



Coordenadora do curso:
Profa. Simone Van De Sande Lee

Subcoordenador do curso:
Prof. Evaldo dos Santos

Chefe de Expediente:
Lucas Indalêncio de Campos

Editor do Boletim:
Prof. Fabricio de Souza Neves
fabricio.souza.neves@ufsc.br

Coordenadoria do Curso de Medicina
Campus da UFSC - Bloco didático-pedagógico do Hospital
Universitário (1º andar) – Trindade, Florianópolis, SC
CEP 88040-970
medicina@contato.ufsc.br www.medicina.ufsc.br
(48) 3721-2282

BOLETIM

do

CURSO DE

MEDICINA

da UFSC

Março 2018 Volume 4 – número 3 ISSN 2594-6811

AGENDA

11/abril: Escolha do Reitor da UFSC (2º turno)

VOTE (parte 2)!

O recado, como sempre em época de eleições, é para nosso aluno que não gosta de política ou acha que nenhum candidato é bom o suficiente para merecer seu voto.

O fato é que um reitor para a UFSC será escolhido em 11 de abril.

Com ou sem sua participação.

Se você e seus colegas votarem, há chance do reitor ser mais parecido com vocês, e conduzir a administração de modo que a UFSC esteja mais perto de ser uma escola, uma instituição onde se pratica ensino, pesquisa e extensão como principal ocupação.

Os adeptos de causas políticas sempre votam, porque essa é sua principal ocupação. Se você e seus colegas não votarem, estão na verdade dando um voto para quem comparece às urnas. E aí, há maior chance do reitor escolhido conduzir a administração para esse público, e tornar a atividade política a principal razão de ser da UFSC.

Se você quer que a UFSC seja uma escola voltada para você, VOTE!

Vote e cobre o reitor eleito para que ele trabalhe por uma UFSC parecida com você.

I. Notícias da capa

VOTE (parte 2)!

Neves FS..... 1

II. Relatos de casos do Hospital

Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago: Caso 1/2018 – “A morte e o WhatsApp”

Locks BC, Andrade TB, Trento M, Ribeiro MZ, Delai M, Kretzer LP..... 2

No relato de caso desta edição (pág. 2): cuidados paliativos, eutanásia e WhatsApp surgem para trazer dilemas atuais da prática médica.

Acesse o “Boletim” em: www.medicina.ufsc.br ou em <http://ojs.sites.ufsc.br/index.php/medicina> e submeta seu trabalho para publicação.

Artigos originais de pesquisa e cartas dos leitores para o debate científico são bem-vindos!

CASO NÚMERO 1/2018: “A MORTE E O WHATSAPP”

Bárbara Cavalheiro Locks¹, Danilo Tebaldi Andrade¹, Maísa Trento¹, Marcella Zattar Ribeiro¹, Milena Delai¹,
Lara Patrícia Kretzer²

¹ Acadêmicos do curso de graduação em medicina da UFSC

² Médica intensivista da comissão de cuidados paliativos do HUPEST

Editor da seção: Prof. Fabricio de Souza Neves

Caso relatado na Reunião de Discussão de Casos Clínicos do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, iniciada pelos Profs. Jorge Dias de Matos, Marisa Helena César Coral e Rosemeri Maurici da Silva, em julho de 2017. No dia 8 de março de 2018, no auditório do HUPEST, realizou-se a apresentação e discussão do caso cujo registro é apresentado a seguir:

Lara Kretzer (intensivista): Boa noite. Vou falar de um caso que não se refere a descobrir o diagnóstico do paciente. Achei interessante trazer algumas reflexões que são um pouco diferentes do processo de fazer um diagnóstico, e o caso que apresentaremos exige outras habilidades médicas para sua melhor resolução. Muitas vezes, o médico se depara com algumas situações como essa e nossa discussão poderá ser útil à formação dos acadêmicos. Vou apresentar como o caso apareceu cronologicamente para mim:

Começou pelo WhatsApp. Recebi uma mensagem do colega médico na emergência, pedindo uma ajuda a respeito de um paciente: um senhor de 75 anos, diabético, hipertenso, com pé direito amputado. Estava em diálise há dois meses. Ele chegou implorando por eutanásia, dizendo que não suporta o sofrimento da diálise e que quer morrer. Encaminhado à emergência por *delirium* após diálise. Contudo, a impressão dos emergencistas é de que ele estava lúcido. Por estar com pressa (motorista esperando), foi orientado a voltar em horário combinado. Alguns dias depois, no retorno em horário combinado, uma médica da comissão de cuidados paliativos atendeu o paciente. Vamos refletir: Se um paciente chega e declara para você que quer morrer, que quer a eutanásia - O que você faz como médico?

Amanda Koerich (residente de reumatologia): Primeiro verificar se o paciente compreende bem o diagnóstico e a situação, se está lúcido e orientado e sem depressão.

Lara Kretzer (intensivista): Correto. Temos que verificar se o paciente é autônomo ou não. E, além disso, devemos conhecer bem o quadro clínico e verificar por que o paciente está tão consternado assim. Se for oferecida alguma forma de conforto dos sintomas pode ser que ele mude de opinião. Às vezes, esta decisão do paciente é apenas uma situação transitória, em um momento em que os sintomas de sua

doença não estão com um bom controle. Vamos então conhecer o quadro clínico em mais profundidade:

Tratava-se do paciente JDS, sexo masculino, 74 anos, portador de diabetes tipo 2 insulino-dependente, com retinopatia diabética, polineuropatia diabética, insuficiência renal crônica, redução da acuidade auditiva bilateral (por uso de medicamentos ototóxicos), ex-tabagista (40 maços-ano), sem fumar há 20 anos. O paciente havia passado por uma internação anterior havia dois meses por infecção de pododáctilo, refratária a tratamento ambulatorial. Na oportunidade houve uma piora da função renal, com refratariedade da acidose e hipercalemia. Portanto, mesmo com diurese normal, foi iniciada terapia dialítica por fistula arteriovenosa e prescrição de diálise três vezes por semana. A alta hospitalar ocorreu depois de 25 dias.

Agora, na emergência, fez-se o registro de diretivas antecipadas do paciente, pois estava lúcido e podia responder por si. Era realmente uma pessoa bem informada e consciente a respeito da doença e das possibilidades de morte. Seu desejo e da família que o acompanhava (uma filha) era apenas de ficar em casa, mantendo contato com a equipe de cuidados paliativos ambulatorialmente e com o plano de que se surgissem sintomas refratários, poder vir para o hospital e ser submetido apenas a sedação paliativa, em vez de intervenção curativa. A hemodiálise foi interrompida em respeito a decisão autônoma do paciente e ele foi liberado para casa.

Alguns dias depois, a filha entra em contato através de WhatsApp relatando piora do estado emocional do pai em virtude de completa perda auditiva e visual. O paciente mantinha lucidez mesmo com perda dos sentidos. A filha relatava que o paciente se dizia “vivendo em tortura, isolamento, não queria ter mais percepção do que estava acontecendo, queria dormir de vez”. Fica claro que desejava morrer na situação que está, apenas “se tivesse uma solução para os problemas ele gostaria de viver”.

Importante destacar que a dificuldade de deslocamento do paciente fez com que não houvesse oportunidade para avaliação ambulatorial continuada: para o SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência), um caso como este não configura uma urgência que justifique o uso de uma ambulância. Também não havia programa regular de visita domiciliar que pudesse dar conta da complexidade desta assistência em domicílio. Talvez por isso a comunicação por WhatsApp tenha se tornado mais frequente neste caso.

A médica da equipe orientou que se o paciente estivesse em sofrimento extremo deveria retornar ao hospital para melhores cuidados. A filha trouxe o paciente ao HUPEST, onde ficou na emergência. Devido à carência de leitos na enfermaria e lotação da emergência, demorou bastante para que se conseguisse um espaço na observação onde ele pudesse ficar. E isto criou um complicador adicional para o manejo do caso: paciente e família falando abertamente na emergência, em ambiente de pouca privacidade, pedindo por eutanásia ou sedação. A equipe e a residente com alguma dificuldade em lidar com essa situação relativamente incomum, por eles serem tão diretos naquele desejo, tendo de explicar que o que se realiza não é a eutanásia (uma situação não permitida na legislação brasileira), mas a ortotanásia, o processo de se evitar a realização de procedimentos que seriam fúteis dada a condição de irreversibilidade do quadro clínico de um paciente. Essa discussão, por vezes, acabava chamando a atenção de outros pacientes e familiares que estavam no ambiente da emergência – uma situação no mínimo inusitada. De acordo com as diretrizes antecipadas do paciente, a hemodiálise não foi mais realizada. O paciente ficou internado e sedação foi iniciada, de maneira titulada de maneira a se utilizar a menor dose necessária de sedativos para obter alívio de sintomas do paciente.

Durante este período, a filha do paciente se comunicava frequentemente com a equipe, muitas vezes através de mensagens de WhatsApp. Informava o estado do paciente e perguntava se estava próximo da morte, uma dúvida difícil de responder.

O paciente veio a falecer dois dias após o início da sedação. Mesmo depois deste evento, a família do paciente mantém contato com a equipe por alguns momentos. O companheiro da filha do paciente relatou que ela não estava se sentindo bem, mostrava alguns sinais de não aceitação, mesmo depois de ter apoiado o pai ao longo da decisão. Suporte psicológico foi providenciado.

Em conjunto, este caso representou diversas situações de grande intensidade de demanda, exigindo muito empenho, mesmo da equipe especializada em cuidados paliativos. De modo geral, os profissionais médicos generalistas precisam também desenvolver habilidades para lidar com pacientes diante de extremos sofrimentos e de decisões que envolvam a proximidade da morte.

Algumas reflexões partir deste caso pode ser elaboradas: como reagir a um pedido de eutanásia, como ocorreu neste caso?

Percebam que a dificuldade não está só no paciente, pode estar principalmente na equipe que recebe o pedido em lidar com ele. Recomendo evitar agir com algum

extremo de negação, que afaste ou assuste o paciente. Devemos acolher o paciente e sua família de dar as orientações tecnicamente apropriadas. Teremos que alertar que a eutanásia não é permitida no Brasil, assim vamos ter que explicar que isso não é possível, mas que estaremos ao lado do paciente para garantir o menor sofrimento possível. Explicar que o paciente tem o direito a negar tratamento que não considere benéfico para ele. Nosso principal papel é apoiar e dar conforto ao paciente na situação de irreversibilidade de doença terminal.

Outras dúvidas que podem nos ocorrer são as medidas de boa prática na indicação de sedação paliativa, o papel da equipe médica frente ao luto da família (percebam que a atuação da equipe neste caso continuou mesmo após a morte do paciente) e, uma situação relativamente nova, como lidar com o uso de mídias sociais como forma de comunicação entre médico, paciente e familiar.

Especificamente na questão de comunicação eletrônica, esta me pareceu neste caso uma forma de compensar o paciente da falta de estrutura do sistema. Como alcançar um equilíbrio? Eu ainda não sei bem.

Fabricio Neves (reumatologista): Esse último dilema foi o que eu mais estava refletindo durante a apresentação. Nunca estudei profundamente o assunto, mas desenvolvi minha experiência com o uso. Ao longo do tempo no ambulatório da reumatologia, cada vez mais temos usado o WhatsApp para comunicação com os pacientes. Em um primeiro momento eu tinha receio de usar, mas tenho menos medo agora. Em um ambulatório de hospital público, e com um grande número de pacientes, percebo que a maioria não usa esta forma de comunicação de forma inadequada. E percebo que na maioria das vezes são questões que eu consigo responder sem me causar grande transtorno e talvez evitar que o paciente tenha de se deslocar a uma emergência por uma questão que não é uma emergência de fato, mas que exige a opinião de um especialista ou do médico que conhece o paciente. No geral, parece que conseguimos reduzir problemas e manejar melhor o paciente assim, e tenho a impressão que muitos colegas estão agindo assim também. Muitas vezes não posso responder a uma mensagem, não estou acessível em todos os horários e também me sinto à vontade para não responder alguma mensagem que seja inadequada, mas em geral ambos (eu e o paciente) vemos isso também com naturalidade. A minha conclusão é que os médicos, de modo geral, estão conseguindo lidar com esta comunicação de forma positiva. Talvez o que esteja atrasado seja o aspecto trabalhista da questão. Suponho que deveria haver mecanismos na legislação trabalhista para reconhecer essa comunicação como trabalho devidamente registrado também.

Lara Kretzer (intensivista): Eu concordo plenamente. A maioria esmagadora das pessoas tem um cuidado muito grande em usar essa comunicação com o médico. Em nosso caso, por exemplo, elas estavam em sofrimento tão intenso que se sentiram justificadas por usar essa ferramenta de comunicação, que foi uma opção dada por nós. O erro é o sistema não constatar que este trabalho está

sendo feito ou fechar os olhos para um trabalho médico que supre uma necessidade dos pacientes para além das horas de trabalho presenciais habituais.

Heda Schimdt (pneumologista): Isso me intrigou também. Há uma questão que me preocupa que é o grau de exigência trabalhista institucional que tem crescido muito e as leis não foram feitas para um serviço tão específico quanto a atenção à saúde. Então não existe um entendimento de como uma estrutura hospitalar funciona, e isso é muito difícil de explicar para quem lida com questões trabalhistas e tem uma formação administrativa ou jurídica tradicional. A questão trabalhista vai ser obrigada a se modificar, pois as ações já estão crescendo em número. A classe médica não costuma entrar com ações, mas vai entrar cada vez mais. Pode-se fazer um registro com esta troca de mensagens, por exemplo, de que estava trabalhando fora do horário e deveria receber por isso. Interessantemente, há instituições que proíbem os funcionários de usar celular e e-mail institucionais fora do horário, pelo medo de ações trabalhistas. Pelo bem ou pelo mal essa realidade terá que mudar.

Minha outra preocupação é que eu vejo os profissionais no futuro cada vez mais cansados, por assumirem cargas elevadas de trabalho e responsabilidade. É necessário que haja equipe, um suporte, para estas ações adicionais que hoje em dia em nosso meio dependem muito do esforço individual de uma pessoa que se dispõe a ir além do compromisso burocrático. Hoje eu vejo as pessoas adoecerem. Muitos médicos doentes. Eu me preocupo com o uso das mídias nesse sentido, porque as pessoas vão se cansar, não vão mais desligar. Preocupo-me com o desgaste pessoal de cada profissional e imagino que o profissional assim sobrecarregado pode acabar fornecendo um tratamento diferente do que forneceria se não estivesse exausto. A saúde mental e afetiva dos nossos profissionais me preocupa.

Amanda Koerich (residente de reumatologia): Esse ano, todos os preceptores têm muito pacientes e muitos têm meu número para facilitar contato. Como a gente tem muito convívio com o paciente crônico, acaba desenvolvendo uma relação mais próxima. E às vezes mandando mensagens de madrugada, por exemplo. Então hoje eu durmo com o celular em modo avião após as 22h para poder descansar.

Heda Schimdt (pneumologista): Acredito que você tenha que pactuar com o paciente, dizer que não estará sempre disponível. Ter horários que não poderá responder. Chamo de “contrato” porque é um acordo entre as partes, e ele deve ser claro.

Fernanda Zanatta (medicina da família e comunidade): Eu acho que na maioria das vezes o WhatsApp me dava segurança no caso de um paciente mais grave, porque se não entrava em contato comigo é porque estava bem. Mas por outro lado, em alguns momentos, de madrugada, recebi algumas ligações para ir dar o atestado de óbito na funerária. Então, o fim de semana, de madrugada... Também era desesperador ter ciência de uma situação sem

poder ajudar, era meu momento de descanso e eu não estava descansando: estava ligada numa situação em que não podia ajudar. Então, realmente, encontrar o equilíbrio desse “contrato” também é difícil. Pois ao mesmo tempo em que eu me preocupava sabia que estava agindo certo por questões éticas, porque o CRM não permite que a se faça consultas pelo WhatsApp e na maioria das vezes a comunicação gera uma espécie de consulta. Então, é algo que vai ter que avançar, pois todas as especialidades estão fazendo mais esta forma de comunicação, e eticamente, vai precisar ser mais bem pactuado. Nossos pacientes que estão em casa, acamados, não vão poder ir até nós. O contato então geralmente é ou com a família no ambulatório ou pelo WhatsApp. Como resolvo isso de fazer um ajuste de morfina para um paciente em cuidados paliativos por WhatsApp?

Fabricio Neves (reumatologista): Nós aqui na universidade temos a oportunidade mais frequente de contato e vínculo com advogados, administradores, colegas de outras áreas e acabamos não conseguindo fazer mais por falta de tempo. A sugestão que eu faço é que de conversas com essas pessoas talvez surjam soluções. Se ficarmos só concentrados no que a gente faz como médicos nós não vamos resolver este assunto porque depende de um conhecimento e experiência que nós não temos, na verdade. Mas ao mesmo tempo eles não vão encontrar soluções sem conversar conosco, pois nós é que conhecemos o problema. Então este tipo de dilema que tanto vai afetar nossa profissão, e já afeta, é aquele que só vai ter uma boa solução se conversarmos com profissionais de áreas diferentes das nossas.

Fernanda Zanatta (medicina da família e comunidade): E o apoio institucional? Pois muitas equipes em locais em que há o serviço de cuidados paliativos contam com profissionais que ficam de sobreaviso por telefone e isso faz parte do trabalho e da carga horária das pessoas. Seria algo que daria um apoio tanto para os pacientes quanto para a equipe e uma segurança ética e trabalhista.

Heda Schimdt (pneumologista): Dentro da estruturação do cuidado domiciliar está previsto o sobreaviso, com horário de atendimento durante o dia e o sobreaviso durante a noite, para que realmente se possa prestar atendimento integral para essas pessoas. Isso é previsto, mas quando a legislação federal vai permitir fazer isto é a questão.

Lara Kretzer (intensivista): Conseguimos levantar nesta reunião alguns aspectos bem interessantes sobre o autocuidado, mídias sociais, atenção ao luto dos familiares e sobre a necessidade de estarmos bem preparados para lidar com os cuidados paliativos, estarmos atentos não só do ponto de vista ético e legal, mas sabermos qual o nosso papel para ajudar esse paciente independente do que julgarmos das decisões que eles tomarem. Pois se eles são autônomos e merecem todo o respeito nas suas decisões e estamos aqui para ajudarmos, aplicando nossos conhecimentos e habilidades para que eles possam ter uma sobrevida com a melhor qualidade possível.

Marisa Coral (endocrinologista): Acho que foi bem pertinente esta reunião aos alunos da graduação, pois não se fala muito nesse assunto. Jovens têm dificuldade de falar da morte. Hoje fiz um depoimento e respondi um questionário, e questionei sobre testamento vital. Então, existe um documento em cartório que você, como paciente, pode registrar dizendo que você não quer ser submetido a métodos que não vão superar o curso de uma doença irreversível. E eu falo isso com as minhas filhas e elas não gostam de falar do assunto, parece-me que os jovens têm mais dificuldade em abordá-lo, e quando converso com pessoas mais experientes, mesmo leigas na área, é mais natural. Então achei ótimo este assunto, pois os alunos de medicina e os jovens em geral precisam pensar sobre isso.

Fernanda Zanatta (medicina da família e comunidade): Em 80% dos casos de pessoas que estão sob cuidados paliativos, a morte vai acontecer na atenção primária. Então todo médico que está formado tem que saber fazer cuidados paliativos e lidar com a proximidade da morte. Acho que a educação médica tem que avançar muito neste sentido, na abordagem de que a morte faz parte da vida humana. Em geral, somos treinados para evitar a morte, então aceitar que estamos apenas acompanhando a morte de um paciente é algo muito difícil, é contra intuitivo para o médico. E principalmente em relação à comunicação, que aqui já está bem avançada em relação a outros cursos de graduação em medicina: saber fazer uma boa comunicação

médica num caso como este já é metade do caminho andado.

Saber ter uma comunicação empática e saber ouvir o paciente vai ter muita ajuda. No primeiro contato com este paciente na emergência explicou-se a ele e à filha que a eutanásia não seria possível no Brasil, mas que iríamos cuidar para ajudá-lo a passar por este momento de forma tranquila, cuidando dos sintomas e deixaríamos a natureza seguir seu curso. Então o paciente e filha, emocionados, concordaram e disseram que talvez tivessem encontrado, finalmente, um “caminho bonito”. Era o final da vida dele e o fato de respeitarmos a vontade do outro é muito significativo para alguém ter um final mais feliz.

Lara Kretzer (intensivista): E destaco a importância da equipe também. Precisamos do apoio multidisciplinar. Psicólogos podem ser muito importantes e assistentes sociais também, pois a morte é cercada de questões legais que escapam à atuação médica.

Marisa Coral (endocrinologista): Por fim, como foi bem colocado, a assistência se estende também à família. Muitas vezes o familiar mais próximo está sobrecarregado e tem que lidar com o peso das decisões sob a sensação de culpa, “será que sou culpado pela morte do meu pai?”. Por isso o testamento vital é uma opção, do tomar essa decisão sobre si de forma lúcida, para tirar ao menos parte dessa carga de decisão dos familiares, que devem poder contar com apoio profissional no decorrer deste processo, sempre.

Dia 11 de abril (quarta)

Segundo turno da escolha para Reitor

V O T E !

Urnas para alunos e professores no CCS

Das 8:00 às 21:00