma patologia em estado terminal e que o advento da morte era esperado a qualquer momento.

A morte foi considerada como inesperada, quando as anotações da evolução denotavam que o paciente, mesmo quando portador de doença crônica ou avançada, sofreu uma súbita e inesperada deterioração do quadro mórbido de que era portador, e, morreu, geralmente até um período de 24 horas após a deterioração ter-se iniciado. Na grande maioria dos prontuários não foram encontrados subsídios conclusivos no sentido de determinar se a família do paciente esperava ou não a morte do mesmo, e por isso, este dado não foi levado em conta na elaboração das tabelas.

Incluimos também, uma tabela com a taxa de mortalidade geral do HU e de cada setor (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, UTI), no período por nós estudado.

4.0 - RESULTADOS

Setenta e nove pacientes adultos morreram no HU entre 1º de março e 30 de setembro de 1983.

Trinta e quatro (43%) das mortes ocorreram nas enfermarias, quarenta e quatro (56%) na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e uma (1%) na emergência. Quarenta e seis pacientes (59% do total de óbitos) estavam sendo atendidos pela Clínica Médica (CM) quando da internação, oito pacientes (5%) eram da Clínica Cirúrgica (CC) e vinte e cinco (31%) tinham sido internados diretamente, na UTI.

O número de óbitos esperados foi de cerca de 60% tanto nos pacientes da CM como nos pacientes da CC, enquanto que naqueles internados diretamente na UTI essa porcentagem foi bem mais expressiva (96%).

Das trinta e quatro mortes ocorridas nas enfermarias, dezesseis (47%) eram esperadas, dezesseis (47%) eram inesperadas e em duas (8%) não foi possível determinar pela evolução se a morte era ou não esperada. Das quarenta e quatro mortes ocorridas na UTI, trinta e oito (86%) eram esperadas e seis (14%) eram inesperadas. O único óbito ocorrido na emergência era esperado.

Tab. 1: Taxa de mortalidade geral e por setor, no período de 1º de março a 30 de setembro de 1983, no HU de Florianópolis.

SETOR	C. MÉDICA	C. CIRÚRGICA	UTI	GERAL
TAXA DE MORTALIDADE	4,77%	2,24%	27,16%	5,32%

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do HU de Florianópolis.

Tab. 2: Expectativa de morte, relacionada ao serviço em que o paciente foi assistido, no obituário do H.U. (Florianópolis), de 1º de março a 30 de setembro de 1983.

ANTECIPAÇÃO DA MORTE	CLÍNICA MÉDICA	CLÍNICA CIRÚRGICA	UTI	TOTAL DE MORTES DE TODOS OS SERVIÇOS
ESPERADA	26(56%)	5(60%)	24(96%)	55(70%)
INESPERADA	18(39%)	3(40%)	1(4%)	22(28%)
INDEFINIDA	2(5%)	-	-	02(2%)
TOTAL	46(100%)	8(100%)	25(100%)	79(100%)

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatística do H.U. (Florianópolis).

Tab. 3: Expectativa de morte do paciente, relacionada ao local onde esta ocorreu, no obituário do H.U. (Florianópolis) de 1º de março a 30 de setembro de 1983.

ANTECIPAÇÃO DA MORTE	EMERGÊNCIA	UTI	ENFERMARIAS	TOTAL
ESPERADA	01 (100%)	38(86%)	16(47%)	55(70%)
INESPERADA	-	6(14%)	16(47%)	22(28%)
INDEFINIDA	-	-	2(8%)	02(2%)
TOTAL	01(100%)	44(100%)	34(100%)	79(100%)

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatística do H.U. (Florianópolis).

5.0 - DISCUSSÃO

Pode-se observar na tabela 2, que cerca de 70% do total das mortes já eram esperadas pela equipe médica. Isso corresponde aproximadamente às porcentagens encontradas na bibliografia consultada.

Devido a uma monitorização mais rigorosa na UTI, em relação aos demais serviços, a porcentagem de mortes esperadas aí foi mais expressiva, alcançando 96%, enquanto nos demais setores não ultrapassou a casa dos 60%.

Das mortes ocorridas nas enfermarias, o número de mortes esperadas foi igual ao de inesperadas (47%), enquanto que das ocorridas na UTI, 86% eram esperadas. (Inferre-se que isso se deva ao fato de os pacientes internados nas enfermarias não serem portadores de quadros mórbidos em estado tão avançado, quanto aqueles internados na UTI. (ur))

Na emergência, ocorreu apenas uma morte no período por nós estudado, a qual já era esperada, devido à gravidade do estado em que o paciente se encontrava ao dar entrada no hospital. Esse fato, que poderia a princípio, causar estranheza, pode ser justificado pelo pequeno movimento que ora se verifica na emergência do HU, devido ao fato de mesma não estar funcionando ainda em condições ideais, faltando para tanto espaço físico e condições técnicas adequadas. Na literatura consultada, cerca de 65% das mortes ocorridas na emergência foram inesperadas, talvez pelas próprias características deste tipo de serviço.

Em relação à taxa de mortalidade, vários fatores podem ser apontados como determinantes desta, dentre os quais: condições em que os pacientes usam

internados, padrão de qualidade do serviço, faixa etária dos pacientes, eficiência do pessoal médico e para-médico, etc..

Na UTI, a taxa de mortalidade foi de 27,16%. Se comparado com dados de literatura, que apontam como aceitáveis taxas de mortalidade de até 20 a 30% para as UTIs, teremos que essa taxa, aparentemente alta, é perfeitamente aceitável. (ver)

No serviço de CM, a faixa etária média dos pacientes é bastante elevada se comparada com a dos pacientes da CC. Isso explica em parte, a diferença - significativa existente entre as taxas de mortalidade de um e de outro serviço (Vide Tab. 1).

O impacto individual de cada morte sobre o médico e também sobre a família do paciente depende de vários fatores, tais como, idade do paciente, duração da enfermidade, preparação para a morte, presença de membros da família na hora da morte, força do relacionamento médico-família. De um extremo, a morte é um alívio, para a família e para o médico, após uma longa enfermidade, muitas vezes em estado terminal. De outro extremo, a morte é catastrófica quando é súbita e inesperada numa pessoa previamente saudável. Cada circunstância em particular requer uma atitude específica por parte do médico que assistiu ao paciente.

Considerando-se que a maioria das mortes já era esperada pelo corpo médico, ressalta-se a importância do relacionamento entre este e a família do paciente cuja morte é esperada.

Uma das medidas que nos parecem importantes neste sentido é a que se refere às visitas. No HU, normalmente, essas se dão à tarde, horário em que geralmente a maior parte dos médicos não se encontra no hospital. Por isso, seria interessante sincronizar a visita aos pacientes cuja morte é iminente, com o horário em que o médico e os doutorandos passam visita ao mesmo. Além disso, o tempo que os membros da família permanecem com o paciente deve ser o maior possível nesses casos.

Considerando-se que os óbitos, em sua maioria ocorreram na UTI, é evidente que uma forma deve ser encontrada para permitir esse maior contato entre o paciente moribundo e internado e sua família.

As preferências religiosas devem ser levadas em consideração, permitindo-se o acesso de sacerdotes ou de quaisquer pessoas que possam trazer um conforto moral e espiritual ao paciente e à família. O médico e os doutorandos podem também trazer conforto aos pacientes e aos familiares destes, dedicando-lhes mais tempo e atenção quando a morte é considerada iminente.

A relação do médico com a família do paciente não termina com o advento da morte deste. Ao contrário, aí é que a presença do médico é mais necessária junto aos familiares, para esclarecer dúvidas e responder perguntas, tais como: Ele sofreu? A morte era evitável? Qual a causa imediata da morte? O que faremos agora? etc..

Quanto às autópsias, o médico deve esclarecer à família quanto à importância do exame anátomo-patológico, no sentido de elucidar ou confirmar o diagnóstico e a causa mortis, e também de fornecer elementos para a formação médica, especialmente nos hospitais-escolas.

A comunicação da morte aos familiares deve ser feita, de preferência, pessoalmente, e com uma frase direta, não deixando lugar para dúvidas e conjecturas. Quando a família se encontra em outra cidade, deve-se evitar dar a notícia por telefone. Deve-se dizer apenas que o paciente está passando mal ou que está agonizante. Isso permite que durante a viagem os familiares considerem e encarem com realidade a possibilidade da morte.

Quando a morte é inesperada, é mais difícil comunicar o fato à família. Esta nem sempre o aceita, surgindo o desespero, a depressão, e até acusações contra o médico e o hospital. O médico deve estar preparado para enfrentar tais reações e não perder o auto-controle e o equilíbrio emocional.

Quanto às necessidades emocionais do médico, vários aspectos podem ser considerados. As razões pelas quais os médicos parecem menos afetados pela morte são complexas, incluindo principalmente, uma imagem estereotipada e arraigada no senso comum de que o médico deve ser frio e insensível em situações de crise tais como a morte. Este, muitas vezes introjeta tal estereótipo e nega suas emoções e ansiedades diante da morte e tenta ostentar uma frieza nem sempre verdadeira.

A sensação de haver falhado, a impotência diante da morte, a tristeza, -

não devem ser negadas, mas assumidas e, se possível discutidas com alguém, como por exemplo, colegas, cônjuge, etc., para melhor resolver tais conflitos e amadurecer pessoal e profissionalmente.

6.0 - CONCLUSÃO

Pode-se concluir, em relação aos dados aqui apresentados e discutidos, que, sendo a maioria das mortes hospitalares já esperadas pelo corpo clínico, é de fundamental importância, na formação do médico, seja qual for a especialidade a que pretenda dedicar-se, um preparo adequado no sentido de responder às ansiedades da família do enfermo cuja morte é esperada. Mesmo no caso das mortes inesperadas, como ficou claro na discussão do assunto, o bom relacionamento do médico com a família do doente é importante no sentido de minimizar o efeito por vezes catastrófico que o impacto da morte causa nessa família.

Assim sendo, consideramos imprescindível a abordagem deste assunto de grande relevância, já no currículo de graduação do curso de medicina, pois em geral, o mesmo é relegado a um segundo plano, não sendo sequer abordado na disciplina de psicologia médica. Ressaltamos o possível papel do internato hospitalar, estimulando os doutorandos a desenvolver laços mais fortes de relacionamento com os pacientes e suas famílias, notadamente nos casos em que o fenômeno da morte esteja envolvido. Isso possibilitaria um melhor preparo e uma maior estabilidade emocional dos médicos recém-formados para resolverem a contento suas próprias ansiedades em relação à morte, possibilitando assim, um contato pessoal e profissional mais satisfatório do médico com seus pacientes e com as famílias dos mesmos, bem como com a comunidade em geral.

7.0 - BIBLIOGRAFIA

- (1) ALIÑO, J. J. LÓPEZ-IBOR - La Psiquiatria de Hoy.1975.Ediciones Toray,S.A.
Barcelona.
- (2) TOLLE S.W.,GIRARD D.E. - The Physician's Role in the Events Surrounding
Patient Death.Arquive of Intern Medicine-Vol.143,Julho de 1983.
- (3) VIEIRA, V.S. - Introdução à Bioestatística.1981. Editora Campos, Rio de
Janeiro.

**TCC
UFSC
CM
0136**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0136

Autor: Kravchychyn, Augus

Título: Relação do médico com o fenômeno



972808821

Ac. 253330

Ex.1 UFSC BSCCSM