

**ATITUDES DE MÉDICOS NA RELAÇÃO COM
PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO E EM FASE
TERMINAL EM UM HOSPITAL GERAL E EM UM
HOSPITAL DE ESPECIALIDADE**

LUCÉLIA ELIZABETH PAIVA

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio
Prudente para obtenção do título de Mestre em
Ciências**

Área de Concentração: Oncologia

Orientador: Dr. Daniel Deheinzelin

**Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena P. F.
Bromberg**

**São Paulo
2000**

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca do Centro de Tratamento e Pesquisa
Hospital do Câncer A.C. Camargo

Paiva, Lucélia Elizabeth

Atitudes de médicos na relação com pacientes com câncer avançado e em fase terminal em um hospital geral e em um hospital de especialidade./ Lucélia Elizabeth Paiva -- São Paulo, 2000.

p. 146

Dissertação(mestrado)–Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração:
Oncologia.

Orientador: Daniel Deheinzelin.

Descritores: 1. PSICOLOGIA. 2. CÂNCER. 3. MORTE. 4.
COMUNICAÇÃO. 5. ATITUDE. 6. MÉDICO. 7. PACIENTE. 8. FAMÍLIA. 9.
EDUCAÇÃO MÉDICA.

"Nós enxergamos tudo num espelho, obscuramente. Às vezes conseguimos espiar através do espelho e ter uma visão de como são as coisas do outro lado. Se conseguíssemos polir mais esse espelho, veríamos muito mais coisas. Porém, não enxergaríamos mais a nós mesmos."

Jostein Gaarder

"... O que a lagarta chama de fim de mundo, o mestre chama de borboleta."

Richard Bach

*Àquelas que iluminam minha
vida:*

Juliana e Giovanna.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Daniel Deheinzelin, por ter-me acolhido e auxiliado em meus primeiros passos. Nunca esquecerei suas palavras de incentivo!

À Prof^a. Dr^a. Maria Helena P. F. Bromberg, minha querida Lelê, que tanto colaborou em meu crescimento. Sou mais uma “Lelete”!

À Prof^a. Dr^a. Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre, por ter-me permitido descobrir o valor dos números, com tanta paciência, entusiasmo, carinho e dedicação.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pela bolsa de estudo concedida.

Ao Prof. Dr. Ricardo Renzo Brentani, pela criação e dedicação ao Curso de Pós-Graduação, bem como pelo incentivo à pesquisa científica.

Ao Dr. Luís Eduardo Coelho Andrade e Dr. Luiz Fernando Lima Reis, pelo grande empenho neste Curso de Pós-Graduação.

Ao Prof. Ruy Bevilacqua, pela minha recepção inicial no Curso de Pós-Graduação.

À Dr^a. Maria Júlia Kovács, pelo acolhimento, força, incentivo e grande colaboração.

À Dr^a. Maria Júlia Paes da Silva, pela dedicação e colaboração.

Aos membros da Banca de Qualificação, pela troca enriquecedora de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos docentes do Curso de Pós-Graduação, pela contribuição no aprendizado em Oncologia.

Ao Dr. Humberto Torloni, pelo apoio em momentos especiais, sempre com ouvidos muito atentos e palavras muito sábias!

Ao Dr. Roger Chammas, pelo grande incentivo e apoio para o desenvolvimento deste trabalho.

À Ana Maria Rodrigues Alves Kuninari, Fernanda Vasconcelos e Márcia Miwa Hiratani, pela amizade, carinho e apoio, sem dizer da qualidade e seriedade no desempenho de suas funções no Curso de Pós-Graduação.

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, da BIREME e do Hospital do Câncer, em especial à Suely Francisco, à Rosinéia Aguiar Carneiro, ao Anselmo F.P.O. Sousa e ao Renato Benhossi, pelo grande auxílio nas buscas de textos e referências bibliográficas.

Aos médicos que participaram desta pesquisa, especialmente aqueles que nela acreditaram, incentivando-me a prosseguir.

Aos colegas do Curso de Pós-Graduação, pela convivência e oportunidade de grandes trocas, tanto pessoais como profissionais.

À Karina de Cássia Braga Ribeiro, grande companheira de Curso, por fazer acreditar que ainda encontramos verdadeiros amigos por esse mundo!

À Iza A. C. Sconza, pela amizade, apoio e delicioso cafezinho nas horas de relaxamento.

Ao Marco, meu querido companheiro de tantas caminhadas, pelo amor, compreensão, força, participação e pelos momentos de ausência para dedicar-me a este trabalho.

Às minhas filhas, por fazerem parte do meu projeto de vida e por terem uma compreensão, muito precoce, do meu trabalho e de suas implicações.

Aos meus queridos pais, pela grande ajuda que sempre me deram.

À minha irmã, pelo apoio e colaboração.

À Dona Maria do Carmo, minha querida avó, meu grande exemplo de vida!

Ao vovô Manuel (*in memoriam*), que me ensinou a conversar sobre a vida e a morte.

Ao Dr. Plínio Storti, que sempre me incentivou e brindou comigo meus primeiros passos em minha vida profissional.

Ao Pedro M. Giannini (*in memoriam*) e a ao Sr. Aldo Giannini (*in memoriam*), que me ensinaram a vivenciar a felicidade de “con-viver” e a saudade de quando se perde.

À minha grande amiga, Maria Helena de Toledo Arruda Haddad (*in memoriam*), que muito me ensinou sobre as dores de viver com o câncer; com quem dividi tantas experiências sobre a vida e a morte e de quem tive que me despedir tão cedo... Senti falta de sua participação neste meu trabalho!

À Maria Elizabeth Santo Mattar que, com tanta paciência, esteve ao meu lado me incentivando a driblar as dificuldades inerentes da vida e me apoiando na conclusão deste trabalho, bem como pelo auxílio na tradução.

À Maria Lucila Guimarães, minha querida Luli, pela amizade, incentivo e retaguarda necessária para que este trabalho fosse desenvolvido.

À Psicóloga Neiva Luci Bohnenberger, que esteve comigo mais uma vez!

A todos aqueles que estiveram ao meu lado nessa minha caminhada,

Muito obrigada!

RESUMO

Paiva LE. **Atitudes de médicos na relação com pacientes com câncer avançado e em fase terminal em um Hospital Geral e em um Hospital de Especialidade.** São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Objetivo. Este estudo procurou verificar se existem diferenças nas atitudes de médicos, oncologistas e não oncologistas, de um Hospital Geral e de um Hospital de Especialidade, ambos da capital de São Paulo, em suas relações com pacientes com câncer avançado e em fase terminal. **Método.** Para a realização deste trabalho, foi elaborado um instrumento que consta de um questionário e uma entrevista estruturada, que demonstrou ser adequado para avaliar as diferenças entre os dois grupos. **Resultados.** Foi verificado que existem diferenças estatisticamente significativas entre os médicos dos dois hospitais com relação à especialização e à religião. Dentre as respostas obtidas no questionário, alguns fatores foram decisivos para determinar os resultados da pesquisa. Entre eles estão: a atitude do médico com relação à família; a capacidade de suportar a idéia de mutilar uma criança; o sentimento de impotência diante de um prognóstico fechado; a capacidade de discutir vantagens e desvantagens do tratamento com o paciente; o desafio que o paciente com prognóstico fechado representa para o médico. Apesar das diferenças significativas resultantes das respostas ao questionário, quando consideradas as entrevistas realizadas, alguns aspectos em comum puderam ser observados nos dois grupos. De modo geral, os médicos demonstraram dificuldades emocionais em lidar com a finitude, com os limites da Medicina, com os desejos e sentimentos dos familiares, com seu sentimento de onipotência versus sentimento de impotência, a formação acadêmica voltada para a cura e não para a não cura, que muitas vezes é vista como fracasso. **Conclusões.** Baseando-se nos resultados obtidos nos questionários e nas entrevistas, observou-se que,

apesar de existirem diferenças nas formações dos médicos nos dois grupos, as mesmas não parecem ser suficientes e/ou adequadas para que o médico esteja de fato preparado para lidar com essa gama de sentimentos e aspectos psicológicos que estão tão presentes na situação.

SUMMARY

Paiva LE. [**Physicians' attitudes when dealing with advanced cancer patients and patients in the last stages of illness, in a General Hospital and in a Specialty Hospital**]. São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Objective. This study tried to check if there are differences in physicians' attitudes, oncologists and non-oncologists, in their relations with patients suffering from advanced cancer and the ones in the terminal stage. This study took place in a General Hospital and a Specialty Hospital in São Paulo – Brazil. **Method.** To carry out this research, an instrument made up of a questionnaire and a structural interview was devised, and it turned out to be suitable to evaluate the differences between both groups. **Results.** It was verified that there are statistically significant differences between the physicians of both hospitals concerning their medical specialty and religion. Among several points dealt with in the questionnaire, some were decisive to determine the results of this survey. The relevant ones are the following: the physician's attitude towards the patient's family; the ability to stand the idea of mutilating a child; the feeling of impotence facing a patient without any possibility of cure; the ability to discuss the advantages and disadvantages of the treatment with the patient; the challenge the patient without any possibility of cure represents to the physician. Although there are significant differences resulting from the answers to the questionnaire, some common aspects can be observed in both groups when the interviews are taken into consideration. In general, the physicians seemed to have emotional difficulty in dealing with finitude, the limits in Medicine, the family's wishes and feelings, their feeling of omnipotence versus their feeling of impotence, the academic background aiming at cure and not at non-cure, which is many times considered as failure. **Conclusions.** Based on the results extracted from the questionnaires and the interviews, as a conclusion it is implied that,

in spite of the differences in the doctors' specialization in both groups, these differences do not seem to be enough and / or suitable for them to be actually able to deal with this range of feelings and psychological aspects that are present in this situation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Número de médicos, segundo questão I.3 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.	36
Figura 2	Número de médicos, segundo questão II.4 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.	37
Figura 3	Número de médicos, segundo questão III.6 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.	39
Figura 4	Número de médicos, segundo questão III.12 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.	40
Figura 5	Número de médicos, segundo questão III.18 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.	42
Figura 6	Número de médicos, segundo questão III.24 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número e porcentagem de médicos do Hospital Geral e do Hospital de Especialidade, segundo perfil sócio-demográfico. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A. C. Camargo, 1998 – 1999.	33
Tabela 2	Média e desvio padrão de médicos do Hospital Geral e do Hospital de Especialidade, segundo faixa etária, tempo de conclusão da Graduação, Residência Médica e Especialização em Oncologia e renda mensal. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.	34
Tabela 3	Número de médicos, segundo questão I.3 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.	35
Tabela 4	Número de médicos, segundo questão II.4 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.	37
Tabela 5	Número de médicos, segundo questão III.6 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.	38
Tabela 6	Número de médicos, segundo questão III.12 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.	40
Tabela 7	Número de médicos, segundo questão III.18 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.	41
Tabela 8	Número de médicos, segundo questão III.24 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.	43

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo Geral	19
2.2	Objetivos Específicos	19
3	MÉTODO	20
3.1	Tipo de Pesquisa	20
3.2	Sujeitos	20
3.3	Instrumentos	21
3.4	Procedimentos	22
3.5	Variáveis do Estudo	23
3.6	Análise dos Dados	25
3.6.1	Análise Quantitativa	25
3.6.2	Análise Qualitativa	25
3.7	Questões Éticas	26
4	RESULTADOS	28
4.1	Caracterização da população	30
4.2	Questões do Questionário	34
4.3	Entrevistas	44
4.3.1	Em relação à escolha pela Medicina	45
4.3.2	Em relação à opção pela Oncologia	50
4.3.3	Em relação a trabalhar com pacientes com câncer avançado e em fase terminal	55
5	DISCUSSÃO	92
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	122

ANEXOS

- Anexo 1** Elaboração do instrumento
- Anexo 2** Ficha de identificação
- Anexo 3** Questionário
- Anexo 4** Consentimento Pós-Informado
- Anexo 5** Resultados

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho nasceu de questionamentos pessoais relacionados à formação do médico.

Trabalhei ao longo de 14 anos em Hospital, acompanhando os internos, residentes e depois assistentes em sua longa jornada de formação e prática. Sempre me intrigou muito o fato do curso de Medicina ser um curso com uma carga horária longa, onde o jovem médico (acho que posso falar assim, uma vez que a opção pela Medicina se dá no auge da juventude do indivíduo) tem que ter uma dedicação exclusiva. A pressão também é grande!

Ao longo desses anos, em meu contato com internos e residentes, ouvi-os várias vezes dizer que o curso de Medicina só começa a ficar bom mesmo no final, quando começa haver, de fato, uma prática clínica e um contato direto com os pacientes. Aí sim, as fantasias originais que levaram o jovem médico a optar por essa carreira começam a se concretizar. Porém, nem todos, na verdade, suportam esse contato e começam a perceber dificuldades pessoais e/ou limitações para enfrentar tais situações. Mas, a essa altura, fica muito difícil desistir da carreira, pois alguns anos já foram dedicados e, às vezes, já existem expectativas e cobranças, por exemplo, por parte da família e da sociedade.

Desistir agora parece não ser mais possível. O jeito é encarar!

E lá se vão alguns jovens, arranjando defesas e passando por cima de coisas que, por vezes, os incomodam, fazendo-os sofrer.

Será que isso não interfere, mais adiante, no seu contato com os pacientes? Será que esse médico consegue ter um bom relacionamento com o(s) seu(s) paciente(s)?

A Oncologia é uma área atual, onde os estudos e investimentos estão crescendo. O câncer, de uns anos para cá, deixou de ser uma doença fatal, tornando-se uma doença crônica. Muitos avanços têm sido observados nesta área. Talvez, até por esse motivo, seja uma especialidade com uma procura considerável. Pode ser encarada como uma especialidade do futuro.

Será que, ao optar por uma especialização em Oncologia, o jovem médico se conscientiza do tipo de pacientes com os quais ele vai se deparar e se relacionar em seu dia a dia?

Será que esse jovem médico faz sua opção não somente levando em consideração os avanços da Biologia Molecular, as novas drogas, mas também considerando o sofrimento humano com o qual terá que lidar?

Câncer

O *Oxford English Dictionary* define o câncer como “algo que desgasta, corrói, corrompe ou consome vagarosa e secretamente” (SONTAG 1984, p.15). O câncer é uma doença que pode surgir em qualquer órgão, em qualquer parte do organismo humano e pode estender-se a todo o corpo, através de células que vão se multiplicando e invadindo outras regiões (SONTAG 1984; YAMAGUCHI 1994).

Leão diz: “A moléstia traduzida pela palavra câncer foi, como tal, designada por Hipócrates, por analogia com o caranguejo, a mover-se lentamente, em todas as direções. O câncer é entendido como uma doença em região localizada, de onde se espalha para o resto do organismo (até então sadio), “comendo-o” por derradeiro” (PAIVA e PINOTTI 1988, p.126).

Em toda a literatura sobre o câncer encontra-se associação com dor, sofrimento, falta de energia vital, morte horrível (SHERMAN 1993; DEITOS e GASPARY 1997). PAIVA e PINOTTI (1988) dizem que o câncer muito raramente é mencionado pelo seu nome, de forma clara e direta. Provavelmente, um modo de manifestar o desejo de mantê-lo distante.

KOVÁCS (1996) lembra que “O diagnóstico de uma doença com prognóstico reservado traz à tona a fragilidade do ser humano e o contato com a sua finitude, lembrando a possibilidade da morte mais próxima” (p.17). E mais: “As doenças e suas seqüelas podem trazer profundas modificações na vida das pessoas, experienciadas como mortes” (p.19).

Os avanços em termos de terapêutica e cura fizeram com que o câncer deixasse de ser uma doença incurável, tornando-se então uma doença crônica. Entretanto, as pessoas acometidas pelo câncer trazem sempre essa imagem destrutiva que, mesmo após a cura, ficam os medos da possibilidade de recidiva, sofrimento e morte (YAMAGUCHI 1994; KOVÁCS 1996; DEITOS e GASPARY 1997).

Por esta razão, muitas vezes, é tão difícil para o paciente buscar ajuda, pois o medo de receber um diagnóstico de câncer é tão amedrontador, que muitos indivíduos preferem negar qualquer alteração em seu organismo. E, também em função disso, muitos médicos se esquivam de dar uma notícia dessas ao seu paciente (FAGUNDES 1981).

Tratamento

Quando se fala em câncer pensa-se logo em batalha. Considera-se que o corpo está sob ataque (*invasão*) e o único tratamento é o contra-ataque (SONTAG 1984). Tendo-se em mente uma guerra, pensa-se logo em armadilhas, sofrimento, estresse, morte, bem como em um vencedor e um perdedor. E assim é o câncer. É uma doença que, desde a sua descoberta, deixa o indivíduo acometido pela doença em estado de alerta. Não se pode mais relaxar, pois as células do câncer se multiplicam desordenadamente e são invasoras, ou seja, o câncer pode atingir outras partes do corpo.

As defesas do organismo parecem não ser suficientes para combater essa doença e o tratamento é algo muito agressivo: muitas vezes cirurgias

radicais e mutilantes. A radioterapia e a quimioterapia são tratamentos também, muitas vezes, tão agressivos que, dependendo do estado de avanço em que se encontra o câncer, questiona-se a validade de sua administração. ...“muitos tumores incuráveis são suscetíveis de tratamento com vistas a prolongar uma vida útil” (FAGUNDES 1981, p.171). É impossível saber quanto tempo será de tratamento, pois tudo depende da agressividade do tumor, tipos de tratamento administrado e da resposta do organismo (YAMAGUCHI 1994).

Com esse tratamento tão agressivo, é impossível evitar que se danifiquem ou se destruam células saudáveis, mas acredita-se que quase todo dano ao corpo é justificado se ele salva a vida do paciente. A verdade é que, muitas vezes, isso não acontece (SONTAG 1984).

SHERMAN (1993), ressalta que “Todo oncologista certamente já vivenciou casos nos quais o tratamento agressivo resultou em “cura” a longo prazo, levando-o a adotar, assim, a visão de que, se houver qualquer possibilidade de ajuda, o paciente merece o benefício da dúvida” (p.162).

É importante que o paciente conheça o seu diagnóstico, para que possa preparar-se psicologicamente para o tratamento (FAGUNDES 1981). Para isso, faz-se relevante também que o tratamento seja discutido com o paciente e os familiares. Várias são as alterações que ocorrem com o paciente no período de quimio e radioterapia, por exemplo: fadiga, queda de cabelo, mucosite, náuseas... O paciente deve ser esclarecido sobre as vantagens e desvantagens para que se possa conseguir a aderência do mesmo ao tratamento (YAMAGUCHI 1994).

O tratamento de câncer nunca é um tratamento simples, nem tampouco rápido. Além do indivíduo estar sempre no hospital, muitas vezes ele necessita estar hospitalizado para a realização do mesmo.

Hospitalização

Os hospitais, de modo geral, são lugares que não proporcionam à família um acesso livre a esse paciente, dificultando, assim, no que diz respeito ao estado emocional.

O hospital permite à família um acesso parcial e controlado, dando a impressão de que os familiares são pessoas indesejáveis para a saúde do paciente, sendo, muitas vezes, vistos como aqueles que não deixam a equipe hospitalar realizar adequadamente seu trabalho. Nos casos de pacientes terminais, essa experiência de afastamento pode ser traumatizante tanto para os pacientes como para os familiares (KLAFKE 1991). Essa experiência de distanciamento, principalmente para os pacientes terminais e seus familiares, pode ser muito traumatizante e dificultar o processo de luto.

BROMBERG (1997, 1998a,1998b) aponta para o fato que o luto não começa a partir da morte, mas as relações prévias existentes determinarão a qualidade do processo do luto.

Com a hospitalização, o paciente é submetido a um espaço estranho, a uma rotina diferente, a contatos com pessoas desconhecidas que vão cuidar dele e, com isso, sofre um processo de despersonalização. Pode,

muitas vezes, tornar-se melancólico, deprimido, desconfiado e algumas vezes hostil à abordagem médica (PAIVA 1993; ROCCO 1992).

Kovács diz que:

A hospitalização também pode ser sentida como uma morte, envolvendo o afastamento de casa, da família, dos amigos. A invasão da privacidade, a solidão no meio de estranhos. Algumas UTIS podem parecer um “corredor da morte”: a idéia de um túmulo pelo isolamento. O medo do sofrimento, da dor e da degeneração podem fazer com que o indivíduo se sinta morto ou prefira morrer a viver uma quase vida. Um paradoxo: às vezes há mais vida numa morte suave com um sorriso de paz, do que numa vida amarrada a tubos ou respiradores (KOVÁCS 1996, p.18).

Por mais esse aspecto, enfatizamos o grande e importante papel da figura do médico nesse contexto.

Nessa guerra contra o câncer, não só o paciente está em cena, mas também aquele que o assiste: o médico. Portanto, se há um envolvimento por parte do paciente, também o há por parte do médico. Essa é a relação médico-paciente.

Oncologista

Embora o diagnóstico de câncer seja agora visto de forma mais otimista, a morte e o morrer são questões importantes para a equipe de oncologia. A confrontação com a morte é uma experiência difícil para todos os seres humanos.

Muitos estresses vivenciados pela equipe médica são característicos do ambiente de câncer, incluindo a própria doença, o tratamento e seus efeitos colaterais, a necessidade de cuidado paliativo, a ambigüidade da

tomada de decisão, o lidar com a resposta do paciente ao diagnóstico de câncer, bem como as reações pessoais ao câncer e o isolamento social dos membros dessa equipe médica (LEDERBERG 1990).

Em muitas situações de sua prática profissional, o oncologista vai lidar com a luta pela cura e o encontro da não cura. Isso vai de encontro com aquilo que aprendeu em sua formação, podendo gerar um sentimento de impotência e fracasso. Contudo, o médico deverá aprender a lidar com esses sentimentos, que podem ser conflituosos para ele (LUCAS 1994). Ter consciência de até onde vale a pena investir, ser criterioso nas decisões terapêuticas, considerando sempre o ponto de vista do paciente e, principalmente saber o momento de parar com manobras de terapêutica e de ressuscitação são também questões importantes na vida do oncologista (SHERMAN 1993; YAMAGUCHI 1994).

É de extrema importância que o médico consiga manter o paciente sem dor e consiga identificar e lidar com as questões emocionais, psicológicas, financeiras e familiares do paciente terminal, o que não são habilidades tão fáceis de se adquirir (SHERMAN 1993).

A dor e o medo são, provavelmente, os mais primitivos sofrimentos que o homem já experimentou e, diante dos quais, fica totalmente impotente. (...) As reações afetivas geralmente associadas à doença e à dor são a irritabilidade, a ansiedade e a depressão acompanhadas de reações de impotência, desesperança, abandono, raiva, negação, regressão e dependência (LEMONICA 1997, p.27-8).

Nesse sentido, vale lembrar que é primordial o médico não se deter somente na doença, mas que ele possa, de fato, escutar o seu paciente, pois este lhe traz todas as suas ansiedades e angústias relativas à doença, vida e morte.

Porém, essa relação médico-paciente não é algo tão simples, pois é uma relação que envolve o conflito vida e morte, o que afeta não somente o paciente acometido pelo câncer, mas também a sua família e o próprio médico. Lidar com o paciente terminal é uma tarefa muito árdua, pois remete-nos a situações pessoais bastante complicadas do ponto de vista psicológico. Lidar com a situação de morte de um paciente nos reporta diretamente a nossa própria possibilidade de morte, a nossa finitude (FAGUNDES 1981).

Bem diz MALDONADO (1978): “Em termos de atuação profissional, a capacidade ou a dificuldade de lidar, a nível emocional com a realidade da própria finitude vai determinar, em grande parte, a qualidade de atendimento humano à pessoa próxima da morte”. (p.932)

Se existe a disponibilidade interna em se tratar da finitude mais livremente, o sentimento de solidão e abandono pelo qual o paciente passa fica menos intenso, pois, dessa forma, não existem distorções e/ou omissões na comunicação. Pode-se acreditar no outro.

A consciência da possibilidade da morte pode dar um novo significado à vida, alterando a qualidade da mesma (CARVALHO 1996).

A família também pode ser encarada como um paciente para o médico que cuida do doente. Para com a família, deve existir uma proximidade para que esta possa dar vazão as suas dúvidas, incertezas e os sentimentos relacionados à perda, como a negação, revolta e tristeza. Faz parte da tarefa do médico, além de amenizar a dor física e o sofrimento do

paciente terminal, acompanhar a família do doente para que esta possa lidar com as perdas.

Tudo isso não é fácil, uma vez que o médico, em sua formação acadêmica, é preparado para curar e salvar vidas.

Além do tratamento do câncer ser muito extenso e sofrido, o médico ainda hoje nem sempre conta com a cura total, resultando muitas vezes em mutilações e seqüelas importantes. É imprescindível que o controle periódico seja obedecido, pois a possibilidade de recidiva é algo a ser respeitado.

Portanto, mesmo em um tratamento bem sucedido, a morte está sempre presente.

É sabido que muitos médicos, principalmente aqueles que só conseguem ver a cura da doença como objetivo, podem evitar os pacientes incuráveis, pois não suportam a agressão psicológica que estes lhe causam internamente, fazendo-os entrar em contato com esse sentimento de impotência do *não ter nada a fazer* que a morte causa (GAUDERER 1998; SHERMAN 1993).

Quando se acredita que o papel do médico é somente curar a doença, de fato, não se tem muito a fazer; mas, quando se percebe que se trata de um indivíduo numa condição única e singular a acompanhar, há muito o que ser feito.

Yamaguchi fala desse aspecto de forma que nos faz repensar em nosso *estar com*:

O convívio é intenso em diversas fases e eu diria que é um privilégio estarmos em contato com um indivíduo em momentos de tanta entrega. O seu destino vai ser decidido em cada momento e a consciência do risco torna as passagens mais angustiantes não só para o paciente como para o profissional. Oscilamos entre a

sensação de poder, quando vencemos o câncer, e a sensação de impotência, quando não conseguimos debelá-lo. Nem um nem outro sentimento é desejável, pois não se trata de uma guerra, mas sim de estarmos junto com o indivíduo, auxiliando-o no seu processo pessoal (YAMAGUCHI 1994, p.30).

O médico vive o conflito de conviver com os sentimentos de onipotência e o de impotência.

Pode-se observar o sentimento de impotência quando o médico expressa um sentimento de fracasso diante da morte do paciente ou como consequência da negação da morte. Pode também sentir culpa ou depressão quando se vê frente ao insucesso do tratamento de alguns pacientes possivelmente curáveis.

O médico, geralmente, adota um comportamento onipotente como tentativa de ocultar o sentimento de impotência. Portanto, o sentimento de onipotência surge, muitas vezes, como mecanismo de defesa diante de uma situação extremamente dolorosa (FAGUNDES 1981; KLAFKE 1991).

Para alguns médicos, a morte representa o fracasso, com o qual eles são incapazes de lidar e a interação com pacientes e seus familiares é freqüentemente evitada. (RAPPAPORT e WITZKE 1993)

Não é raro o médico que trabalha com Oncologia sofrer um isolamento social fora do local de trabalho. Ele pode ser encarado como um estímulo provocador de ansiedade, pois faz parte de algo visto como um mito e, por isso, pode causar respostas variadas como humor tenso, silêncio, irritação, mudança de assunto ou, ainda, rejeição franca e raiva. Uma outra resposta comum pode ser a admiração excessiva pelo trabalho de alguém em oncologia (LEDERBERG 1990).

Relação médico-paciente

É logo no contato inicial que se estabelece a relação médico-paciente, por isso, é inevitável que seja uma relação verdadeira, fundada em confiança. A atitude do médico nesse contato é tanto ou mais importante que as perguntas que possa fazer. É importante que o médico não demonstre pressa nem dê a idéia de que seu tempo é curto. É importante também que o doente não se sinta julgado nem criticado, porém simplesmente avaliado do ponto de vista da saúde. Desta forma, talvez, sinta-se livre para falar com muito mais franqueza de seus medos e dificuldades. Essa relação de confiança pode ser um fator determinante no resultado terapêutico do paciente com câncer (MARTINS 1981; PAIVA e PINOTTI 1988, PAIVA 1993; SHERMAN 1993).

O médico deve ouvir o doente com atenção. O doente deve acreditar que o médico se importa com ele e com o que lhe acontece (MARTINS 1981; PAIVA e PINOTTI 1988, PAIVA 1993; SHERMAN 1993).

LEMONICA (1997) lembra que "o importante é tratar o doente com naturalidade, ouvir e ser ouvido, conversar a respeito do problema, procurar esclarecer e estar sempre presente, mantendo de modo honesto a esperança e dando-lhe apoio e conforto, evitando assim os sentimentos de insegurança, frustração, solidão, medo, abandono e desesperança" (p.28).

No Brasil existe muita dificuldade em se contar para o paciente que ele tem câncer (YAMAGUCHI 1994, p.30). Questiona-se muito a respeito do contar ou não o diagnóstico ao paciente, quando contar e como contar.

É comum poupar-se o paciente com câncer do conhecimento sobre o seu diagnóstico. Pensa-se que o melhor momento para se comunicar o diagnóstico é quando o médico pressente a necessidade do paciente em ser esclarecido (FAGUNDES 1981).

O médico deve saber comunicar as informações necessárias ao paciente com simpatia, respeito e humanidade. Ele deve saber conter as angústias e tristezas que o doente lhe traz, tentando minimizar o trauma emocional que esta informação causa (SHIELDS 1998).

Porém, o mais importante ainda é como se conta o diagnóstico. O paciente deve sentir que não estará só em suas dores e suas necessidades. Nesse sentido, acredita-se numa maior facilidade no manejo de seu tratamento, fazendo da cura uma meta conjunta. Mas, mesmo sabendo o diagnóstico, muitas vezes o paciente entra num processo de negação à doença. Nessa situação, não deve ser imposto que ele enfrente o seu câncer, mas ele deve se sentir amparado e o médico deve ter muita sensibilidade e percepção para notar quando o paciente estará apto para saber maiores detalhes (YAMAGUCHI 1994, p.31).

Quando, porém, o paciente entra no processo de negação da doença e não encontra no médico o apoio necessário, muitas vezes, vai em busca de vários especialistas na expectativa de ouvir opinião contrária ou uma versão mais amena do diagnóstico. Essa negação pode acontecer também

por parte do médico, e "o diagnóstico e tratamento podem ser retardados pela relutância em procurar a confirmação histopatológica de achados clínicos altamente suspeitos de câncer" (FAGUNDES 1981, p.170).

Alguns médicos optam por mentir para o paciente, alegando que desta forma o poupará de um sofrimento maior e uma possível depressão. Podemos chamar essa conduta de *mentira caridosa* que, na verdade, dificulta um relacionamento médico-paciente honesto, e que, se o paciente descobrir mais tarde a verdade, perderá a confiança e respeito. Por sua vez, o outro extremo, ou seja, declarar enfaticamente ao paciente que a doença é incurável e que pouco ou nada resta a fazer também não é aconselhável (FAGUNDES 1981; PAIVA e PINOTTI 1988; SHERMAN 1993).

Weeks et al., citados por SMITH e SWISHER (1998), sugerem que os médicos deveriam dizer a verdade e assegurar que estes não seriam abandonados e seriam ajudados a sobreviver pelo tempo que lhes resta. Recomendam também que se leve em consideração valores do paciente, minimização de tratamentos fúteis, comunicação de prognóstico tendo a certeza de que o paciente entendeu a mensagem. Os autores recomendam que os desejos dos pacientes sejam respeitados.

Quando os familiares, acometidos por uma ansiedade em não se sentirem capazes de assistir o confronto do paciente com o seu diagnóstico, optam por esconder do paciente a malignidade da doença, podem dificultar o relacionamento. Nesse sentido, tanto familiares como os pacientes precisam ser informados sobre a gravidade do caso e sobre o fato de o diagnóstico de

câncer não implicar necessariamente em uma situação irremediável (FAGUNDES 1981; MARTINS 1981).

SHERMAN (1993) afirma que: "Em geral, é preferível que todas as pessoas envolvidas saibam que o paciente tem câncer e, mais importante ainda, que o paciente, a família e o médico saibam que todos sabem disso. Isso evita uma situação falsa e penosa em que todos fingem que nada está errado, quando na realidade todos sabem da verdade" (p.165).

A família pode ser de grande ajuda sendo intermediária na relação médico-paciente, no sentido de apoiar no tratamento e, às vezes, identificando problemas e necessidades do paciente que, eventualmente, o médico não perceba (SHERMAN 1993). Porém, o médico deve sempre dar o apoio necessário aos familiares que acompanham o doente, pois estes também sentem angústia devido à situação vivida.

A família e o paciente são uma unidade de tratamento (ASTUDILLO et al. 1995).

ZAIDHAFT (1990) diz que "A aflição e a preocupação de um familiar geralmente são vistas como inadequadas, o responder às suas perguntas como uma perda de tempo. É como se, a partir do momento em que uma pessoa adoecesse, ela devesse perder sua identidade e seus vínculos familiares e passasse a pertencer à Medicina" (p.142).

Na verdade, o médico também sofre muito ao sentir-se impotente diante de uma situação onde não há perspectivas de sucesso do tratamento e, com isso, deparar-se com o sofrimento do paciente que se vê diante da morte. É necessário aceitar esses limites, bem como os próprios medos e a

própria finitude, para que se possa tentar levar a pessoa à aceitação. Tanto o médico como o paciente são seres humanos e sentem dor e medo.

Pensando nesse aspecto, pode-se levantar a questão da postura do médico, ou seja, ele é um médico ou um amigo? Deve ser próximo ou distante? Caloroso ou frio?

O paciente precisa sentir que o médico está ao seu lado e o entende, fortalecendo-o para combater a doença, mas, ao mesmo tempo, é de boa técnica conservar certa distância afetiva, a fim de preservar a isenção necessária para o raciocínio crítico, de fundamental importância para o diagnóstico certo e elaboração de um tratamento adequado. “O comportamento do médico, porém, deverá ser necessariamente diferente da postura do amigo que se presta a confidências. É fundamental que em nenhum momento da consulta abandone a pauta profissional” (MARTINS 1981, p.45).

Morte

Quando se fala em câncer, deparamo-nos com a possibilidade da morte e, muitas vezes, com a própria morte. Não se pode esquecer que a morte é um evento natural na vida de todos nós, porém, para ela nunca estamos preparados.

KÜBLER-ROSS (1981) define 5 estágios para a situação de morte e morrer: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. A autora enfatiza

que, encarando ou aceitando a realidade de nossa própria morte, poderemos alcançar a paz.

ZAIDHAFT (1990) afirma que uma aceitação da própria mortalidade seria o passo para superar a dificuldade em lidar com os limites e as limitações que o médico se depara ao longo de sua vida profissional.

CASSORLA (1992), entretanto, aborda não a morte em si, mas a morte enquanto falta de vida. Ele diz: “A morte começa quando não levamos em conta que a morte existe. Quando nem sequer nos indignamos ao ver os mortos – mortos, não porque a morte existe, mas porque não lutamos pela vida” (Prefácio).

Nesse sentido podemos lembrar das várias mortes pelas quais passamos, em vida. São as mortes simbólicas que se referem às escolhas feitas e que implicam em perdas (KOVÁCS 1996, p.25).

KLAFKE (1991) afirma que:

Conversar sobre a morte é trazer à tona o proibido. Mas falar sobre a morte com um paciente terminal é especialmente difícil, porque não se fala dela como algo distante, que ocorrerá a todos, ou como um diálogo filosófico. Fala-se da morte como sujeito, como o estúdio, o fato, que irá ocorrer com a pessoa com quem se conversa" (p.47).

Outro ponto a ser levantado onde se percebe a dificuldade em lidar com a morte é quando a vemos no ambiente hospitalar. O hospital até o século XVIII era um lugar para se morrer. Hoje, o hospital é um lugar onde se busca cura (FOUCAULT 1989). Nesse sentido, a morte no ambiente hospitalar é sentida e identificada como um fracasso da instituição e do profissional (KLAFKE 1991).

É muito interessante observar a obra de PITTA (1991) *Hospital: dor e morte como Ofício*, que identifica o hospital como um lugar de dor e morte não somente para os pacientes que se tratam nele, mas para aqueles que trabalham nele.

Nesse contexto, a autora diz: "A morte não mais é vista como um limite natural para o sofrimento humano; morte e sofrimento são construídos paralelamente, causando, quando juntos, perplexidade, até porque são concebidos separadamente pelo próprio homem. (PITTA 1991, p.28)

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste trabalho é verificar se existe diferença nas atitudes de médicos, oncologistas e não oncologistas, no trato com os pacientes com câncer avançado e em fase terminal, no Hospital Geral e no Hospital de Especialidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Com este trabalho pretendemos verificar:

- se existe diferença na postura e/ou comportamentos de médicos, entre os grupos estudados;
- se, pelo questionário, aparecem diferenças nas atitudes dos médicos dos dois grupos em relação aos pacientes, aos familiares e na forma como lidam com a doença;
- se, pela entrevista, aparecem diferenças nas atitudes dos médicos dos dois grupos em relação aos pacientes, aos familiares e na forma como lidam com a doença.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Esta é uma pesquisa de corte transversal, que utilizou um instrumento especialmente desenhado para detectar diferenças de atitudes entre médicos, oncologistas e não oncologistas, no Hospital Geral e no Hospital de Especialidade, no período de 1998 a 1999.

3.2 SUJEITOS

A amostra inicialmente considerada foi de 60 médicos (30 oncologistas e 30 não oncologistas) porque não tínhamos idéia da variabilidade das respostas, o que impediu o cálculo do tamanho da amostra, levando-se em conta os erros de primeira e segunda espécie. Fez-se, então, análise preliminar com os dados destes 60 médicos e verificou-se ser este um número suficiente para estudar os objetivos desta pesquisa, visto que houve significância estatística em diversos testes de hipóteses.

Inicialmente, os médicos oncologistas foram do Hospital do Câncer e os médicos não oncologistas, do Hospital das Clínicas.

Foi critério de inclusão, para a aplicação do instrumento, que o médico tivesse pelo menos 5 (cinco) anos de formado, pois considerou-se

que era um tempo suficiente para ter completado a Residência Médica e estar atuando em sua opção profissional.

Os critérios de exclusão foram ser médico psiquiatra (por ter um outro tipo de abordagem com o paciente) e patologista (por não ter contato direto com o paciente).

3.3 INSTRUMENTOS

Foi elaborado um instrumento que consta de uma entrevista estruturada e um questionário (ANEXO 1).

A entrevista estruturada constou de uma ficha de identificação (ANEXO 2) e duas solicitações: a primeira tinha como objetivo coletar informação do percurso do médico dentro da Medicina, desde o tempo de estudante até o presente momento; e a segunda, visava a motivar o médico a falar de como se sentia trabalhando, cuidando desses pacientes: com câncer avançado e em fase terminal.

Em seguida foi solicitado ao sujeito que respondesse um questionário com questões relacionadas a comportamentos adotados a respeito da doença câncer, pacientes e familiares. Estas questões são afirmativas, nas quais o sujeito deveria assinalar a sua opinião através de uma escala de valores, que vai do “Concordo inteiramente” (1) até o “Discordo inteiramente” (5).

Estas questões estão divididas em três partes: I. Quando era estudante de Medicina; II. Hoje; III. Em relação à doença e à morte (ANEXO 3).

3.4 PROCEDIMENTOS

Primeiramente o projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Ética do Hospital de Especialidade e do Hospital Geral para avaliação e aprovação. Após a aprovação, os médicos foram escolhidos ao acaso e a pesquisa iniciada.

Foi explicado a cada médico participante o objetivo desse estudo, sendo que esse teria o direito de recusar-se. Foi oferecido ao médico, antes de sua participação, o Termo de Consentimento Pós-Informação (ANEXO 4).

Inicialmente, para testar tal instrumento, como projeto-piloto, esse foi aplicado em 9 médicos oncologistas, no Hospital A.C. Camargo, para verificar sua adequação à proposta, possibilitando variabilidade de respostas.

Os resultados do projeto-piloto foram apresentados na III Jornada do Luto, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em 1998 e os resultados parciais da pesquisa foram apresentados no VIII Encontro Nacional dos Psicólogos da Área Hospitalar, em Curitiba/PR, em 1999 (PAIVA et al. 1998; PAIVA et al. 1999).

Os sujeitos participantes foram escolhidos aleatoriamente, de acordo com a disponibilidade pessoal de cada um. Para tanto, aqueles médicos que

se encaixavam nos critérios de inclusão eram convidados a participar da pesquisa após apresentação da mesma e exposição de seus objetivos.

A entrevista e o questionário foram aplicados individualmente, num único encontro, nos hospitais onde os médicos trabalham, conforme sugestão dos mesmos. A entrevista foi gravada pela pesquisadora com o consentimento do entrevistado e o questionário foi respondido pelo mesmo.

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis do estudo foram:

- sexo
- idade
- naturalidade
- religião
- estado civil
- número de filhos
- se fez Residência Médica / ano
- se fez Especialização em Oncologia / ano
- número de atividades profissionais
- renda mensal

As variáveis relativas ao questionário foram:

1. Relativas ao período que era estudante de Medicina
 - Cuidados com pacientes terminais e seus familiares;
 - Salvar e curar;
 - Encarar a morte.

2. Relativas aos dias atuais
 - Cuidados com pacientes terminais; com pacientes com câncer avançado; com pacientes com prognóstico fechado; com os familiares desses pacientes;
 - Esclarecimento sobre doença e tratamento;
 - Comunicação de diagnóstico e prognóstico.

3. Relativas à doença e à morte
 - Cuidados com pacientes e familiares;
 - Oferta de cuidados paliativos;
 - Qualidade de vida;
 - Tipos de tratamento: curativo, paliativo, agressivo, sedação;
 - Sentimentos de depressão e impotência relacionados aos cuidados de pacientes com câncer avançado e terminal;
 - Papel do médico: cuidar da doença ou do doente;
 - Participação do paciente em seu tratamento.

Estas variáveis foram analisadas em três categorias: Concordo (códigos 1+2), Indiferente (código 3) e Discordo (códigos 4+5).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Como análise dos dados do instrumento foram utilizados: análise do conteúdo e tratamento estatístico.

Os questionários foram tabulados no SPSS - *Statistical Package for Social Science* - versão Windows 8.0.

O valor de p aceito para associação foi menor que 0,05, sendo que os que tiveram p com valores entre 0,06 até 0,10 foram considerados como tendência a associação.

3.6.1 Análise Quantitativa

Os hospitais foram comparados em relação às variáveis qualitativas (sexo, naturalidade, religião, estado civil, local de graduação, Residência Médica / local, Especialização em Oncologia / local) utilizando o teste de associação pelo qui-quadrado com correção de Yates e em relação às variáveis quantitativas (idade, número de filhos, ano de graduação, ano de conclusão da Residência Médica, ano de especialização em Oncologia, número de atividades profissionais, renda mensal) utilizando o teste de *t-Student*.

Também foi utilizado o teste de associação pelo qui-quadrado com correção de Yates para comparar os dois hospitais e as perguntas do questionário.

Para a realização do teste do qui-quadrado, as categorias ordinais (de 1 a 5) foram agrupadas com ponto de corte em 3. Portanto, tudo o que for menor que 3 indica concordância com a questão; 3 indica indiferença e tudo o que for maior que 3 indica discordância.

3.6.2 Análise Qualitativa

Foi feita a análise das duas questões da entrevista estruturada de acordo com o conteúdo que surgiu nas respostas. Deste conteúdo encontrou-se categorias que não foram previstas anteriormente.

Segundo BARDIN (1977), "na análise quantitativa, o que serve de informação é a frequência com que surgem certas características do conteúdo. Na análise qualitativa é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração" (p.21).

3.7 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi encaminhado, avaliado e aprovado pela Comissão de Ética dos dois hospitais antes da realização da mesma.

Atendeu a Portaria 196/96 do Ministério da Saúde referente à pesquisa com seres humanos.

4 RESULTADOS

A entrevista e o questionário foram aplicados individualmente, num único encontro, com duração mínima de 5 minutos e máxima de 35 minutos, com uma média de aproximadamente 18 minutos, em horário determinado em comum acordo entre sujeito e pesquisadora.

Os encontros aconteceram nos hospitais onde os médicos trabalham, com uma única exceção, quando foi preferido o encontro no consultório particular do médico participante, por sua própria sugestão.

Quando os médicos, porventura, não podiam comparecer ao encontro, se explicavam, geralmente, no momento da entrevista, pessoalmente ou através da secretária, remarcando a entrevista e demonstrando interesse em participar dela. O motivo era alguma intercorrência médica, ou, pelo menos, era o que mencionavam. Alguns, de fato, pediam para que a pesquisadora esperasse e logo que resolvessem a questão, já responderiam à pesquisa.

Porém, existiram aqueles que assumiram o compromisso e, no horário marcado, não compareceram, sem dar qualquer explicação. Desse grupo, os médicos não responderam ao serem procurados novamente, demonstrando o pouco interesse em participar da pesquisa, não assumindo tal atitude. Alguns, inclusive, mesmo encontrando a pesquisadora por acaso nos hospitais, não falavam no assunto ou até passavam direto, dando o assunto por esquecido, ou melhor, como se nunca tivesse existido.

Infelizmente não foram computados neste trabalho o número de médicos que tiveram tal atitude. Foram muito poucos. Arriscaria dizer 3 em cada hospital (que foram os mais marcantes).

Somente um médico, do Hospital Geral, se recusou a participar da pesquisa ao ter que assinar o Termo de Consentimento Pós-Informação. Alegou ser contrário a esse tipo de formalidade.

De modo geral, a pesquisa foi bem aceita em ambos os hospitais, com demonstração de interesse pelo assunto.

Ao longo da aplicação dos questionários e entrevistas, foi alterada a caracterização da população em estudo. Notou-se que, no Hospital Geral, existem médicos que, embora não tenham uma formação oncológica específica, mais de 50% de sua clientela atendida constitui-se de pacientes oncológicos, inclusive formando-se grupos de patologias oncológicas dentro de alguns Departamentos. Existem também Serviços de Oncologia e até um Departamento de Oncologia no Instituto da Criança do Hospital das Clínicas/FMUSP. Nesse, os médicos têm formação oncológica e o próprio Departamento oferece Residência em Oncologia Pediátrica. Como também no Hospital de Especialidade, encontram-se muitos médicos que não têm Especialização ou Residência em Oncologia. Diante dessa situação, optamos por estudar as atitudes dos médicos do Hospital Geral e do Hospital de Especialidade, não relevando se são oncologistas ou não.

A amostra continuou a mesma: 30 médicos do Hospital das Clínicas e 30 médicos do Hospital do Câncer.

Os sujeitos participantes foram escolhidos aleatoriamente, de acordo com a disponibilidade pessoal de cada um. Para tanto, aqueles médicos que se encaixavam nos critérios de inclusão eram convidados a participar da pesquisa após sua apresentação e exposição de seus objetivos.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Os hospitais foram semelhantes em relação à especialidade, sexo, naturalidade, estado civil, número de filhos, Residência Médica.

Dentre os 60 médicos entrevistados predominaram os de sexo masculino e os naturais da capital de São Paulo, não havendo associação estatística com o hospital (Tabela 1).

Desses médicos, mais da metade eram casados (65%), sem filhos (43,3%) ou com 2 filhos (31,7%) (Tabela 1).

Dos médicos entrevistados, 58,3% era de cirurgiões e 95% fez Residência. Vale lembrar que, atualmente, ter Residência Médica anterior é pré-requisito para quem quer fazer Residência em Oncologia no Hospital A.C. Camargo (Tabela 1).

Houve associação estatística entre hospital e especialização em Oncologia. No Hospital Geral encontramos 16,7% com especialização em Oncologia, 16,7% de médicos com estágio e/ou com uma prática profissional maior que 50% em Oncologia (totalizando 33,4%) e 66,7% não tem especialização em Oncologia. Já, no Hospital de Especialidade, 50% tem

especialização em Oncologia, 13,3% tem estágio e/ou uma prática profissional com mais de 50% de atendimento na área (totalizando 63,3%) e 36,7% não tem essa especialização ($p=0,021$) (Tabela 1).

Dos entrevistados, 51,7% tem três atividades profissionais que, geralmente, incluem consultório particular. No Hospital Geral mais da metade, ou seja, 66,7% apresentou predominância por três atividades profissionais, porém, no Hospital de Especialidade, essa predominância se diluiu em duas atividades profissionais (33,3%) e três atividades profissionais (36,7%) (Tabela 1).

A religião apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,026$) entre os dois grupos, sendo que, no Hospital Geral, houve um maior número de não católicos (50%) e no Hospital de Especialidade, um maior número de católicos (67%) (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra a comparação dos dois hospitais em relação às variáveis quantitativas. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de idade, renda, anos após a conclusão da graduação, anos após a conclusão da Residência Médica e anos após a especialização em Oncologia.

As idades variaram de 29 a 60 anos, com a média em 37 anos (Hospital de Especialidade) e 39 anos (Hospital Geral) (Tabela 2).

As médias do tempo de formado na Faculdade de Medicina foram 14,2 anos (Hospital de Especialidade) e 16,4 anos (Hospital Geral); as médias do tempo de conclusão da Residência Médica foram 9,8 anos (Hospital de Especialidade) e 12,6 anos (Hospital Geral) e as médias do

tempo de conclusão da Especialização em Oncologia foram 4,3 anos (Hospital de Especialidade) e 1,7 anos (Hospital Geral).

A renda mensal não apresentou diferença entre os dois grupos, com uma média que oscilou entre R\$ 7.200,00 e R\$ 7.800,00; com moda de R\$ 10.000,00 para o Hospital Geral e com moda de R\$ 5.000,00 para o Hospital de Especialidade.

Tabela 1 - Número e porcentagem de médicos do Hospital Geral e do Hospital de Especialidade, segundo perfil sócio-demográfico. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A. C. Camargo, 1998 – 1999.

VARIÁVEL	CATEGORIA	HOSPITAL				TOTAL (n=60)		p*
		GERAL		ESPEC.		N	%	
		N	%	N	%	N	%	
ESPECIALIDADE	CLÍNICA	14	47,0	9	30,0	23	38,3	0,188
	CIRÚRGICA	16	53,0	19	63,0	35	58,3	
	RADIOTER.	0	0,0	2	7,0	2	3,3	
SEXO	MASCULINO	23	77,0	21	70,0	44	73,0	0,559
	FEMININO	7	23,0	9	30,0	16	27,0	
NATURALIDADE	SP – CAP.	18	60,0	15	50,0	33	55,0	0,260
	SP – INT.	7	23,0	4	13,3	11	18,0	
	OUTRO EST.	2	7,0	7	23,3	9	15,0	
	OUTRO PAÍS	3	10,0	4	13,3	7	12,0	
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO	9	30,0	8	26,7	17	28,0	0,959
	CASADO	19	63,0	20	66,7	39	65,0	
	SEPARADO	2	7,0	2	6,7	4	7,0	
Nº DE FILHOS	0	12	40,0	14	47,0	26	43,0	0,181
	1	2	6,7	7	23,0	9	15,0	
	2	12	40,0	7	23,0	19	32,0	
	3	2	6,7	2	7,0	4	7,0	
	4	2	6,7	0	0,0	2	3,0	
RESIDÊNCIA MÉDICA	SIM	29	97,0	28	93,3	57	95,0	0,601
	NÃO	0	0,0	1	3,3	1	2,0	
	ESTÁGIO	1	3,0	1	3,3	2	3,0	
ESPECIALIZ. ONCOLOGIA	SIM	5	16,7	15	50,0	20	33,0	0,021
	NÃO	20	66,7	11	37,0	31	52,0	
	EST. / PRÁT.**	5	16,7	4	13,0	9	15,0	
Nº ATIVIDADES PROFISSIONAIS	1	1	3,0	4	13,3	5	8,0	0,158
	2	7	23,0	10	33,3	17	28,0	
	3	20	67,0	11	36,7	31	52,0	
	4	2	7,0	4	13,3	6	10,0	
	8	0	0,0	1	3,3	1	2,0	
RELIGIÃO	CATÓLICO	10	33,0	20	67,0	30	50,0	0,026
	NÃO CATÓL.	15	50,0	6	20,0	21	35,0	
	SEM RELIG.	5	17,0	4	13,0	9	15,0	
TOTAL		30	100,0	30	100,0	60	100,0	

*p: nível descritivo do teste qui-quadrado com correção de Yates.

**EST. / PRÁT.: estágio em Oncologia e/ou prática profissional maior que 50% em Oncologia.

Tabela 2 - Média e desvio padrão de médicos do Hospital Geral e do Hospital de Especialidade, segundo faixa etária, tempo de conclusão da Graduação, Residência Médica, Especialização em Oncologia e renda mensal. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.

VARIÁVEL	HOSPITAL						p*
	GERAL			ESPECIALIDADE			
	MÉDIA	D.P.	MÍN. MÁX.	MÉDIA	D.P.	MÍN. MÁX.	
IDADE (anos)	39,9	7,9	29 60	37,2	5,8	29 55	0,136
CONCLUSÃO GRADUAÇÃO (anos)	16,43	7,13	7 36	14,20	5,90	6 33	0,191
CONCLUSÃO RESIDÊNCIA MÉDICA (anos)	12,60	7,56	1 34	9,77	5,02	3 19	0,092
CONCLUSÃO ESPECIALIZ. ONCOLOGIA (anos)	1,73	4,29	0 19	4,27	6,52	1 30	0,081
RENDA MENSAL (R\$)	7800,00	4076,00	3000,00 20000,00	7233,33	3616,85	3000,00 15000,00	0,571

*p: nível descritivo do teste *t-Student*

4.2 QUESTÕES DO QUESTIONÁRIO

Os resultados dos questionários são apresentados no ANEXO 5.

Não houve associação estatística entre tipo de hospital e as questões

I.1; I.2; I.4; I.5; I.6; II.1; II.2; II.3; II.5; II.6; II.7; II.8; II.9; II.10; II.11; II.12; II.13;
III.1; III.2; III.3; III.4; III.5; III.7; III.8; III.9; III.10; III.11; III.13; III.14; III.15; III.16;
III.17; III.19; III.20; III.21; III.22; III.23; III.25; III.26; III.27; III.28.

As questões que demonstraram associação estatística com tipo de Hospital foram:

1. Quando era estudante de Medicina:

3. Imaginava-me com a família do doente, esclarecendo dúvidas.

Tabela 3 - Número de médicos, segundo questão I.3 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.

Hospital	Questão I3			Total
	concordo	Indiferente	discordo	
Geral	26	03	01	30
Especialidade	19	03	08	30
Total	45	06	09	60

$p=0,038$

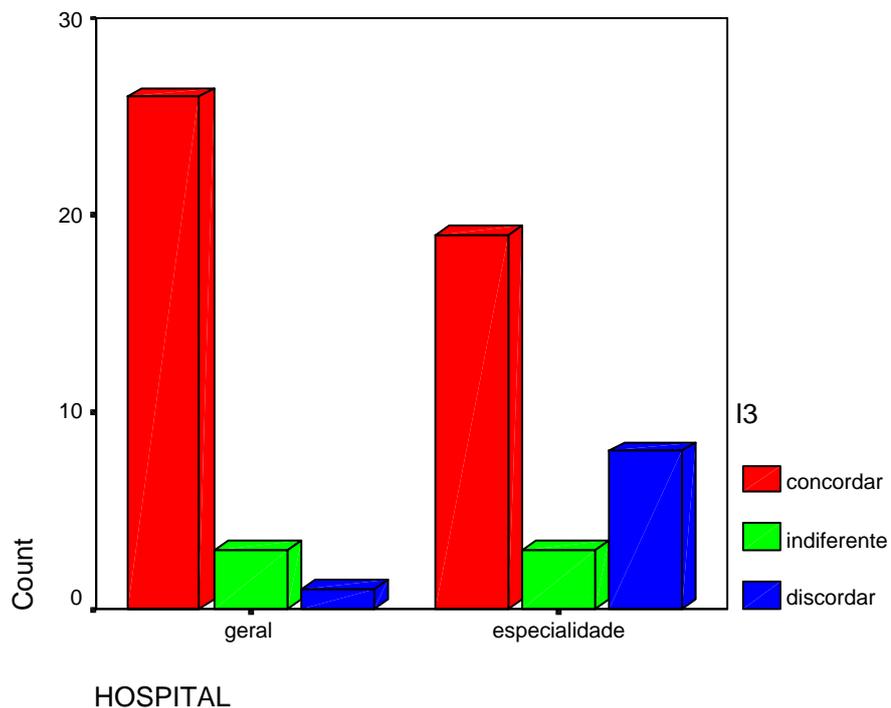


Figura 1 - Número de médicos, segundo questão I.3 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.

Houve maior porcentagem de médicos do Hospital Geral imaginando-se com a família do doente, esclarecendo dúvidas, enquanto eram estudantes de Medicina, quando comparados aos médicos do Hospital de Especialidade ($p=0,038$).

II. Hoje:

4. Não gosto de conversar com os familiares.

Tabela 4 - Número de médicos, segundo questão II.4 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.

Hospital	Questão II.4			Total
	concordo	Indiferente	discordo	
Geral	04	00	26	30
Especialidade	00	02	28	30
Total	04	02	54	60

$p=0,048$

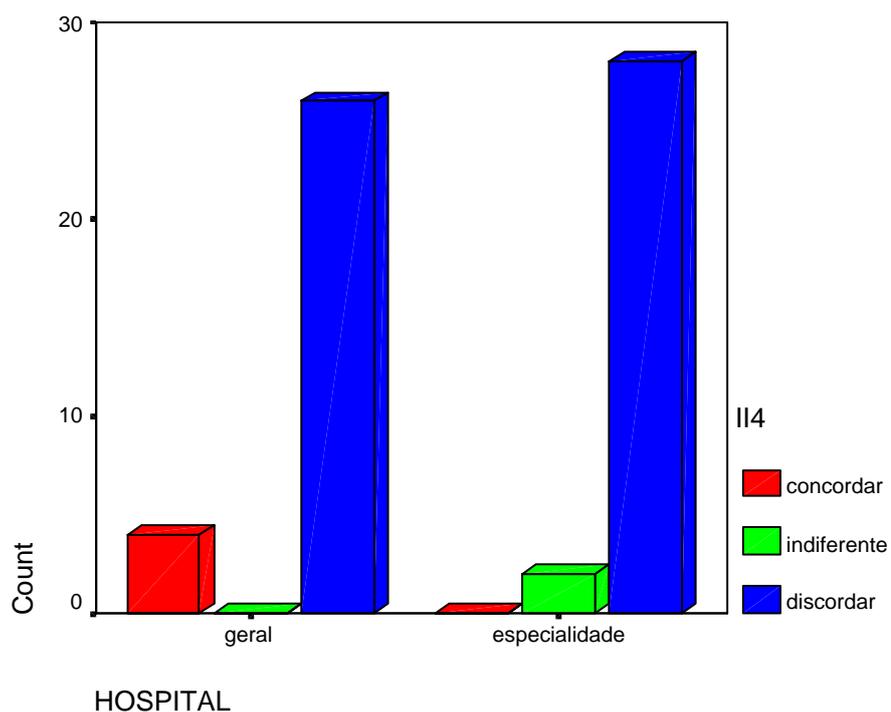


Figura 2 - Número de médicos, segundo questão II.4 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.

Os médicos do Hospital de Especialidade demonstraram uma tendência estatisticamente significativa a discordar de não gostar de conversar com os familiares, ou seja, são mais afeitos a conversar com os familiares, quando comparados aos médicos do Hospital Geral ($p=0,048$).

III. Em relação à doença e à morte:

6. Encaminhamento para outro médico quando não tenho tratamento curativo a oferecer.

Tabela 5 - erro de médicos, segundo questão III.6 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.

Hospital	Questão III6			Total
	concordo	Indiferente	discordo	
Geral	07	05	18	30
Especialidade	01	01	28	30
Total	08	06	46	60

$p=0,009$

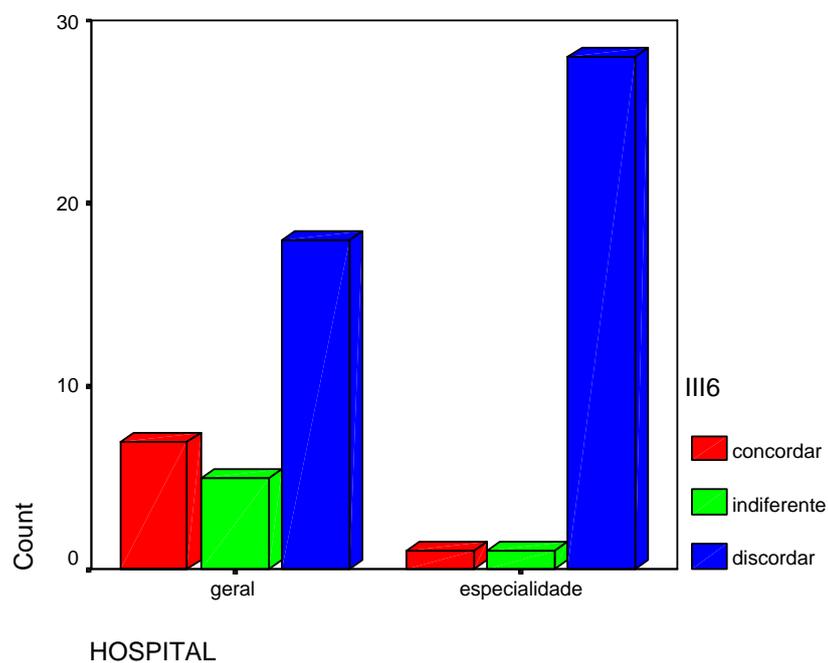


Figura 3 - de médicos, segundo questão III.6 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999

Os médicos do Hospital de Especialidade demonstraram uma tendência estatisticamente significativa a discordar de encaminhar o paciente para outro médico quando não têm tratamento curativo a oferecer, maior do que os médicos do Hospital Geral ($p=0,009$).

III. Em relação à doença e à morte:

12. Não suporto a idéia de mutilar uma criança.

Tabela 6 - Número de médicos, segundo questão III.12 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.

Hospital	Questão III12				Total
	Conc.	Indif.	Disc.	Não apl.	
Geral	14	01	14	01	30
Especialidade	08	08	13	01	30
Total	22	09	27	02	60

$p=0,068$

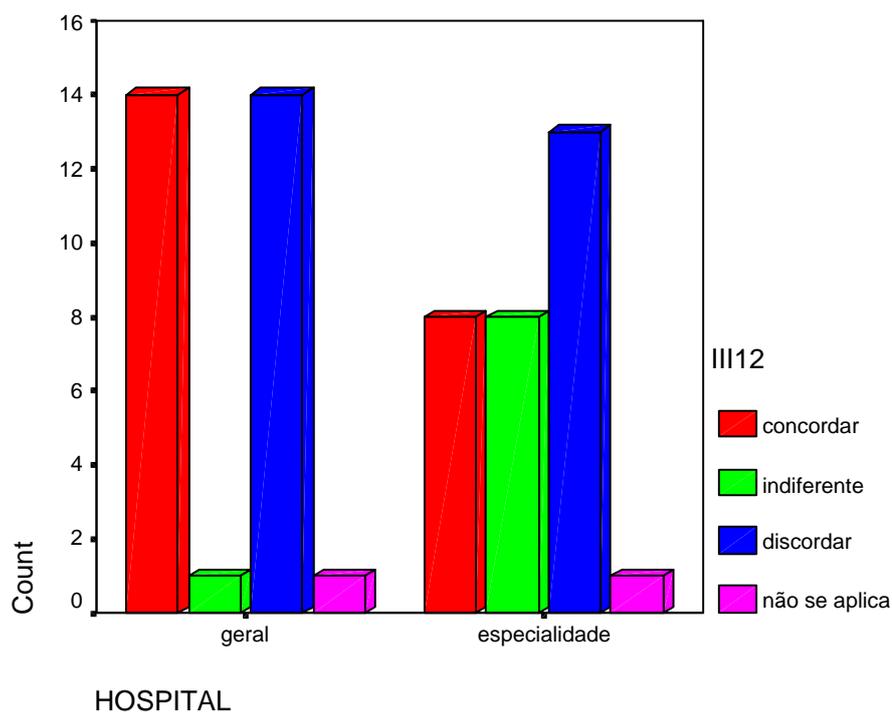


Figura 4 - de médicos, segundo questão III.12 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.

Os médicos do Hospital Geral demonstraram uma tendência estatística marginalmente significativa em relação a concordar em suportar a idéia de mutilar uma criança na mesma proporção que outros médicos discordam desta questão, quando comparados aos médicos do Hospital de Especialidade que tendem a suportar tal idéia ($p=0,068$).

III. Em relação à doença e à morte:

18. Sinto-me impotente diante de um paciente com prognóstico fechado.

Tabela 7 - Número de médicos, segundo questão III.18 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.

Hospital	Questão III18				Total
	Branco	Conc.	Indif.	Disc.	
Geral	01	16	00	13	30
Especialidade	00	14	07	09	30
Total	01	30	07	22	60

$p=0,031$

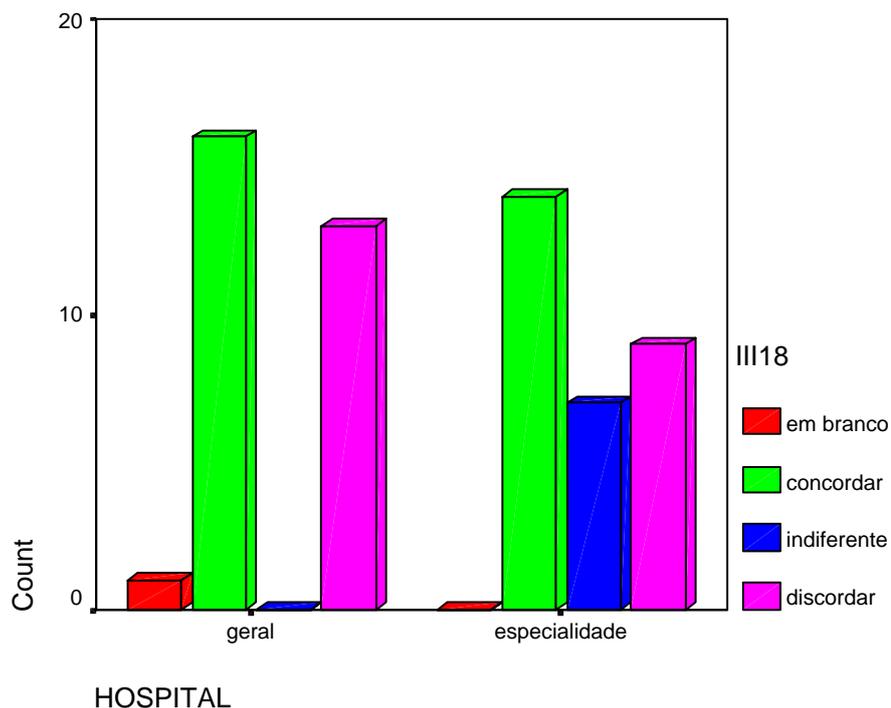


Figura 5 - Número de médicos, segundo questão III.18 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.

Os médicos do Hospital Geral demonstraram uma tendência estatisticamente significativa a concordar com sentir-se mais impotente diante de um paciente com prognóstico fechado quando comparados com os médicos do Hospital de Especialidade ($p=0,031$).

III. Em relação à doença e à morte:

24. Costumo discutir vantagens e desvantagens de tratamento com meus pacientes.

Tabela 8 - Número de médicos, segundo questão III.24 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.

Hospital	Questão III24			Total
	concordo	Indiferente	discordo	
Geral	22	05	03	30
Especialidade	28	02	00	30
Total	50	07	03	60

$p=0,082$

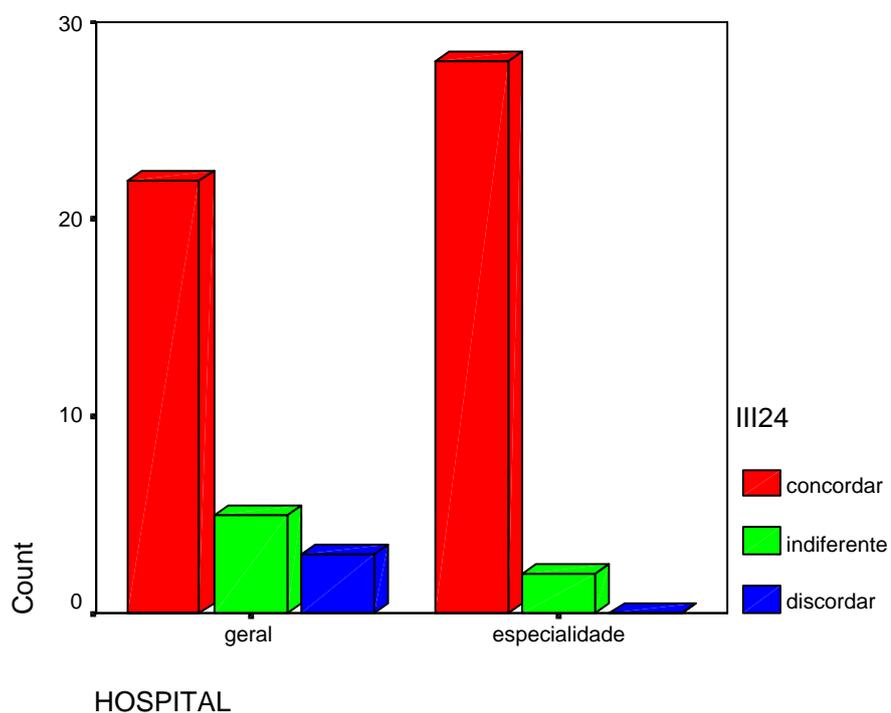


Figura 6 - Número de médicos, segundo questão III.24 e hospital. Hospital das Clínicas/FMUSP e Hospital A.C. Camargo, 1998 – 1999.

Os médicos do Hospital de Especialidade demonstraram uma tendência estatística marginalmente significativa em concordar com discutir as vantagens e desvantagens do tratamento com seus pacientes quando comparados com os médicos do Hospital Geral ($p=0,082$).

4.3 ENTREVISTAS

A entrevista era estruturada, contendo apenas duas perguntas.

Com a primeira desejava-se obter o percurso do médico, desde a sua escolha pela Medicina até os caminhos que o levaram a optar pela Oncologia, no caso.

Alguns mostraram claramente esse percurso, porém, outros não o fizeram.

A segunda pergunta questionava como o médico se sentia trabalhando com pacientes com câncer avançado e em fase terminal.

Nesta questão, alguns médicos foram muito claros a respeito de seus sentimentos e outros não se expuseram tanto, dando uma resposta mais técnica.

Nesta pergunta, de modo geral, os médicos revelaram suas dificuldades emocionais em lidar com a finitude, com os limites da Medicina, com os desejos e sentimentos dos familiares, com seus sentimentos de onipotência versus sentimento de impotência, a formação acadêmica voltada para a cura e não para a não cura, que muitas vezes é vista como fracasso.

Finalmente, fica muito claro como o médico não é preparado, ao longo de sua formação, tanto na Graduação como na Residência e na Especialização em Oncologia, no caso, para lidar com essa gama de sentimentos e aspectos psicológicos que estão tão presentes na situação.

A seguir, teremos contato com as questões levantadas, através de entrevistas, nos dois hospitais estudados. O conteúdo extraído dessas entrevistas podem ser agrupadas em três itens distintos: 1. Em relação à escolha pela Medicina; 2. Em relação à opção pela Oncologia; 3. Em relação à opção por trabalhar com pacientes com câncer avançado e em fase terminal.

As entrevistas foram analisadas a partir do seu conteúdo.

Foram extraídos trechos das entrevistas realizadas para ilustrar os resultados encontrados. Não foram mencionadas quaisquer características dos sujeitos entrevistados para que os mesmos não fossem identificados.

4.3.1 Em relação à escolha pela Medicina:

Podem-se considerar alguns pontos relevantes:

- a visão romântica do jovem médico que optou pela Medicina por doação, para poder ajudar as pessoas;
- a influência de familiares médicos;
- a decepção durante o curso de Medicina, por excesso de teoria e pouca prática durante os anos iniciais (pré-clínicos);

- decepção com a faculdade por introduzir atividades práticas no hospital somente a partir do 3º ano e por adiar até o 5º ano (no internato) o contato direto com o doente.

Hospital Geral:

"Ah, eu entrei assim na forma mais... Eu não pensava em fazer Medicina.

Não sou daqueles que sonhava em ser médico. A coisa aconteceu por, sou...

Era um feliz jovem no interior e levava... Tinha uma vida absolutamente normal e legal, estava tudo muito bom, (ri) até o dia que me deparei, tinha 17 anos, com manual de vestibular na frente.

Aí eu me lembro do dia, estava assim: Engenharia ou Medicina? Pô, Engenharia tem matemática, um saco né? Medicina: biologia, eu gosto de biologia, legal, tem mulher, mais legal... Quer dizer, eu sonhava com a vida acadêmica, achava que Medicina aqui, uma coisa muito distante né, o doente era uma coisa muito...

Então, acabei entrando.

No começo era um saco, parte das carreiras básicas, mas aí no final eu gostei muito. Me apaixonei pela profissão, mas no final, o curso médico é apenas 30% da formação e depois a Residência eu considero, foi mais importante, mais transformadora do que a própria faculdade.

Tudo muito difícil, muito esforço, assim... Custou tempos, períodos de lazer, custou juventude, custou até um amadurecimento na pancada. A gente vê a gente e os amigos, assim, se tornando um pouco mais sérios do que os colegas que não são médicos, né...

Mas tudo muito recompensador, tem o outro lado, é um barco legal, hoje eu estou satisfeítíssimo, eu faria tudo de novo: tanto quanto Medicina quanto especialidade, não faria outra coisa hoje.

Mas, assim, foi tudo com caminhos absolutamente tortuosos.

E hoje estou na luta aí, e estou na luta boa." (Riu)

"Meu pai era médico e minha família só tem médicos. Eu era bom aluno e eu decidi que eu queria ser médico também, que nem meu pai...

Daí eu fiz Medicina...

O que mais?

Eu gosto disso.... É uma coisa familiar já.... É cromossômico." (ri)

"Bom, eu decidi pela Medicina por volta da 8ª série, sendo que eu nunca me desviei dessa..., dessa..., desse objetivo."

"O interesse específico pela especialidade, pela Medicina foi desde jovem, né, que eu sempre gostei, admirei os médicos, tinha uma certa vocação, vamos dizer assim, para ser médico."

"Eu tenho um irmão mais velho que é médico, sempre tive uma certa influência, até pensei em fazer outras áreas, mas, realmente, a Medicina foi uma coisa que sempre me atraiu. Acho que pela emoção, pelo gosto de lidar com as pessoas e tratar os pacientes, de ver a melhora. Isso foi uma coisa que, eu acho que é uma profissão que tem essa emoção, entendeu? No dia a dia, é muito diferente um do outro. Essa foi uma coisa que sempre me atraiu."

"Durante a faculdade foi um curso normal, dependendo da idade que eu estava. Com 17 anos quando eu entrei na faculdade, que era uma coisa bem adolescente mesmo. Acho que a faculdade, realmente, a Medicina entra num aspecto clínico mesmo a partir do 5º ano, quando você já está com 20, 21 anos, então começa a se identificar como uma especialidade médica, que vai tratar com o doente um pouquinho mais.

A partir do momento da formatura e com a Residência, daí sim que se estabelece a prática, a prática clínica, as consultas, as cirurgias e tudo o mais.

Depois, no final da Residência, são esses 2 períodos – o término da faculdade e o término da Residência são períodos típicos, que quando acaba a faculdade você vai se especializar e quando acaba a Residência você tem que ir para o mundo, para o mercado de trabalho e acho que basicamente é isso."

Hospital de Especialidade:

"Bom, entrei em 79 na faculdade sem ter a mínima noção do que eu ia fazer, porque tinha 18 anos e não dava para ter noção nenhuma.

Aí os primeiros dois anos foram dois anos muito ruins: você fica enfiado no ICP, lá na USP, só fica olhando microscópio, aula de fisiologia e continua sem ter a menor noção daquilo que você vai fazer.

(...) E... foi meio decepcionante! Os primeiros anos foram horríveis!

Acho que se alguém tem dúvida, larga!

Porque é só teoria, você está totalmente perdido, totalmente diferente daquilo que você sempre imaginava que pudesse ser... e ainda mais, você fica lá na USP, longe do hospital...

(...) E começa a ficar mais interessante já, na verdade, no 4º ano. Os 3 primeiros anos são realmente muito chatos! E eu não acho que o curso é muito bem feito, porque acho que você tem que ter alguma noção da prática para te estimular a ficar vendo aquelas coisas teóricas, porque você fica vendo coisa teórica, e fala: para quê?

Aí tinha aula que o cara falava em tratamento... Você nunca viu um paciente na frente e fala em tratamento...

O currículo é muito ruim! Parece que hoje continua ruim. Já mudaram umas 10 vezes e continua ruim!

Bom... No 4º ano você entra no hospital. Começa a ter aula... já vê paciente, já está dentro do hospital, você se sente mais... Estou fazendo Medicina!

E isso é um negócio que começa a estimular um pouco mais. Mas quando eu fiz, existia um monte de cursinhos de uma semana, que não dava para aprender bulhufas; mas, pelo menos você já se sentia um pouco melhor, mas ainda era muito, muito, muito ruim!

Realmente você vai tocando porque você está fazendo a faculdade e tal, mas é só teoria, teoria, teoria, teoria... Acho que sem prática você não fixa a teoria, não adianta!

É lógico que o dia que você começar a pensar ou dar uma olhada para estudar um pouco para trás fica mais fácil, mas não fixa. Enquanto você não tiver um paciente que tem aquilo lá que falaram você vai dar uma revisada, estudar um pouquinho. Você não aprende.

(...) No 5º ano fica bom! Eu acho que o que diferencia a nossa faculdade das outras é o internato: que em 2 anos você fica "full time" dentro do hospital. Isso é fantástico!

Você vê paciente, vê paciente, vê paciente, vê paciente, vê paciente... Vira médico!

É... você sai de uma porcaria que você é, nada, não sabe nada, não tem noção de nada, e de repente você tem um paciente para cuidar... E é muito legal! A maioria das pessoas que começa o internato vestem super a camisa... Você pega o doente, o doente é seu e mesmo que você não saiba nada é seu doente. Você quer saber, você quer examinar, você tem...

Você está doido para aprender uma coisa que demorou quase cinco anos para você brincar de médico... Isso é um negócio!... Isso fica bom porque o único jeito de você aprender é ter o doente, ver o que o cara tem, vai no livro, aí fala "no livro tem isso; deixa eu colher exame para ver se tem"... Aí você nunca mais esquece.

Eu acho que é aí que diferencia a faculdade, porque você viu um monte de coisa. Tem gente que faz um ano só de internato, a gente faz 2 anos e num hospital que tem tudo; então, eu acho que essa fase é bárbara! Você aprende para burro, você começa a dar plantão, começa a usar branco, o negócio... A família fica orgulhosa... Aquela coisa... Você se sente mais...

Hoje em dia não faz a menor diferença, mas dá uma sensação diferente. Acho que a partir daí você começa a falar: É isso que eu queria mesmo!

Antes do 5º ano, acho muito difícil alguém... O que eu falei: se você está em dúvida, o cara vai embora."

"Eu escolhi por, eu não diria vocação né, mas assim, na minha família não tem nenhum médico. Tem muitos engenheiros, advogados, professor... e sei lá... E, na minha época, que eu decidi fazer vestibular, em torno de 1977/78, era moda ainda área médica... E você tinha três áreas basicamente: humanas, exatas e biológicas."

"Bom, eu fiz a faculdade, a graduação em "X" (cidade do interior de São Paulo), uma graduação super envolvente, tempo integral, quase todos os professores são tempo integral com dedicação exclusiva. A própria faculdade tinha um esquema assim... de muito... Envolvia muito o aluno. O aluno tinha muitas responsabilidades, participava desde o 3º ano de atividades em enfermagem, você passava as visitas, fazia... Então, era uma coisa assim, que você não tem opção: ou você fica médica ou você fica médica. Então, na graduação foi isso...

E aí no final do 6º ano que eu até me decidi por Cirurgia, porque até então eu não tinha muita..."

Por que eu escolhi Medicina, tudo isso?

Bom..

Desde pequena eu sempre gostei, né, de Medicina, sempre brincava, todos os brinquedos que eu queria eram em torno disso e acho que uma coisa vai levando a outra. Acho que também é uma coisa de pai... Na minha família tem alguns médicos e isso também influenciou minha infância e foi indo... Acho que a coisa mais difícil foi a escolha da especialidade para mim, do que o ato de ser médica. Foi escolher a especialidade. Eu tive muitas dúvidas..."

Acho que o que me levou a fazer Medicina, é o fato de ter uma curiosidade muito grande por ciências na escola, esse tipo de coisa. Tinha uma tia que era enfermeira e acho que isso me levou... Ela me influenciou um pouco. Depois disso vem a faculdade.

Na verdade, assim, acho que foi assim até meio acidental. Eu saí de casa para fazer cursinho e resolvi fazer Medicina. Porque eu achava que para sair de casa tinha que ser alguma coisa que valesse a pena. Então, eu acabei optando por Medicina."

Meu interesse pela Medicina, ele começou bem antes, quando criança. Então, eu adorava pesquisa, tá. Meu sonho era ser pesquisadora... cientista, mas no Brasil não tem essa formação. E como eu não podia sair do Brasil, eu parti para Medicina."

"Na minha época, a escolha praticamente da profissão era limitada a 3 doutores: ou engenharia ou advocacia ou Medicina. E, já na época de adolescência, com 13 para 14 anos, na escolha para o científico, você já determinava qual o científico você ia fazer. Então, nessa oportunidade, a minha escolha foi por Medicina, mais pela idéia de ajudar as pessoas. Eu não gostava de matemática, o que me excluía engenharia, e eu achava advocacia muito, de certa forma, desonesta. Então, eu optei por Medicina."

"Bom, quando eu entrei na faculdade, eu fui ver quais eram as doenças que mais matavam no mundo.

E, se você quiser voltar um pouco atrás, porque eu decidi ser médico, era uma coisa que eu tinha em mente desde criança. O único momento que eu hesitei foi na hora de prestar o vestibular, mas depois eu pensei: era uma vontade que eu sempre tive, de entender melhor o que se passa no corpo humano e ajudar as pessoas que não têm o corpo humano funcionando de maneira adequada."

4.3.2 Em relação à opção pela Oncologia:

Quanto à questão relacionada à opção pela Oncologia, puderam-se colher respostas muito variadas. Alguns médicos não tinham em mente especializar-se em Oncologia num primeiro momento, mas fizeram sua opção no decorrer do curso ou até mesmo no último ano, existindo aqueles que a escolheram somente na Residência Médica. (É importante lembrar que é pré-requisito uma Residência anterior, em área clínica ou cirúrgica, para depois fazer a Residência em Oncologia no Hospital A. C. Camargo.)

Outros médicos afirmaram que o caminho pela Oncologia não foi propriamente uma opção, mas esta especialização foi acontecendo ao longo do curso e da Residência, ao longo da vida. Outro escolheu a Oncologia após averiguar as três maiores causas de morte atuais e, diante delas, a que melhor lhe coube foi o câncer.

Devido à sua grande complexidade, a Oncologia atraiu alguns médicos que gostam de desafios para tentar resolvê-los ou até por uma questão de vaidade, segundo um deles.

Existiram aqueles que firmaram suas opções na Oncologia avaliando as possibilidades de trabalho futuro, colocando a mesma como *especialidade do futuro*. Dentre esses médicos, um afirmou que só contou para familiares e amigos que estava fazendo Residência em Oncologia depois de muito tempo. Alegou que existe preconceito em relação ao câncer por parte de todo mundo.

Um dos médicos mencionou que o motivo que o atraiu para a opção por Oncologia foi o envolvimento com seus pacientes, no caso crianças, pois

essas eram “diferentes”. No início não gostava muito desta especialidade, mas aprendeu a gostar no decorrer da vida profissional.

Dentre as respostas, dois itens mencionados pelos médicos merecem consideração especial: a falta de formação em Oncologia durante o curso de Medicina, o que torna difícil a opção; e o despreparo do médico para lidar com a morte, pois ele só é preparado para trabalhar com a vida, levando o médico a questionamentos e a uma gama de sentimentos complexos para os quais ele não está estruturado.

Hospital Geral:

"Bom... Na Medicina eu entrei porque eu gostava de Medicina. Eu sempre me interessei por Biologia no colégio, particularmente da parte do sangue, de Hematologia. E na faculdade também. E até o 5º ano eu tinha idéia que eu ia fazer Hematologia. E no 5º ano quando eu passei aqui, no meu primeiro estágio, que foi na Pediatria, que eu gostava muito de criança e eu vi que tinha Hemato-Oncologia Pediátrica e aí eu gostei, resolvi fazer e fiz. Então, foi no 5º ano que eu resolvi fazer... que eu vi as crianças aqui da enfermaria, os tipos de patologia, tal... Eu me interessava por 2 coisas: eu me sinto melhor tratando de criança do que com adultos e tinha Onco-Hematologia, que, dentro da Medicina, é o que eu gostava. Daí eu decidi no 5º ano. Daí eu fiz o 5º, fiz o 6º, fiz Residência de Pediatria e no 3º ano, que tem opcional, fiz a prova e fiz Onco-Pediatria. E fiquei aqui." (ri)

Hospital de Especialidade:

"...não queria depois de seis anos fazer tanto tempo de especialização. Mas, no fim, foi o que aconteceu: eu fiz dois anos de Cirurgia Geral e, dentro da Cirurgia Geral, eu fui vendo as grandes possibilidades que havia dentro da Cirurgia nas diversas especialidades. Aí, quando chegou no final da Cirurgia Geral, por contato com outros residentes que estavam tentando a prova aqui no Hospital do Câncer, eu acabei fazendo aqui a prova de Residência e passei. Tudo aquilo que eu havia planejado racionalmente foi por água abaixo. Acabei fazendo mais 3 anos de Residência aqui, depois dos dois de Residência lá na Geral. Acabei fazendo 5 anos de Residência.

Quando eu acabei os 5 anos de Residência, eu acabei vendo que continuava ainda sem uma especialidade específica. Mesmo dentro da Oncologia Cirúrgica existe um monte de

sub-áreas. Então, acabei fazendo mais um ano de estágio entre aspas, aqui no Departamento de Cirurgia "X" e completou 6 anos de Residência, que era o que eu não queria, mas que me preencheu totalmente, profissionalmente."

"Na especialidade, na verdade, até o final do 6º ano, eu não sabia o que e eu queria. Eu sabia o que eu não queria... Porque você vai passando, durante a faculdade, o internato, as várias clínicas, fui eliminando... Por exemplo: Pediatria que não queria fazer de jeito nenhum, porque não era... Neurologia também. Falei: Isso é perda de tempo! Não é meu... Cirurgia Cardíaca, perda de tempo também!... E as área clínicas que tinha o clínico geral, cardiologista, endocrinologista, mas... o que eu senti: fazer carreira clínica... Eu diria que assim, o meu perfil psicológico é assim: eu gosto de desafios e a carreira clínica oferece poucos desafios!

Não estou desmerecendo a especialidade nem de endocrinologista, nem dermatologista, não é isso..., mas vamos dizer assim: tem pouca adrenalina! Esse seria o termo né!

E acabei escolhendo a área cirúrgica. Isso foi no 6º ano realmente. Eu falei: Eu vou fazer a área cirúrgica! E a primeira coisa que você tem que fazer na área cirúrgica é uma Residência de Cirurgia Geral. Aí eu prestei a Residência de Cirurgia Geral...

(...) Mas aí, por contingência desta vida, acabei fazendo a Residência aqui, gostei de Oncologia, não vou dizer que era minha primeira opção. Só para você ter uma idéia, o câncer, quando eu entrei aqui, eu entrei em 86, câncer é ainda uma palavra meio maldita na sociedade... Para você ter uma idéia, para minha mãe, eu falei que estava fazendo Residência aqui depois de 6 meses só. Eu não falei logo de cara: olha eu estou... Eu nem falei para minha família que estava fazendo prova aqui..."

"... acho que a coisa mais difícil foi a escolha da especialidade para mim, do que o ato de ser médica. Foi escolher a especialidade. Eu tive muitas dúvidas. Eu sempre gostei de trabalhar com paciente numa fase que necessite mais de mim do que outras especialidades tipo Dermato, Endoscopia. Então, as minhas opções eram ou Infecto ou Oncologia.

Então, como eu não passei na prova de Infecto, na prova de entrevista de Infecto no Emílio Ribas, eu optei por fazer Clínica Médica, que era pré requisito e aqui no A.C. Camargo, e fazer depois Oncologia.

E assim... Gosto muito! Acho que é uma especialidade muito difícil né. A gente que lida com morte a todo momento e a gente na faculdade não é preparado para a morte, a gente é só preparado para a vida, né, para tirar doença, para tirar a dor, para deixar o indivíduo bem... De repente, você está numa especialidade que você tem que lidar com a família, com o paciente, discutir sobre morte com eles, coisas que a gente não está preparado nem para nossa, nem para os nossos familiares e a gente tem que se preparar.

Acho que é mais ou menos isso, né."

"Minha vida acadêmica sempre foi tranqüila, nunca tive nenhum problema... Clínica Médica é o que me atraiu por Oncologia Clínica. Foi o potencial do campo: desenvolver coisas novas, ensaios clínicos, isso sempre me motivou muito."

"Na verdade não é bem... A gente não escolhe exatamente o caminho, as coisas vão acontecendo na medida que você vai caminhando dentro da Medicina. Então, inicialmente você se forma, aí depende muito do lugar em que você faz a Residência; dentro do lugar onde você faz a Residência, você vai tendo amizades, ou conhecimentos, ou interesses e você vai se direcionando."

"Não! Na realidade assim, a Oncologia desde o início da faculdade, ela nunca esteve presente. Só foi mesmo no último ano que o ensino em "X" (faculdade), a Oncologia é reservada ao 6º ano. É um mês. Você tem Oncologia inclusive aqui no A.C. Camargo. Tem um mês no estágio e aula teórica, tudo ao mesmo tempo. E aí sim é que motivou ao aprendizado. Mas aí, ainda assim, não estava tão firme. Mas aí, só quando eu fui para o Santa Marcelina, que tem um mês de estágio em Oncologia, que aí, realmente, despertou interesse."

"Quando eu entrei na faculdade, eu fui ver os casos de mortes principais, e doenças cardiovasculares seria a primeira; depois trauma (tipo acidentes, essas coisas né, ou violência, você pode dizer dessa forma) e câncer. No 2º ano, eu fiz alguns trabalhos no Instituto do Coração, e, por problemas políticos meu nome foi excluído desses trabalhos e eu desisti de fazer problemas cardiovasculares porque a amostra que eu tinha lá dentro era essa. Depois eu me liguei em Trauma. Continuei a faculdade e fiz os 3 primeiros anos. Depois que me formei, de Cirurgia Geral, e fiz o R3 em Cirurgia do Trauma. Só que para viver de Pronto Socorro em um país como o nosso é difícil. Então, depois eu parti para a Oncologia. E eu vim para cá. Fiz Cirurgia Oncológica e, aqui dentro, no último ano, eu me especializei em Cirurgia "X", dentro da parte de Oncologia. É isso !."

"Então, um caso mais complicado, paciente oncológico, paciente grave... Eu trabalhei em UTI, depois do 2º ano da Residência para o 3º, eu trabalhei 4 anos em UTI. Eu gostei das coisas um pouco mais complicadas. E eu gostava muito de Oncologia... (...) O que eu gostava mesmo era de cirurgia grande, gostava de câncer, era o que eu mais gostava. Então, procurava, não é uma Residência que tem tudo que um residente precisa, tem muita falha, muita repetição, mas dentro do que tinha, na parte de câncer tinha bastante coisa, não da maneira certa, mas tinha muito, eu mexia muito... Acho que é a área que eu me destaquei um pouco mais na faculdade, lá na Residência. E, no último ano, eu comecei a me interessar mais, fazer uns trabalhos e levar para congresso nessa parte de câncer. E aí eu tinha... Sempre quis seguir a carreira acadêmica, tinha muita vontade, queria fazer Mestrado essas coisas todas, fazer pós graduação..."

(...) Então, fiz o que praticamente eu sempre quis fazer. Então eu vim, acabei a Residência e no dia seguinte eu comecei aqui...(mais ou menos em 95) e hoje em dia, acho que 80% do que eu faço acho que é câncer "x"... Estou aqui já há 4, 5, 4 anos e pouco né, e hoje eu me considero uma pessoa já, tendo uma sub-especialização de Oncologia, que é o que eu faço mais, é um lugar que eu tenho desempenhado atividade assistencial muito intensa, também parte de ensino bastante intensa porque o dia inteiro ensinando, ensinando não internos ou residentes, já são cirurgiões formados que entram aqui, têm Residência em Cirurgia Geral. Então é até uma responsabilidade."

"É assim, quando eu entrei na faculdade, é assim, eu realmente eu queria ser médico, queria cuidar do paciente e não sabia exatamente qual era a especialidade que ia fazer, mas eu tinha noção que não queria ser, por exemplo, dermatologista, radiologista, oftalmologista... Nem queria atuar numa área cirúrgica.

(...) Assim... eu não tinha exatamente um objetivo: "eu quero fazer cirurgia oncológica", mas dentro da minha especialidade, era um grande... Assim como você já havia comentado, que a Cirurgia de Cabeça e Pescoço basicamente é uma especialidade oncológica, né, salvo algumas exceções, né, assim como o ginecologista especializado em mama, né, ele basicamente é um oncologista, tem um grande grupo, né, uma subdivisão em Neurocirurgia que é a Oncologia, o tratamento de tumores e que eu achava que era uma parte considerável de uma importância grande dentro da Neurocirurgia. E, assim, eu... comecei, né, a trabalhar aqui, tive mais contato e assim não era algo que eu tinha determinação a fazer, mas, assim, era uma oportunidade, era algo que eu me sentia capacitado, né, a fazer, mas claro, como havia falado: o médico que terminasse a Residência, né, em Neurocirurgia no Hospital das Clínicas, eu percebia, né, que era capacitado, né, atuar de uma forma muito adequada, suficiente, né, em grande parte das vezes que fosse solicitado. Mas é claro, existe ainda... precisa..., o médico precisa ter alguma vivência maior, que só o tempo daria. Como eu estava falando, não era algo que eu assim estava determinado a fazer, mas uma oportunidade que me ocorreu e também, por outro lado, eu não menosprezava essa possibilidade. Como eu disse, é uma grande subdivisão dentro da Neurocirurgia, né, a Oncologia. E, com isso, comecei a ter mais contato, a ver de uma forma mais ampla, o que era a Oncologia em Neurocirurgia e aí eu comecei a investir bastante, né, nessa área e agora cada vez mais em situações, numa sub-especialidade que fosse cada vez mais me diferenciando."

"Coincidentemente o meu primeiro paciente foi um paciente com câncer de esôfago. O primeiro paciente assim que era do meu leito e tal, mas na época eu nem pensava que eu ia trabalhar com isso. Daí resolvi fazer Residência aqui em São Paulo...

(...) ... foi me chamando atenção, essas crianças são diferentes. E juntou que o grupo que cuidava deles também era diferente...

(...) ... Eu falava: Puxa né, essa equipe deve ser legal!... Então foi puramente emocional (riso) o motivo para..., para a Onco. Não foi por achar o câncer uma doença assim misteriosa, que eu quero descobrir a cura, nem por nada. Primeira coisa que me motivou a pensar em fazer Oncologia foi isso, essas crianças são diferentes né, não só externamente né, que fica careca né, fica com uma cor meia estranha, mas eles são mais dóceis, parece que tem um conteúdo diferente dos outros. E a equipe que lidava com eles também. Então, isso foi uma coisa que foi me inquietando né, será que eu devo trabalhar com Oncologia? Deve ser legal né. Bem isso. Foi no R1 né. Aí fui vendo como é que era, conversei com eles e tal, e quando acabei o segundo ano de Residência já estava combinado que eu ia fazer a complementação em Onco né...

(...) Eu acho que quem trabalha com câncer, várias pessoas que eu conheço também passaram por isso, tem que ter um período que pare e faça alguma coisa diferente né. Para mim ajudou esses seis meses fazendo Pediatria Geral e o tempo que eu fazia Berçário também junto, para dar uma quebra né. Eu acho que a maioria das pessoas já passaram por uma fase dessa. Eu passei. Na época, eu nem me toquei. Agora, olhando para trás que eu vejo né, que teve uma época que eu fui fazer outra coisa, até me questionei se eu ia continuar fazendo Onco, não só pelo motivo financeiro, mas também porque sei lá, né... essa carga meio forte e tal... Depois foi bom né... Nesses dois últimos anos não deu nenhuma vontade de largar. (riso) Por enquanto né... Mas a história é essa: eu caí por acaso, assim quer dizer, por acaso não é uma coisa pré-concebida, quero ser médica, quero ser pediatra, quero mexer com câncer de criança, não. Foi acontecendo, acho que tudo vai acontecendo né."

4.3.3 Em relação à opção por trabalhar com pacientes com câncer avançado e em fase terminal:

A seguir, serão abordadas as categorias encontradas nos dois hospitais estudados.

Tais categorias foram observadas a partir das entrevistas, não foram pré-estabelecidas. As entrevistas foram analisadas a partir do seu conteúdo.

- **Dificuldades institucionais / Dificuldade pela Estrutura de Saúde Hospitalar**

Foram mencionadas as dificuldades com questões burocráticas institucionais e sociais.

A estrutura de saúde / hospitalar e as questões institucionais podem causar dificuldades para lidar com esses pacientes.

Hospital Geral:

“...então é muito frustrante, é muito desgastante você ver o paciente sofrendo e você não pode ter um leito de repouso, p. ex., para fazer uma infiltração, qualquer coisa... e ele voltar para casa. É muito frustrante do ponto de vista de tratamento, ponto de vista social, né. É horrível!”

“...fica um pouco difícil no sentido das dificuldades próprias da instituição que nós temos. (...) ... o atendimento é quase que individualizado e direcionado aos recursos que o próprio paciente e a sua comunidade possui.”

“Isso tem sido gratificante neste sentido. Agora, frustrante quando esbarra em entraves ou de dinheiro ou de burocracia.”

Hospital de Especialidade:

“Bom, o paciente oncológico interna mais, dá mais trabalho, solicita mais... Então você tem problema com convênio, você tem problema com hospital, tem problemas com os colegas que não querem intervir quando você pede para intervir no sentido de solucionar uma dor, de passar um catéter para melhorar uma infusão de medicação, então é muito difícil!”

“Eu acho que é difícil você lidar com esse pessoal porque esse tipo de câncer avançado... Porque você fica sem estrutura para quem precisa. Não tem remuneração nem perto do mínimo aceitável. Então, é trabalhoso, mas não tenho problema em tratar com paciente terminal. Acho interessante!”

- **Desafio**

Para alguns médicos trabalhar com esses pacientes é visto como um desafio.

Hospital Geral:

“... câncer também é sempre um desafio. Você programa a operação para o doente com câncer e, quando vai operar, você descobre coisas a mais ou coisas a menos e você sempre acaba tomando uma decisão no ato operatório. E é sempre um desafio! Dificilmente você tem doentes iguais, patologias iguais, estadiamento igual, mas, às vezes, na hora você encontra diferença. Esse desafio é que me faz me manter nessa área. É o que me dá o gostinho.”

Hospital de Especialidade:

“Eu acho que é um desafio, porque é o doente mais complicado que deve existir em Medicina...”

(...) ... é um desafio tratar desses doentes, tanto do ponto de vista da doença em si como da parte psicológica, de você ter que enfrentar a doença, o sofrimento, a morte... é uma maneira diária... e o desespero, o inconformismo, ou o conformismo dessa situação.”

“...existia o desafio, né. Então a gente começa, né, a dar valores ao desafio, né. Claro, respeitando. Não estou, não quero que isso seja interpretado como nenhum absurdo. Ele pensa no desafio. É claro que a gente pensa no paciente estando do outro lado; mas assim, a gente pensa muito no desafio, né, e a cada vez que você vai passando alguns limites, né, a gente acaba, claro, deparando com alguma situação sem saída, né, como é o paciente numa fase terminal, que a gente não pode mais atuar.

(...) ... quando a gente é mais jovem, a nossa forma de encarar o paciente terminal é um pouco diferente. Com o tempo, a gente vai... vendo essa situação e a gente acaba tomando mais uma posição de quem está do outro lado, né, não mais como o desafio. Você se imagina na situação do paciente e dos familiares, né.

E, é claro, vai ficando cada vez menos gostoso isso, né, porque não existe mais, assim, a vontade de vencer um desafio, né.”

- **Dificuldade inicial / Aprendizado / Experiência de vida**

Alguns médicos relatam que há uma dificuldade e até um choque inicial, mas afirmam que vão aprendendo a lidar com a situação gradativamente. Outros consideram difícil superar tal dificuldade enquanto alguns ainda vêem isso como um aprendizado ou experiência de vida.

Hospital de Especialidade:

“Para mim ainda é um pouco difícil! Para mim era impossível quando eu entrei aqui. Era super difícil!...

Não foi uma coisa horrível, mas eu tive umas certas dificuldades de ter que enfrentar...

(...) ... ainda com uma certa dificuldade. Então, eu ainda espero que, com um pouco mais de experiência, tenha menos dificuldades, mas acho que isso nunca vai melhorar, não sei, é um pouco assim de ser humano, né. Você está lidando com pessoas, com crianças né, acho que deixa um pouco mais complicada a situação.”

“No começo, quando a gente vem de um Hospital Geral para o A.C. Camargo, você tem assim um certo choque porque no Hospital Geral a gente opera muita coisa benigna...

(...) E, no Hospital A.C. Camargo, então, é onde a gente teve assim o primeiro contato em trabalhar, na grande maioria das vezes, porque aqui não se trata só câncer, mas na maioria das vezes sim, de trabalhar uma patologia que, em potencial, poderia levar o paciente à morte. Isso, no começo, a gente tem uma certa, vamos dizer assim, estranheza, ter um certo choque, mas da maneira como é feita a Residência, quer dizer, você vai sendo gradativamente, tomando parte do corpo do hospital e vamos dizer assim, aumentando as suas responsabilidades, porque dentro do programa de Residência, vamos dizer assim, você começa e, nos primeiros meses, praticamente só observando e aí, gradativamente, você passa a prescrever, passa a operar, passa a ter uma ligação e uma responsabilidade maior sobre o paciente e aí então é que você tem contato com a evolução natural da patologia, você começa a ter pacientes seus, que você operou, cuidou, que vão entrar no estágio de doença terminal e até, definitivamente, ao óbito. Então, aí é que a gente começa a lidar e a ver as inseguranças, os problemas que esse tipo de paciente traz, né, não só relacionados com ele próprio, mas com a família. Então aí, a seqüência com que a gente aprendeu a lidar com esse tipo de paciente foi uma seqüência, assim, bem gradativa até quando a gente se torna o médico titular que, aí, você é o completo responsável pela condução, pela conversa que se tem, não só com o paciente, quanto com os familiares.”

“...o paciente terminal é difícil! E no começo eu realmente não conseguia nem falar ou não conseguia me expressar diante do paciente ou do familiar... Então é... Eu fui até agora, outro dia, coordenador de dois fatos... Essa coisa de lidar com a morte, paciente terminal, falar com a família ou com o paciente... Eu diria que é um aprendizado. Você não aprende de um dia para o outro... Você leva 5, 6, 7 anos, ou até mais! E, é lógico, tem influências externas: depende da tua formação social, ética, valores, religioso, etc. E cada um tem um conceito disso... Mas eu diria que é bastante difícil!

Eu diria que eu aprendi lidar com isso!”

“Assim ... depois de um bom tempo a gente tira isso de letra, se adapta, procura não se envolver tanto com a situação em si, porque é realmente, extremamente difícil...

(...) ...o paciente terminal é super difícil de lidar. Não é tão simples!”

“Olha, é uma experiência de vida!

(...) Foi uma experiência muito importante que eu tive, de vida. É uma forma de encarar diferente. Porque tem pessoas aqui dentro que têm um pensamento extremamente positivo a despeito de todos os sofrimentos que elas têm, a despeito delas saberem que os dias estão contados, elas têm uma forma de enfrentar a vida maravilhosa!

(...) ...é uma lição de vida, que a gente não tem em outro lugar.

E é uma forma da gente aprender a encarar uma série de coisas também.

Eu encaro isso como uma lição de vida muito importante, muito importante!”

- **Amadurecimento profissional**

Trabalhar com esses pacientes, para alguns, pressupõe amadurecimento profissional, através da experiência.

Segundo alguns médicos, lidar com tal tipo de paciente é um processo de aprendizagem a partir da vivência diária.

Hospital Geral:

“É, quer dizer, isso teve todo um amadurecimento.

Lembro quando eu era interno, era difícil, a gente evitava, né, porque a gente é meio prático, a gente gosta sempre de querer oferecer alguma coisa, num certo ponto de vista objetivo.

O paciente tem uma queixa. Se está com dor de cabeça, eu te dou um analgésico, né, e quando a coisa não vem de uma forma tão clara, o paciente continua cobrando de você da mesma forma, né. E, com o amadurecimento profissional, você vai vendo que você consegue oferecer cada vez mais coisas, às vezes nem coisas tão objetivas, mas assim... tem o paciente que chega uma hora e não tem o que fazer, mas você continua passando visita e a tua presença é extremamente importante. Esses pacientes são freqüentemente abandonados, né, pelos colegas...”

“Claro que tem outras coisas também que você tem que ver junto. Um doente não é só cabeça, é um organismo inteiro e, às vezes, isso é difícil. O médico... manipular este tipo de situação. É vivência!

Não tem outro jeito, é vivência! Vivência, experiência dos mais velhos e você ir estudando a situação.”

Hospital de Especialidade:

“Então, eu acho que esse preparo não existe profissionalmente, cada um age da maneira que acaba... Essas pessoas acabam aprendendo com a própria prática do dia a dia de como agir.”

- **Simples / Faz parte da Medicina**

Existem também aqueles que consideram simples trabalhar com esse tipo de paciente e tendem a encarar tal tarefa com naturalidade.

Hospital Geral:

“Eu aprendi a encarar com uma grande naturalidade isso. Então, não me atingia. No começo, é lógico, me deixava chateado, mas depois eu comecei a encarar isso como alguma coisa normal que fazia parte da Medicina.”

“Então, é relativamente tranquilo, né, uma coisa que faz parte da profissão...”

- **Lida bem com a situação**

Alguns médicos afirmam lidar bem com esse tipo de situação.

Hospital de Especialidade:

“Eu acho que eu lido razoavelmente bem com isso.

Eu tenho uma atitude afetiva mas eu procuro, por uma defesa própria, manter uma atitude um pouco mais profissional ao invés de ser uma atitude de quem se envolve muito.”

“Não me gera nenhum conflito a mais, né.

O fato, trabalhando na especialidade Neurocirurgia, nós... eu já comecei a ser acostumado a lidar com paciente sem prognóstico, sem chance de recuperação.”

“Eu me sinto muito bem...

(...) Eu tenho um contato muito bom com eles, com a família, eu gosto, acho interessante...

(...) ...eu não tenho nenhum problema de falar de prognóstico com doente, com a família...”

- **Dificuldade em lidar com esse tipo de paciente e sua família**

Além de apresentarem dificuldade em lidar com o paciente com câncer avançado e o paciente terminal, alguns médicos afirmam encontrar maior dificuldade ao lidar com a família do paciente.

Hospital Geral:

“...são doentes trabalhosos que para o interno e para o residente que estão querendo aprender, que está querendo ver mais casos, é um leito que vai ficar ocupado lá, que vai ficar empacado vamos dizer assim né.... Tá?”

“Eu acho que a grande dificuldade é você ter a consciência e a habilidade para identificar esses aspectos e saber oferecer ao paciente exatamente o que ele deseja, claro que com um pouco de bom senso.”

“No começo era bem difícil, mas, no final, eu acho que eu fui meio que me acostumando mesmo, mas ainda é uma coisa que, difícil né, completamente difícil!
Eu acho que ainda fujo um pouco! (riso)”

“...para mim é mais difícil lidar com a família porque, com o doente, ele sempre é herói. Assim, eu nunca vi nenhuma pessoa ficar revoltada, principalmente... eu só lido com criança... A criança é super doce, ela aceita... Não é que aceita... Se você der conforto para ela, ela sempre tem algum ânimo, alguma coisa, a não ser quando ela fica muito ruim... Agora, com a família é realmente uma situação difícil porque tem...é ... não sei se é porque a gente lida com uma população latina, ou como é que é... que é realmente muito difícil perder um filho... Eu acho que tem razão...”

“É... eu acho... eu acho uma coisa muito difícil! Eu acho muito difícil! E eu acho que, necessariamente, todos os médicos que trabalham nessa área têm que ser diferentes. É obrigado!...
Se você for um pouco honesto com você mesmo, você fica diferente.”

Hospital de Especialidade:

“Para mim é muito difícil até hoje!... Quase 10 anos lidando com isso e ainda é difícil!
A gente não sabe como chegar numa família, como se comportar. Por mais experiência que você tenha, você não consegue, às vezes, falar que não tem condição.
(...) ...mas a gente vai criando uma certa postura perante o paciente terminal e família, mas eu ainda não consegui criar a carapaça de me proteger. Eu ainda sou muito atingida... no sentido de ter dó, de me envolver... Ainda não consegui não me envolver. Me envolvo sempre, e isso daí machuca muito a gente também né. A gente sofre junto!”

“Eu odeio!
Eu odeio porque, geralmente, você conhece os pacientes desde o começo e todas as expectativas.
Eu não tenho... Não lido muito bem com paciente terminal... Quando elas têm, eu tento dar o melhor que eu posso no sentido de psicologicamente falar, porque eu geralmente não

gosto de falar que elas estão terminais. Eu não gosto de... É muito difícil para mim, mas, eu acho, do que para elas, porque não tem esperança então... Mas é a solução também né? E quando eu tenho... paciente terminal que eu já tenho, eu tenho várias, eu lembro de todas elas até hoje. E... é muito triste, eu detesto! Me consome muito, inclusive porque elas esperam que você ajude em várias outras coisas. É muito difícil! Eu não gosto!... (risos) ...Mas tem que lidar!
A gente não tem que lidar tanto por ser cirurgião, mas o paciente ele cobra de você. Então... você vai, vê, mas é muito difícil!”

“É... é uma tarefa muito difícil para mim!
Eu fico... Eu me envolvo... É difícil para falar com as famílias. Acho que a parte pior que tem é conversar com a família.”

- **Não é o pior paciente**

Segundo um médico, dar a notícia de doença ou recaída é pior do que o ato de lidar com o paciente terminal.

Hospital Geral:

“Olha, é muito difícil, mas, para mim, é mais difícil, eu não sei se eu posso falar, eu vou falar o que eu sinto: é muito mais difícil começar atender um paciente com câncer, entendeu. Ver o que significa para a família ter aquela notícia, ver no olho da pessoa que o mundo está desabando na cabeça dela, ver um monte de coisas que eu, pensando que se fosse comigo e com os meus filhos, eu não sei se eu agüentaria.
(...) Muito pior quando eu sou obrigada a dar uma notícia para uma paciente que nunca teve nada e vou ter que falar que tem câncer ou que estava bem e recaiu, entendeu. Essa coisa é muito mais dolorosa... que eu, às vezes, até fujo disso, do que enfrentar um paciente terminal e a família; mesmo que a família seja resistente àquilo. Para mim, é muito mais sofrido.”

- **Cobrança**

Além da dificuldade existente neste tipo de trabalho, foi também mencionada a cobrança por parte dos pacientes.

Hospital de Especialidade:

“...se ele ou não tem noção das coisas ou está conformado com a situação é muito mais fácil, porque a cobrança é muito menor em cima do médico. Agora, se ele não está nem um pouco êh... ciente do que está acontecendo ou ele está ciente e cobra muito e quer saber de tudo, aí esse é o pior paciente porque a gente sempre fica com dó ou a família pressiona de não querer que você diga tudo direitinho, todos os detalhes... Então, você fica numa situação muito complicada porque o paciente reclama por um tratamento que, às vezes, você já não tem mais o que oferecer e aí a situação vai complicando... Vai mesmo!”

- **Necessidade de trabalhar com a família / Vínculo com a família**

Existem médicos que consideram importante orientar e colocar a família a par da real situação do paciente, bem como aqueles que acreditam que a família necessita de todas as informações para que o tratamento possa ter uma maior aderência.

Hospital Geral:

“...o familiar, eu trato de uma forma um pouco diferente: o familiar, eu sempre coloco ele a par do que realmente o paciente tem, as perspectivas, e qual seria a evolução em função da doença de base. Então, para o familiar, eu tento não esconder a verdade da coisa. Eles têm que administrar isso, inclusive para se preparar psicologicamente, achando que ele tem um

tempo de vida “x” ou qual seria a evolução em função do tratamento complementar, ou quimio ou radio, ou mesmo em função da cirurgia realizada.”

“Eu acho que o mais fundamental é você falar com um responsável pela família, que não é o doente, o paciente, mas algum responsável por ele. O contato com esse familiar é muito importante. Eventualmente, se nessa família há conflitos ou se não há conflitos... Eu acho que o esclarecimento a essas pessoas da existência da doença e fazer com que essas pessoas tomem conhecimento, consciência de que o câncer existe, de que a pessoa está com câncer e que ele vai morrer...

(...) ...mas o fundamental é trabalhar em cima dos familiares. O doente, é claro, que cada paciente é um e os familiares são sempre os mesmos, porque frente ao diagnóstico de câncer ou AIDS, enfim, essas doenças que são incuráveis, essas pessoas realmente caem num processo de agitação, ou regressão mental. Enfim, a angústia é muito grande nos familiares.”

“Dentro dessa problemática, você precisa orientar bem a família de que tudo que você está fazendo é para minorar o sofrimento, que tem muitas famílias, muitos familiares, que não entendem isso.

(...) ...você tem que trabalhar nas duas frentes: com a família e com o paciente.

E o paciente não quer saber se ele vai morrer ou não, na maioria das vezes. Ele quer saber se ele vai ficar livre da dor. Agora, a família fica sofrendo porque o paciente está sofrendo, ele incorpora a dor junto e porque ele vai morrer também.”

“Eu sou muito clara com a família a respeito de tudo o que está acontecendo, de que a situação é terminal, de que não tem jeito... Isso eu faço questão de falar, faço questão, não fujo de falar. Eu faço questão de falar.”

Hospital de Especialidade:

“...informar a família porque alguém da família tem que estar informado ou a grande maioria dos familiares vai ter que estar informado pelo próprio estado de gravidade do paciente e porque a Radioterapia é um tratamento extremamente chato, porque o paciente tem que vir todo dia, durante 10, 15, 20 dias ele tem que se deslocar da casa dele, às vezes com dor, com problemas, com uma série de empecilhos e acaba vindo fazer esse tratamento. E, se ele não fizer este tratamento, o óbito vai chegar muito mais cedo.

(...) ... tem que ter alguém informado que não necessariamente deve ser o paciente, mas principalmente os familiares têm que estar cientes da gravidade e do risco de sobrevida que o paciente tem. Então a gente tem que informar aos familiares principalmente.”

- **Retorno financeiro**

Um dos pontos abordados por um médico foi o retorno financeiro gerado pelo vínculo de confiança criado principalmente com a família.

Hospital de Especialidade:

“Então, você cria até um certo vínculo com a família, eu acho que isso, do ponto de vista pessoal, você perguntou o que eu penso, acaba sendo bom para a gente como profissional, porque a família confia, sempre acaba te indicando paciente, então, até um retorno financeiro acaba tendo às vezes, e isso é interessante.”

- **Relacionamento aberto e sincero com paciente e familiares**

Alguns médicos preferem ter um relacionamento aberto e sincero com o paciente, enquanto outros afirmam ter um relacionamento aberto e sincero com os familiares.

Hospital de Especialidade:

“...na medida que você coloca para o paciente a verdade, na medida em força oposta, contrária, vem a dependência do paciente para com o pessoal de saúde, para com você. Então, é muito mais fácil você não contar nada para o paciente, você não enfrentar a situação de falar para ele que ele tem um câncer avançado, fazer de conta que não está acontecendo nada. É uma situação falsa de ambas as partes: você acha que está enganando o paciente, o paciente, na realidade, está fazendo quimio, está fazendo rádio, olha no espelho todo dia, vê que está cada vez mais magro, cada vez mais acabado e ao mesmo tempo, você dá um tapinha no ombro dele e fala que não tem nada, cria um

relacionamento falso. No fim das contas, não existe um vínculo. O paciente passa a não acreditar mais no que você fala para ele. Então, as experiências que a gente tem de famílias que proíbem você de falar para o doente o que está acontecendo, que é uma situação que você tem que respeitar também, é que cria um grau de distanciamento tão grande de você com o paciente, que chega uma hora que o paciente não pergunta mais nada para você, porque sabe que você está mentindo para ele. Então, não adianta perguntar para ele porque ele vai mentir. Então, ele se afasta. Isso leva o paciente para tratamentos alternativos que não funcionam muitas vezes, porque lá ele vai encontrar atenção, ele vai encontrar esperança, ele vai encontrar o carinho que você não está dando. É uma verdade, entre aspas. Então, quando você consegue estabelecer esse vínculo de verdade com o paciente é muito melhor para você enfrentar o câncer avançado e o paciente terminal.

(...) Então, eu acho que o grande ponto dessa história, primeiro, é manter um vínculo de confiança com o paciente, segundo, ter o bom senso de saber até que ponto você vai agir como um interventor, agindo como médico que tem que fazer as coisas que têm que ser feitas, na hora que tem que ser feita, até ser o cuidador, de dar para o paciente aquilo que não dá para você escrever no receituário. Sempre falo isso para o paciente que está nessa fase: “o que você precisa, não dá para eu prescrever para você num comprimido...” São coisas que a família tem que dar, o médico tem que dar, e todos os profissionais de saúde têm que dar e, voltando nesses pacientes que eu consegui seguir até a morte, eu tive experiências muito gratificantes pela maneira como aconteceu essa morte, como aconteceram essas mortes. Eh... as famílias enfrentaram de maneira, na minha opinião, muito tranquilas: os pacientes faleceram em casa, não houve desespero, não houve aquela coisa de ter que fazer atestado às 3 da manhã, se esperou até de manhã para fazer as coisas, porque não ia mudar nada, ou seja, havia um preparo de longo tempo vindo na evolução do caso tal, até chegar naquele ponto.”

“Para mim, desde que eu mantenha uma relação honesta com a família, para mim é... aberta e honesta, para mim é tranquila, eu não tenho grandes problemas com isso. Eu tenho problemas quando a família não me deixa trabalhar abertamente com a situação... Mediante essa situação com o paciente, querer ocultar o prognóstico etc.... aí eu tenho muita dificuldade!”

“Eu tento de uma forma bastante razoável, né, explicar para os familiares, de uma forma muito inteligível e bastante..., vamos dizer assim, sem esconder nada exatamente daquilo que tá acontecendo, né.

(...) ...é esclarecer, não esconder nada para o paciente, é claro, falar as coisas duras no momento oportuno, mas sempre que possível falar tudo de uma forma bastante aberta. Eu... e é desta forma que eu gostaria de ser tratado se eu estivesse nessa situação.”

- **Não informar o paciente**

Entretanto, um médico prefere não informar o paciente sobre o seu estado real.

Hospital de Especialidade:

“Bom, primeira coisa é um problema muito grande porque o paciente, normalmente, ele não está sabendo, e é difícil você informar ao paciente. Então, a gente tem a postura de, normalmente, não informar o paciente.”

- **Dificuldade na comunicação**

A dificuldade em comunicar o real estado ao doente é comum à maioria dos médicos, sendo que alguns optam por omitir alguns fatos e outros contam meia verdade.

Existe divergência entre os médicos quanto à comunicação da real situação do paciente. Enquanto alguns defendem dizer a verdade, outros acreditam que o paciente não deve saber o seu estado para evitar reações emocionais indesejáveis.

Hospital Geral:

“Eu tive algum, talvez uma dezena, um pouco mais, de pacientes terminais e, para mim, isso é, realmente, difícil lidar com eles. Tanto com eles como com a família...”

Em termos de saber o que conta, o que não conta, perspectivas, o que esperar, o que não esperar, o que falar... é complicado!..."

"Quando eu estou diante de um doente nestas condições, a postura que eu assumo é de avisar ao doente, comunicar a ele que ele tem um problema sério, que é um problema que talvez não possa ser tratado de forma cirúrgica, mas que à medida que forem surgindo os problemas referentes à doença, eles serão contornados, e a maioria dos doentes acaba aceitando isso de forma razoável. E eu me sinto melhor contando uma meia verdade para o doente do que contando uma verdade inteira ou mentindo."

"É... eu acho que, às vezes, é mais difícil lidar com a família do que com o doente. A minha postura é que o doente, ele nunca quer saber a gravidade da doença. É o que eu sinto. É o meu ponto de vista.

Então, mesmo que eu tenha que dizer para um doente que ele vai ter que ser operado por um tumor, eu acho que a gente não deve mentir para o doente porque, se o doente perde a confiança, aí ele vai ver se, por exemplo, você indicar para ele uma radioterapia ou uma quimioterapia e dizer que ele não tem nada, e existe aquele comentário na própria sala de espera entre os doentes com câncer: não tem coisa assim... o que eu estou fazendo aqui se eu não tenho.

Então, mesmo que ele saiba que ele tem um câncer, acho que vale a pena colocar para ele que ele está curado ou que o tumor dele não era tão grave como os outros.

Então, eu não acho que vale a pena mentir, mas acho que, às vezes, vale a pena omitir alguns fatos em relação à perspectiva do que pode acontecer com o doente. Isso varia muito também em função do nível intelectual de cada doente, independente do conhecimento de cada doente."

Hospital de Especialidade:

"Então, a nossa posição é informar na medida do nível de compreensão do paciente. Informar a gravidade, mas sem tirar as esperanças do paciente. Porém, se a gente sabe que é um paciente que já é terminal, a gente expõe o quadro para família. A família tem que estar ciente do que ocorre. Sempre!"

- **Angústia / Desgaste / Frustração / Sofrimento / Tristeza**

Há médicos que caracterizam o trabalho com o doente terminal como angustiante.

Outros médicos afirmam que trabalhar com esses pacientes traz muito sofrimento, sendo isto angustiante, desgastante e, por vezes, depressivo.

Hospital Geral:

“Então, a Oncologia na fase terminal, o doente é muito angustiante para o médico. A maioria dos médicos não gostam. Não gostam! Empurram para o Oncologista. E, infelizmente, os nossos oncologistas, com raras exceções, eles não dão o devido apoio para família neste aspecto, na fase final. Não dão. É aqui e fora.”

“... é lógico que para o médico é frustrante a gente não conseguir resolver o caso, saber que o paciente vai morrer...”

Hospital de Especialidade:

“A gente sofre quando perde um paciente né, sofre mesmo; e não vou dizer que não influencia né... Tem alguns que são muitos queridos. É impossível a gente não sofrer...”

“Apesar de você saber a história da doença aonde ia chegar, você ter consciência disso, entendeu, porque os pacientes seguem mais ou menos uma linha quando eles começam uma doença avançada; mesmo assim, quando eles chegavam nesse estágio, assim... eu ficava agoniado, isso me incomodava bastante. E eu achei que com o tempo eu fosse

melhorar em relação a isso, fosse me sentir mais à vontade ou como se fosse, assim, mais experiência ia me dar uma tranquilidade maior para mexer com esses pacientes. E, até consegui isso depois de 3 anos, mas ainda me incomoda bastante.”

“...gera muita angústia você ver o paciente sofrendo. Você entra com medicação para dor, mas nem sempre resolve. Você tem que falar para a família que não tem mais o que fazer...”

“Agora, a gente acaba sofrendo junto. Muito paciente, a gente já chorou junto...”

“Claro, você tem que tratar a família, né, mais do que o paciente. É mais do que o paciente que não tem mais solução. Isso é, muitas vezes, assim... É muito desgastante, é muito depressivo,...

(...) ...uma situação muito desgastante, depressiva, a gente fica imaginando... “puxa se acontece comigo, acontece com a minha esposa, né, é algo muito ruim, né. Eu penso na minha filha, né...”

(...) Isso não é nada gostoso mesmo, né?”

“Na verdade isso é um..., um sofrimento, porque é assim: é angustiante você ver as pessoas que chegam para a gente, ou aqui ou no HC... você é a última esperança do cara... e você chegar para o cara e falar: “Não tenho o que fazer!”...”

• **Dor e Sofrimento / Envolvimento emocional**

O trabalho com pacientes com câncer avançado e em fase terminal para muitos médicos é muito doloroso, acarretando sofrimento devido ao envolvimento emocional, muitas vezes, com momentos depressivos.

Hospital Geral:

“No começo, que eu comecei a atender, eu me envolvia demais.

Então, atendia, morria de pena do paciente, tentava não demonstrar, mas eu sou meio maternal.

Então eu saía do hospital chorando, chegava em casa mal, via qualquer coisa na rua... já super sensível e ... sofri bastante!

la passar visita, meu fim de semana acabava. Não conseguia desligar e daí, com o tempo, eu fui aprendendo a colocar uma certa... atender a paciente, tentar fazer o melhor por ela, deixar bem claro para ela que eu estou... que, no que eu puder ajudar, eu vou estar disponível...”

“...mas o câncer traz um sofrimento, tem muito sofrimento físico, tem muita dor envolvida e pega crianças muito pequenininhas, até aqueles maiorzinhos que começam a compreender, onde o sofrimento é outra coisa. Então, tem muito sofrimento envolvido, e a gente, durante muito tempo, eu estou falando por mim e pelo grupo a que eu pertença, a gente fica fazendo um papel de Poliana, de dizer... Muitas vezes de Poliana e muitas vezes, realmente acreditando no que a gente diz: Vamos tocar para frente, tem coisas boas também aí; se hoje é um dia bom, vamos pensar no dia de hoje; não vamos pensar no amanhã; vamos deixar as crianças felizes... E a gente vê o seguimento daqui, das crianças, felizes.”

“Agora, o paciente terminal é (suspiro) é muito doloroso! Muito doloroso!

(...) É... eu acho que... eu sofro muito!

Dói muito porque a perda sempre é dolorosa e toda a situação familiar também é muito dolorosa e, inevitavelmente, eu tenho uma história de vida que talvez torne isso um pouco mais doloroso para mim, porque cada caso é de certa forma uma recordação.

(...) No começo, eu acho que eu sofria mais.

(...) Então, apesar da dor, eu não quero deixar de fazer o que eu faço.

A dor é inerente a qualquer coisa. É só uma maneira de viver a vida.”

“Olha, é obvio que a gente acaba se envolvendo com os casos, por mais que a Medicina dite, que a gente saiba que é melhor não se envolver psicologicamente, emocionalmente, com os pacientes, mas é obvio que aqueles pacientes que estão nas nossas mãos, que estão em vias de falecer, nos levam a ficar, digamos assim, mais envolvidos com o caso, entendeu?”

- **Indiferença**

Existem ainda aqueles médicos que ficam indiferentes ao tipo de paciente a ser atendido, considerando que a morte faz parte do cotidiano médico, acostumando-se com o sofrimento e tornando-se insensível ao paciente.

Hospital de Especialidade:

“Olha! Eu, eu encaro como um paciente como outro qualquer. Sabe, cada situação dentro da Medicina exige determinados tipos de cuidados, determinados tipos de conduta e o paciente em fase terminal, portador de um câncer ou qualquer outra doença crônica degenerativa é uma situação peculiar, como peculiar são também as outras situações. Então, na verdade, ele, eu encaro dessa forma. É apenas uma situação dentre muitas outras situações com as quais, nós médicos, nos deparamos no dia a dia.”

“O câncer terminal, o paciente com câncer em estadio avançado é a mesma coisa que qualquer outro tipo de doença. É uma doença, pode eventualmente ser curada, quando não é curada, a mim não traz nenhum malefício. Para mim, é agradável lidar com esse tipo de doente, conseguir dar solução ou tentar dar solução para as doenças das pacientes.”

“...realmente é difícil! Realmente não é nada fácil. É uma coisa complicada e que você vai tendo que se acostumar senão você acaba sofrendo muito e o que a gente tem visto é isto: o médico vai se tornando um pouco insensível ao sofrimento do paciente, mas, é claro, que cada vez que a gente vê um diagnóstico de um tumor disseminado, tumor avançado a gente fica muito, muito chateado realmente é uma coisa...”

“Com certeza é difícil, não é agradável, acho que é... Muitas vezes, eu consigo extrapolar... Como é que chama?... abstrair..., sublimar, esquecer a gravidade do problema e, de tempos em tempos a gente leva um choque. A gente percebe que a gente vai ficando um

pouco mais, eu percebo que vou ficando um pouco mais indiferente; até que você leva um choque por algum fato que eu consigo perceber a gravidade do que está acontecendo. E aí eu volto a dar, a tentar entender o que aquele paciente está sentindo e a família principalmente está sentindo.”

- **Pesado, porém profundo e gratificante**

Apesar de parte dos médicos considerarem tal tarefa pesada e difícil, alguns encontram certa gratificação por poderem dar apoio e contribuir com uma morte mais tranqüila para o paciente.

Hospital Geral:

“...a gente tem um limite também, é pesado, é um envolvimento emocional muito... que você tem que ter o teu afeto muito na mão porque tem hora que dá para você ir lá, sentar, conversar blá, blá, blá; tem hora que você tem que cortar o doente, tem hora que você tem que ser um pouco agressivo: “olha, não isso, aquilo...” Você cortar.

Não adianta ficar de nhê, nhê, nhê, tem hora... Entendeu?

Então é uma coisa que exige uma enorme sensibilidade e um conhecimento. Tem que estar com a chavinha do teu afeto na mão. Também porque não é... É barra pesada atender esses pacientes! Tem hora que é muito difícil; tem hora que você não está com paciência, não está com energia emocional para você lidar... São pacientes pesadíssimos, né ?

E tem uns que são maravilhosos: você sai assim, fala: “Nossa! Que papo leve!” É uma coisa, então...

E tem hora que é muito difícil, mas você tem que... Você não pode ir de frente, né. Você não pode entrar naquela loucura. Você tem que ir contornando e fazer... pegar o limão e fazer uma limonada.

É legal! Eu acho isso gostoso! Eu acho isso a arte do negócio, né, de clinicar, né.

E claro, tem um zilhão de remédios, tem a ciência. Eu estou falando mais, até agora, da parte afetiva né. Mas tem a ciência. São vários níveis né, desde dar, você dá um remédio, desde o que você orienta, as mudanças de hábito de vida né... Olha, você fala: “você faz isso, aquilo”, você vai reprogramando o cotidiano da pessoa...”

“É difícil! Mas eu me vejo numa situação muito privilegiada de poder estar oferecendo alguma coisa para alguma pessoa, mesmo quando você não tem possibilidade de oferecer cura para o doente, você oferece um apoio, que é importante para ele, de ele não passar pelas coisas que ele não precisa passar... Então, no fim, eu fico triste de ver a pessoa numa

situação sem retorno, e contente de poder oferecer alguma coisa para ajudá-la a não sofrer tanto...”

“É pesado, mas não é impossível!

(...) E é pesado, mas é possível! Tem uma impressão... Às vezes, tem uma impressão que tudo passa, tudo é transitório: vem, vai, vem e vai, vem e vai; mas eu sou muito ligada no momento. Então, está aqui, eu brinco, falo, eu esqueço que vai morrer, que pode morrer. Está aqui hoje, está aqui e está bem. É isso que importa e... No começo era insuportável! Sei lá... Morria uma criança, eu ficava chorando uma semana, não conseguia fazer nada, não ficava bem, era muito pesado...

Hoje em dia, repercute, eu me envolvo demais com as crianças, então, machuca, mas acho que para eu estar aqui, para eu sobreviver aqui tem que ter uma separação. E eu acho que o que passou é válido; o tempo que ficou, um monte de coisa fica... Eu acho que o que passou é válido e eu acho que, sobretudo, tem a hora de parar. E tem que deixar em paz.”

“Existe muita dificuldade! Tem muitas fases do trabalho que são frustrantes, mas digamos que a compensação é maior.

Compensação no sentido de... é... finalizar e é... usar um termo que... Eu acabei de ler de um artiguinho: a gente consegue coreografar essa parte final da vida. O fato é que a gente não sabe dançar direitinho, é... Tanto a família quanto o paciente e os profissionais de saúde também, na verdade. Quando eu sei coreografar direitinho, dançar por dançar, está dançando no mal sentido também, mas se conseguir coreografar direitinho, o paciente consegue ficar satisfeito com a situação, apesar de ser um desastre, está morrendo... É... se conseguir levar a tal ponto de conseguir finalizar algo que é, é... para colocar ponto final, se a gente conseguir levar a tal situação, porque a gente não leva para tal situação, a gente precisa arranjar a situação para que ele faça. Naturalmente eles vão nos agradecer se não chegou a tal ponto. Pelo menos o esforço que a gente fez, depois que acontecer, eles vão perceber. Isso tem sido gratificante neste sentido.”

- **Doação / Gratificação**

Alguns médicos conseguem enxergar o lado positivo de tal trabalho, caracterizando-o como um ato de doação ou de realização. Outros encontram gratificação, confiança e gratidão por parte dos doentes.

Hospital de Especialidade:

“...eu tento me realizar tanto com uma criança curada quanto com uma criança que não vai ser curada, mas que eu estou me doando até o fim, que eu estou acompanhando até o fim. Sei lá, você estar ao lado de um paciente na hora da morte, isso é super bonito, você já ter falado antes para a mãe, preparado ela... A gente cria vínculos muito fortes.”

“Tratar pacientes com câncer para mim é um prazer, não é nenhum sofrimento assim... Não me traz conflito. Eu faço isso com prazer!
E eu tenho consciência de que quando eu não posso curar, que é a grande minoria, a gente consegue paliar ou tratar adequadamente os sintomas na totalidade, mas... se você for direcionar mais, no paciente terminal, o que me angustia é o fato de manter uma relação mentirosa com alguém. Isso eu não consigo.”

“A gente aprende que existe um limite da nossa Medicina. A gente não é onipotente e a gente vai por tentativa e erro, tentando confortar e consolar o paciente.”

“...é extremamente gratificante, né, porque sente que realmente você está ajudando a população que mais precisa de um médico, e de um tratamento médico.”

“Então, quando essa pessoa chega e te agradece, te beija, te deixa um bilhete... é uma coisa maravilhosa! E eles fazem.
Sabe, é muito importante!” (se emociona)

“...se a gente dá atenção para o doente e tenta ver o que ele tem e oferece uma possibilidade de resolver, já há gratidão, vamos dizer assim. A confiança e a gratidão já são notadas, porque realmente ele vem aqui porque falaram: “não tem mais o que fazer, vai morrer em casa”.

- **Limites / Limitações / Sentimento de impotência**

Os sentimentos de impotência e de limitação foram pontos relevantes abordados por alguns médicos.

Alguns médicos referem-se ao sentimento de impotência que surge ao lidarem com esses pacientes, sentindo-se limitados, conscientizando-se das limitações da Medicina, vistas muitas vezes como fracasso.

Enquanto alguns médicos afirmam ter consciência de suas próprias limitações, outros acham difícil encarar suas próprias limitações ou os limites do ser humano.

Hospital Geral:

“...e o paciente canceroso sempre depende de um atendimento multiprofissional que, infelizmente, em nosso meio é terrível. Sabe, existe muito no papel, mas, na prática, eu tenho muitas críticas quanto ao atendimento multiprofissional. Então, é um paciente difícil de lidar... Difícil!

Então, quando eu posso evitar, passar para colegas, passar para especialistas, não há dúvida que eu tento, mas no sentido de minimizar o sofrimento desse paciente porque eu me sinto impotente de dar o tratamento todo para ele. Eu fico angustiado com o fato de a gente ser tão limitado para atender o doente. A gente é muito limitado!”

“Quando eu indico oncologista é para fazer tratamento coadjuvante, só.

Eu fico sendo o referencial principal. E... a abordagem ao paciente em fase terminal para mim é simplesmente receber a... o apoio, dar sedação. Você esclarecer as dúvidas do paciente... e da família; isso se a família te permite que o paciente saiba integralmente a problemática dele. O que normalmente acontece: a família não deixar que o paciente saiba tudo; então, o esquema é você dar o apoio, é procurar as diversas modalidades terapêuticas que dêem a sedação no sofrimento final do paciente, até chegar ao nível de o paciente, se a família assim quiser, interná-lo para sedação aonde você percebe que não existe mais alternativa doméstica.”

“Não é fácil! É muito difícil!... É algo que, normalmente, quando essas crianças nos procuram, na maioria das vezes, com a doença no seu estágio precoce e você acaba tendo, pelo menos eu, tendo uma relação muito grande com essas crianças, e quando elas chegam numa fase... as poucas que não conseguem ter a cura, chegam numa fase terminal e avançada da doença... é muito difícil você ter uma... uma... como eu diria, ficar ali na situação... Você começa a ver que você não é Deus. Então, você não consegue chegar até o seu limite. Mas é muito difícil você lidar com essas crianças, principalmente, para mim, é muito difícil! Eu acabo me envolvendo muito.”

“Você tocou num ponto extremamente delicado. Não só legalmente falando como humanitariamente falando...”

Muitas vezes a gente é obrigado a trabalhar como semi-deus e eu acho que isso me incomoda muito. Eu estou muito longe de ter esse tipo de pretensão, mas eu, de certa forma, a gente, muitas vezes, tem que atuar dessa maneira. Você perceber que você está investindo, é uma coisa que eu sempre discuto muito com... inclusive o Gabriel Oselka, da comissão de ética, que eu acho que o conceito de reanimação é muito errado.”

“...eu sempre acho que a gente tem que seguir todos esses passos, independente do sucesso terapêutico ou não, independente do grau de compreensão da família ou não, independente da perspectiva que o doente tenha ou não. Eu acho que, se existe uma ciência que chegou até um certo ponto, você tem que fazer até onde você conseguir. Então, essa é uma visão. Então, eu acho que antes de você colocar um paciente em cuidados terminais, você tem que ter esgotado todas as coisas... por uma tranquilidade de você como pessoa em tratar de outro ser humano, como também como uma tranquilidade sua como profissional. Esse é um ponto.

(...) ...o paciente terminal é muito triste porque é um fracasso da ciência, é uma situação triste. É uma criança que está morrendo, que a gente vai perder. É uma criança que vai falecer, que é duro de ver... Então, às vezes você tem um grau de envolvimento emocional e é extremamente duro...”

“...eu acho que tem uma hora que tem que parar e que tem que deixar a pessoa em paz.

(...) Acho que tem uma hora que tem que parar e deixar a pessoa morrer em paz, dignamente, sem... sem... sem nada.”

“...eu, pessoalmente, tenho ainda uma grande dificuldade de lidar com esse sentimento de perda da luta. Eu tenho certeza que vou perder a briga. A idéia nossa é que o doente devia ficar bom, devia ser salvo, devia ter saúde, e eu tenho certeza de que isso ele não vai ter... Então, apesar de não enxergar isso com um certo medo, possibilidade de enfrentar a morte, eu, além disso, quer dizer, eu evito de atender esse tipo de doente. Se puder passar para outra pessoa eu prefiro.”

“Como eu estava falando, eu meio que fujo do paciente, assim, meio que não procurar se envolver com o paciente, porque você sabe que você é impotente e aquele paciente está querendo que você resolva o problema dele e é como eu falei, a gente não é Deus e fica um relacionamento assim meio de mentira mesmo. Você não se envolve, o paciente tenta se envolver e você faz de conta que está se envolvendo. Então, fica assim uma coisa meio... Está certo que, com o tempo, a gente acaba aprendendo a se envolver um pouco mais, aceitar um pouco mais o problema do paciente, mas eu acho que ainda fica um pouco de mentira. Você mente para o paciente, os familiares não querem que você conte, você mente para o paciente: "Não! vai dar tudo certo, vai curar, vai ficar tudo bem..." E não é bem assim.”

- **Hospital de Especialidade:**

“Eu não costumo ficar deprimida, nada disso. Eu consigo dar um atestado de óbito e ir ao supermercado depois, mas é... sem dúvida nenhuma, você acaba se entristecendo. Eu tento sempre lembrar que eu fiz o melhor e o máximo que eu pude e que eu não sou Deus, graças a Deus. Que não depende de mim isso.”

“Então você tem que ter o bom senso de encarar até que ponto você vai agir na UTI: com antibióticos de 5ª geração, vai entubar o doente, vai fazer isso, vai fazer aquilo, vai fazer rádio, vai fazer quimio, fazer cirurgia, cirurgia, cirurgia... e onde parar com isso e dar uma qualidade digna de vida para esse paciente, desse ponto até a sua morte.”

“...chega a um ponto que não dá mesmo para você ir mais além do que aquilo, que é praticamente... o limite mesmo... humano né, da própria... do ser humano, do corpo humano, de resistir às coisas... Então, eu tento ser, com os pais ou com a própria criança, bastante clara, tentando que eles compreendam que o brigar ou lutar, além daquela conta, chega a um ponto que não tem mais o que lutar mesmo.”

“E o médico é meio onipotente, o radioterapeuta nem tanto, né, mas... (ri). Você tem, assim, a sensação que você tem que fazer alguma coisa. Só que tem horas que você tem que aceitar que não pode fazer, você tem que parar porque, às vezes, você não está ajudando o paciente, você está tratando a sua ansiedade mesmo... É ligeiramente complicado!”

“É difícil saber até onde ir, até onde investir...
(...) Então é difícil, não é fácil não. Saber até onde ir, acho que é o mais difícil.

O que ninguém sabe ainda... no mundo aí, até onde deve chegar..."

"Não foi uma coisa horrível, mas eu tive umas certas dificuldades de ter que enfrentar isso, sabe, perante a criança e perante os familiares também. Acho que é por questão, assim, de você se sentir meio incapaz, entendeu?"

(...) Você vê um paciente terminal, principalmente, acho que me incomoda mais, e você não poder fazer nada, entre aspas, porque acho que a gente faz alguma coisa, se você está cuidando do paciente ou não deixando ele sofrer ou... muito, pelo menos, tirando a dor desse paciente... Mas ainda me incomoda o fato da gente não conseguir fazer tudo para que ele fique curado, e até por isso a gente está aqui ainda fazendo isso. Mas ainda incomoda bastante! Eu sinto isso."

"A sensação de impotência e de que você não está servindo de nada para ele é muito grande. Então você até fica numa situação difícil!

Você não consegue explicar para o paciente que você não pode fazer nada, ou que ele vai morrer daqui alguns meses."

- **Não gosta / Contato técnico**

Existem também aqueles médicos que declaram não gostar de trabalhar com esses pacientes, evitando-os e encaminhando-os para outro médico. Outros, diante de tal dificuldade, mantêm um contato puramente técnico com o paciente. Alguns ainda afirmam não gostar de pacientes terminais porque têm pouco a fazer.

Hospital Geral:

“Então, é um paciente que a gente não gosta muito de ter, né, porque tem pouco o que fazer por ele. A gente dá um conforto muito mais na área psicológica, vamos dizer assim, do que na área médica, né.”

“...eu achava uma doença muito triste de se tratar.

Eu, pessoalmente, não tenho muito contato com esses pacientes, eu evito contato psicológico com esses pacientes porque a minha participação no tratamento deles é puramente técnica – eu falo só coisas supérfluas e superficiais com essa gente e sou bem... Tento sempre dar uma impressão de que é uma coisa... não simples, porque não é... mesmo a colocação desses catéteres todos, mas de que é uma coisa que vai ser colocada e vai se retirada quando ela estiver boa.

Então, eu nem sei do que exatamente, do que esses pacientes estão sendo tratados. Eu nunca sei e nunca quero saber... Porque eu fico deprimido...

(...) Então é complicado! É muito complicado!

Mas eu não tenho contato com os pacientes do mesmo jeito.

É só técnico!

Eu não suporto essa doença!

É muito sofrimento!... Precisa de psicóloga para isso...” (ri)

- **Ser continente**

Alguns médicos mencionam que o trabalho com esse tipo de paciente se resume a ser continente, ficando próximo ao paciente até o fim, oferecendo-lhe conforto na área psicológica.

É também ressaltada a necessidade de contato do médico com o paciente terminal e sua família.

Hospital Geral:

“...ser médico é você agüentar até o final entendeu, mesmo que aquilo te machuque, mesmo que você dê de frente com as suas limitações, que existem, né. Eu não tenho, mas o bom da Neurologia é que você vê que os limites estão perto. Nós somos muito complexos, a gente tem que ter uma clareza que a gente não é Deus, né, e a gente não consegue fazer tudo. Então, e agindo com essa clareza, expondo as coisas, estando próximo do paciente, por si só você já é um conforto, né. E aí cria um vínculo bonito mesmo, um relacionamento afetuosos, né, e que não precisa implicar em sofrimento da tua parte. É uma coisa fisiológica. Aí é recompensador, porque você alivia o sofrimento.”

“A única coisa que a gente pode fazer é estar ao lado. É só isso que a gente pode fazer. (...) Então, eu acho que a gente pode ficar ao lado e deve ficar ao lado, na medida que a família requisite, na medida que você não seja invasivo. Eu acho que, para a família, a gente tem algumas coisas para dizer... Durante, não! Durante é segurar a mão! Depois que você fez tudo o que medicamente é possível, e sempre é possível aliviar a dor, isso é uma obrigação nossa, mesmo que a criança vá morrer, esteja morrendo, você pode fazer com que ela morra sem dor. Isso é uma obrigação! Então, depois de feito isso, a gente tem que ficar ao lado... Ficar ao lado, ficar meio à disposição. Alguns pais querem conversar, outros não querem, uns gritam, outros, as lágrimas correm no silêncio... Então, é muito diverso! A gente tem que estar, tem que ser continente para essa família e para aquela criança, porque, muitas vezes, você também é, para a criança, você é uma referência.”

Hospital de Especialidade:

“O paciente com câncer avançado numa fase terminal ele... ele solicita mais o médico, ele parece que, parece que não... Na verdade, ele tem uma necessidade maior de contato, muitas vezes, até de visualização do médico, de conversar com ele, mesmo que seja por poucos minutos numa semana. Tem um apego, assim, pessoal muito intenso... Isso da parte dos pacientes.

A impressão que a gente tem é que eles precisam mais da atenção médica, não necessariamente das condutas médicas, mas atenção de um médico. E do lado do médico, posso dizer da minha parte né, também eu não me sinto tranquilo em não vê-los mais, em não encontrar... A gente sempre procura manter um contato, às vezes, aplacar uma angústia ou, às vezes, pequenas prescrições de sintomas pequenos e simples, mas que, para eles, incomoda. Eles sabem que têm um câncer avançado, que estão com um mal prognóstico, que morrerão. Não sei se sabem que morrerão em breve, mas que precisam tratar as pequenas coisas que vão aparecendo. São as palições. Eles precisam disso.

(...) Muitas vezes, o médico parece que é o único amparo mais objetivo que eles têm...

A família nem sempre está bem estruturada... Eles querem ouvir a palavra. Às vezes, o paciente não pode ir ter lá no ambulatório, ele pede para alguém da família ir lá no ambulatório para contar o que está acontecendo, para voltar com uma resposta, nem que seja: Não fazer nada!

Eles sabem que isso foi comunicado a mim e um encaminhamento foi dado, né. E o contato é assim muito bom, é intenso, mas não perdura muito... Eles morrem, depois vem outro e morre e assim caminha né...”

- **Dar Qualidade de Vida**

Outro aspecto considerado é a necessidade de se estar atento à qualidade de vida do paciente.

A qualidade de vida é uma preocupação comum entre alguns médicos, sendo mencionados alguns pontos relevantes: dar melhores condições de vida, humanizar o atendimento, aplacar a angústia, oferecer procedimentos paliativos, manter contato regular com esse paciente, ser positivo, dar ânimo, não tirar esperanças, não deixar deprimir, dar confiança, inclusive tentar propiciar uma morte digna.

Hospital Geral:

“... outra situação importante é saber qual é a hora de você saber que o paciente não tem mais qualidade de vida.

Qualidade de vida é contato com a família. Para mim, é contato com a família.

Se o indivíduo tem uma cabeça ainda boa, ele se interessa pelo meio, pela família, o que está acontecendo, não é hora, apesar da dor. Isso é condição essencial para você ter variação, dispor das várias modalidades de tratamento. Então, eu posso indicar um paciente para fazer uma cirurgia de implante de catéter para tirar a dor; ele vai lá, pro serviço de tratamento de dor, lá na Neuro. Esse paciente tem que ser encaminhado para um serviço que saiba tratar a dor.

É isso que é falha na formação de um médico. Ele precisa, o médico precisa saber que existem vários tipos de tratamento para dor e não ele chegar aqui, olhar esse doente, é terminal, vamos ligar uma IM1. Calma! Como é que é assim?!...”

Hospital de Especialidade:

“...nós precisamos dar conforto para que o paciente sofra o mínimo possível nessa fase. Aqui no hospital existe um termo, que diz até RHD, que é aquele paciente sem possibilidade de cura, mas que tem possibilidades de tratamento paliativo. Então, nós procuramos fazer o máximo possível para que esse paciente, nessa fase final da vida, que nós médicos já consideramos sem possibilidade de tratamento, mas que ele tenha a melhor dignidade possível.

Muitas vezes não adianta você dar mais vida para esses pacientes, mas você tem que dar melhores condições de vida, isto é, não adianta ele viver mais alguns meses, se ele vai viver sofrendo. Você tem que fazer tudo para que esses dias sejam o mais confortáveis possíveis.”

“...a gente considera como um direito que o paciente tem a essa informação. Muitas vezes, esse direito não é respeitado a pedido da família ou então quando o paciente não está lúcido e, nessa fase, o que a gente tenta fazer é que, pelo menos, o paciente tenha uma qualidade de vida boa e uma morte digna.”

“primeira coisa que me vem à mente é qualidade de vida e conforto...
(...) ... o que a gente tem que tentar, se não conseguir curar, pelo menos, aliviar e minorar o sofrimento.”

“...o que eu acho mais interessante é você dar confiança ao doente, colocar ele em pé, dar qualidade de vida para ele. Isso é o interessante no negócio. E tentar, mais ou menos, fazer aquela manipulação.”

“...é esse o doente com quem você tem que ser mais quente. Uma úlcera tanto faz, mas esse cara... você... Se esse cara deprimir, ele morreu... Se esse cara, você anima, ele vem aqui, porque entrar no hospital, Hospital do Câncer... se você não deixar ele animado, você perdeu o paciente, porque depende brutalmente da cabeça. Então, acho que a maioria das pessoas no hospital tem o enfoque: “Ah, não tem o que fazer, não sei, fica deprimido junto com o paciente.” Eu acho que quanto pior a situação do paciente mais para cima você tem que ser, você tem que transmitir que está tudo em ordem, porque naquele momento está em ordem, ele está vivo. Se ele vai viver um mês ou uma semana ou sei lá, eu não acho que tempo seja importante. Eu até falo isso para o paciente. Eu acho que o que interessa é a qualidade de vida. Eu não sei se vou ser assaltado na esquina, atropelado, baleado, então, ninguém sabe quanto tempo vive. Eles, muito menos. Então falei: você viver um mês, dois meses, seis meses, o que interessa é que seja bom. Então, a gente vai fazer o possível, para que tenha qualidade de vida. Se dá para tirar, não dá para tirar, tanto faz, acho que tem que dar mais esse enfoque.”

- **Humanização**

Humanização no cuidado com esse tipo de paciente é um item que merece atenção.

Hospital de Especialidade:

“Então, essa humanização no atendimento, acho que a gente tem que tomar muito cuidado para não perder, né.

Então, tudo isso, essa humanização no relacionamento, acho que é muito importante nessa fase de câncer avançado, nessa fase do paciente terminal porque não existe uma padronização de como você enfrenta o doente nessa situação. Eu acho que existe: primeiro, o respeito ao doente, o entendimento, até onde o paciente quer ir. Acho que você não tem que chegar lá no quarto e blá blá blá, fazer uma lista das coisas que estão acontecendo. Acho que você tem que ter uma sensibilidade de fazer uma troca de informações com o paciente, isso na medida em que o paciente também quiser ouvir, e não quando você quer falar. Eu acho que, na medida que o paciente for curioso, quiser saber o que está acontecendo com ele, você tem a obrigação de ir colocando isso para ele de maneira, como eu falei, né, numa maneira mais compreensiva possível, numa maneira de mostrar para ele que você vai estar ao lado dele, que você não vai deixar de segurar na mão dele.”

- **Idade do paciente influencia**

A idade do paciente é mencionada como um fator que influencia a forma de lidar com esse tipo de situação, bem como a intensidade com que o médico sente a terminalidade do paciente.

Hospital Geral:

“Então, assim: quando você vê essa situação num adulto jovem que começa a questionar "Porque eu?", ao contrário do idoso, o idoso se revolta, mas ele sabe que é uma coisa que pode acontecer numa pessoa de idade. Ele tem pessoas que já tiveram o problema e, enquanto num adulto jovem, é mais complicado. Na criança também.”

Hospital de Especialidade:

“...Você está lidando com pessoas, com crianças né... Acho que deixa um pouco mais complicada a situação.”

“Mas é mais fácil de encarar desta forma numa pessoa de idade do que uma pessoa que tem uma idade como a nossa, ou uma pessoa mais jovem, que ainda tem planos futuros, que tem... Então, nesse ponto, isso afeta um pouquinho a estabilidade emocional da gente.”

- **Fé religiosa**

A fé religiosa é vista como algo que ajuda a encarar essa situação no caso de alguns médicos.

Hospital Geral:

“Agora, uma coisa que me ajuda tratar com Oncologia é o fato de eu ser espírita, tá.”

Hospital de Especialidade:

“...agora, às vezes, a gente puxa para o lado da fé, da esperança. Eu acho que tem que ser né, porque a maioria deles tem alguma crença religiosa. Eu respeito todas tal, mas eu penso também... Se eu não tivesse, eu acho que eu também não agüentaria fazer isso né. Daí a gente fala do céu, do que vai ser o além, aí... a vida eterna, aí... seja o nome que cada um dê.”

“Mas, em termos de enfrentar um paciente terminal, eu não tenho (pigarreia), eu não tenho problemas; eu tenho uma formação religiosa sólida, quer dizer, eu sou católico praticante. Tenho, assim, um fundamento familiar religioso constante. Quer dizer, isso me ajuda muito a interpretar, no meu modo de ver, essas situações...”

- **Dificuldade de se falar sobre a morte**

Foi também abordada a dificuldade de se falar sobre a morte com a família do paciente.

Hospital de Especialidade:

“Às vezes sinto dificuldade de chegar para a mãe e falar assim: “Olha a criança vai morrer!”, e usar a palavra morte para o familiar, porque dependendo do familiar eles não entendem isso. “Olha a criança vai morrer, então a gente tem que fazer de tudo para que ela fique bem esse período que vai ficar com vocês. Acho que você tem que levar ela para casa, ficar com ela, cuidar, entendeu? Deixar ela bem, entendeu? Ela vai ficar bem na casa dela, junto com os familiares dela!” Isso ainda me incomoda um pouco falar, mas incomoda menos do que incomodava antes. Antes eu não conseguia falar, eu tinha que pedir para algum chefe falar e tudo mais. Hoje eu já falo, mas sempre com uma certa dor, assim, no coração. Queria que fosse diferente, e eu não posso falar isso para os pais. Às vezes, acho que eu não posso colocar assim: “Olha eu ia adorar que eu não estivesse aqui falando isso aqui para vocês, mas eu estou. Então vamos enfrentar a realidade, né.”

- **Defesas para encarar a morte**

Alguns médicos afirmam que fazem uso de defesas para encarar a morte.

Hospital de Especialidade:

"... eu vim para um hospital oncológico. Eu vi que a morte aqui era uma coisa assim, não banal, mas comum... Eu, no meu caso, como é que eu fiz isso: eu criei uma barreira! Eu encarava a morte como uma coisa mecânica. Morreu, preenche atestado, e acabou. Você não ficava pensando naquilo, na morte... Esquece! Próximo paciente - vamos tratar, vamos operar e continuar a vida... É isso que eu fazia!

Não fiz psicoterapia, não fiquei depressivo, não é isso... Talvez porque o perfil da gente que faz área cirúrgica, já é treinado já para... Talvez seja isso também... (...) Agora, eu, com certeza, é lógico, no começo eu fiquei não muito, mas um pouco deprimido. Até teve uma época que eu até pensei em desistir, mas eu falei: "Não! Isso daqui é fase, isso faz parte da especialidade." Fui jogando para frente. Mas a primeira coisa que eu fiz foi assim: eu criava uma barreira na minha mente e não ficava pensando sobre aquilo. Chegava em casa e dormia. Ponto. Era isso que eu fazia."

- **Despreparo**

Alguns médicos concordam que eles são despreparados para lidar com tal situação.

Há médicos que se referem à falta de formação e de preparo para cuidar desses doentes, sendo mencionado o suporte psicoterápico como aconselhável para facilitar lidar com tal situação.

Hospital Geral:

“E fica muito difícil depois que o paciente, na Unidade de Terapia Intensiva, está internado, você conscientizar as pessoas de que já passou do momento de parar de fazer as coisas e deixar o paciente morrer.

É difícil chegar nesse ponto.

Freqüentemente nós chegamos a esse ponto, mas chegamos tarde, entendeu?

E aí o que acontece: prolonga o sofrimento da família, prolonga o sofrimento do paciente e aumenta tremendamente os gastos que a unidade, que a instituição, ou seja lá quem for que paga o atendimento do doente, gasta nessa situação.

Além do mais, coloca a equipe lidando com uma situação que ela não foi vocacionada para fazer, que é ficar cuidando de paciente terminal.”

“...eu acho, assim, que a gente não tem nem treino, embora a gente seja... lide com isso o tempo inteiro... é... Eu não sou uma profissional de Psicologia para ver o que está se passando de emoção naquela hora, naquela família. Um pouco a gente sabe para deixar todas as coisas fluírem, ter uma conversa, assim, e depois não vou saber dar nem um suporte nem ajudar aquela pessoa a sair daquela situação... Então, eu acho que é extremamente difícil lidar com o paciente terminal, não do ponto de vista médico, mas do ponto de vista emocional.”

“Eu acho que nós não estamos preparados para a morte. A gente sempre se choca com ela. E quem vai morrer, também não está...”

Hospital de Especialidade:

“...é um problema muito grande para todo profissional de saúde, não só médico. Mas o que eu acho que aconteceu nesse tempo todo, é que a gente vai vendo quão ignorante a gente é no assunto. Ignorância na acepção literal da palavra, sobre o que é morte, sobre o que você tem que enfrentar na vida prática.

Quando eu volto lá atrás, na Cirurgia Geral, eu não tinha nem idéia, eu não, ninguém dos meus colegas. Pressuponho que ninguém tinha idéia do que você vai enfrentar na prática, na tua vida profissional, né.

Quando eu entrei na Residência aqui, de Oncologia, que eu comecei ver mais de perto o que poderia aparecer na minha frente. E essa formação de enfrentar uma situação que você perguntou, com paciente terminal ou paciente com câncer avançado, é uma coisa que, na realidade, cada um tem que ser auto didata, ninguém te ensina isso. Então, eu acho que é uma falha do ensino médico, é uma falha do ensino da Residência, é uma falha da pós-graduação. Então, eu acho que é um campo extremamente aberto para quem tiver disposto a enfrentar. Enfrentar porque eu acho que é uma coisa muito difícil e você começa a trabalhar com todos os medos, todas as dificuldades suas, das pessoas e ninguém gosta de enfrentar problemas...”

“...eu acho que eu nunca estou preparada para lidar com a situação...”

Eu acho que a gente tem que ter um suporte terapêutico, eu faço terapia para poder me ajudar no relacionamento não só com os outros colegas, porque a dificuldade não é só de

paciente terminal, não é só com a família nem com o paciente, é com a instituição que, às vezes, que você trabalha...”

“Bastante difícil!

É!... Causa um sofrimento e uma dificuldade.

Uma dificuldade no sentido de que a gente não recebe um preparo adequado para conduzir este tipo de paciente, nunca recebeu preparo adequado. A gente percebe que a maior parte dos cirurgiões nunca tiveram esse preparo ou dos oncologistas ou de qualquer médico, desde épocas de faculdade e Residência e tudo mais.

Então, você tem que aprender esse preparo; e esse aprendizado é sofrido. Aprendizado que passa por várias, vários caminhos e várias nuances.”

“Eu não tive nenhuma formação, né, de condutas, vamos dizer assim, em tratar com paciente oncológico. É o que eu aprendi no dia a dia, é o que eu vi pessoas mais velhas me orientar, e o que eu gostaria que fizessem se eu estivesse no lugar dos familiares ou do próprio paciente que eu estou cuidando.”

- **Apoio da área psicológica**

A necessidade de apoio na área psicológica é relevante para alguns médicos.

Hospital de Especialidade:

“...eu acho interessante Psiquiatria, é uma coisa que eu gosto; o apoio... Esses doentes precisam desse apoio. Às vezes eu peço... Uma coisa que eu acho que, muitas vezes, não fazem isso aqui, mas eu peço sempre uma avaliação, quando eu acho que o paciente está um pouco...”

"A janela que se abre para a compreensão da morte descortina, do lado de cá, uma visão cada vez mais profunda do fenômeno da vida."

Roberto Gambini

5 DISCUSSÃO

Nos questionários observou-se que os médicos do Hospital Geral apresentaram uma tendência maior em imaginar-se com a família do doente enquanto eram estudantes de Medicina, sendo que os médicos do Hospital de Especialidade tendem a conversar mais com os familiares e discutir vantagens e desvantagens sobre o tratamento com os pacientes, como também tendem a não encaminhar seus pacientes para outro médico quando não têm tratamento curativo a oferecer.

Embora seja afirmada a dificuldade em se trabalhar com a família de pacientes com câncer avançado e em fase terminal, é interessante notar nas entrevistas que os dois grupos mencionaram a necessidade de se manter a família sempre informada, a par de toda a situação, e preservando-se muitas vezes o próprio paciente de conhecer a sua realidade. Nesse sentido, parece, por vezes, que os médicos estabelecem um vínculo maior com a família do que com o paciente oncológico. Diante disso, questiono se o médico, ao prevalecer o vínculo com a família, está de fato tentando proteger o paciente de um sofrimento maior, de uma possível depressão, ou se esse médico está tentando se proteger de um contato maior com alguém que traz consigo a inexorabilidade da morte e o atestado de que o médico não é um Todo-Poderoso, um semi-deus (como muitos mencionaram), que foi treinado para curar e salvar, mas que tem limitações e nem tudo pode.

Em relação a isso, SECKLER e DEHEINZELIN (1998) dizem que: “Além da dificuldade em definir um prognóstico, os médicos são exaustivamente treinados para a cura de doentes, mas não em cuidar de pacientes sem prognóstico. Não é difícil entender que a tendência natural dos indivíduos é trilhar o caminho consagrado ao invés de aventurar-se em condutas e técnicas pouco conhecidas.” (p.604)

CALDEIRA (1999) diz: “A profissão de médico, com seu suposto-saber, dá ao médico a ilusão de um ser quase onipotente, já que lida com a doença e a morte – angústia maior do ser humano, impregnado de um suposto-poder que as enfrenta e as controla.” (p.17)

Ainda nos questionários, foi observado que os médicos do Hospital de Especialidade demonstram uma tendência a não encaminhar o paciente para outro médico quando não têm tratamento curativo a oferecer.

DICKINSON e TOURNIER (1994) realizaram um estudo utilizando um questionário (tipo Likert) de atitudes a respeito da morte e paciente com doença terminal e seus familiares, num período de 10 anos, após o término do curso médico. Esse estudo demonstrou que, depois de 10 anos de prática profissional, os médicos encaminhavam menos seus pacientes terminais para outros médicos e houve uma diminuição na dificuldade em lidar com os familiares do paciente. Porém, o achado mais conclusivo é que os médicos, após 10 anos, tendiam a mostrar mais abertura para informar o prognóstico ao paciente.

Nas entrevistas, pode-se notar que tanto os médicos do Hospital Geral quanto os médicos do Hospital de Especialidade apresentam dificuldade na comunicação.

Então, apesar do vínculo que se estabelece, é interessante observar o que se passa na questão da comunicação. Fala-se de não se mentir para o paciente, mas omitir, contar *meias-verdades*.

Weeks et al., citados por SMITH e SWISHER (1998), pelo trabalho *Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences (JAMA 1998; 279: 1709-1714)*, relatam que os médicos acham muito desconfortável dizer aos pacientes que não tinham como lutar efetivamente contra o câncer deles, pois isso significa fracasso dos médicos. Sugerem, ainda, que os médicos deveriam dizer a verdade e assegurar que estes não seriam abandonados e seriam ajudados a sobreviver pelo tempo que lhes restasse. Recomendam também que se leve em consideração valores do paciente, minimização de tratamentos inúteis, comunicação de prognóstico, tendo a certeza de que o paciente entendeu a mensagem. Os autores recomendam, ainda, que os desejos dos pacientes sejam respeitados, bem como a autonomia e os aspectos éticos.

Os médicos muitas vezes omitem a verdade.

Geralmente os familiares são os responsáveis pelas decisões no tratamento do paciente. Muitas vezes o familiar pede que se faça tudo, deixando o médico numa situação onde se vê frente à ética.

Simplesmente dizer a verdade aos pacientes não significa estar no caminho certo. O que deve ser feito é estudar o quanto de informação é

dada, quanta informação é recebida e os efeitos sobre a tomada de decisão para aqueles que se encontram no final da vida.

Cicely Saunders, citada por BILLINGS e BLOCK (1997) disse que não era uma questão do que se diz ao paciente, mas sim do que se deixa o paciente contar para o médico. É preciso ser capaz de conseguir uma história onde se obtenha o significado pessoal da doença, ao invés de descartar essa informação como algo desnecessário.

Ainda em relação à dificuldade na comunicação, PURTILO e HADDAD (1996), acreditam que, através da conversa se estabelece o relacionamento e os pacientes vão ao profissional de saúde em busca de comunicação de conforto. Esses autores fazem menção tanto à comunicação verbal como à comunicação não-verbal.

Dizem que o sucesso da comunicação verbal depende de vários fatores importantes, tais como: o que é dito, o vocabulário utilizado, clareza, a organização de idéias, atitudes, humor, tom e volume da voz, o grau para o qual tanto apresentador como receptor estão preparados e aptos para ouvir efetivamente... Em relação à comunicação não-verbal, aponta para a gesticulação, expressão facial, aparência física, toque...

Neste sentido, PURTILO e HADDAD (1996) falam da dependência construtiva que é formada entre médico e paciente, por mútuo respeito, no mesmo nível. O paciente sabe que tem uma necessidade e conscientiza-se de que depende do médico. Tornam-se envolvidos, porém não intimamente envolvidos e são capazes de terminar sua relação quando cessa de ser

mutuamente benéfica. Os limites da relação são entendidos por ambos. O resultado, então, é a independência.

GAUDERER (1998) aborda a questão do médico como não sendo apenas aquele que diagnostica e trata prescrevendo medicamentos, mas como alguém que deve ensinar, informar, educar o cliente e sua família; embora isso não seja enfatizado em sua formação. Diz ainda que "o clima emocional leva a esquecimentos e a curta duração da entrevista pode levar o médico a não responder a perguntas consideradas importantes pelo cliente". (p.305) O autor acrescenta que considera que "o cliente educado já está meio tratado".(p.305) Enfatiza uma relação não de dependência, mas de interdependência, onde médico e cliente devem estar juntos, empenhados no mesmo plano terapêutico.

Quanto à questão de se lidar com pacientes com câncer avançado e em fase terminal, em algumas entrevistas, isto apareceu como desafio em ambos os grupos. E o que significa quando isso não é possível? Será que esse desafio passa a ser visto como fracasso, uma vez que a Medicina não pode tudo?

Interessante também notar que nos dois grupos apareceram as questões de se deparar com os limites e as limitações, o sentimento de impotência, bem como as dificuldades inerentes às questões sociais, institucionais de saúde e estrutura hospitalar.

Nos questionários, porém, observou-se que os médicos do Hospital Geral apresentam uma tendência de sentirem-se mais impotentes diante de

um paciente com prognóstico fechado do que os médicos do Hospital de Especialidade.

“Muitos médicos tendem a evitar os pacientes incuráveis, para os quais aparentemente pouco resta a ser feito. Isso é especialmente verdadeiro no caso de médicos jovens, que ainda estão dominados pelo conceito de que o único objetivo da assistência médica é curar”. (SHERMAN 1993, p.163)

ZAIDHAFT (1990) diz que:

Ao médico cabe lutar pelo prolongamento da vida, e este papel (confundido, muitas vezes, com o de prorrogar indefinidamente a morte) tem suas motivações inconscientes e determina o modo de o médico se relacionar com um paciente à morte e de encarar a própria mortalidade.

A dificuldade de lidar com a morte de um paciente aparece na tomada de medidas heróicas para tentar evitá-la ou na fuga ao contato com este mesmo paciente. (p.157-8)

Foi mencionado também que a idade do paciente também interfere em como o médico se relaciona com a terminalidade do paciente.

Nos dois grupos apareceu claramente que há maior dificuldade em lidar com a morte de pacientes jovens e crianças do que com a morte de idosos; o que de certa forma é esperado socialmente, culturalmente.

No questionário, em relação à questão "Não suporto a idéia de mutilar uma criança", os médicos do Hospital Geral demonstraram, na mesma proporção, uma tendência a concordar com tal idéia e discordar da mesma, quando comparados aos médicos do Hospital de Especialidade que tenderam a suportar tal idéia.

Nos dois grupos, encontramos médicos que se referem a esse trabalho como sendo muito desgastante, de muito sofrimento, tristeza e muito angustiante. Porém, percebem também que, apesar da frustração de não conseguir sempre a cura, é um trabalho onde é importante estar atento à qualidade de vida e ser continente. Caracterizam-no, por vezes, como um trabalho que requer humanização, doação e conforto.

MACHADO (1997) cita a definição de desgaste de Laurell e Noriega como

associada à "perda da capacidade, efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica" do indivíduo, considerando-o mediador privilegiado entre o processo de trabalho e a constituição biopsíquica característica de grupos de trabalhadores. Essa formulação teórica propõe que, no processo de trabalho, esses grupos estão submetidos a cargas físicas, químicas, biológicas, fisiológicas e psíquicas que "interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste. (p.163)

Sobre a Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil", Fiocruz / CFM, 1995, a autora cita algumas causas de desgaste profissional (em ordem crescente de importância): perda de autonomia; conflito / cobrança da população; relação médico-paciente; área de atuação / especialidade; responsabilidade com a vida; más condições de trabalho; baixa remuneração; excesso de trabalho / multiemprego.

Menciona, ainda, um ponto importante que se refere a um dos aspectos essenciais da profissão médica que é o fato de estar com a vida e a morte nas mãos. Em relação a isso diz que o médico tem que "lidar com a vida e a morte de terceiros como ator principal numa situação concreta".

Afirma ainda que:

a noção de responsabilidade pela vida do paciente, a permanente necessidade de decidir sobre a vida de outrem traz conseqüências paradoxais: por um lado, o sentimento de fazer parte de uma 'casta de eleitos', que tem poder sobre outra pessoa, e de ser o profissional central do sistema de saúde, o que, em geral, satisfaz o médico; por outro, esta mesma imagem o expõe a críticas e a acusações pelo não-funcionamento dessa engrenagem, o que o torna vulnerável num contexto desfavorável, como é o sistema de saúde brasileiro. (MACHADO 1997, p.179)

Nessa mesma pesquisa, Machado fala a respeito dos médicos que declararam desgaste profissional, sentindo-se pressionados e estressados. Esses são, geralmente, profissionais que atuam em especialidades que lidam com doenças crônicas, cujas possibilidades de cura efetiva são remotas, não dependendo exclusivamente do médico. Em relação às especialidades que mais vivenciam o desgaste, a Cancerologia é uma delas, aparecendo em 14º. lugar (90,4%). Aponta ainda que, neste grupo, o sentimento de impotência pode predominar devido ao doloroso processo de morte decorrente de algumas neoplasias malignas.

Outro aspecto que destaca é a questão da cirurgia mutiladora, enfatizando o contínuo sofrimento do paciente que não chega à cura, acompanhado pelo médico. "Neste contexto, o profissional assiste à 'deterioração' do enfermo, sem ter muito a fazer. O sucesso de cura, nestes casos, é um componente pouco presente para o médico, o paciente e seus familiares." (MACHADO 1997, p.185)

Outro aspecto a se ressaltar é que, no grupo de médicos do Hospital Geral, além de aparecer a dificuldade em se lidar com o paciente com

câncer avançado e em fase terminal, existem aqueles que afirmaram ser uma tarefa privilegiada acompanhar uma pessoa em um momento tão próprio. Já, no Hospital de Especialidade, talvez porque os médicos acompanhem com uma maior frequência esses pacientes, o lado psicológico do médico fica mais em evidência, e o mesmo reclama de falta de preparo para enfrentar tais situações, que são muito desgastantes. Esses médicos caracterizam esse trabalho como sendo de muito sofrimento, complicado e angustiante.

Embora seja considerado um trabalho bastante pesado, difícil e de muito sofrimento, os dois grupos concordam que esse é um trabalho gratificante e de amadurecimento profissional. Foi denominado também como *experiência de vida*.

Em ambos os grupos a fé religiosa foi mencionada como algo que ajuda a suportar esse tipo de atividade.

As religiões falam de outra vida após a morte, que, de certa forma, minimiza o sentido de fim que a morte traz.

Se pensarmos na questão da morte do ponto de vista cristão, pode-se supor que a Ressurreição, acreditar que após a morte algo de melhor virá, a Eternidade, seja um ponto que tranquilize a não possibilidade de prolongar a vida. Estou enfatizando o cristão uma vez que a religião foi fator de diferenciação dos grupos e no Hospital de Especialidade houve predominância de médicos católicos.

Outra questão que aparece tanto para os médicos do Hospital Geral quanto para os médicos do Hospital de Especialidade é a necessidade de ser continente à situação e dar qualidade de vida.

Cuidados humanos para aqueles que estão próximos da morte é uma obrigação social, conforme o *US Institute of Medicine*. Porém, há falta de uma educação formal e apropriada para que isso se realize. Não há preparo, nem uma disciplina que ensine a tratar o paciente próximo da morte. Como conseqüências, não sabem lidar com o paciente, nem sabem lidar com as drogas para alívio de dor. (ANONYMUS 1997)

BILLINGS e BLOCK (1997) estudam a questão da educação de cuidados paliativos no currículo da faculdade médica. Através deste estudo, observou-se que o treinamento atual é inadequado.

A preocupação crescente com a educação relativa a cuidados paliativos criou oportunidades importantes para melhoria da educação relativa aos cuidados no final da vida. Os programas educacionais devem ser rigorosamente avaliados para identificar as melhores práticas educativas.

Sabe-se que Cuidados Paliativos dizem respeito a controle de dor e cuidados psicológicos e sociais. Têm como objetivo melhorar a qualidade de vida.

BROMBERG (1998b) lembra que trabalhar com cuidados paliativos requer uma formação específica, além de uma filosofia de vida que leva em conta as condições inerentes do ser humano.

E como educar para os cuidados de final de vida?

Como enfrentar esse final como algo que faz parte da vida e não como um fracasso do médico ou da Medicina?

ZIMERMAN (1992) chama a atenção para a diferença entre ensino e educação, apontando para o fato de que ensinar é levar a informação para dentro do aluno, enquanto educar consiste em colocar para fora os recursos internos do indivíduo.

Educação para a modificação de conduta não se consegue através de aulas, seminários de psicologia dinâmica, palestras, cursos de atualização ou qualquer outra programação teórica, ou até mesmo prática, se essa não for acompanhada de um efetivo espaço que propicie exercícios de reflexão sobre as vicissitudes do ato médico. (ZIMERMAN 1992, p.69)

ANDERSON (1979) acredita que um dos aspectos mais importantes deste ensinamento é a expressão de crenças pessoais e a oportunidade de discutir isso com outros indivíduos. É uma chance de expressar e discutir seus sentimentos.

Em um estudo realizado, constatou-se que, na troca de experiências nos grupos de seminários, os médicos puderam constatar que os seus sentimentos e as suas ansiedades eram semelhantes aos sentimentos e ansiedades de outros colegas. (ARTISS e LEVINE 1973).

Um estudo realizado com estudantes de Medicina mostrou que as vivências devem ser cada vez mais incentivadas, com o objetivo de proporcionar uma maior conscientização de melhoria do padrão de ensino, mudanças curriculares e integração da universidade na vida de hoje. (D'ANDREA e SOTELINO 1987)

Vários autores concordam com uma educação continuada.

Uma pesquisa realizada em escolas médicas americanas conclui que temas como morte e morrer, cuidados no final de vida, manejo da dor e alívio de sintomas devem ser abordados nas disciplinas do curso básico, ao longo do curso médico, num contínuo, e não em especialidades específicas que lidem com essas questões. (BARZANSKY et al., 1999)

PETERS (1990) diz que o aprendizado sobre a morte se dá ao longo dos anos, durante a formação. KAYE et al. (1994) defendem que é importante que haja uma educação longitudinal, voltada para a questão de trabalhar com pacientes terminais, com a morte e o morrer.

As escolas médicas e programas de Residência apresentam deficiências quando enfocam a dor neoplásica. (SCHÖELLER 1997)

BARNARD et al. (1999) (membros do *Working Group on the Pre-clinical Years of the National Consensus Conference on Medical Education for Care Near the End of Life*) afirmam que os anos pré-clínicos da educação médica têm um potencial rico para preparar o estudante para cuidar de pacientes próximos ao final da vida, bem como pacientes em geral.

Os dois primeiros anos merecem atenção particular porque é durante esse período que os estudantes desenvolvem seus conhecimentos básicos, habilidades e atitudes e começam a formar suas identidades profissionais. Enfatizam que, durante esses anos, a preparação para o cuidado de final de vida pode ser aumentada ou minada.

Ressaltam, ainda, que desde o primeiro dia de aula os estudantes são mergulhados numa cultura geral e no ambiente da escola médica, que constituem o *currículo oculto* (rotina do dia a dia) que passa pelo treinamento

médico e influencia as atitudes dos estudantes com relação à Medicina, à Educação Médica e certos tipos de pacientes, incluindo pacientes que estão morrendo.

Três áreas valem especial atenção por causa dos seus efeitos sutis, influenciando as atitudes e práticas dos alunos no cuidado de final de vida:

1. Senso exagerado do poder médico (o ensino das ciências básicas fornece aos alunos um senso exagerado de poder de cura da Medicina e da certeza e exatidão dos conhecimentos científicos); 2. Visão distorcida do estudante sobre o que o médico faz (a ênfase no poder da Medicina de curar a doença com atenção mínima aos sintomas da doença ou aos efeitos na vida diária do paciente distorce a visão do estudante sobre a atuação do médico); 3. Sistema de recompensa errada da Medicina (o sistema de recompensa verbal e não verbal na Medicina favorece competências técnicas em detrimento da relação e as formas estatísticas e quantitativas do conhecimento sobre as individuais e narrativas).

Nesse estudo, os autores mostram que não há um conflito ou competição entre o objetivo primário da Educação Médica, que é prevenir e curar, e cuidar de um paciente que está à morte. Apontam para o fato de se pensar numa formação básica mais abrangente, sem a preocupação com opções futuras pelas especialidades.

Afirmam que a maioria das oportunidades e ambientes para a educação de cuidado do final da vida já existe no currículo da maioria das escolas médicas, embora sejam sub-utilizados para esse propósito.

BARNARD et al. (1999) identificaram os ambientes mais promissores e sugerem como eles poderiam ser usados para o benefício da educação de cuidado de final de vida. São eles: 1. Cursos de Ciência Básica (Disciplinas de Anatomia, Fisiopatologia e Farmacologia); 2. Seminários de aprendizado baseado em problemas; 3. Cursos de entrevistas, relação médico-paciente, introdução para medicina clínica; 4. Cursos de ética, humanidades e ciências do comportamento social; 5. Experiências longitudinais com pacientes (5º e 6º ano).

Com isso, a morte passaria a ser vista como algo natural e não como atestado de incompetência ou fracasso. Ensinar a *curar* e ensinar a *cuidar* de quem está morrendo fazem parte das atribuições do médico.

A recomendação básica é que toda escola médica estabeleça um mecanismo efetivo e confiável para avaliar o currículo pré-clínico e promover mudanças necessárias para otimizar sua contribuição para a educação no cuidado de final de vida.

Em relação ao diálogo entre médico e paciente, há muitas formas de ensinar aos estudantes as habilidades necessárias na comunicação com o paciente com câncer e o paciente terminalmente doente.

WIST (1993) fala da experiência da *University of Tromso Medical School (Tromso, Norway)*, onde foi realizado um modelo de ensino, para último ano de medicina, num curso optativo de final de semana, baseado no *role-playing*, usando atores profissionais nos papéis de pacientes e familiares dos pacientes. Os exercícios incluíam desde expor as más notícias até trabalhar com a raiva, desespero e luto. Optaram por utilizar

atores profissionais para contracenar com os estudantes, pois estes podiam desempenhar um leque mais amplo de emoções, sendo mais convincentes em seus papéis, além de serem desconhecidos dos estudantes e terem um conhecimento de Medicina que se iguala ao da população em geral.

Os estudantes deram um *feedback* positivo dos ganhos obtidos com o curso, e, como resultado, sentiam-se mais confiantes quando se viam diante de pacientes em situações reais. Em função disso, a Escola Médica de Tromsø incorporou esse curso ministrado no último ano, mas com caráter obrigatório.

Diante disso, procurarei ressaltar a importância de cuidados com aquele que cuida dos pacientes com câncer avançado e em fase terminal, no caso, o médico.

KASH e HOLLAND (1990) falam que a Unidade de Oncologia ou o Centro de Câncer carrega consigo tensões básicas sobre os residentes, nas pessoas que escolhem a Oncologia como carreira e nos médicos assistentes.

Enfatizam que aqueles que escolhem a Medicina são, freqüentemente, indivíduos que sentem a responsabilidade de uma forma pesada, como um fardo, e que trabalham longas horas. O treinamento reforça essas características e, como é psicológica e fisicamente estressante, pode resultar em sintomas de tensão que, se não forem reconhecidos, podem progredir para uma síndrome de *burnout*. Esse treinamento também pode desenvolver distúrbios psiquiátricos em indivíduos

mais vulneráveis. A depressão e a dependência de álcool ou drogas são comuns, tendo o suicídio como resultado em alguns casos.

O apoio para a equipe e os médicos oncologistas é importante.

A maioria dos médicos que trabalham com Oncologia consideram pessoalmente recompensador tirar o peso das tensões diárias que são prontamente reconhecidas, mas toleradas no contexto de dar cuidado mais sensível.

Muito se tem estudado a respeito da formação do médico, desde o momento da escolha profissional, enfocando-se principalmente a questão da vocação onde se questiona o que faz com que alguns optem por viver tão próximo à morte, que é algo temido e da qual se quer distância. O curso de Medicina em si coloca o aluno distante do doente durante boa parte do curso, privilegiando estudar doenças e o corpo humano, *calado*, através de cadáveres, livros e peças de anatomia, deixando o doente para a segunda metade do curso. É desta forma que o aluno inicia sua relação com a morte. (ABDO 1985; PERAZZO 1986; PETERS 1990; ZIDHAFT 1990; ZIDHAFT et al. 1992; NOGUEIRA-MARTINS 1991; PAIVA 1993; SAYD 1993; GAUDERER 1998)

GAUDERER (1998) aponta, ainda, para o fato de que este contato com a morte acontece na pior fase, ou seja, no auge da juventude, quando o indivíduo está repleto de vida, energia, saúde e vontade de viver.

HOIRISCH (1993) enfatiza que a formação profissional de estudantes da área de saúde implica em contato direto com doenças graves, terminais e morte iminente; tornando necessário algo além de conhecimentos técnicos

que ajude a elaborar a sensação de frustração que esses contatos proporcionam. Fala ainda que o ato médico é um ato de amor ao próximo e à profissão, sendo que o profissional deve apresentar um alto nível de tolerância à frustração e à agressividade.

Zaidhaft (1990) menciona Sapir, que considera que "nesse encontro com o cadáver, é iniciado nos alunos o processo de desenvolvimento de mecanismos de defesa indispensáveis para a futura profissão." (p.127)

"Millan considera Anatomia como a matéria mais citada no que se refere à angústia do aluno de primeiro ano, não só pela repugnância pelos cadáveres, mas por constatar que a Medicina "fracassou". Muitos estudantes desistem do curso nessa ocasião." (MELEIRO 1999, p.57)

HOIRISCH (1992) fala da identidade médica, apontando algumas crises:

O aluno, que fora habituado a respeitar os mortos, sente-se agora como um profanador. Aliás, o contato com o morto reveste-se de particular importância, constituindo-se em verdadeiro "batismo de fogo". Tal crise põe à prova a capacidade de enfrentar a morte e conviver com sua presença, marcando de modo indelével a iniciação do calouro. (...) Sucede como crise não menos relevante a transição do ciclo básico para o ciclo clínico. Do convívio com peças anatômicas e material de laboratório, enfim com o inanimado, o estudante é lançado no hospital, onde no ambulatório e nas enfermarias estão pessoas vivas, porém avassaladas pela doença, pelo sofrimento, pela mutilação, pela invalidez e, o que se agiganta na formação médica, pela morte. (...) Outra condição que se soma às anteriores refere-se à invasão da intimidade. O estudante de Medicina, anteriormente educado a respeitar a nudez e a privacidade das pessoas, quando se iniciam no ciclo profissional devem mudar de comportamento. (...) Vale mencionar a perda do primeiro paciente que acompanha, o caso de difícil diagnóstico e/ou de resultados desconcertantes à

terapêutica, o convívio com loucos na psiquiatria, a escolha da especialidade e, finalmente, a colação de grau. (p.71)

ROCCO (1992) também aponta a entrada para os hospitais e pronto-socorros (período clínico) e a época da formatura como duas crises importantes pelas quais o estudante de Medicina passa. São épocas que mobilizam sentimentos profundos, como a negação da morte, regressão emocional, sedução e onipotência. O medo da não realização profissional, a incerteza do mercado de trabalho e a dificuldade de se tornar independente fazem com que muitos permaneçam como estudantes, buscando várias especializações ou residências médicas.

ZIMERMAN (1992) menciona que para a formação de um *bom médico* são necessários três aspectos indissociáveis: conhecimento + habilidades + atitudes.

O conhecimento se organiza a partir de informações providas dos instrutores e, principalmente, de muito estudo e leitura. A *habilidade* depende de um treinamento continuado em que o aluno saiba tirar proveito do aprendizado conferido pelas experiências vividas na prática dos atos médicos, tanto as de acertos e gratificantes como também, e principalmente, as das baseadas na frustração dos inevitáveis erros e limitações. E o desenvolvimento da atitude médica, como protótipo de sua formação psicológica. (p.64)

Ainda em relação às crises vivenciadas pelos estudantes de Medicina, RAPPAPORT e WITZE (1993) dizem que o 3º ano tem um impacto na educação dos estudantes de Medicina no que diz respeito à morte e morrer.

No terceiro ano ou no internato, o futuro médico entra em contato com o doente (algo tão desejado e esperado) com suas angústias, sofrimento e até mesmo a morte. Não se deve esquecer que o médico, ao longo do curso,

estuda as doenças e seus tratamentos, sendo treinado para salvar e curar, deparando-se com a realidade de não cura e morte no final da faculdade.

As motivações que levam uma pessoa a optar pela Medicina e a viver tão próxima da morte, têm origem tanto consciente como inconsciente, a saber:

- Motivações conscientes – possibilidade de ajudar, tratar, curar, salvar e ser útil, estar próximo das pessoas; atuar no campo social; ter recebido influência de terceiros, principalmente pais médicos.
- Motivações inconscientes – necessidade de reparação, negação da dependência, procura de onipotência, defesa contra a doença, o sofrimento e a morte. (BELLODI 1999; MELEIRO 1999; MILLAN et al. 1999)

O estudante de Medicina entra na faculdade, muitas vezes, mobilizado pelo desejo de ajudar, desejo de ser um cientista, desejo de status e/ou um bom salário.

GAUDERER (1998) fala das motivações que levam um indivíduo a escolher a Medicina: o fator humanitário de ajudar os outros associado a projeção e prestígio social, segurança e estabilidade profissional. Reforça ainda que o indivíduo humanista é bem aceito pela comunidade, o que satisfaz certas necessidades narcisistas de aceitação. Fala também do aspecto voyeurista, da exploração do corpo. Outra razão inconsciente é a busca do poder sobrenatural, que está intimamente relacionado ao medo da morte.

ROCCO (1992) afirma:

O absurdo é evidenciado a partir daí. São as vocações que se esboroam na realidade, pois o estudante não agüenta o sofrimento do enfermo ou a própria escolha de lidar - e aí ele pode começar a entender o que seja morbidez - com a dor, a penúria, a morte, restando-lhe desistir do curso ou optar pelo distanciamento do enfermo, indo para a pesquisa ou laboratório. São as reações defensivas da situação que o rodeia, não participando dos trabalhos da enfermagem, não identificando os fatores sociais da doença, desqualificando professores para justificar a ausência.

Mas a maioria prossegue e freqüentemente usa para apoio, nessa fase de transmissão, as atitudes gerais do professor: 'eu me adaptei, vocês têm que se adaptar também'.

É comum o uso de modelos médicos constituídos pelos docentes. Suas atitudes e comportamentos frente ao doente, sua segurança e bondade, identificados e aceitos como adequados, são imitados. (p.49-50)

PURTILO e HADDAD (1996) falam a respeito das motivações que levam um estudante a ter esse desejo de ajudar. Eles o definem como aqueles que querem se tornar capazes de ajudar pessoas a viver uma vida melhor.

Esse desejo de ajudar é provavelmente o fator que mais levará o estudante a estar verdadeiramente quando seus estudos do curso se tornam duros. Uma das melhores táticas de sobrevivência durante a educação profissional é identificar um professor ou outro profissional que sirva como modelo.

A insalubridade ou a penosidade do trabalho hospitalar, em estar constantemente em contato com a dor, o sofrimento e a morte do outro, pode ser "capaz de produzir satisfação e prazer através de mecanismos defensivos de natureza sublimatória quando condições facilitadoras permitem aos trabalhadores terem suas tarefas socialmente valorizadas". (PITTA 1991, p.19)

Voltando à questão do ensino médico, HAYS et al. (1985) falam a respeito de uma pesquisa realizada com estudantes de 3º ano da *University of Southern California, School of Medicine* e estudantes de 2º ano da *Albany Medical College*.

As atitudes de estudantes de 3º ano em relação ao câncer e pacientes com câncer foram examinadas antes e depois de uma rotina médica de 6 semanas que incluía contato com pacientes pediátricos com câncer e suas famílias. O instrumento utilizado foi um teste com 51 itens, com perguntas sobre condutas em pediatria, com adultos e oncologia geral.

Os alunos de 3º ano se perceberam com uma limitação maior que os alunos de 2º ano.

Houve uma diferença nítida nas atitudes dos estudantes com relação à percepção do câncer e dos problemas associados quando o paciente é uma criança versus um adulto.

Foram observados uma perda do idealismo e uma modificação na exatidão ou nos padrões não realistas que acontecem durante cada ano do curso médico.

Embora os estudantes tenham testemunhado episódios durante o rodízio que os levaram a modificar o ideal de revelação completa do prognóstico, eles não viam a equipe se afastar do paciente aparentemente incurável, como eles tinham imaginado a princípio.

A maioria das diferenças entre esses dois grupos estava na área da relação médico-paciente e o ano médico adicional foi provavelmente o fator mais significativo nessa mudança.

Os estudantes de 3º ano apresentavam uma crença maior no direito que os pacientes têm de participar do planejamento do seu tratamento; estavam mais dispostos a assumir pacientes que deixaram de cumprir as recomendações de outros médicos; enfatizaram a importância das anotações dos registros médicos com relação às conversas com pacientes; apoiaram de forma mais veemente o envolvimento emocional do médico nos problemas do paciente.

Os alunos de 3º ano acreditavam que os pacientes eram mais freqüentemente estigmatizados por outras pessoas. Os alunos de 2º ano mudaram para essa posição durante o curso.

Um estudo para investigar o impacto do 3º ano na educação dos estudantes de Medicina mostrou que a grande maioria de médicos aprende a lidar e cuidar de pacientes próximos à morte durante seus anos clínicos: internato e Residência Médica. Foi verificado que, embora haja uma educação formal sobre a morte, esta ainda é falha. (RAPPAPORT e WITZKE 1993)

ZAIDHAFT et al. (1992) mencionam que os alunos de Medicina começam a ter contato com os doentes no 3º ano e dizem ainda que, em suas experiências, na Faculdade de Medicina da UFRJ, é nesse período letivo que os estudantes cursam a disciplina de Psicologia Médica, com uma carga horária de 3 horas semanais. Acreditam que a melhor maneira de examinar como a questão da morte é abordada é ouvir os próprios estudantes em relação às reflexões e sentimentos acerca dessa vivência.

Esses mesmos autores fazem referência à questão do modelo.

Falam:

Talvez o tão falado afastamento dos médicos de seus doentes terminais se deva exatamente a este fato: ao ingressarmos na faculdade, é como se necessitássemos de um modelo de conduta frente a situações novas e angustiantes, com as quais não sabemos lidar. Se o modelo que vemos é o do silêncio como tentativa de se desvencilhar de sentimentos difíceis de tolerar e de pacientes difíceis de tratar, este é o modelo que trataremos de seguir. E é este mesmo modelo que silencia o que temos de mais vivo em nós e o que os pacientes terminais têm de vida em si." (p.62-3)

Sabe-se que o curso médico mobiliza questões psicológicas importantes do tipo vida/morte, onipotência/impotência, cura/fracasso... além de situações de conflito e estresses do dia a dia que o estudante tem que enfrentar.

GAUDERER (1998) descreve algumas reações emocionais do profissional de saúde, como: negação, raiva, culpa, rejeição, depressão, pensamento mágico, aceitação entre outras. Enfatiza que a onipotência é necessária para que o médico possa exercer o seu papel de controlar ou dominar a morte; porém esta reação camufla a impotência, quando o médico se sente incapaz e limitado.

Como já foi abordado anteriormente neste trabalho (p.115), o treinamento da Medicina é psicológica e fisicamente estressante, podendo levar a reações do tipo: distúrbios psiquiátricos, depressão, dependência de álcool e drogas, até mesmo o suicídio.

MILLAN et al. (1990) fizeram um estudo referente ao índice de suicídio entre estudantes do curso de Medicina da FMUSP comparado com

dados da população do município de São Paulo, entre 1965 e 1985, na faixa etária entre 20 e 29 anos. Neste estudo foram considerados casos de suicídio aqueles indivíduos que puseram termo à própria vida de um modo consciente, voluntário e intencional. Nesse estudo se concluiu que o suicídio é a segunda causa de morte entre os estudantes, perdendo apenas para os acidentes, e que a mortalidade por suicídios aumentava mais rápido do que a população geral daqueles anos.

O suicídio foi responsável por 30,7% das mortes em geral na FMUSP neste período de tempo, enquanto no município de São Paulo esse percentual foi muito inferior (4,0% em 1980 e 3,3% em 1985).

O coeficiente de suicídio dos alunos da FMUSP foi, aproximadamente, 4 vezes maior do que o da população do município de São Paulo.

Os autores defendem que a existência de uma comunidade acadêmica receptiva tem um padrão facilitador para a prevenção; criando-se Serviços com a finalidade de oferecer assistência psicológica ao aluno, contribuindo para o trabalho preventivo, oferecendo condições ao estudante para enfrentar os inevitáveis conflitos presentes na formação médica.

Na FMUSP foi criado o Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno (GRAPAL) com o objetivo de oferecer assistência especializada e orientação, principalmente nos momentos de crise.

Nos dias atuais, no Brasil, 22 instituições de ensino médico contam com um Serviço de Apoio ao estudante. (MILLAN 1999).

ZIMERMAN (1992) faz algumas sugestões e considerações à educação médica: formar grupos de reflexão de Programas de Educação Médica Continuada com professores preparados que sirvam como bom modelo; utilizar as atividades clínicas de seminários, discussão de casos, visitas médicas dando atenção não só aos aspectos técnicos como também à atmosfera emocional que envolveu o ato médico. É igualmente importante enfatizar os seguintes pontos na formação do médico: 1. um exercício de auto e heteroavaliação da relação médico-paciente; 2. trabalho clínico com espírito de equipes multidisciplinares e serviços de interconsultoria, possibilitando ao médico uma visão mais compreensiva de seus pacientes; 3. participação do médico em programas de promoção de saúde mental; 4. promoção de programas integrativos de Educação Médica Continuada desde o início da vida acadêmica, com ênfase nos grupos de reflexão; 5. delegação da responsabilidade pelo ensino médico e chefias de serviços assistenciais a médicos com espírito de formação. (p.69)

SAYD (1993) menciona o papel de ocultador da morte conferido ao médico como um fator que confere uma lógica ao currículo tradicional.

O médico é preparado para tratar, curar e prevenir doenças. Assim, não trabalha para aceitar os fatos naturais, mas para intervir, dominando-os ou combatendo-os até onde for possível.

A autora menciona em seu estudo que "a morte, enquanto problema para o trabalho do médico, ou o aprendizado de como lidar com ela , são assuntos pouco discutidos, embora provoquem angústia nos profissionais." Diz ainda que: "Começando pelo anatômico e passando pela grande

quantidade de pacientes terminais que se encontra nos hospitais universitários, o estudante convive com a morte de forma intensa..." (SAYD 1993, p.14) Fala que "a falta de clareza no sentido de um projeto terapêutico produz a sensação de impotência, vivida com angústia." (SAYD 1993, p.18)

Nos depoimentos colhidos, no que se refere ao impacto do terceiro ano, diz que nesse período se vê "doentes muito graves", a morte muito presente, mas não se fala a respeito ou se aprende que falar é inútil.

Aprende-se, mais do que tudo, a não verbalizar as situações vividas. (...) O estudante é levado a lidar exclusivamente com a doença e não enxergar a morte. (...) A orientação fornecida pelo instrutor é de certa forma voltada a que o estudante perceba a sua impotência e a esqueça a seguir - o professor 'empurra' o estudante a examinar no doente terminal apenas a sua doença, e a negar ou se alhear completamente de que a doença está sobre um suporte específico: uma pessoa que morrerá em breve. Esquecer esta impotência e retornar a uma onipotência refeita, através da capacidade de explicar essa morte enquanto decorrência lógica de uma doença. (...) O aluno aprende (a maioria talvez) a ver a morte como algo que não diz respeito ao seu trabalho. Torna-se difícil neste contexto apreender as nuances e sutilezas de uma avaliação sensata sobre o que tentar com o doente, quando desistir de mantê-lo vivo e, particularmente, fica difícil valorizar a atividade totalmente curativa da Medicina, existente em boa parte das situações clínicas, mas que sem dúvida demanda atenção pessoal ao doente e uma prescrição mais ampla do que um fármaco. (...) O que a escola ensina, efetivamente, é que o médico deve passar por agonizantes ou por seus próprios sentimentos a respeito da morte como se ambos não existissem. É o aprendizado de um esquecimento, de uma ocultação, realizado sem palavras, sem elaboração explícita, apenas no impacto visual. (SAYD 1993, p.18-9)

A morte não pode, então, ser vista como algo natural, pois isso seria se deparar com a sua impotência frente à natureza.

Concluindo, a autora fala que "por detrás das dificuldades de modificação do currículo existe, cristalizado e disfarçado, um aprendizado de

olhar sem ver e sobretudo sem falar, o aprendizado do ocultamento da morte." (SAYD 1993, p.19)

Neste trabalho, pode-se perceber que a morte está presente nas reflexões e cotidiano dos alunos, fazendo parte das dificuldades encontradas pelos mesmos. Importante lembrar que tais reflexões, no entanto, são pouco discutidas.

Ainda em relação à formação do médico e à forma como está estruturado o curso de Medicina, NOGUEIRA-MARTINS (1991, 1998) e NOGUEIRA-MARTINS e JORGE (1998) enfatizam a insalubridade psicológica existente tanto no curso médico como no exercício profissional.

Os autores mencionam a privação do sono como responsável por irritabilidade, depressão, dificuldade de concentração, despersonalização, sentimentos de auto-referência com extrema sensibilidade a críticas, inadequação afetiva usualmente associada a humor negro e déficit da memória recente. O trabalho médico privilegia muita ação e pouca a reflexão.

Falam também, dos estímulos emocionais que acompanham o adoecer: o contato íntimo e freqüente com a dor e o sofrimento; lidar com a intimidade corporal e emocional; o contato íntimo e freqüente com a perspectiva de morte e com o morrer; lidar com pacientes 'difíceis' (autodestrutivos, queixosos, deprimidos, etc.); lidar com as incertezas e limitações do conhecimento médico que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes que desejam certezas e garantias.

Os autores fazem referência à Residência Médica como sendo o momento que o estresse alcança o seu ápice. Caracteriza-se por um período de transição, onde a responsabilidade é cobrada por si e pelos outros, isolamento social, fadiga, privação do sono, sobrecarga de trabalho, competição entre os colegas, medo de cometer erros, etc. É um período em que podem ocorrer manifestações psicológicas, psicopatológicas e comportamentais importantes, tais como: estados depressivos, aumento de consumo de álcool e drogas, humor negro, ceticismo, raiva crônica.

Os autores propõem como medidas preventivas: inclusão da dimensão psicológica na formação do estudante; trabalho de sensibilização em relação aos seus aspectos psicológicos e reações vivenciais durante o curso de Medicina; ensino de Psicologia Médica; criação de serviços de orientação psicopedagógica para alunos e para professores; implantação de grupos de discussão e reflexão sobre a tarefa assistencial na residência médica, onde os residentes possam expor suas dificuldades, angústias e temores ligados ao exercício profissional; criação de serviços de consultoria psiquiátrica e psicológica (Interconsulta) nos hospitais gerais; criação de equipes interdisciplinares e multiprofissionais nos serviços de saúde.

ROCCO (1992) defende a importância de se falar sobre a morte. A morte do doente pode provocar frustração, decepção, quebra da onipotência, acusação aos que poderiam tê-lo evitado, pensamentos sobre sua própria morte, etc.

Considera, ainda, que o médico é obrigado a aprender na prática profissional o que a faculdade habitualmente não lhe dá, em termos de

relação médico-paciente. O autor defende que o preparo para esta relação deveria ter início quando o aluno entra na faculdade, recebendo orientação psicológica.

O autor acredita que deveriam haver cursos compactos de Psicologia Médica ou relação médico-paciente, destinados especificamente aos docentes da área médica.

KASH e HOLLAND (1990) citam os sintomas psicológicos do estresse em médicos: não entusiasmo pelo trabalho; dificuldade para acordar para ir para o trabalho; humor caracterizado pela depressão, tensão, irritabilidade, frustração fácil; distanciamento caracterizado por cinismo, negativismo, desligamento, diminuição das horas de trabalho, menor responsabilidade com as obrigações; super envolvimento caracterizado por "ninguém pode fazer isso direito só eu", "ninguém trabalha a não ser eu", alongamento das horas de trabalho, mas menos eficientes, levando trabalho para casa.

Classificam, ainda, o estresse médico em quatro estágios:

- Estágio 1 - Grau de estresse: Leve

Características: Dificuldade para levantar; cansaço; dores; queixas somáticas; fadiga; exaustão

- Estágio 2 - Grau de estresse: Moderado

Características: Ponto de vista negativo; cinismo; desconfiança; alienação.

- Estágio 3 - Grau de estresse: Grave

Características: Absenteísmo; queda no ritmo (lentidão) no trabalho; desgosto; abuso de álcool e/ou drogas

- Estágio 4 - Grau de estresse: Extremo

Características: Saída; colapso; risco de suicídio

As autoras ressaltam, ainda, que os estresses de médicos podem ser de ordem pessoal ou provenientes do hospital. Como resultado, têm-se as conseqüências psicológicas (exaustão emocional; entorpecimento; insensibilidade) e as conseqüências físicas (insônia; anorexia; aumento de fadiga; aumento de dores amenas ou dores constantes).

Por todas essas razões é que se deve pensar em reestruturar o currículo médico e em se proporcionar ao estudante de Medicina uma formação na qual ele possa entrar em contato com as questões psicológicas que envolvem a sua relação com a Medicina, com a doença, com o doente, com o tratamento, com a vida e com a morte.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Defende-se muito a questão da humanização dos hospitais, com grande ênfase nos atendimentos multiprofissionais, porém não podemos crer num trabalho compartimentado, onde cada qual faz a sua parte, onde não haja trocas. Nesse caso, o paciente que chega a um hospital e deposita a sua vida e sua morte nas mãos daquele que ele julga poder curá-lo, fica sem referencial. Num hospital, o referencial do paciente ainda deve ser o médico, aquele que é visto pelo paciente como o *meu* médico.

Se, por um lado, isso faz com que o médico sintam-se importante, por outro é uma carga muito pesada, pois o paciente deposita no médico todas as suas ansiedades e angústias referentes à sua doença, à sua cura ou não cura, à sua vida e sua morte. Nem sempre o médico consegue manter um relacionamento aberto, com uma comunicação efetiva.

O médico, em sua formação, é treinado para curar e salvar e quando isso não é possível, muitas vezes, acaba enfrentando a situação de modo a sentir-se impotente e fracassado. Ele, geralmente, não consegue lidar de forma positiva com os limites da Medicina e suas limitações. Com isso, fica muito difícil encarar a finitude e os limites do ser humano, pois também acaba por identificar-se com um ser limitado e mortal.

Diante do exposto até o momento, acredito ser importante ressaltar o cuidado com a formação do nosso médico para que ele possa cuidar mais adequadamente, e poderia arriscar dizer, cuidar mais livremente de seus

pacientes, uma vez que ele tenha contato com suas questões emocionais e psicológicas bem conhecidas, conscientizando-se de suas dificuldades e limitações.

Pela literatura, nota-se que a questão com o currículo e a formação do médico é uma preocupação antiga, que nos remete aos anos de 1960. (UCHÔA 1966; BARZANSKY et al. 1999)

Os avanços tecnológicos e as grandes descobertas para a cura e/ ou tratamento de algumas doenças promovem o prolongamento da vida. Consequentemente, isso requer cuidados paliativos para que os doentes sem chance de cura, que se encontram no final da vida, enfrentem esse período de maneira mais humana e confortável. Portanto, torna-se essencial uma mudança na formação do médico para que ele possa encarar essa fase final como parte de suas atribuições, quando ele não vai curar, mas amenizar o sofrimento do doente, sem isso acarretar para ele um sofrimento emocional, tão desgastante e frustrante.

Na verdade, acredito não só numa educação médica propriamente dita, mas também na formação de uma nova cultura.

BARNARD et al. (1999), já citados anteriormente, falam dos espaços subutilizados na formação do médico, defendendo a idéia de se utilizar as disciplinas básicas desde o início do curso para promover um espaço de reflexão, bem como uma mudança de visão da Medicina, ou seja, não mais uma Medicina somente voltada para o diagnóstico, terapêutica e cura, mas também uma Medicina que se preocupa em cuidar do doente, independente da fase em que se encontre.

Além disso, os grupos de reflexão devem ser valorizados, pois são um espaço onde o médico poderá se repensar. As reuniões para discussão de caso clínico também podem ser momentos importantes, onde, através do outro (o paciente), o médico possa perceber o que se passa na relação com o mesmo.

ZIMERMAN (1992) enfatiza que "o termo re-flexão indica que a finalidade precípua do grupo é a de levar o indivíduo a flectir-se sobre si próprio através do pensar e do sentir, e assim levá-lo *a aprender a aprender.*" (p.69)

Seminários com temas relativos a essas questões também favorecem que o médico reflita a respeito de conteúdos emocionais.

Acredito, também, ser importante valorizar a dimensão psicológica dos hospitais que atendem Oncologia.

No caso deste trabalho em especial, saliento a preocupação de se trabalhar com os médicos para que os mesmos possam apresentar atitudes mais positivas no trato com esses pacientes.

Como já foi dito anteriormente, o fato de se deparar diariamente com os limites e a finitude traz um sofrimento e uma angústia, conscientes ou não, que fazem com que esses profissionais lancem mão de defesas psicológicas que os ajudem a enfrentar a situação.

A título de ilustração, isso ficou muito claro numa das entrevistas com um médico do Hospital de Especialidade.

"... eu vim para um hospital oncológico. Eu vi que a morte aqui era uma coisa assim, não banal, mas comum... Eu, no meu caso,

como é que eu fiz isso: eu criei uma barreira! Eu encarava a morte como uma coisa mecânica. Morreu, preenche atestado, e acabou. Você não ficava pensando naquilo, na morte... Esquece! Próximo paciente - vamos tratar, vamos operar e continuar a vida... É isso que eu fazia!

Não fiz psicoterapia, não fiquei depressivo, não é isso... Talvez porque o perfil da gente que faz área cirúrgica, já é treinado já para... Talvez seja isso também... (...) Agora, eu, com certeza, é lógico, no começo eu fiquei não muito, mas um pouco deprimido. Até teve uma época que eu até pensei em desistir, mas eu falei: "Não! Isso daqui é fase, isso faz parte da especialidade." Fui jogando para frente. Mas a primeira coisa que eu fiz foi assim: eu criava uma barreira na minha mente e não ficava pensando sobre aquilo. Chegava em casa e dormia. Ponto. Era isso que eu fazia."

Se pudermos contar com um Serviço de orientação e aconselhamento psicológico que possa inclusive indicar para psicoterapia quando se fizer necessário, e fomentar os grupos de reflexão dentro das instituições, acredito também ser uma atitude institucional que beneficiaria o bom andamento de um árduo trabalho, bem como daria continuidade a uma proposta de formação profissional que é ideal que se inicie durante a Graduação.

Aproveito, ainda, para ressaltar a importância desta formação nos Cursos de Especialização e Residência em Oncologia.

Acredita-se que o médico provavelmente terá uma conduta diferente e um relacionamento diferente com os pacientes crônicos e terminais se, durante sua formação médica, não se privilegiar apenas a doença, mas também o doente, se seu treinamento visar não somente a salvar e curar como um deus, mas a tratar a doença do paciente encarando os limites da Medicina e

do corpo humano, percebendo-se humano e mortal. Isto possibilitará aquilo que se tem buscado quando se fala na humanização do hospital.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdo CHN. O médico e a morte. **Rev Psiquiatr Clín** 1985; 12:96-100.

Anderson JL. A practical approach to teaching about communication with terminal cancer patients. **J Med Educ** 1979; 54:823-4.

[Anonymus] Time for education in palliative care. **Lancet** 1997; 349:1709.

Artiss KL, Levine AS. Doctor-patient relation in severe illness: a seminar for oncology fellows. **N Engl J Med** 1973; 288:1210-4.

Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, Munoz A, Horcajada JP. How can relations be improved between the family and the support team during the care of terminally ill patients?. **Support Care Cancer** 1995; 3:72-7.

Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

Barnard D, Quill T, Hafferty FW, Arnold R, Plumb J, Bulger R, Field M. Preparing the ground: contributions of the preclinical years to medical education for care near the end of life. **Acad Med** 1999; 74:499-505.

Barzansky B, Veloski JJ, Miller R, Jonas HS. Education in end-of-life care during medical school and residency training. **Acad Med** 1999; 74 Suppl 10:102-7.

Bellodi PL. **Personalidade e escolha de especialidade médica: o clínico e o cirurgião para além dos esteriótipos uma investigação pelo psicodiagnóstico de Roschach**. São Paulo, 1999. [Tese de Doutorado – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo].

Billings JA, Block S. Palliative care in undergraduate medical education. **JAMA** 1997; 278:733-8.

Bromberg MHPF. **A psicoterapia em situações de perdas e luto**. 2^a. ed. Campinas: Editorial Psy; 1997.

Bromberg MHPF. Ser paciente terminal: a despedida anunciada. In: Berthoud CME, Bromberg MHPF, Coelho MRM, editores. **Ensaio sobre formação e rompimento de vínculos afetivos**. 2 ed. Taubaté: Universitária; 1998a. p.69-95.

Bromberg MHPF. Cuidados paliativos para o paciente com câncer: uma proposta integrativa para equipe paciente e famílias. In: Carvalho MMMJ, coordenador. **Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver**. São Paulo: Summus; 1998b. p.186-231.

Caldeira G. Apresentação II. In: Meleiro AMAS, editor. **O Médico como paciente**. São Paulo: Lemos; 1999. p.17-8.

Carvalho VA. A vida que há na morte. In: Bromberg MHPF, Kovács MJ, Carvalho MMMJ, Carvalho VA, editores. **Vida e morte: laços da existência**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996. p.35-75.

Cassorla RMS. Prefácio. In: Kovács MJ, editor. **Morte e desenvolvimento humano**. 2^a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.

D'Andrea FF, Sotelino MD. Carta ao mestre: vivência em psicologia médica. **J Bras Psiquiatr** 1987; 36:35-9.

Deitos TFH, Gasparly JFP. Efeitos biopsicossociais e psiconeuroimunológicos do câncer sobre o paciente e familiares. **Rev Bras Cancerol** 1997; 43:117-25.

Dickinson GE, Tournier RE. A decade beyond medical school: a longitudinal study of physicians attitudes toward death and terminally-ill patients. **Soc Sci Med** 1994; 38:1397-400.

Fagundes LA. Relação médico-paciente no tratamento do câncer In: Martins C, coordenador. **Perspectivas da relação médico-paciente**. 2ª ed. rev. aum. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981. p.169-72.

Foucault M. **Microfísica do poder**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1989.

Gauderer C. **Crianças adolescentes e nós: guia prático para pais adolescentes e profissionais**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1998.

Hays DM, Hoffman KI, Williams KO, Miller R. Effects of intensive clinical exposure on attitudes of medical students toward cancer-related problems. **Cancer** 1985; 55:636-42.

Hoirisch A. Identidade médica. In: Mello Filho J, editor. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p.70-3.

Hoirisch A, Barros DIM, Souza IS. **Orientação psico-pedagógica no ensino superior**. São Paulo: Cortez; 1993.

Kash KM, Holland JC. Special problems of physicians and house staff in oncology. In: Holland JC, Rowland JH, editors. **Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer**. New York: Oxford University Press; 1990. p.647-57.

Kaye J, Gracely E, Loscalzo G. Changes in students attitudes following a course on death and dying: a controlled comparison. **J Cancer Educ** 1994; 9:77-81.

Klafke TE. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: Cassorla RMS, coordenador. **Morte: estudos brasileiros**. Campinas: Papyrus; 1991. p.25-49.

Kovács MJ. A morte em vida. In: Bromberg MHPF, Kovács MJ, Carvalho MMMJ, Carvalho VA, editores. **Vida e morte: laços da existência**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996. p.11-33.

Kübler-Ross E. **Sobre a morte e o morrer**. Trad. de P Menezes. São Paulo: Martins Fontes; 1981.

Lederberg M. Psychological problems of staff and their management. In: Holland JC, Rowland JH, editors. **Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer**. New York: Oxford University Press; 1990. p.631-46.

Lemonica L. Aspectos psicossociais da dor. **Âmbito Hospitalar** 1997; 7:27-8.

Lucas HS. Prefácio. In: Carvalho MMMJ, coordenador. **Introdução à psiconcologia**. Campinas: Editorial Psy II; 1994.

Machado MH, coordenador. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

Maldonado MT. O médico e a cliente próxima da morte. **Femina** 1978; 6:930-4.

Martins C. Psicodinâmica da consulta médica. In: Martins C, coordenador. **Perspectivas da relação médico-paciente**. 2ª ed. rev. aum. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981. p.41-8.

Meleiro AMAS. **O médico como paciente**. São Paulo: Lemos Editorial; 1999.

Millan LR, Rossi E, De Marco OLN. O suicídio entre estudantes de medicina. **Rev Hosp Clín Fac Med S Paulo** 1990; 45:145-9.

Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Millan MPB, Arruda PCV. Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. In: Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV, editores. **O universo psicológico do futuro médico**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p.75-82.

Millan LR. A assistência psicológica ao estudante de medicina no Brasil: notas históricas. In: Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV, editores. **O universo psicológico do futuro médico**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p.245-82.

Nogueira-Martins LA. Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. **Rev Bras Clín Terap** 1991; 20:355-64.

Nogueira-Martins LA. Residência médica: estresse e crescimento. **Jovem Médico** 1998; 3:157-63.

Nogueira-Martins LA, Jorge MR. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. **Rev Assoc Med Bras** 1998; 44:28-34.

Paiva LE. Aspectos psicológicos e a atuação do psicólogo no pronto-socorro cirúrgico. In: Birolini D, Utyiama E, Steinman E, editores. **Cirurgia de emergência**. São Paulo: Atheneu; 1993. p.9-18.

Paiva LE, Pinotti HW. Câncer: algumas considerações sobre a doença o doente e o adoecer psicológico. **Acta Oncol Bras**.1988; 8:125-32.

Paiva LE, Bevilacqua RG, Bromberg MHPF. O oncologista na relação com o paciente com câncer avançado e em fase terminal. In: **III Jornada do Luto**; 1998 set 17-19; São Paulo, Brasil. São Paulo; LELu/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1998.

Paiva LE, Deheinzelin D, Bromberg MHPF. O médico e sua relação com o paciente com câncer avançado ou em fase terminal. In: **VIII Encontro Nacional dos Psicólogos da Área Hospitalar**; 1999 junho 16-20; Curitiba (PR). Curitiba: Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro; 1999.

Perazzo S. **Descansem em paz os nossos mortos dentro de mim**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1986.

Peters AL. Death and medicine: a personal account. **Am J Med** 1990; 89:81-2.

Pitta A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1991.

Purtilo R, Haddad A. **Health professional and patient interaction**. 5th ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1996.

Rappaport W, Witzke D. Education about death and dying during the clinical years of medical school. **Surgery** 1993; 113:163-5.

Rocco RP. Relação estudante de medicina-paciente. In: Mello Filho J, editor. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p.45-56.

Sayd JD. A escola médica e seus implícitos sobre a morte. **Rev Bras Educ Méd** 1993; 17:1-44.

Schöeller MT. Dor neoplásica: abordagem e tratamento. **Âmbito Hospitalar** 1997; 7:13-8.

Seckler M, Deheinzelin D. Pacientes fora de possibilidades terapêuticas. In: Brentani MM, Coelho FRG, Iyeyasu H, Kowalski LP, editores. **Bases da oncologia**. São Paulo: Lemar; 1998. p.601-6.

Sherman CD. Aspectos psicossociais do câncer. In: Hossfeld DK, Sherman CD, Love RR, Bosch FX, editores. **Manual de oncologia clínica**. 2ª ed. São Paulo: Fundação Oncocentro; 1993. p.162-9.

Shields CE. Giving patients bad news. **Prim Care** 1998; 25:381-90.

Smith TJ, Swisher K. Telling the truth about terminal cancer. **JAMA** 1998; 279:1746-8

Sontag S. **A doença como metáfora**. Trad. de M Ramalho. Rio de Janeiro: Graal; 1984.

Uchôa DM. O ensino da psicologia no currículo médico. **J Bras Psiquiatr** 1966; 15:333-49.

Wist E. Teaching communication with cancer patients and terminally ill patients to medical students. **J Cancer Educ** 1993; 8:119-22.

Yamaguchi NH. O câncer na visão da oncologia. In: Carvalho MMMJ, coordenador. **Introdução à psiconcologia**. Campinas: Editorial Psy II; 1994. p.21-32.

Zaidhaft S. **Morte e formação médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990.

Zaidhaft S, Batista AD, Rego GC, Bines J, Rubinstein L, Drumond LEF. O estudante de medicina e a morte. In: Mello Filho J, editor. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p.57-63.

Zimerman DE. A formação psicológica do médico. In: Mello Filho J, editor. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p.64-9.

"Aprender é descobrir aquilo que você já sabe.

Fazer é demonstrar que você o sabe.

*Ensinar é lembrar aos outros que eles sabem tanto
quanto você.*

*Vocês são todos aprendizes, fazedores,
professores."*

Richard Bach

ANEXOS

Anexo1 - ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

A ficha de identificação consta de dados pessoais, onde serão relacionadas algumas variáveis, do tipo: sexo, idade, naturalidade, religião, estado civil, filhos, escola e época de graduação, residência (especialidade, escola e época) se fez especialização em Oncologia (local e época) e quantos empregos tem e renda mensal (com o objetivo de verificar em quantos lugares esse médico trabalha e se tem uma renda que lhe permita um rendimento adequado, na tentativa de se observar possível gratificação financeira em função do quanto tem que se empenhar).

ENTREVISTA

Na entrevista, são realizadas duas perguntas:

1 – Fale-me sobre o seu percurso dentro da Medicina, desde a época de estudante até agora.

Este questionamento tem como objetivo verificar como foi a opção pela Medicina, quais eram os desejos iniciais, se foram alterados ao longo do curso, o que propiciou tais alterações, que tipo de mudanças ocorreram, o que significaram para si. e o que o (a) levou a optar pela Oncologia, no caso dos oncologistas.

2 – Como é, para você, trabalhar / atender pacientes com câncer avançado e em fase terminal?

Este questionamento tem como objetivo verificar o relacionamento que este (a) médico (a) tem com o paciente em questão, como encara, suas dificuldades, como lida com as mesmas, se tem uma atitude muito técnica ou mais humana.

Observação: A entrevista é realizada somente com essas duas perguntas, onde a entrevistadora formula a questão e ouve a resposta que o

entrevistado dá, sem buscar mais elementos durante a entrevista, deixando o entrevistado à vontade para responder aquilo que lhe vier à cabeça ou aquilo que for de sua vontade responder. Essa atitude da entrevistadora tem como objetivo interferir o mínimo possível nas respostas do entrevistado e também manter uniformidade, para que não haja viés quando forem analisadas as respostas.

QUESTIONÁRIO

O questionário foi elaborado com frases onde o entrevistado responde se concorda ou discorda da mesma através de uma escala de valores que vai de 1 a 5, sugerindo que o 1 significa concordar inteiramente e o 5, discordar inteiramente.

Neste questionário, o entrevistado responderá a 47 questões: 6 dizem respeito a sua época de estudante, 13 se referem à época atual e 28 são relativas à doença e à morte.

I – Quando era estudante de Medicina:

- se já tinha interesse por pacientes terminais, como se imaginava no seu relacionamento com o doente e a doença, bem como com familiares do mesmo, como encarava a Medicina e a terminalidade.

II – Hoje:

- como encara os pacientes com câncer em termos de tratamento da doença e do doente;
- quando o doente não é mais passível de cura e quando o mesmo se encontra em fase terminal;
- como se relaciona com a doença, com a doença e com os familiares do doente;

III- Em relação à doença e à morte:

- se existe preferência e diferença no atendimento a um paciente com câncer avançado, sem perspectivas de cura, e a um paciente terminal;
- se tem uma atitude técnica ou mais humana no trato com esses doentes e familiares;
- se se depara com sentimentos de impotência e situações depressivas, no trato com esses pacientes;
- se permite ao paciente participar do tratamento;
- se tem receio da morte;
- como lida com o sofrimento que o câncer causa.

Anexo 2 – Ficha de Identificação

- **NOME:**
- **SEXO:** **IDADE :**
- **NATURALIDADE:**
- **RELIGIÃO:**
- **ESTADO CIVIL:**
- **FILHOS:**
- **GRADUAÇÃO:**
- **LOCAL:**
- **ANO:** /
- **RESIDÊNCIA:** **ESPECIALIDADE:**
- **LOCAL:**
- **ANO:** /
- **ESPECIALIZAÇÃO EM ONCOLOGIA:** SIM () NÃO ()
- **INSTITUIÇÃO:**
- **ANO:** /
- **EMPREGOS:**
- **RENDA MENSAL:**

RELATO

Anexo 3 - Questionário

Você encontrará questões relacionadas a comportamentos adotados a respeito da doença câncer, pacientes e familiares, desde a época em que você era estudante até a presente data. Você deve assinalar a sua opinião através desta escala: entre o “Concordo inteiramente” e o “Discordo inteiramente”.

Vale ressaltar que, neste trabalho, caracterizamos por **Câncer Avançado** o câncer não mais passível de tratamento, onde o indivíduo não tem expectativa de morte a curto prazo e cujo objetivo são os tratamentos paliativos. Por **Paciente Terminal** entendemos aquele cuja expectativa de vida é igual ou inferior a 1 (um) mês.

I. Quando era estudante de Medicina:

1. Já pensava em cuidar de pacientes terminais.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
2. Imaginava-me conversando com o doente acerca de sua doença, tratamento e outras dúvidas.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
3. Imaginava-me com a família do doente, esclarecendo dúvidas.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
4. Imaginava-me salvando e curando muitas pessoas.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
5. Imaginava-me tendo que encarar a morte de perto.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
6. Nunca me imaginei sem perspectivas de cura para um paciente.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo

II. Hoje:

1. Cuido com tranquilidade de pacientes terminais.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
2. Considero sem chances de cura todos os pacientes com diagnóstico de câncer.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
3. Converso muito com os pacientes sobre a doença, o tratamento e a possibilidade de não cura.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
4. Não gosto de conversar com os familiares.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
5. Sinto-me incomodado ao defrontar-me com uma situação de prognóstico fechado.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo

6. Sinto-me à vontade em esclarecer dúvidas sobre o câncer.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
7. Em casos de prognóstico fechado, não costumo conversar abertamente com o paciente.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
8. É indiferente atender crianças, jovens, adultos ou velhos com câncer.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
9. Desespera-me ter que dar uma notícia ruim ao paciente.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
10. Tenho um relacionamento aberto com os pacientes com câncer.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
11. Prefiro atender um paciente terminal a um paciente que não tem mais o que fazer com seu câncer e está bem clinicamente.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
12. Em se tratando de câncer, prefiro atender homens a atender mulheres com essa doença.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
13. Quando tenho que atender uma criança com câncer, encaminho o caso a um colega.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo

III. Em relação à doença e à morte:

1. É mais fácil atender um paciente terminal que um paciente com câncer avançado, sem perspectiva de tratamento, bem clinicamente.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
2. É muito cruel informar a realidade a um paciente com câncer.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
3. É muito cruel informar a realidade do câncer de um paciente para sua família.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
4. Dispensio o paciente quando não tenho mais nada a fazer para tratar sua doença.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
5. Detenho-me a conversar sobre a doença e o tratamento, nunca sobre a vida do paciente.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
6. Encaminho para outro médico quando não tenho tratamento curativo a oferecer.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
7. Não costumo refletir sobre o fim junto com meus pacientes.

- Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
8. Sinto-me deprimido quando não tenho como curar o doente.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
9. Costumo oferecer cuidados paliativos ao doente, quando a cura não é mais possível.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
10. Eu programo o tratamento para o doente.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
11. Converso abertamente com a família antes de administrar um tratamento.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
12. Não suporto a idéia de mutilar uma criança.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
13. O paciente não deve opinar sobre o seu tratamento.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
14. Cuido da doença, independente da fase em que o paciente se encontre.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
15. Não tenho receio da morte.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
16. Faz parte do meu trabalho atender pacientes em fase terminal..
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
17. Não suporto encarar o sofrimento que o câncer causa ao indivíduo.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
18. Sinto-me impotente diante de um paciente com prognóstico fechado.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
19. O papel do médico é cuidar da doença e não do doente.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
20. Quando um de meus pacientes morre, questiono-me se poderia ter feito algo a mais por ele.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
21. Sinto-me deprimido quando um de meus pacientes morre.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
22. Eu programo o tratamento com o doente.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
23. Costumo discutir vantagens e desvantagens de tratamento com a família do paciente.
Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo
24. Costumo discutir vantagens e desvantagens de tratamento com meus pacientes.

Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo

25. Não abordo, com o paciente de câncer, a reorganização de sua vida.

Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo

26. Sedação é a melhor alternativa para o paciente com o qual não se tem mais nada a fazer.

Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo

27. Procuo levar em consideração a qualidade de vida do paciente quando elaboro seu tratamento.

Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo

28. Costumo conversar com o paciente de câncer sobre seus medos.

Concordo 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Discordo

Anexo 4 Consentimento Pós-Informado

HOSPITAL DO CÂNCER - FUNDAÇÃO ANTÔNIO PRUDENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS – INFORMAÇÃO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE No. _____ **SEXO** M()
F()

DATA DE NASCIMENTO ____ / ____ / ____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ **CIDADE:** _____

CEP: _____ **TELEFONE:**
(_____) _____

DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

TÍTULO DA PESQUISA: Atitudes de médicos oncologistas e não oncologistas no trato com pacientes com câncer avançado ou em fase terminal.

PESQUISADOR: Lucélia Elizabeth Paiva

CARGO / FUNÇÃO: Psicóloga **CRP** 06 / 16410

REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES

Estou fazendo uma pesquisa na área de Oncologia, onde meu objeto de estudo é verificar possíveis diferenças de postura de médicos oncologistas e médicos não oncologistas na relação com pacientes com câncer avançado ou em fase terminal.

Para isso, estarei fazendo uma breve entrevista que consta de uma ficha de identificação (onde seu nome será preservado em sigilo) e 2 (duas) perguntas. Em seguida, será aplicado um questionário.

Tais dados serão utilizados para posterior publicação.

CONSENTIMENTO PÓS – ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de 1999.

assinatura do sujeito da pesquisa
pesquisador

assinatura do

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS – INFORMAÇÃO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE No. _____ SEXO

M() F()

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ TELEFONE:

(____) _____

DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

TÍTULO DA PESQUISA: Atitudes de médicos oncologistas e não oncologistas no trato com pacientes com câncer avançado ou em fase terminal.

PESQUISADOR: Lucélia Elizabeth Paiva

CARGO / FUNÇÃO: Psicóloga **CRP** 06 / 16410

UNIDADE DO HCFMUSP: Divisão de Psicologia / ICHC

REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES

Estou fazendo uma pesquisa na área de Oncologia, onde meu objeto de estudo é verificar possíveis diferenças de postura de médicos oncologistas e médicos não oncologistas na relação com pacientes com câncer avançado ou em fase terminal.

Para isso, estarei fazendo uma breve entrevista que consta de uma ficha de identificação (onde seu nome será preservado em sigilo) e 2 (duas) perguntas. Em seguida, será aplicado um questionário.

Tais dados serão utilizados para posterior publicação.

CONSENTIMENTO PÓS – ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de 1999.

assinatura do sujeito da pesquisa

assinatura do pesquisador

Anexo 5 – Resultados

As respostas de cada questão foram dadas de acordo com a escala oferecida no próprio instrumento, que variava de 1 (concordo totalmente) a 5 (discordo totalmente).

Abaixo, podemos verificar a frequência e a porcentagem das respostas obtidas para cada questão, tanto no Hospital Geral, como no Hospital de Especialidade.

I. Quando era estudante de Medicina:

I.1. Já pensava em cuidar de pacientes terminais

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	05	16,7	02	6,7
Concordo	02	6,7	01	3,3
Indiferente	05	16,7	07	23,3
Indiferente c/ tendência a discordar	01	3,3	00	00,0
Discordo parcialmente	05	16,7	04	13,3
Discordo totalmente	12	40,0	16	53,3
Total	30	100,0	30	100,0

I.2. Imaginava-me conversando com o doente acerca de sua doença, tratamento e outras dúvidas.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	22	73,3	16	53,3
Concordo	03	10,0	04	13,3
Indiferente	02	6,7	03	10,0
Discordo parcialmente	02	6,7	01	3,3
Discordo totalmente	01	3,3	06	20,0
Total	30	100,0	30	100,0

I.3. Imaginava-me com a família do doente, esclarecendo dúvidas.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	22	73,3	15	50,0
Concordo	04	13,3	04	13,3
Indiferente	03	10,0	03	10,0
Discordo parcialmente	00	0,0	03	10,0
Discordo totalmente	01	3,3	05	16,7
Total	30	100,0	30	100,0

I.4. Imaginava-me salvando e curando muitas pessoas.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	20	66,7	15	50,0
Concordo	05	16,7	08	26,7
Indiferente	02	6,7	05	16,7
Discordo parcialmente	02	6,7	01	3,3
Discordo totalmente	01	3,3	01	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

I.5. Imaginava-me tendo que encarar a morte de perto.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	15	50,0	13	43,3
Concordo	06	20,0	03	10,0
Indiferente	05	16,7	08	26,7
Discordo parcialmente	03	10,0	04	13,3
Discordo totalmente	01	3,3	02	6,7
Total	30	100,0	30	100,0

I.6. Nunca me imaginei sem perspectivas de cura para um paciente.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	02	6,7	04	13,3
Concordo	04	13,3	06	20,0
Indiferente	04	13,3	05	16,7
Indiferente c/ tendência a discordar	01	3,3	00	00,0
Discordo parcialmente	06	20,0	04	13,3
Discordo totalmente	13	43,3	11	36,7
Total	30	100,0	30	100,0

II. Hoje:

II.1. Cuido com tranquilidade de pacientes terminais.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	07	23,3	07	23,3
Concordo	10	33,3	09	30,0
Concordo c/ tendência à indiferença	01	3,3	00	00,0
Indiferente	03	10,0	06	20,0
Discordo parcialmente	07	23,3	05	16,7
Discordo totalmente	02	6,7	03	10,0
Total	30	100,0	30	100,0

II.2. Considero sem chances de cura todos os pacientes com diagnóstico de câncer.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	00	00,0	02	6,7
Discordo parcialmente	00	00,0	01	3,3
Discordo totalmente	30	100,0	27	90,0
Total	30	100,0	30	100,0

II.3. Converso muito com os pacientes sobre a doença, o tratamento e a possibilidade de não cura.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	12	40,0	16	53,3
Concordo	06	20,0	06	20,0
Indiferente	07	23,3	06	20,0
Discordo parcialmente	03	10,0	02	6,7
Não se aplica	02	6,7	00	00,0
Total	30	100,0	30	100,0

II.4. Não gosto de conversar com os familiares.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	02	6,7	00	00,0
Concordo	02	6,7	00	00,0
Indiferente	00	00,0	02	6,7
Discordo parcialmente	01	3,3	05	16,7
Discordo totalmente	25	83,3	23	76,7
Total	30	100,0	30	100,0

II.5. Sinto-me incomodado ao defrontar-me com uma situação de prognóstico fechado.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	06	20,0	09	30,0
Concordo	09	30,0	04	13,3
Indiferente	03	10,0	03	10,0
Discordo parcialmente	02	6,7	05	16,7
Discordo totalmente	10	33,3	09	30,0
Total	30	100,0	30	100,0

II.6. Sinto-me à vontade em esclarecer dúvidas sobre o câncer.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	18	60,0	18	60,0
Concordo	04	13,3	07	23,3
Indiferente	03	10,0	03	10,0
Indiferente c/ tendência a discordar	01	3,3	00	00,0
Discordo parcialmente	02	6,7	01	3,3
Discordo totalmente	02	6,7	01	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

II.7. Em casos de prognóstico fechado, não costumo conversar abertamente com o paciente.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	08	26,7	01	3,3
Concordo	04	13,3	04	13,3
Indiferente	05	16,7	07	23,3
Discordo parcialmente	05	16,7	07	23,3
Discordo totalmente	08	26,7	11	36,7
Total	30	100,0	30	100,0

II.8. É indiferente atender crianças, jovens, adultos ou velhos com câncer.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	05	16,7	05	16,7
Concordo	00	00,0	01	3,3
Indiferente	02	6,7	01	3,3
Discordo parcialmente	00	00,0	05	16,7
Discordo totalmente	23	76,7	17	56,7
Não se aplica	00	00,0	01	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

II.9. Desespera-me ter que dar uma notícia ruim ao paciente.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	01	3,3	01	3,3
Concordo	06	20,0	06	20,0
Indiferente	04	13,3	10	33,3
Indiferente c/ tendência a discordar	01	3,3	00	00,0
Discordo parcialmente	07	23,3	09	30,0
Discordo totalmente	10	33,3	04	13,3
Não se aplica	01	3,3	00	00,0
Total	30	100,0	30	100,0

II.10. Tenho um relacionamento aberto com os pacientes com câncer.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	13	43,3	18	60,0
Concordo	06	20,0	08	26,7
Concordo c/ tendência à indiferença	01	3,3	00	00,0
Indiferente	07	23,3	02	6,7
Discordo parcialmente	01	3,3	02	6,7
Discordo totalmente	01	3,3	00	00,0
Não se aplica	01	3,3	00	00,0
Total	30	100,0	30	100,0

II.11. Prefiro atender um paciente terminal a um paciente que não tem mais que fazer com seu câncer e está bem clinicamente.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	01	3,3	01	3,3
Concordo	00	00,0	01	3,3
Indiferente	06	20,0	11	36,7
Discordo parcialmente	03	10,0	03	10,0
Discordo totalmente	19	63,3	14	46,7
Não se aplica	01	3,3	00	00,0
Total	30	100,0	30	100,0

II.12. Em se tratando de câncer, prefiro atender homens a atender mulheres com essa doença.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	00	00,0	01	3,3
Indiferente	01	3,3	02	6,7
Discordo parcialmente	01	3,3	00	00,0
Discordo totalmente	25	83,3	26	86,7
Não se aplica	03	10,0	01	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

II.13. Quando tenho que atender uma criança com câncer, encaminho o caso a um colega.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	13	43,3	08	26,7
Concordo	01	3,3	01	3,3
Indiferente	02	6,7	02	6,7
Discordo parcialmente	00	00,0	02	6,7
Discordo totalmente	11	36,7	16	53,3
Não se aplica	03	10,0	01	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

III. Em relação à doença e à morte.

III.1. É mais fácil atender um paciente terminal que um paciente com câncer avançado, sem perspectiva de tratamento, bem clinicamente.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	02	6,7	01	3,3
Concordo	02	6,7	05	16,7
Indiferente	03	10,0	03	10,0
Discordo parcialmente	03	10,0	05	16,7
Discordo totalmente	20	66,7	16	53,3
Total	30	100,0	30	100,0

III.2. É muito cruel informar a realidade a um paciente com câncer.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	10	33,3	07	23,3
Concordo	04	13,3	06	20,0
Indiferente	03	10,0	06	20,0
Discordo parcialmente	04	13,3	06	20,0
Discordo totalmente	09	30,0	05	16,7
Total	30	100,0	30	100,0

III.3. É muito cruel informar a realidade do câncer de um paciente para sua família.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	09	30,0	04	13,3
Concordo	03	10,0	08	26,7
Indiferente	02	6,7	04	13,3
Discordo parcialmente	02	6,7	08	26,7
Discordo totalmente	14	46,7	06	20,0
Total	30	100,0	30	100,0

III.4. Dispensar o paciente quando não tenho mais nada a fazer para tratar sua doença.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo	01	3,3	00	00,0
Discordo parcialmente	01	3,3	01	3,3
Discordo totalmente	27	90,0	29	96,7
Não se aplica	01	3,3	00	00,0
Total	30	100,0	30	100,0

III.5. Detenho-me a conversar sobre a doença e o tratamento, nunca sobre a vida do paciente.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	02	6,7	02	6,7
Concordo	03	10,0	02	6,7
Indiferente	02	6,7	04	13,3
Discordo parcialmente	06	20,0	05	16,7
Discordo totalmente	17	56,7	17	56,7
Total	30	100,0	30	100,0

III.6. Encaminhamento para outro médico quando não tenho tratamento curativo a oferecer.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	05	16,7	01	3,3
Concordo	02	6,7	00	00,0
Indiferente	05	16,7	01	3,3
Discordo parcialmente	04	13,3	04	13,3
Discordo totalmente	14	46,7	24	80,0
Total	30	100,0	30	100,0

III.7. Não costumo refletir sobre o fim junto com meus pacientes.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Em branco	00	00,0	01	3,3
Concordo totalmente	06	20,0	04	13,3
Concordo	00	00,0	05	16,7
Indiferente	06	20,0	04	13,3
Discordo parcialmente	05	16,7	05	16,7
Discordo totalmente	13	43,3	11	36,7
Total	30	100,0	30	100,0

III.8. Sinto-me deprimido quando não tenho como curar o doente.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	09	30,0	04	13,3
Concordo	04	13,3	10	33,3
Indiferente	03	10,0	06	20,0
Indiferente c/ tendência a discordar	01	3,3	00	00,0
Discordo parcialmente	02	6,7	05	16,7
Discordo totalmente	11	36,7	05	16,7
Total	30	100,0	30	100,0

III.9. Costumo oferecer cuidados paliativos ao doente, quando a cura não é mais possível.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	27	90,0	27	90,0
Concordo	02	6,7	02	6,7
Indiferente	01	3,3	00	00,0
Discordo totalmente	00	00,0	01	3,3
Total	30	100,0		100,0

III.10. Eu programo o tratamento para o doente.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Em branco	01	3,3	00	00,0
Concordo totalmente	19	63,3	17	56,7
Concordo	04	13,3	06	20,0
Concordo c/ tendência à indiferença	01	3,3	00	00,0
Indiferente	03	10,0	04	13,3
Discordo parcialmente	01	3,3	01	3,3
Discordo totalmente	01	3,3	02	6,7
Total	30	100,0	30	100,0

III.11. Converso abertamente com a família antes de administrar um tratamento.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	28	93,3	26	86,7
Concordo	02	6,7	03	10,0
Indiferente	00	00,0	01	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

III.12. Não suporto a idéia de mutilar uma criança.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	08	26,7	06	20,0
Concordo	05	16,7	02	6,7
Concordo c/ tendência à indiferença	01	3,3	00	00,0
Indiferente	01	3,3	08	26,7
Discordo parcialmente	01	3,3	08	26,7
Discordo totalmente	13	43,3	05	16,7
Não se aplica	01	3,3	01	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

III.13. O paciente não deve opinar sobre seu tratamento.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Indiferente	01	3,3	01	3,3
Discordo parcialmente	04	13,3	03	10,0
Discordo totalmente	24	80,0	26	86,7
Não se aplica	01	3,3	00	00,0
Total	30	100,0	30	100,0

III.14. Cuido da doença, independente da fase em que o paciente se encontre.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	22	73,3	21	70,0
Concordo	00	00,0	01	3,3
Concordo c/ tendência à indiferença	01	3,3	00	00,0
Indiferente	03	10,0	01	3,3
Discordo parcialmente	01	3,3	03	10,0
Discordo totalmente	01	3,3	04	13,3
Não se aplica	02	6,7	00	00,0
Total	30	100,0	30	100,0

III.15. Não tenho receio da morte.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Em branco	01	3,3	01	3,3
Concordo totalmente	13	43,3	08	26,7
Concordo	04	13,3	05	16,7
Indiferente	02	6,7	05	16,7
Discordo parcialmente	03	10,0	03	10,0
Discordo totalmente	07	23,3	08	26,7
Total	30	100,0	30	100,0

III.16. Faz parte do meu trabalho atender pacientes em fase terminal.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	25	83,3	24	80,0
Concordo	02	6,7	02	6,7
Discordo parcialmente	02	6,7	02	6,7
Discordo totalmente	01	3,3	02	6,7
Total	30	100,0	30	100,0

III.17. Não suporto encarar o sofrimento que o câncer causa ao indivíduo.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	03	10,0	02	6,7
Concordo	07	23,3	03	10,0
Indiferente	03	10,0	04	13,3
Discordo parcialmente	01	3,3	10	33,3
Discordo totalmente	16	53,3	11	36,7
Total	30	100,0	30	100,0

III.18. Sinto-me impotente diante de um paciente com prognóstico fechado.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Em branco	01	3,3	00	00,0
Concordo totalmente	13	43,3	05	16,7
Concordo	03	10,0	09	30,0
Indiferente	00	00,0	07	23,3
Discordo parcialmente	03	10,0	02	6,7
Discordo totalmente	10	33,3	07	23,3
Total	30	100,0	30	100,0

III.19. O papel do médico é cuidar da doença e não do doente.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Indiferente	00	00,0	01	3,3
Discordo totalmente	30	100,0	29	96,7
Total	30	100,0	30	100,0

III.20. Quando um de meus pacientes morre, questiono-me se poderia ter feito algo a mais por ele.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	17	56,7	15	50,0
Concordo	04	13,3	09	30,0
Indiferente	02	6,7	03	10,0
Discordo parcialmente	05	16,7	00	00,0
Discordo totalmente	02	6,7	03	10,0
Total	30	100,0	30	100,0

III.21. Sinto-me deprimido quando um de meus pacientes morre.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Em branco	01	3,3	00	00,0
Concordo totalmente	08	26,7	04	13,3
Concordo	05	16,7	12	40,0
Concordo c/ tendência à indiferença	01	3,3	00	00,0
Indiferente	04	13,3	09	30,0
Discordo parcialmente	04	13,3	03	10,0
Discordo totalmente	07	23,3	02	6,7
Total	30	100,0	30	100,0

III.22. Eu programo o tratamento com o doente.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	19	63,3	17	56,7
Concordo	04	13,3	08	26,7
Concordo c/ tendência à indiferença	01	3,3	00	00,0
Indiferente	04	13,3	03	10,0
Discordo parcialmente	01	3,3	02	6,7
Discordo totalmente	01	3,3	00	00,0
Total	30	100,0	30	100,0

II.23. Costumo discutir vantagens e desvantagens de tratamento com a família do paciente.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	27	90,0	26	86,7
Concordo	01	3,3	03	10,0
Indiferente	01	3,3	01	3,3
Discordo totalmente	01	3,3	00	00,0
Total	30	100,0	30	100,0

III.24. Costumo discutir vantagens e desvantagens de tratamento com meus pacientes.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	19	63,3	25	83,3
Concordo	02	6,7	03	10,0
Concordo c/ tendência à indiferença	01	3,3	00	00,0
Indiferente	05	16,7	02	6,7
Discordo parcialmente	01	3,3	00	00,0
Discordo totalmente	02	6,7	00	00,0
Total	30	100,0	30	100,0

III.25. Não abordo, com o paciente de câncer, a reorganização de sua vida.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	02	6,7	01	3,3
Concordo	05	16,7	04	13,3
Indiferente	05	16,7	10	33,3
Discordo parcialmente	02	6,7	05	16,7
Discordo totalmente	15	50,0	10	33,3
Não se aplica	01	3,3	00	00,0
Total	30	100,0	30	100,0

III.26. Sedação é a melhor alternativa para o paciente com o qual não se tem mais nada a fazer.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Em branco	00	00,0	01	3,3
Concordo totalmente	07	23,3	05	16,7
Concordo	03	10,0	04	13,3
Concordo c/ tendência à indiferença	01	3,3	00	00,0
Indiferente	04	13,3	06	20,0
Discordo parcialmente	04	13,3	05	16,7
Discordo totalmente	11	36,7	09	30,0
Total	30	100,0	30	100,0

III.27. Procuo levar em consideração a qualidade de vida o paciente quando elaboro seu tratamento.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	26	86,7	27	90,0
Concordo	01	3,3	02	6,7
Indiferente	03	10,0	01	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

III.28. Costumo conversar com o paciente de câncer sobre seus medos.

Categorias	Hospitais			
	Geral		Especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	18	60,0	14	46,7
Concordo	07	23,3	07	23,3
Indiferente	03	10,0	06	20,0
Discordo parcialmente	02	6,7	02	6,7
Discordo totalmente	00	00,0	01	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

MEDICO	HOSPITAL	ESPEC	SEXO	IDADE	NATURAL	RELIG	ESTCIV	FILHOS	LOCALG	ANOG	RESID	ESPECR	LOCALR	ANOR	ONCO	ESPECO	LOCALO	ANOO	ATPR	RENDA
1	1	2	2	42	4	1	2	2	1	85	1	15	1	89	2	0	0	0	3	#####
1	1	2	2	32	1	2	1	0	3	90	1	15	1	94	2	0	0	0	3	#####
1	1	1	2	43	1	15	3	2	6	79	1	2	1	82	2	0	0	0	3	#####
1	1	2	2	40	2	1	2	3	1	81	1	8	1	84	2	0	0	0	3	#####
1	1	2	2	45	2	1	2	3	13	78	1	8	1	81	2	0	0	0	3	#####
1	1	1	2	41	1	13	2	2	1	81	1	1	1	84	2	0	0	0	4	#####
1	1	1	2	47	1	1	1	0	1	77	1	3	1	81	2	0	0	0	2	#####
1	1	2	2	45	2	6	2	1	1	78	1	8	1	81	2	0	0	0	3	#####
1	1	2	1	30	1	7	1	0	4	92	1	15	1	96	2	0	0	0	3	#####
1	1	2	2	30	1	13	2	0	1	91	1	16	1	95	2	0	0	0	3	#####
1	1	2	1	51	1	14	1	0	1	74	1	9	1	78	3	0	0	0	1	#####
1	1	2	2	34	2	10	2	4	1	89	1	9	1	93	2	0	0	0	2	#####
1	1	1	2	35	1	11	1	0	1	86	1	1	1	88	2	0	0	0	3	#####
1	1	2	2	46	1	6	3	2	1	76	1	11	1	79	2	0	0	0	3	#####
1	1	2	2	38	2	1	2	2	1	83	1	10	1	87	3	0	0	0	2	#####
1	1	1	2	54	3	14	2	0	19	74	3	20	1	81	2	0	0	0	2	#####
1	1	2	2	60	2	1	2	4	1	63	1	8	1	65	3	0	0	0	2	#####
1	1	1	2	29	2	10	1	0	1	92	1	5	1	98	2	0	0	0	3	#####
1	1	2	1	30	1	4	1	0	4	92	1	16	7	95	3	0	0	0	4	#####
1	1	2	2	43	1	8	2	2	9	79	1	10	1	84	2	0	0	0	3	#####
1	1	2	2	37	1	15	2	2	3	84	1	12	1	89	2	0	0	0	3	#####
2	1	1	2	49	1	5	2	2	1	73	1	7	1	76	1	1	4	80	2	#####
2	1	1	2	42	4	13	2	2	3	80	1	7	3	83	1	1	4	90	2	#####
1	1	1	2	37	1	2	2	1	8	85	1	20	15	91	2	0	0	0	3	#####
2	1	1	1	38	1	1	1	0	1	84	1	7	1	88	1	1	2	91	3	#####
2	1	1	1	35	3	1	1	0	1	87	1	7	1	89	1	1	2	90	3	#####
2	1	1	1	30	1	3	2	2	3	92	1	22	1	95	1	1	2	98	3	#####
1	1	1	1	48	1	14	2	2	1	75	1	6	1	78	3	1	4	93	3	#####
1	1	2	2	32	1	13	2	0	6	89	1	17	1	97	2	0	0	0	3	#####
1	1	1	2	35	4	12	2	2	1	88	1	3	1	91	2	0	0	0	3	#####
2	2	1	1	33	3	1	1	0	18	88	1	7	1	90	1	1	2	93	1	#####
2	2	2	2	55	4	1	2	3	20	66	2	0	0	0	1	3	1	69	2	#####
2	2	1	2	29	2	1	1	0	10	93	1	7	4	95	1	1	1	98	2	#####
2	2	1	1	34	1	1	1	0	5	87	3	7	2	89	1	1	3	92	1	#####
2	2	2	2	39	3	16	2	0	7	82	1	8	5	84	1	3	1	87	2	#####
2	2	2	2	34	3	1	2	2	16	86	1	8	6	87	1	4	1	92	3	#####
2	2	1	1	38	2	1	1	0	11	85	1	1	11	88	1	2	1	92	3	#####
2	2	2	1	37	3	1	1	0	10	84	1	8	6	87	1	3	1	90	2	#####
1	2	2	2	38	1	3	2	2	1	84	1	9	1	88	3	0	0	0	3	#####
2	2	2	2	39	1	14	1	0	5	83	1	8	5	86	1	3	1	90	1	#####
2	2	1	2	41	3	14	2	1	17	82	1	1	12	83	1	2	1	86	3	#####
1	2	2	2	39	2	14	1	0	1	82	1	9	1	86	3	0	0	0	4	#####
2	2	1	2	34	1	1	2	2	8	89	1	1	10	90	1	2	1	93	2	#####
1	2	2	2	38	1	13	2	2	1	84	1	9	1	89	3	0	0	0	4	#####
1	2	2	1	40	3	1	2	1	15	81	1	19	13	85	2	0	0	0	4	#####
2	2	3	1	39	3	1	2	0	12	85	1	21	14	89	1	5	1	89	2	#####
1	2	2	1	40	4	1	2	2	5	84	1	17	9	88	3	0	1	0	3	#####
1	2	1	1	32	1	3	2	1	1	90	1	4	1	93	2	0	0	0	3	#####
1	2	2	2	39	1	1	2	0	1	83	1	8	1	87	2	0	0	0	2	#####
1	2	2	2	32	1	3	3	1	2	91	1	18	6	96	2	0	0	0	4	#####
1	2	1	2	43	4	1	3	1	4	79	1	7	3	81	2	0	0	0	3	#####
1	2	2	2	46	1	1	2	2	1	76	1	18	1	80	2	0	0	0	1	#####
1	2	2	2	30	4	13	2	0	1	92	1	16	1	96	2	0	0	0	3	#####
2	2	3	2	36	2	9	2	0	14	87	1	21	14	0	1	5	1	0	2	#####
1	2	2	2	36	1	1	2	2	2	86	1	13	1	92	2	0	0	0	3	#####
1	2	2	1	49	1	1	2	3	10	73	1	18	2	80	2	0	0	0	8	#####
2	2	1	2	31	1	1	1	0	5	92	1	1	8	95	1	2	1	98	2	#####
2	2	2	2	30	1	1	2	0	1	91	1	8	1	95	1	3	1	98	3	#####
1	2	2	2	32	1	1	2	1	6	90	1	14	3	95	2	0	0	0	2	#####
1	2	2	2	34	1	1	2	1	1	89	1	18	1	94	2	0	0	0	3	#####

MEDICO	HOSPITAL	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	I110	I111	I112	I113
1	1	1	5	3	2	1	4	4	5	3	5	1	3	1	5	2	5	1	5	1
1	1	4	1	1	1	1	5	2	5	1	5	2	1	4	5	4	1	5	5	2
1	1	5	1	1	5	3	5	4	5	1	5	5	2	3	5	3	3	5	5	3
1	1	4	1	1	1	2	2	3	5	2	5	2	1	3	5	3	2	5	5	1
1	1	3	1	1	1	1	5	1	5	1	5	5	1	1	3	5	3	5	5	1
1	1	3	1	1	1	2	4	4	5	2	1	1	5	3	5	4	3	4	3	1
1	1	2	1	1	4	4	4	3	5	2	5	2	4	2	1	2	2	5	5	1
1	1	5	1	1	1	5	1	1	5	1	5	5	1	5	5	5	1	5	5	1
1	1	3	4	2	1	3	1	2	5	3	2	2	2	1	5	1	3	5	5	1
1	1	4	2	1	2	1	2	4	5	4	5	3	3	3	5	2	3	5	4	1
1	1	5	2	2	1	1	3	2	5	4	5	2	1	1	5	2	3	3	5	1
1	1	5	1	1	1	4	5	1	5	3	5	5	1	1	5	4	4	3	5	1
1	1	1	1	1	2	1	3	1	5	1	5	5	1	5	5	5	1	3	5	5
1	1	5	1	3	1	1	3	1	5	2	5	5	1	3	5	4	1	3	5	1
1	1	1	1	1	1	1	5	4	5	99	5	1	1	1	5	5	1	5	5	5
1	1	4	1	1	1	1	4	1	5	2	5	5	1	4	1	4	2	4	5	5
1	1	5	1	1	1	1	5	1	5	3	5	5	1	1	1	3	1	5	5	1
1	1	5	4	5	1	2	4	2	5	99	1	4	1	2	1	5	1	5	5	99
1	1	2	1	1	3	1	5	4	5	4	5	2	4	2	5	4	3	5	99	3
1	1	5	3	3	1	3	2	2	5	1	5	5	1	4	3	5	1	4	5	5
1	1	5	1	1	1	1	5	5	5	1	5	1	5	5	5	99	99	99	5	99
2	1	1	1	1	1	1	5	2	5	1	5	2	1	5	5	5	1	5	5	5
2	1	5	5	3	1	1	3	5	5	1	5	1	1	2	5	3	1	5	5	5
1	1	4	1	1	1	1	4	3	5	3	5	1	4	5	5	4	3	5	5	1
2	1	1	1	1	3	1	5	3	5	3	2	4	1	1	5	5	1	5	5	5
2	1	5	1	1	2	3	5	2	5	1	5	5	1	5	5	5	1	5	5	5
2	1	3	2	2	2	2	2	2	5	3	5	3	2	4	5	2	2	3	99	5
1	1	3	1	1	2	2	5	2	5	1	5	3	2	5	1	5	1	5	99	5
1	1	4	1	1	1	3	4	4	5	1	5	2	3	4	5	2	2	5	5	5
1	1	1	1	1	4	2	5	2	5	2	4	2	1	5	5	4	2	3	5	99
2	2	4	1	2	3	3	5	2	5	1	5	5	1	5	5	4	2	2	5	5
2	2	3	3	4	2	1	3	1	5	1	5	4	1	2	4	2	1	4	99	4
2	2	5	5	4	2	3	4	2	5	1	5	4	1	5	5	4	1	3	5	5
2	2	5	1	1	2	1	5	3	5	2	4	4	1	2	1	5	1	5	5	5
2	2	5	3	3	3	5	2	2	5	1	5	2	2	5	5	2	1	5	5	1
2	2	3	1	1	1	2	3	1	5	4	5	5	1	3	3	5	1	1	5	5
2	2	1	1	1	5	5	1	3	5	1	3	1	1	5	1	2	2	3	5	1
2	2	5	1	3	3	1	5	5	1	1	4	1	2	3	5	1	1	5	5	1
1	2	5	5	5	3	3	1	2	5	4	5	5	5	2	1	3	1	5	5	1
2	2	3	2	1	4	1	5	5	4	3	5	5	4	4	5	3	4	5	5	1
2	2	3	2	4	2	4	5	2	5	3	4	5	1	3	99	3	2	3	3	99
1	2	4	5	5	2	4	2	4	5	3	5	1	3	1	4	2	4	3	5	5
2	2	5	1	1	1	1	5	1	5	3	5	5	1	5	5	5	1	5	5	1
1	2	5	1	1	1	3	4	2	5	2	5	1	2	4	5	2	3	5	5	1
1	2	4	4	3	2	2	3	4	5	1	5	5	1	5	4	4	1	4	3	5
2	2	5	1	1	1	3	2	2	5	3	5	2	1	4	5	4	1	5	5	5
1	2	5	5	5	1	2	5	5	5	1	5	1	1	3	5	3	2	3	5	5
1	2	1	1	1	2	1	5	3	5	1	4	2	1	5	5	2	2	3	5	2
1	2	5	2	1	1	3	2	4	5	2	3	1	2	4	1	4	1	4	5	5
1	2	4	1	1	1	1	1	2	5	3	5	4	3	4	2	4	2	5	5	5
1	2	5	5	5	1	4	3	3	5	1	5	3	1	5	5	3	1	5	5	5
1	2	5	1	1	1	3	3	2	5	2	4	2	1	2	5	3	2	3	5	5
1	2	3	1	2	1	1	4	1	5	2	5	5	1	5	5	4	1	3	5	3
2	2	5	1	1	3	4	2	1	5	2	5	1	2	3	5	3	1	5	5	3
1	2	5	1	1	1	1	2	4	5	1	5	1	2	3	4	3	1	5	5	5
1	2	5	3	2	1	1	1	3	5	1	5	1	3	5	5	3	3	3	5	5
2	2	5	5	5	2	3	5	1	5	1	5	4	1	3	1	4	2	3	5	1
2	2	3	2	2	1	1	4	3	5	1	5	3	1	4	5	3	1	3	5	4
1	2	2	1	1	1	1	5	1	5	1	5	5	1	4	4	5	1	5	1	5
1	2	3	1	1	1	1	5	4	1	1	5	3	2	5	5	4	1	5	5	5

MEDICO	HOSPITAL	III1	III2	III3	III4	III5	III6	III7	III8	III9	III10	III11	III12	III13	III14	III15	III16	III17	III18	III19	III20	III21	III22	III23	III24	III25	III26	III27	III28	TEMPO		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1	1	5	2	5	5	4	2	4	5	1	1	1	5	5	1	1	1	2	5	5	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	15	
1	1	5	1	2	5	3	1	3	3	1	2	2	1	3	1	2	1	4	2	5	2	3	2	2	3	5	1	1	1	1	15	
1	1	3	1	1	5	2	4	1	3	1	1	1	1	5	1	1	1	5	1	1	5	1	1	1	1	3	5	1	1	1	14	
1	1	5	1	1	5	5	5	1	5	1	1	1	5	5	1	2	2	5	2	5	4	5	1	1	2	3	2	1	2	1	16	
1	1	4	1	1	5	4	4	4	1	1	1	1	4	4	5	2	2	2	5	2	2	2	2	1	2	5	4	1	4	1	14	
1	1	5	5	4	5	3	5	2	1	3	2	5	5	1	2	1	2	1	5	1	2	3	1	1	5	3	1	2	2	2	26	
1	1	5	5	5	5	5	5	5	1	3	1	5	5	1	1	1	5	1	5	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	18	
1	1	5	4	4	5	1	5	3	1	1	1	1	1	5	1	5	1	1	1	5	1	1	3	1	3	2	1	1	2	2	20	
1	1	5	3	4	5	4	3	3	5	1	2	1	5	5	3	1	5	2	4	5	3	4	1	1	1	2	4	1	2	1	10	
1	1	5	2	2	5	3	5	5	1	1	1	1	5	5	1	3	1	3	4	5	5	5	3	1	3	3	5	1	1	1	15	
1	1	1	4	5	5	5	5	3	5	1	1	1	5	5	1	1	1	5	5	5	5	5	3	1	3	5	5	1	1	1	20	
1	1	5	5	5	5	5	4	5	5	1	3	1	2	5	1	1	1	5	5	5	1	3	1	1	1	5	3	1	1	1	12	
1	1	3	5	5	5	2	5	5	5	1	1	1	5	5	1	1	1	5	5	5	1	5	1	1	1	3	5	1	1	1	20	
1	1	5	5	5	5	5	5	1	5	1	1	1	5	5	1	1	1	5	5	5	1	5	1	5	1	1	5	1	3	1	12	
1	1	4	4	5	5	5	5	5	1	1	1	2	5	5	4	1	5	5	5	4	4	1	1	1	5	1	1	1	1	1	24	
1	1	5	5	5	5	3	3	1	1	1	1	5	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	10	
1	1	2	3	1	5	5	5	5	1	0	1	5	5	1	1	1	5	5	5	1	0	1	1	1	4	5	1	2	2	2	25	
1	1	5	2	5	5	5	4	2	1	1	1	2	4	3	1	1	3	1	5	4	4	1	1	1	4	4	2	1	1	1	14	
1	1	4	5	5	5	5	5	4	1	2	1	4	5	1	2	1	5	5	5	4	4	2	1	1	5	4	1	1	1	1	10	
1	1	5	1	1	99	1	1	1	1	1	1	1	5	99	3	1	1	1	5	1	3	1	1	1	99	1	1	1	1	1	25	
2	1	5	1	1	5	5	5	1	1	5	1	1	5	1	1	5	1	5	5	5	1	1	1	1	1	5	3	1	1	1	5	
2	1	5	3	3	5	5	3	3	1	1	1	3	5	1	5	1	3	1	5	1	1	2	1	1	5	5	1	1	1	1	10	
1	1	5	1	1	5	5	1	5	4	3	3	1	3	5	3	5	1	5	1	5	1	3	3	1	3	5	3	1	1	1	25	
2	1	5	4	5	5	4	1	1	4	1	1	1	5	5	1	1	1	5	5	5	1	3	1	1	4	5	1	3	1	1	20	
2	1	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	5	5	1	0	1	5	0	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	14	
2	1	3	1	1	5	4	5	4	2	1	1	1	1	4	1	1	1	2	1	5	2	2	1	3	5	2	2	3	2	2	17	
1	1	5	1	1	5	5	1	5	1	1	1	2	99	99	5	1	5	1	5	4	1	5	1	5	5	1	3	4	3	1	35	
1	1	2	2	3	5	4	3	4	1	2	1	1	2	5	1	4	4	2	1	5	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	13	
1	1	5	5	5	5	4	5	3	1	2	1	99	5	1	4	1	1	4	5	3	2	1	1	1	5	5	1	2	3	0	30	
2	2	4	4	4	5	5	5	4	1	2	1	2	5	1	2	1	5	5	5	3	3	1	1	2	4	5	1	2	2	0	20	
2	2	4	3	5	5	5	2	5	1	1	1	5	4	1	1	1	5	3	5	5	5	2	1	1	5	2	1	1	1	1	18	
2	2	3	2	4	4	5	5	2	3	1	2	1	4	5	4	5	1	4	3	5	2	3	4	1	1	5	5	1	2	1	16	
2	2	5	5	2	5	4	4	5	2	1	1	1	4	5	1	2	1	5	2	5	1	4	1	1	1	5	3	1	1	1	15	
2	2	2	5	5	5	5	5	2	1	1	1	2	5	1	3	1	2	4	5	3	3	1	1	1	5	2	1	1	1	1	25	
2	2	5	2	2	5	5	5	4	1	1	1	5	5	5	5	1	5	5	2	2	1	1	1	1	4	3	1	1	1	1	14	
2	2	5	3	3	5	5	5	1	1	2	1	1	5	1	5	1	4	2	5	2	2	2	1	1	5	5	1	1	1	1	13	
2	2	5	5	3	5	5	5	5	1	1	1	1	5	3	1	5	3	1	5	1	1	1	1	1	1	3	5	1	1	1	12	
1	2	5	1	1	5	4	4	1	4	1	2	2	1	4	4	1	1	4	2	5	1	3	4	3	3	5	2	3	1	1	11	
2	2	5	1	1	5	1	5	1	5	5	5	3	1	5	1	4	1	5	5	5	5	2	1	1	3	1	1	5	4	1	1	22
2	2	2	4	4	5	3	5	2	3	1	1	2	99	5	1	1	1	5	3	5	2	2	1	2	1	2	4	1	2	1	1	17
1	2	4	1	2	5	2	5	1	3	1	2	1	5	5	1	4	1	5	2	5	1	3	3	2	3	3	2	1	4	1	1	17
2	2	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	5	1	1	1	5	5	5	1	2	1	1	1	3	5	1	1	1	1	15	
1	2	3	2	2	5	5	5	3	2	1	1	1	4	5	4	2	1	4	1	5	1	2	1	1	1	5	1	1	4	1	1	30
1	2	2	4	4	5	5	5	4	3	1	1	1	5	5	1	2	4	2	2	5	2	2	1	1	1	4	5	1	1	1	1	25
2	2	5	4	5	5	3	5	5	2	1	3	1	4	5	1	1	1	3	5	1	2	1	1	1	5	4	1	1	1	1	15	
1	2	3	1	4	5	3	3	0	2	1	1	1	5	3	1	2	4	3	1	3	3	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	25
1	2	5	3	2	5	5	5	5	2	1	5	1	1	5	5	1	4	3	5	1	1	1	1	1	1	4	2	1	1	1	1	20
1	2	5	2	5	5	5	5	4	2	1	1	1	4	5	1	5	1	5	5	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	20
1	2	4	5	5	5	5	5	1	4	1	1	1	3	5	1	1	1	2	5	5	1	3	1	1	1	5	4	1	1	1	1	15
1	2	5	1	1	5	5	5	3	3	1	1	1	3	5	1	4	1	5	5	5	1	2	2	1	1	3	5	1	3	1	1	10
1	2	5	2	2	5	5	5	4	2	1	1	1	3	5	2	3	2	4	3	5	2	2	2	1	1	3	3	1	2	2	2	25
1	2	1	2	3	5	3	5	4	4	2	3	2	3	4	1	0	1	3	2	5	2	3	3	2	2	1	5	1	3	1	1	12
2	2	5	4	2	5	4	4	2	2	1	1	1	4	5	1	1	1	4	2	5	5	4	1	1	1	2	4	1	2	1	1	17
1	2	5	1	2	5	4	4	2	1	2	2	1	4	5	5	2	5	1	5	1	2	2	1	2	2	5	3	2	3	2	3	10
1	2	5	1	1	5	1	1	5	1	1	3	1	3	5	1	5	1	3	1	5	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	25
2	2	2	3	4	5	5	5	3	5	1	1	1	3	5	1	3	1	4	2	5	2	4	3	1	1	2	3	3	3	1	1	15
2	2	2	4	4	5	2	5	3	2	1	4	1	4	5	3	1	4	4	5	1	2	2	1	1	3	0	1	2	1	1	1	17
1	2	4	3	4	5	4	5	4	5	1	3	1	3	5	1	5	1	5	3	5	1	3	1	1	1	3	3	1	3	1	1	22
1	2	5	3	3	5	5	5	5	3	1	1	1	3	5	1	3	1	4	2	5	2	3	1	1	1	4	4	1	2	3	1	35