

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:  
PEDIATRIA

**O ACADÊMICO DE MEDICINA FRENTE À MORTE:  
QUESTÕES PARA SE (RE) PENSAR A FORMAÇÃO**

NÁRA SELAIMEN GAERTNER DE AZEREDO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Porto Alegre, Brasil  
2007

**A994a** Azeredo, Nára Selaimen Gaertner de

O acadêmico de medicina frente à morte: questões para se (re) pensar a formação / Nára Selaimen Gaertner de Azeredo; orient. Paulo Roberto Antonacci Carvalho; co-orient. Cristianne Maria Famer Rocha e Malvina Dorneles. – 2007.

115 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria. Porto Alegre, BR-RS, 2007.

1. Atitude frente à morte 2. Estudantes de medicina 3. Educação de graduação em medicina I. Carvalho, Paulo Roberto Antonacci II. Rocha, Cristianne Maria Famer III. Título.

NLM: WS 200

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:  
PEDIATRIA

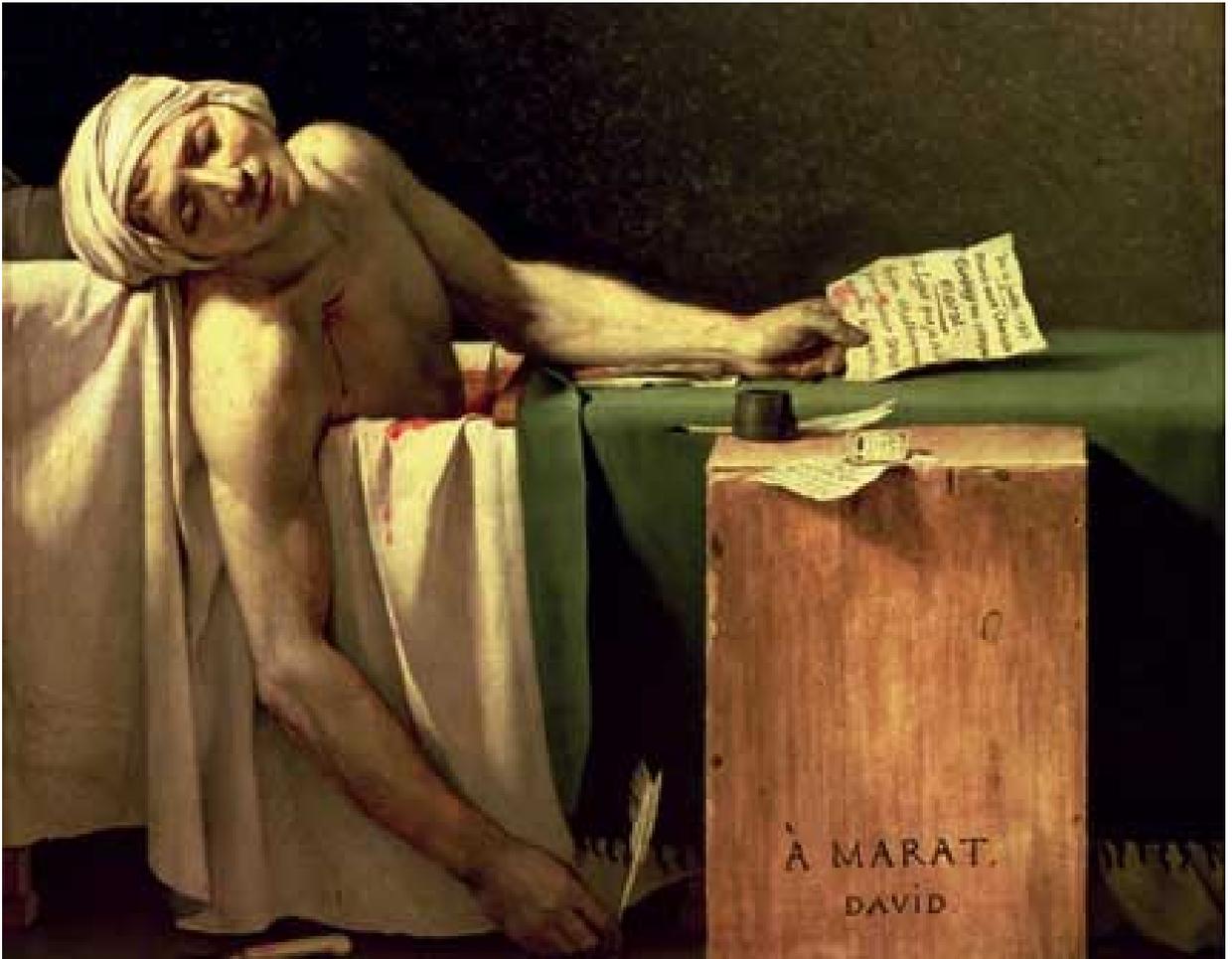
# **O ACADÊMICO DE MEDICINA FRENTE À MORTE: QUESTÕES PARA SE (RE) PENSAR A FORMAÇÃO**

NÁRA SELAIMEN GAERTNER DE AZEREDO

**Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Antonacci Carvalho**  
**Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristianne Maria Famer Rocha**

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil  
2007



**Marat Assassinado (David, s/d)**

## RESUMO

AZEREDO NSG. *O Acadêmico de Medicina frente à morte: questões para se (re) pensar a formação.*[dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.115.p

Este estudo teve o propósito de analisar o quanto a graduação prepara os acadêmicos de Medicina para o enfrentamento com a morte, assim como buscou compreender o que significa para os alunos, sujeitos desta pesquisa, o enfrentamento com a morte em sua prática educativa no cotidiano hospitalar. Realizou-se uma pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa. Primeiro foi aplicado um questionário semi-estruturado, com os alunos do oitavo semestre do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Posteriormente, foram ouvidos, através de entrevistas gravadas, cinco alunos entre o décimo primeiro e décimo segundo semestre do curso. Através da análise de conteúdos das respostas, foi possível conhecer suas expectativas e frustrações em relação às temáticas da morte e do morrer. Pela análise dos questionários e das entrevistas, pode-se perceber o medo, o sentimento de impotência e até mesmo a banalização da morte, o que implica a necessidade de um ensino mais apropriado sobre este tema, bem como espaços de discussão e de aproximação com a morte e o morrer dos pacientes dentro dos campos das práticas educativas. Os acadêmicos referem *o desejo* de uma formação capaz de re (pensar) a emoção e razão, médico e paciente, professor e aluno, a cura e o cuidado, a vida e a morte.

**Descritores:** Morte, Formação Médica, Estudantes de Medicina.

## ABSTRACT

AZEREDO NSG. *The Medicine student before the death: questions to (re) think the graduation*. [dissertation]. Porto Alegre: School of Medicine Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.115.p

This study proposed to analyze how much the graduation prepares the Medicine academics to face the death as it wanted to understand what it means to the students, subjects of this research, the cope with death in their educational practice daily in the hospital. A research was made up with quantitative and qualitative approach. First, it was made a semi-structured survey with the students of the eighth semester of the Medicine School of Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Later, were listened to, through recorded interviews, five students between the eleventh and the twelfth semester of the course. Through the analysis of the contents of the answers, it was possible to know their expectations and frustrations on issues of death and dying. From the analysis of the surveys and interviews, we could notice fear, the feeling of powerlessness and even the trivialization of death, which implies in the need for a more appropriate teaching on this topic, as well as more area for discussions and approach with death and dying of patients in the educational practices. The academics refer to a *desire* for training able to re (think) the emotion and reason, physician and patient, teacher and student, cure and care, life and death.

**Key words:** Death, Medical education, Medical students.

## ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

<b>Tabelas</b>		
1	Gênero	61
2	Fase da vida e o contato com a morte	66
3	Ambiente e contato com a morte	66
4	Sentimento frente a morte	67
5	Lembrança da morte na graduação	67
6	Mudança em relação a morte	68
7	Contato com a morte na graduação	68
8	Preparo para a morte	69
9	A fé e à morte	69
10	Limite Terapêutico	70
11	Período da graduação e o contato com a morte	70
12	Lembrança do Limite Terapêutico	67
13	Discussão de terminalidade	72
14	Disciplinas e a terminalidade	73
<b>Figuras</b>		
1	Procedência	62
2	Tempo de moradia em Porto Alegre	62
3	Ascendência familiar	63
4	Escolaridade dos Pais	65
5	Religião em que foi educado	62
6	Enfoque do Limite Terapêutico	71
7	A Decisão e o Limite Terapêutico	72
8	Sentimento frente a morte na graduação	85
9	Gênero e o preparo para a morte	86
10	Religião e o preparo para a morte	87

<b>Figuras</b>		
11	Procedência e o preparo para a morte	89
12	Ambiente e o enfrentamento com a morte	91
13	O Limite Terapêutico na graduação	95
14	Mudança da visão da morte na graduação	100

## SUMÁRIO

<b>11</b>	<b>MINHAS VIVÊNCIAS</b>
<b>16</b>	<b>A MORTE E O MORRER</b> O Hospital como cenário da morte O Limite terapêutico
<b>40</b>	<b>A FORMAÇÃO</b>
<b>54</b>	<b>TRAJETÓRIA DA PESQUISA</b>
<b>61</b>	<b>RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS</b> Da proveniência, ascendência e cultura Da vivência da morte Sobre o limite terapêutico
<b>75</b>	<b>RESULTADOS DAS ENTREVISTAS</b> A escolha da Medicina O primeiro contato com a morte A morte na graduação O Limite terapêutico
<b>85</b>	<b>ANÁLISES DOS RESULTADOS</b> Sentir-se preparado (ou não)
<b>102</b>	<b>AS POSSÍVEIS CONCLUSÕES</b>
<b>104</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>
<b>112</b>	<b>APÊNDICES</b> <i>Apêndice 1:</i> Questionário <i>Apêndice 2:</i> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido <i>Apêndice 3:</i> Roteiro de entrevistas <i>Apêndice 4:</i> Artigo

A despedida é certa. Ele ou ela tem de estar em paz com a vida e com a morte, tem de saber que a morte é parte da vida: precisa ser cuidada... Sei que isso deixa os médicos embaraçados. Aprenderam que sua missão é lutar contra a morte. Esgotados os recursos, eles saem da arena, derrotados e impotentes. Se eles soubessem que sua missão é cuidar da vida, e que a morte, tanto quanto o nascimento é parte da vida, eles ficariam até o fim. E assim, ficariam também um pouco mais sábios. E até - imagino-começariam a escrever poesias...

(ALVES, 2002, p.56-57)



**Triunfo da Morte (Pieter Bruegel, 1562)**

## MINHAS VIVÊNCIAS...

Terei me tornado outro? A mim mesmo estranho? De mim mesmo evadido? (Nietzsche, 2005, p.181)

Esta pesquisa iniciou a partir das minhas próprias observações e vivências como enfermeira intensivista em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) de um hospital geral. Trabalho há 18 anos na assistência ao doente criticamente grave. Trabalho com paixão pelo que faço. E com compaixão a quem assisto.

Minha vivência profissional com paciente grave, onde a linha tênue entre a vida e a morte está rotineiramente presente, autoriza-me a relatar o quanto o processo de morrer dos pacientes se transforma em sofrimentos, inquietações, dúvidas e até o afastamento de alguns profissionais em relação ao paciente que está morrendo.

Logo egressa da Faculdade de Enfermagem, a visão da UTI para mim era sinônimo de local de sofrimento, era um lugar para morrer. Não seria o lugar “ideal” para eu trabalhar. Porém, fui selecionada para uma Especialização em Terapia Intensiva, com duração de dois anos, aqui dentro desta Universidade. Foi um grande aprendizado. E, dentre tantas coisas técnicas e científicas que aprendi, também aprendi que quando ficamos atentos, surgem em nossos caminhos sinais que nos indicam qual direção seguiremos.

Pois bem, foi assim, dentro da UTI, que iniciei minha vida profissional como enfermeira intensivista e, é nela, que sigo trabalhando até hoje. Acredito que quem trabalha nas unidades de terapia intensiva tem como característica uma atitude vigilante: tudo tem que ser observado, tudo tem que ser registrado, tudo tem que ser rigorosamente controlado. Observamos a perfusão da pele, controlamos a pressão e a temperatura. Registramos eliminações de sondas, drenos e de diurese. Realizamos curativos complexos...

No começo, isso me bastava. Com os anos trabalhados, comecei a querer mais. Desejava sentir ou deixar-me sentir os sentimentos para os quais não havia lugar nestes

ambientes de trabalho. Era como se nestas unidades não houvesse lugar para sentimentos. As perdas não eram comentadas, contudo eram assinadas em certidões e registradas em prontuários. Em alguns momentos me sentia sem alma. O sofrimento por parte dos profissionais existia, assim como segue existindo. E com ele existe a dúvida, medo, fracasso. Mas, como discutir sobre estes temas em unidades onde o avanço tecnológico é prioridade? Onde o tempo nem sempre é nosso amigo? Onde recai sobre nós a esperança da vida e a negação da morte?

Cuidar do paciente grave ou com risco de morte é, sem dúvida, um trabalho penoso e estressante, considerando a subjetividade de todos aqueles que trabalham nesta área da saúde e o significado atribuído à morte e à doença em nossa sociedade.

A presença da morte no cotidiano destes profissionais é uma constante. Mas, ela também se faz constante nas vivências e no aprendizado dos acadêmicos de Medicina que passam pelos hospitais. Por esta razão, identificar o significado da morte e do morrer, bem como de que maneira o acadêmico de Medicina elabora a sua relação com o limite terapêutico parece ser uma necessidade.

Também é verdadeiro, que a morte e o morrer são tema freqüentemente discutido pelos profissionais da saúde. Contudo, também é fato, que muitas destas discussões estão sempre perpassadas por questões relacionadas a como realizar procedimentos corretos, técnicas assépticas, administrar medicamentos adequados e, porque as terapêuticas fracassam diante da morte. Poucos são os espaços que questionam quais os sentimentos e percepções destes profissionais diante da morte.

Nas discussões diárias sobre os pacientes (*round*), comecei a indagar sobre como era o sentimento frente à morte dos pacientes. O que realmente significava “paciente não recuperável?” O que é tratamento fútil? Até quando investir? O que consideramos morte dignamente? E por que nunca conversávamos sobre estes assuntos? Através da minha

percepção e da minha inquietude diante da morte, é que me deparei com a inquietude e com o sofrimento de outros profissionais que trabalhavam comigo, principalmente daqueles profissionais que estavam em formação.

Trabalhando na UTI, descobri que, para nós, profissionais da saúde, é muito difícil lidar com repetidas cenas de sofrimento. E que, pior ainda, é assistir ao sofrimento alheio quando nada mais, ou muito pouco, podemos oferecer. Assim como afirma KÜBER-ROSS (1988):

Uma das razões principais por que a maioria de nós evita qualquer conversa sobre a morte é a terrível sensação de que não há nada que possamos dizer ou fazer para consolar o paciente (p.270).

Assim como eu, outros profissionais da saúde estão expostos a questionamentos como estes, relacionados ao significado do viver e do morrer. Acredito também que estes profissionais que lidam com o doente terminal estão expostos à dúvida frente ao suporte de vida. CAPENA (1997) diz que, enquanto os profissionais da saúde não entenderem a morte como uma fase da vida, não terão condições de estarem presentes neste momento, numa posição de auxílio e não de desafio, entre o cuidar e o curar a qualquer preço.

Atualmente, as mortes em sua maioria, ocorrem em hospitais empenhados no processo de cura. O paciente, cuja doença não pode ser curada, é visto como um fracasso para os profissionais e para estas instituições. O que importa é vencer a doença a qualquer custo. O objeto de trabalho do médico, em algumas situações, parece que passou a ser a doença e, vencer a morte é vencer o adversário.

Acredito que seja desde já importante ressaltar que, em nenhum momento dentro desta pesquisa, menosprezo o sofrimento e o peso que é se confrontar com a morte rotineiramente. Ao contrário, esta pesquisa nasce de uma preocupação de como nós, profissionais, lidamos com este sentimento tão intenso. E, também, de como os acadêmicos vêm aprendendo a conviver com a morte e com o morrer dentro da graduação.

Na Medicina, hoje, parece haver dois grandes paradigmas: o curar e o cuidar. Segundo PESSINI (1997), estes paradigmas, parecem estar cristalizados na maneira como prestamos a assistência ao paciente, principalmente àquele que está morrendo. O curar é percebido quando o investimento total é na vida, na cura da doença. Assim, entram em cena a alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade. A integralidade e as ações humanizadoras<sup>1</sup> são coadjuvantes neste cenário. No paradigma do cuidar também dispomos de alta tecnologia, de procedimentos de alta complexidade, porém é o doente que assume o papel principal nesta cena. Neste cenário, a morte é a arte da condição humana, devendo a equipe de saúde cuidá-la:

É verdade que a morte ainda faz parte da vida de certa maneira... O misterioso poder da morte reside em que, enquanto põe fim à vida aniquilando-a sem levar em conta qualquer perspectiva de lhe dá valor e sentido. Enfim, a morte condiciona a existência do tempo humano (PESSINI, 2002, p.373).

Ao longo destes anos todos dentro da UTI, este questionamento se arrasta. Assim, me pergunto: se hoje é tão difícil proporcionar aos pacientes uma morte digna e abdicar de tratamentos fúteis, como é abordado, dentro do currículo do curso de Medicina, o tratamento dos pacientes sem expectativa de cura? O que é aprendido durante a graduação em relação ao sofrimento dos nossos pacientes? Como é abordado, se é abordado, o sofrimento que a morte destes pacientes representa para os alunos de Medicina? Estão os estudantes de Medicina preparados para o enfrentamento com a morte e o morrer durante a graduação? Tais questionamentos me levam a acreditar, que o enfrentamento do aluno com a morte pode gerar um forte sentimento de impotência que poderá mudar seu modo de agir como profissional.

Segundo CAMIOTTO (1992), a impotência do aluno, diante da morte, causa um grande impacto aos seus sentimentos, podendo propiciar crises e conflitos que poderão ser

---

<sup>1</sup>: Humanizadora: [humano+izar]. Verbo transitivo direto. 1.Tornar humano; dar condição humana à; humanar. 2.Tornar benévolo; afável; tratável; humanar. 3. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar.(FERREIRA, 2004, p.457)

fatores de mudança na sua aprendizagem significativa.

Tenho certeza de que aprendemos que a nobreza das nossas profissões não está apenas no curar, mas, sobretudo, em aliviar o sofrimento. A nobreza é também deixar que a vida siga seu curso normal e se entregue à morte com tranquilidade e com paz.

Historicamente, ninguém gosta de falar sobre a morte, sobre o fim. Este assunto atemoriza, mesmo sendo uma verdade inabalável. E, é inserida neste contexto e com estes dilemas que proponho esta pesquisa que tem como objetivo: analisar o quanto a graduação prepara os acadêmicos de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para este enfrentamento com a morte, através de suas vivências e trajetórias dentro da formação acadêmica. Para tanto, buscarei compreender como os acadêmicos de Medicina se sentem preparados em relação ao enfrentamento da morte e do morrer dos pacientes, bem como, compreender qual, ou quais os significados da morte do paciente para os acadêmicos e como estes elaboram sua relação com o limite terapêutico.

Tudo tem seu tempo,  
há tempo oportuno para todo o  
propósito debaixo do sol.  
Tempo para nascer, tempo de morrer.

(ECLESIÁSTICO 3, 1-2)



**Menino Morto (Portinari, 1944)**

## A MORTE... O MORRER

A morte é uma impossibilidade que, de repente, se torna realidade.  
(Goethe)

Para o homem, o problema não é a morte, mas o fato dele, como sujeito, morrer. A morte parece ser a eterna consciência da humanidade. Sendo assim, os homens produziram - e irão continuar produzindo - as mais diversas formas de representar a morte, a sua morte e a morte dos outros. Estamos falando de uma consciência que abre o pensamento humano não somente para a morte, mas para a vida e para o mundo. Segundo VARELLA (2004), nada transforma tanto o homem quanto a constatação de que seu fim pode estar perto.

A humanidade constantemente vem sofrendo transformações ao longo da história. Mas, embora contrárias, duas verdades seguem sempre em paralelo e permanecem imutáveis através dos tempos: os homens nascem, os homens morrem. RODRIGUES (2006) afirma que, nas escalas das existências individuais, a morte é a única certeza absoluta no domínio da vida. A morte sempre existiu e sempre existirá. Ela é parte integral da existência humana. Segundo esse mesmo autor, a morte não é apenas a destruição do estado físico e biológico. É, também, o desaparecimento de um ser que interage, pois o vazio da morte é um vazio interacional e, sendo assim, a idéia da morte traz consigo ruptura da interação da pessoa como sujeito, consigo mesma, da privação de quem está morrendo com sua comunidade e com a sua cultura.

Até bem pouco tempo atrás, o homem enfrentava a morte em casa. Estavam junto a ele, a família e os amigos. Seus desejos e vontades eram respeitados, pois lhe era permitido expressá-los. Era raro o doente ser encaminhado ao hospital para morrer. Para AIRÈS (1977):

(...) a morte de um homem modificava solenemente o espaço e o tempo de um grupo social que podia estender-se à comunidade toda, por exemplo, a aldeia. Fechavam-se as persianas do quarto do agonizante, acendiam-se velas, usava-se água benta; a casa enchia-se de vizinhos, de parentes, de amigos sérios e de outros que

cochichavam. O sino tocava na igreja de onde saía a pequena procissão que levava o *Corpus Christi* (...) (p.159).

Segundo este mesmo autor, a aceleração do processo de interdição da morte pode estar no deslocamento do local da morte. Já não se morre em casa, entre os seus. Assim, na casa não existe mais a emoção e a perturbação da morte. Em geral, o homem morre sozinho, longe dos seus familiares, na solidão de um leito hospitalar. O hospital passa a ser o novo local para morte e dá um novo sentido ao ato morrer.

Para PITTA (1994), ao transformar o hospital no local onde as pessoas adoecem e morrem, as questões inerentes a este ato, que antes eram compartilhadas socialmente, pois a morte era domiciliar, ficam restritas ao âmbito hospitalar. No entanto, essa transferência do local de onde se morre, vem sendo vivenciada de forma rotineira pelos profissionais que lidam com o paciente que está morrendo.

Talvez por isso morrer seja tão duro, tão difícil, porque para muitos a morte se tornou um ato solitário. Para ESSLINGER (2004), essa solidão, a não possibilidade de comunicação, de despedida, deve ser pensada como parte integrante do processo de morte. E, para o doente, essa solidão pode aumentar a angústia diante do mistério da morte.

Segundo QUINTANA et al (2002), no meio médico não se pode pensar em morte. Esta não é vista como um desenlace possível, mesmo naqueles casos em que esteja claro que a morte é inevitável. A ruptura na comunicação, que se indica com a atitude de não falar da doença e que, posteriormente, vai contaminando todos os assuntos, condena o paciente ao isolamento.

ELIAS (2001) afirma que, nunca antes as pessoas morreram de forma tão silenciosa e higiênica como na nossa sociedade. Mas também, nunca em condições tão propícias à solidão. Como diz EIZIRICK (2000), a morte representa, essencialmente, o poder sobre o qual não temos nenhum controle: invisível, inatingível, indomável, desconhecida.

Neste sentido, o pensamento de FOUCAULT (1985) nos mostra que o conhecimento

a respeito da vida em geral, e o avanço das tecnologias e da ciência (visando à vida e a sobrevivência dos homens) contribuíram para que o domínio da vida afastasse algumas iminências da morte. Sob este aspecto, os processos da vida e de morte são levados por procedimentos de saber e poder que tentam controlá-las e modificá-las.

Para KÜBLER-ROSS (1998), existem várias razões para não encararmos a morte calmamente. Para ela, a mais importante é que, nos dias de hoje, a maioria das pessoas morre nos hospitais, muitas delas sozinhas. E o morrer passa a ser encarado de forma triste demais, pois se tornou mecânico, solitário e técnico. A morte dentro do hospital, na maioria das vezes, se resume a um fenômeno técnico. Nem sempre os cuidados médicos vencem a morte, embora sejam os médicos os guardiões da morte. Na morte hospitalar, o doente está sozinho, porém rodeado de aventais brancos. Parece que a pessoa que está morrendo não consegue encarar ou introduzir a morte nos seus horizontes, pois não teve oportunidade de discutir este assunto durante a vida. Por outro lado, também a família e os amigos não encaram a morte como parte da vida, podendo desta forma desenvolver longos processos de lutos.

Nossa sociedade lida com a morte tentando negá-la, como se fosse possível excluí-la do cotidiano. Parece que somos condicionados a não aceitar a morte como uma etapa normal em nossas vidas. PITTA (1994) afirma que, diante da dor, do sofrimento e da morte, nossa atitude é de negação:

(...) negá-los como fim do inexorável percurso da vida humana, prolongando esta a não mais poder, através de todos os dispositivos disponíveis nos hospitais, afastando a morte do convívio social, reforçando –lhe sempre o caráter da presença incomoda e mítica, e como tal, devendo ser ocultada e distanciada (p.26).

No mesmo contexto, o hospital lida com a morte tentando escondê-la. A verdade é que morrer tornou-se um ato solitário atrás de biombo ou isolado em boxes. Mas, como poderia ser diferente se, ao longo dos anos, aprendemos a recusar a morte em oposição à vida?

Para STEDEFORD (1986), o medo da morte faz parte do equipamento psicológico para preservar a vida, evitando, assim, situações nas quais ela, a morte, está presente.

Dentro dos hospitais, a morte sempre foi algo inevitável. Embora cotidiana, ela segue assustadora ao longo dos tempos. Tememos a morte por não sabermos quando iremos encontrá-la. É como se estivéssemos vislumbrando o nosso fim, mesmo negando-o, na morte de quem cuidamos.

MORIN (1997) afirma que, a consciência de se saber mortal, como um atributo específico do homem, determina a organização de seu modo de viver. Para ele, a sociedade organiza seu funcionamento em torno da morte. A espécie humana é a única para a qual a morte está presente ao longo da vida. Para o homem, existe o ritual da morte, do funeral da morte, a fé na sobrevivência ou no renascimento dos mortos, fazendo da morte um dos traços humano mais importante culturalmente falando-se, da sua vida. Além disto, o medo que temos da morte é porque ela constantemente nos põe frente à frente com a nossa vulnerabilidade.

Para RODRIGUES (2006), esta consciência de morte é importante na medida que desempenha uma função no diz respeito à vida e na medida que é uma função individual que se explica em, e para toda a coletividade. Nenhuma experiência se iguala à experiência da morte de uma pessoa a qual estamos afetivamente ligados, com o qual constituímos um nós, com o qual se edificou uma comunidade que parece romper-se a partir dela.

Como afirma ZIEGLER (1975), a consciência da morte não faz com que experimentemos a morte, mas faz com que tenhamos uma imagem empírica da morte, aquele que uma determinada sociedade formula a partir do desaparecimento gradual de seus membros.

LANDSBERG apud RODRIGUES (2006) afirma que, como a comunidade é de algum modo, eu mesmo, então, experimento algo de morte dentro de mim. Assim, a morte do

outro evocará sempre minha própria morte. Ela é a testemunha da minha precariedade, ela me forçará a pensar nos meus próprios limites.

Segundo MORIN (1997), a existência da morte faz com que nossa vulnerabilidade seja explicitada. Sendo assim, ela nos aproxima da nossa porção mortal, independente da nossa condição social, não admitindo suborno ou concessões. E, pela simples razão de que muitas vezes ela, a morte, não pode ser vencida a despeito de todo o avanço científico e tecnológico, a morte pode apenas ser retardada.

Também BECKER (1976) e KOVÁCKS (2003) nos dizem que, negar a morte é uma maneira de não entrar em contato com experiências dolorosas. Isto faz com que se viva num mundo de fantasia onde há a ilusão da imortalidade. Existe no homem um desejo de sentir-se único, dando a ilusão de que a decadência e a morte não lhe atingirão. Essa couraça de força cria uma fantasia onde se esconde nossa fragilidade, nossa finitude e nossa vulnerabilidade. Talvez, a grande dádiva da negação da morte é viver num mundo onde exista a ilusão da imortalidade. Também é verdade que, caso o medo da morte estivesse constantemente presente, não conseguiríamos realizar nossos sonhos e nossos projetos. Existe em nós o desejo de nos sentirmos únicos, criadores de obras inesquecíveis, dando a ilusão de que a morte não ocorrerá.

Para QUINTANA et al (2002), a negação da morte coloca o médico numa situação imaginária de onipotência que o protegeria dos seus temores e ansiedades. Para defender-se destas situações extremantes angustiantes e difíceis, os profissionais que lidam com a morte muitas vezes se isolam e se fragmentam. E, ao tentar fugir da morte, perdem o contato com algo que também faz parte de sua formação.

Segundo VOLICH (1985), a banalização da morte faz com que o profissional crie em si uma falsa idéia de onipotência, de poder ilimitado de cura. Cria-se, então, uma relação com o outro que nada tem de humano, pois é fragmentada e, porque não dizer, alienada tanto

das perdas como da inevitabilidade da morte.

Entre médico e paciente pode se estabelecer uma relação de ilusão, quando o doente acredita nessa pessoa poderosa que poderá salvá-la de todo o mal e o médico toma para si esse poder de resolver todas as necessidades que lhe são solicitadas pelo paciente.

Para ZAHNHAFT (1990), a crença de que, mediante o progresso da técnica se poderia dominar o mundo natural acena para o homem com a possibilidade de alcançar um estado de saúde, bem estar e felicidade totais, cujo mentor seria o médico.

É inegável o avanço tecnológico. O “curar” re-significou o papel da terapia-intensiva. O poder de intervenção e a melhoria da qualidade técnico-científica são hoje uma realidade. Mas será que refletimos sobre o impacto deste poderoso avanço na vida dos pacientes? Quanto mais avançamos na ciência, mais parece que tememos e negamos a realidade da morte.

Para KÜBLER-ROSS (1975), não se pode negar as novas tecnologias a serviço da saúde, elas apenas denunciam o fato de que os cuidados com a saúde se centram primordialmente nas técnicas, esquecendo muitas vezes da pessoa que está doente, que não tem voz, mas que obviamente sente e reage à doença e à proximidade da morte.

Para MENEZES (2004), com os recursos destinados à manutenção do prolongamento da vida, a medicina criou a morte hospitalar. O hospital como lugar de morrer é solitário e silencioso. Para nós, profissionais da saúde, a morte passa a ser controlada, medicalizada e monitorizada. Para o paciente, o morrer passou a ser solitário, inconsciente.

O emprego de tecnologias médicas para a manutenção da vida, particularmente a utilização do respirador artificial, conduz a profundas alterações tanto no processo de morrer quanto no próprio conceito de morte. A morte deixa de ser uns fenômenos pontuais, caracterizados pela parada cardíaca e/ou respiratória, e emerge um novo critério: o de morte cerebral (MENEZES, 2004, p.33-34).

Para STENDEFORD (1986), o medo existencial da morte, de deixar de ser, encontra-se no fundo de cada pessoa. Os medos relacionados ao processo de morrer, por sua

vez, causam um sofrimento muito mais evidente do que o medo da morte propriamente dita. A idéia da morte origina-se, com freqüência, das lembranças da morte de alguém próximo. Para este autor, a criação de espaços para que as pessoas possam falar sobre suas experiências faz com que o medo da morte seja atenuado.

A morte faz parte do existir e não há como contorná-la, embora, em algumas situações, até os mais experientes paralisam-se em frente a ela. Muitas vezes, dentro do meu cotidiano profissional, me questiono: O que é viver? O que é morrer? Quando parar? O que é morrer dignamente?

Afirmamos e exigimos uma vida digna. Mas também é certo que, a cada um de nós, deveria ser permitido o direito de refletir como seria para si morrer dignamente.

Para MARQUES (2005), a dignidade passa inevitavelmente pelo acolhimento, ou recolhimento, da alteridade e pelo reconhecimento do outro, de seus valores e seus desejos. Passa também, pelo sentido que ele dá a sua vida, tal qual ela se apresenta. Às vezes solitária, difícil, breve, desesperada, digna ou indigna.

O conceito constitucional da dignidade da pessoa não pode ater-se a um simples direito de que essa pessoa não pode ser torturada, humilhada, pelo poder e pela autoridade do Estado. Teríamos que entender que a pessoa tem o direito de não ser humilhada pela tortura do sofrimento inútil, irremediável e atroz (SAMPEDRO, 2005, p.79).

Todos trazemos, dentro de nós, nossos próprios referenciais da morte, que formamos através das experiências pessoais e profissionais. Iniciamos nossa caminhada para a morte quando nascemos. Falamos da morte de forma generalizada. Contudo, a morte é sempre um assunto evitável e ignorado. Ainda mais na sociedade ocidental atual, que cultua o belo e o jovem. SOUZA et al (2002) colocam que, muitas vezes, a beleza dos “velhos” é pouco referenciada, pois está associada ao desgaste da vida e com a proximidade da morte. Para EIZIRICK et al (2000), é muito difícil falar da morte em uma sociedade que a nega e tenta desesperadamente esquecer sua finitude. Para muitos, a morte é somente sofrimento.

Para QUINTANA et al (2002), na medida em que a morte se aproxima, maior parece ser a necessidade de tomar uma distância emocional. A angústia cresce na medida em que se aproxima a situação limite onde nos deparamos com o paciente vivo, contudo muito próximo da morte.

A autora KÜBLER-ROSS (1998) afirma, no entanto, que a morte não deveria ser encarada como um inimigo a ser combatido. Ela é parte integral da vida que realça a existência humana. Ela delimita o tempo de vida e nos impulsiona a realizarmos algo produtivo neste espaço de tempo, pois segundo PESSINI (1990):

A morte tem o poder de colocar todas as coisas nos devidos lugares. Longe do seu olhar, somos prisioneiros do olhar dos outros, e caímos nas armadilhas dos seus desejos. Deixamos de ser o que somos para ser o que eles desejam que sejamos. Diante da Morte, tudo se torna repentinamente puro. Não há lugar para mentiras (p.107).

A experiência da morte não é apenas vivenciada pelos profissionais da área da saúde: é também vivenciada pelos estudantes que tem como seu objeto de estudo o ser humano. Por este motivo, eles se defrontam cotidianamente com a doença, com a dor e com a morte. Dentro do hospital, o auxílio da tecnologia também faz parte deste aprendizado diário, em que formulam e reformulam seus conteúdos e suas práticas.

CARPENA (1997) afirma que todos esses conjuntos de experiência diária podem tornar latentes, para os alunos, seus sentimentos de impotência diante do não solucionável. Através do estudo da morte, o aluno pode perceber o desenvolvimento da pessoa como um todo. Sendo assim, a morte poderá ser entendida como uma etapa do processo do desenvolvimento humano. E pode tornar-se um instrumento para pensar a pessoa, o humano e não somente a doença.

KÜBLER-ROSS (1998) questiona se o fato de nos concentrarmos em equipamentos de alta tecnologia não será uma tentativa desesperada de rejeitar a proximidade da morte, tão

apavorante e incômoda que se apresenta na face amargurada de outro ser humano, a nos lembrar, mais uma vez, nossa impotência, nossas limitações, nossas falhas e, por último, mas não menos importante, a nossa própria mortalidade? Caberiam aqui alguns questionamentos a este respeito:

- Será que a vida hospitalar nos torna insensíveis?
- É proporcionada aos alunos de graduação de Medicina uma educação para a morte, onde eles possam compartilhar seus sentimentos e suas dificuldades?
- O curso de graduação em Medicina prepara seus alunos para o enfrentamento da morte e do morrer sem que o peso dos seus “juramentos” lhes caia sobre seus ombros?

Acredito que os professores jamais podem esquecer que diante deles tem-se um aluno em formação. E que as dificuldades emocionais que a profissão médica gera, também neste aluno, produzirão angústia e negação, sentimentos que certamente dificultam um bom exercício profissional. ZAIIDHAFT (1990) nos diz que:

Poderia ser dito que a questão consiste em se acostumar a um fenômeno natural, que todos os seres vivos nascem, crescem, morrem e que, quando jovens, não aceitamos esta onipotência da natureza. Bem, mas, se é assim, por que independentemente da idade do médico, tanto empenho em vencer a morte a todo custo e não simplesmente reconhecer os próprios limites? Afinal, Hipócrates já ensinava que a função do médico é auxiliar a Natureza e não combatê-la (p.20).

URBACH (1978) pressupõe que, em algum momento, diante do sofrimento alheio, uma pessoa tentou ajudar outra que estava sofrendo. E desta forma, teria surgido o primeiro médico. Conseqüentemente, a atividade médica teve como o seu primeiro fundamento a intenção de atenuar o sofrimento das pessoas. A vida, a morte e a Medicina, embora tenham “histórias e caminhos diferentes”, unem-se sempre na direção da cura e do cuidado.

MANN (2000) em seu livro A Montanha Mágica, nos diz que o interesse dos homens na doença e na morte é, em verdade, apenas uma outra expressão do interesse na vida.

Falo da morte em respeito à vida. Acredito ser a vida uma das expressões que nos dá múltiplos sentidos e que nem sempre sabemos defini-los. A vida faz com que, a cada reinício, a mesma vida seja uma nova vida. Portanto, cabe a cada pessoa aventurar-se a viver, aproveitando todos os momentos como se fossem os únicos e os últimos. E nossa responsabilidade nos obriga a pensar fazer a morte seja pensada não em contraposição à vida, mas como um elemento constitutivo do homem, como parte da vida. Acredito que seja fundamental, portanto, para que se consiga um equilíbrio emocional, que vida e morte sejam compreendidas como fatores naturais da existência humana.

### **O hospital como cenário da morte**

A Medicina busca, em sua trajetória, a cura das doenças e ela, a Medicina, como fator consciente de cura, é tão antiga quanto a própria consciência. A doença acompanha o homem desde o início da humanidade. Fez-se necessário, então, alguma organização para responder a esta necessidade. Mosteiros, templos e conventos já foram prestadores deste serviço, recebendo doentes, cuidando não apenas do corpo doente, mas também da alma que deveria ser salva. Durante toda a Idade Média, tinha-se a convicção de que a assistência espiritual era o remédio mais indicado em caso de doenças.

O hospital é uma criação que teve sua origem nas cidades medievais do ocidente cristão. A etimologia da palavra hospital, por si só, é bastante esclarecedora, não apenas na visão histórica, enquanto instituição, como também, sob o ponto de vista da sua concepção contemporânea. *Hospitalis* é uma palavra latina que significa o que hospeda ou dá agasalho. Nos dias de hoje Hospital é definido, em dicionário de termos médicos, como uma instituição destinada ao tratamento, cuidado e cura dos doentes e feridos, para o estudo das doenças e para o treinamento de médicos e enfermeiras. É geralmente, considerado o centro do sistema

de atenção à saúde e está, sem dúvida, entre as mais complexas e dinâmicas instituições da nossa sociedade (SHUTZ e JOHNSON 1979).

A Casa dos Hóspedes, *a Domus Hospitalis*, tornou-se, na Idade Média um lugar com o nome de *hospitalis*. A palavra *hospitalis* tem sua origem no termo *hostis*, o estrangeiro, seja ele um amigo, um hóspede ou um inimigo, um hostil.

Com certeza cabe bem ao hospital este lugar de duas faces: as duas faces de *Janus*. Ao mesmo tempo em que ele nos atrai, ele nos repulsa. O hospital consegue traduzir muito bem essa ambigüidade em um mesmo espaço, em uma mesma instituição.

Primeiramente destinado a indigentes e aos velhos independentes de toda e qualquer doença e, depois aos doentes que necessitavam de algum tipo de tecnologia.

Não podemos esquecer que em um *passado* muito recente o hospital era a esperança para muitas pessoas e muitas vezes seu último recurso (FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE<sup>2</sup>, 2005).

Segundo FOUCAULT (1979), o hospital da Idade Média não era um hospital de cura. Na história do Ocidente, o hospital, enquanto instituição importante e essencial para a vida urbana, não era uma instituição médica e a Medicina nessa época não era uma prática hospitalar:

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, também como separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doenças e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, como para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido materialmente e espiritualmente, alguém a quem deve dar aos últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. (FOUCAULT, 1979, p.101).

As pessoas que trabalhavam no hospital não estavam comprometidas com a cura ao

---

<sup>2</sup> Fédération Hospitalière de France-7, Rua Cabanis 75014 Paris.

doente, mas com a sua própria salvação. Eram pessoas religiosas e leigas que trabalhavam no hospital, a fim de prestar caridade ao doente e, desta forma, assegurar a própria salvação. Assim, o hospital concentrava em si, vida e morte, salvação espiritual e material e a possibilidade de exclusão dos indivíduos perigosos à saúde geral da população.

Para FOUCAULT (2004), o hospital nasce essencialmente com a função assistencial aos pobres, mas também com o papel de excluir e separar da sociedade todo o indivíduo considerado “contagioso”. Fica claro, então, que o objeto principal da atenção hospitalar não é o de curar o doente, mas retirar da sociedade o pobre que está morrendo.

No período Renascentista, o hospital vai se desprender da influência religiosa, passando a caracterizar-se como uma instituição social sob responsabilidade do Estado. Aparece, então, pela primeira vez na história da Medicina, um rompimento do monopólio do saber e da assistência que era, até então, privilégio da Igreja e de seus aliados.

O hospital, portanto, como instrumento do curar e do cuidar, é uma invenção relativamente nova, a partir do final do século XVIII. Segundo FOUCAULT (1979), a consciência de que o hospital poderia e deveria ser um instrumento destinado à cura aparece claramente em torno de 1780.

ANTUNES (1991) nos diz que, como fruto de diversas transformações ocorridas, sobretudo no século XVIII, acreditou-se que os hospitais pudessem vir a exercer uma ação terapêutica efetiva e potencialmente eficaz sobre os doentes internados, caso superassem suas condições insalubres, pois a sujeira, a promiscuidade e a mistura dos corpos em camas coletivas, favoreciam toda ordem de contágios.

Até o século XVIII, hospital e Medicina tinham olhares diferentes e seguiam em mundos completamente independentes. O cuidado se baseava em cuidar de feridas, preparo de unguentos, chás e alimentação, que eram exercidos por leigos.

Neste período da história, não havia nenhuma ação que proporcionasse uma

organização e um saber hospitalar, isto é, uma intervenção real da Medicina sobre a doença. Os hospitais seguiam sem serem medicalizados. A inclusão do médico dentro do contexto hospitalar acontece dentro de uma transformação hospitalar, que buscava uma nova prática que se baseava em uma ação positiva sobre a doença ou sobre o doente e, não simplesmente a anulação dos efeitos negativos do hospital.

Segundo FOUCAULT (2004), primeiro era preciso purificar o hospital dos efeitos nocivos de sua desordem interna, para depois medicalizá-lo<sup>3</sup>. A organização hospitalar acontece, neste período, basicamente dentro dos hospitais militares e marítimos. Essa organização, no entanto, não acontece não sob um olhar técnico da Medicina, mas sob um olhar político, isto é, através da disciplina. Para este autor, a disciplina é uma técnica de poder, de exercício de poder, elaborada durante o século XVIII. É a disciplina que irá reger o controle, a vigilância e o registro contínuo, permitindo, assim, um sistema de poder da qual resultará a sujeição do indivíduo:

A introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital vai possibilitar a sua medicalização. Tudo o que foi dito até agora pode explicar porque o hospital se disciplina. As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propagassem, explicam o esquadramento disciplinar a que está submetido o hospital. Mas, esta disciplina torna-se médica, se este poder disciplinar é confinado ao médico e, isto se deve a uma transformação do saber médico. A formação de medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e por outro, à transformação, nesta época, do saber médico e da prática médica (FOUCAULT, 1979, p.107).

Na medida em que o hospital passa a ser visto como instrumento de cura e a sua reestruturação espacial interna se tornam um instrumento terapêutico, o médico assume seu papel de responsável pela organização hospitalar. Isto acontece na metade do século XIX, como decorrência da primeira revolução das ciências e técnicas biomédicas, protagonizadas

---

<sup>3</sup> A idéia de desordem significa o aparecimento de novas doenças que surgiam nos doentes internados e, assim, espalhavam pela cidade uma desordem sócio-econômica (FOUCAULT, 2004).

por Bernard, Pasteur e Koch, quando a Medicina passa a ser vista, definitivamente, como uma profissão a se reconciliar com as elites dominantes e garantir o monopólio do exercício legal da atividade<sup>4</sup>.

É então que o saber médico que, até o início do século XVIII, estava localizado nos livros, em uma espécie de jurisprudência médica encontrada nos grandes tratados clássicos da medicina, começa a ter lugar, não mais nos livros, mas no hospital; não mais no que foi escrito e impresso, mas no que está cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital (FOUCAULT, 1979, p.110-111).

O hospital tornou-se assim uma rica fonte de dados e o médico começou a ver essa instituição como local de prestígio, importante para a sua formação. Além disso, o controle passou a ter uma função terapêutica, na medida em que contribuía para o tratamento das enfermidades.

ROSEN (1994) nos diz que, durante o século XX, o crescimento e a aplicação da bacteriologia e dos estudos laboratoriais modificaram profundamente o hospital. A adoção de cuidados de assepsia conseguiu reduzir os índices de mortalidade hospitalar e as técnicas laboratoriais facilitaram o diagnóstico. Com isso, o tratamento médico acabou se tornando mais eficaz e, progressivamente, as pessoas passaram a ter confiança nesta instituição.

Para CARAPINHEIRO (1993), a função do hospital contemporâneo consiste em recuperar a força de trabalho e, quando isto não é possível, em acolher a morte. A técnica se encontra impregnada na estrutura e na organização do hospital. O médico, ainda que seja o profissional símbolo da instituição, passou a ter que dividir poder com outros profissionais de saúde, e a clientela passou a incluir portadores de todos os tipos de enfermidades, físicas ou mentais.

---

<sup>4</sup> Ressalto aqui que o início do hospital estava diretamente relacionado ao atendimento aos pobres e aos moribundos, já que a Burguesia recebia atendimento médico domiciliar.

Ao longo da história, o hospital foi se tornando cada vez mais complexo, a ponto de ser considerado um elemento indispensável na sociedade atual. Tornou-se sinônimo de assistência e recuperação da saúde e símbolo da alta tecnologia e de poder social dos médicos. Ao mesmo tempo, local privilegiado para a morte e escolhido para o momento do morrer.

Para SANT'ANNA (2005), na medida em que a cura deixa de ser aceita como o único resultado da evolução normal das doenças, o hospital torna-se, também, um espaço destinado a curar e, ao mesmo tempo, uma escola de aprendizado para a morte.

REZENDE et al. (1996) nos diz que a morte institucionalizada passa a ser dominante na sociedade atual, em função do imaginário social que credita ao hospital o poder de anular os efeitos nocivos da doença e à alta tecnologia a possibilidade de promover o conforto físico do moribundo.

PESSINI (2002) afirma que passar de uma instituição de morte para uma instituição de "cuidado", onde a ciência e a tecnologia são parceiras ainda levará algum tempo. O hospital é o reflexo da sociedade. Nele encontramos o que existe de mais nobre e bonito, assim como de mais triste e degradante. O hospital acolhe a todos: ricos, pobres, velhos e crianças. É dentro deste contexto que os profissionais se deparam com uma realidade paradoxal. É dentro do hospital também que nos deparamos rotineiramente com a presença da dor e da morte.

Parece, então, que as inúmeras transformações que o hospital sofreu ao longo da sua história, passando de um local de exclusão para um local de cura, resignificar a morte passou a ser, também, uma missão hospitalar. Para RIBEIRO (1993), o hospital contemporâneo não é apenas uma instituição que ao longo do tempo mudou sua organização de trabalho. Para este autor, o hospital é uma nova instituição, com novos processos de trabalho, novas formas administrativas, novas finalidades. O que segue imutável ao longo dos tempos é o homem que sofre e morre.

## O Limite Terapêutico

Mas, eu alheio sempre, sempre entrando  
O mais íntimo ser da minha vida,  
Vou dentro em mim a sombra procurando. (PESSOA, 2006, p.124).

As questões sobre o processo de morrer, como já foi apresentado, têm origens muito antigas. Um equacionamento das questões sobre o morrer e o limite terapêutico pode ser encontrado no livro *A República* do filósofo grego Platão. No livro III desta obra, é elaborada uma censura aberta ao emprego da Medicina, como forma de prolongar a vida, caso o doente esteja acometido de uma doença incurável (BATISTA & SCHRAMM, 2004).

O limite terapêutico surge dentro da Medicina quando os recursos para a cura do paciente se esgotarem, e o fim da vida é a única trilha de um caminho sem volta. O cuidado torna-se fundamental e o fazer pelo paciente, na perspectiva do trabalho, tem a preocupação com o alívio e com o conforto, embora esta idéia deva estar sempre em todos os momentos do tratamento. Parece então que o limite terapêutico é estabelecido quando o cuidado é prioritário à cura. Assim, a missão do profissional da saúde com um paciente terminal, é atuar na dimensão do cuidado e na proteção do paciente que está morrendo. Talvez todos aqueles que trabalhem na área da saúde concordem com esta idéia, mas cabe aqui um questionamento: Está é uma realidade dentro dos hospitais? Quando a morte é certa, o paciente tem como tratamento o alívio do sofrimento?

Embora as bases filosóficas da Medicina tenham suas raízes na Antiguidade, ao longo dos tempos foram à ela foram se agregando novos pensamentos, novos saberes, outros interesses. No século XX, a Medicina apresenta um grande progresso, permitindo a cura de várias doenças e, por que não dizer, das tentativas *ad infinitum* do prolongamento da vida. Porém, a morte segue sendo um tabu, algo complexo e velado.

O avanço técnico-científico não desfaz a dialética entre buscar a cura e salvar a vida.

É preciso curar, não temos dúvida; mas o curar acompanhado do cuidado humanizado. É preciso preservar a vida, mas sem abandonar jamais a “qualidade de viver”.

Segundo ELIAS (2001), o progresso dentro das ciências biológicas, tornou possível aumentar a nossa expectativa de vida. Contudo, por mais que a ciência, com o auxílio da Medicina, tente prolongar a vida, a morte é um fato real que indica o poder da natureza sobre o homem.

A idéia de morrer com dignidade tem sido cada vez mais abordada tanto no meio médico, quanto no meio social e político. Como já vimos, as modernas tecnologias no campo da saúde permitem que a vida seja prolongada para muito além do que seria imaginado em outros tempos. Através de aparelhos, mantêm-se artificialmente as funções vitais do doente, mesmo quando não há mais condições de reverter ou recuperar sua autonomia.

O jornal *Washington Post*, em maio de 1991<sup>5</sup>, publicou um artigo assinado pelo médico H. Flaschen (1991), intitulado “Escolhendo Morte ou *Manba* na UTI”. Neste artigo, define situação de sofrimento que muitos pacientes experimentam ao serem internados em nossas UTIs. O médico-articulista relata, a partir da sua própria história, a experiência vivida por três missionários religiosos quando aprisionados por uma tribo canibal. O chefe tribal lhes oferece duas opções de passamento: a morte ou a *manba*. Dois deles, sem saber o que significava *manba*, a escolheram. Souberam, então, que *manba* era uma cobra venenosa cuja mordedura impunha enorme e insuportável sofrimento antes da morte acontecer. Assim, viveram longas horas de sofrimento e agonia antes do desenlace. Após presenciar esta horrenda cena de sofrimento dos amigos, o terceiro missionário religioso suplicou ao chefe da tribo que lhe concedesse a morte. Como resposta, recebeu que lhe seria dada a morte, contudo precedida de um “pouco de *manba*”. A questão apresentada por Flaschen, aos médicos, é representativa da quantidade de *manba* que cotidianamente é imposta aos pacientes dentro das

---

<sup>5</sup> Flaschen JH.(1991) Escolhendo Morte ou Manba na UTI. The Washington Post.

UTIs.

CARVALHO et al. (2001) nos descrever que com o progresso da Medicina, a adoção de terapias extraordinárias de suporte da vida que, em outros tempos, nem sequer eram admitidas, tem dificultado cada vez mais a definição dos limites terapêuticos nos cuidados intensivos, contrapondo-se aos princípios éticos da beneficência e da não-maleficência. Também, segundo estes autores, as atitudes de limitação terapêutica nas UTIs, frente a pacientes fora das possibilidades terapêuticas, passaram a ocorrer de acordo com conceitos éticos e morais defensáveis. Contudo, não é incomum que estas atitudes de limitação terapêuticas venham acompanhadas de grandes conflitos bioéticos, devendo, então, serem amplamente discutidas por todos os integrantes da equipe assistencial.

Para ELIAS (2001), o progresso no conhecimento biológico tornou possível elevar consideravelmente a expectativa de vida. Contudo, por mais que seja tentado, com auxílio do progresso médico e a capacidade e a necessidade crescente de prolongar a vida e aliviar as dores do envelhecimento, a morte é um dos fatores que indica que o controle humano sobre a natureza tem limites.

Gostaria de acreditar que a morte, nas mãos da atual medicina tecnológica, deveria ser um evento menos sofrido, mais digno do que foi em outros tempos. Sei que hoje temos um maior conhecimento biológico, notáveis avanços terapêuticos e farmacológicos, o controle quase absoluto da dor, máquinas e equipamentos capazes até de substituir órgãos em falência. Não podemos esquecer também, que dispomos de um maior conhecimento psicológico, recurso imprescindível para aliviar a ansiedade e sofrimentos causados pela doença e pela morte. O avanço em todos os campos dos saberes é notório e indiscutível. Contudo, por maiores que tenham sido os avanços tecnológicos, a morte não parece ter ganhado mais dignidade ou mais paz. Cuidar dignamente de uma pessoa que está morrendo, num contexto clínico, significa respeitar a integridade da pessoa.

Para PESSINI (1990), o conhecimento biológico e as destrezas tecnológicas não deveriam servir para um morrer mais problemático: difícil de prever, mais difícil ainda de lidar, fonte de complicados dilemas éticos e escolhas difícilíssimas, geradoras de angústia, ambivalência e incerteza.

Por estes motivos o sofrimento, no fim da vida, é um desafio que se apresenta à Medicina nesta era tecnológica. O processo de morrer traz à tona a questão sobre qual aspecto da vida do paciente deve ser priorizado: a qualidade de vida ou a quantidade de tempo. A idéia de viver está agregada à idéia de bem-estar, de bem-querer. SAMPEDRO (2005) afirma que, a idéia de sofrimento não deveria estar associada à vida, pois se viver é um direito, morrer também deveria ser. E complementa:

O direito de nascer parte de uma verdade: o desejo do prazer. O direito de morrer parte de outra verdade: o desejo de não sofrer. A razão ética coloca o bem ou o mal em cada um dos atos. Um filho concebido contra a vontade da mulher é um crime. Uma morte contra a vontade da pessoa também. Mas, um filho desejado e concebido por amor é, obviamente, um bem. Uma morte desejada para se libertar da dor irremediável também (p.162-163).

Para MORIN (1997), a morte segue sendo um desafio, porque a idéia de morte propriamente dita é uma idéia sem conteúdo, ou seja, o conteúdo é o vazio, é o fim. Ela, a morte, é a mais vazia das idéias vazias, pois seu conteúdo é impensável e inexplorável. A idéia da morte é uma idéia traumática por excelência.

Segundo ESSLINGER (2004), a morte segue sendo algo incômodo. Nem sempre estamos preparados para estarmos ao lado do paciente terminal. Pois, saber parar é também aceitarmos nossa própria existência humana, é podermos suportar nossa própria impotência, é darmos limite aos nossos desejos de onipotência.

Um dos testemunhos mais claros e mais comoventes do papel que o sofrimento causa ao fim da vida é aquele relatado por TOLSTOI (2002) em “A morte de Ivan Ilich”:

Em alguns momentos, depois de um período prolongado de sofrimento, desejava, mais do que outra coisa-envergonhava-se de confessá-lo-, alguém que sentisse pena dele como se tem pena de uma criança doente. Ansiava ser cuidado e beijado como as crianças são cuidadas e confortadas quando doentes (p.80).

O que causa sofrimento para os pacientes, entre outras coisas, é a desinformação, é sentir autonomia e seus valores pessoais serem deixados de lado, em detrimento de decisões médicas que desconhecem sua história, suas necessidades, seus valores e seus desejos:

O que mais atormentava Ivan Illich era o fingimento a mentira, que por alguma razão todos eles mantinham, de que ele estava apenas doente e não morrendo e que bastava que ficassem quietos e seguissem as ordens médicas que ocorreria uma grande mudança para melhor (TOLSTOI, 2002, p.78).

Atualmente, todos conhecemos os direitos humanos, em geral, assim como, os direitos das crianças, dos idosos, dos deficientes físicos e dos deficientes mentais, em particular. Contudo, neste rol de direitos, não está incluído, como um objeto a ser considerado, o direito da pessoa que está enfrentando a iminência da morte. Isto é, para todos aqueles a quem o tratamento e a remissão da doença escapam da capacidade da Medicina curativa.

As necessidades essenciais dos doentes na contemporaneidade não são diferentes daquelas dos tempos mais remotos. Elas não mudaram com o passar do tempo. A grande mudança, talvez, esteja relacionada com a incapacidade que temos para satisfazer as necessidades emocionais do doente. A morte domiciliar, acontecimento freqüente nas décadas passadas, nos países ocidentais mais desenvolvidos economicamente, era acompanhada pela satisfação das necessidades emocionais do moribundo. Os últimos desejos, o acompanhamento espiritual, a presença da família, dos amigos, entre outros aspectos, estavam presentes nos cuidados aos doentes no fim da vida. Hoje, a maioria das mortes ocorre no ambiente hospitalar, onde todas as necessidades do doente também deveriam ser atendidas.

Podemos dizer, no entanto, que a maioria das necessidades físicas é atendida, pois com o avanço tecnológico, os cuidadores cuidam do corpo doente, mas descuidam dos sentimentos e emoções dos doentes.

Para KÜBLER-ROSS (1975), os profissionais da saúde construíram super auto-estradas de tecnologia médica, onde as doenças e os doentes aparecem indistintamente, onde focalizamos com eficiência e precisão os processos da doença e buscamos sua cura. Entretanto, os cuidados com o paciente escrevem sua própria história. E o paciente terminal é um exemplo extremo de quando o desafio profissional pede que abandonemos a estrada confortável e ousemos nos aventurar pelos estreitos caminhos secundários que se adaptam à individualidade do mundo real, que atendem de modo integral as necessidades daquele que se entregou a outro ser humano, buscando, sobretudo, ajuda e esperança.

DINIZ (2006) assegura que, não basta ter uma boa Medicina para que se tenha uma boa morte. A boa morte seria acompanhada por uma integração entre os princípios religiosos, morais e terapêuticos. Por este motivo, é preciso garantir àquele que está morrendo um cuidado respeitoso com suas crenças, seus valores. A boa morte deve, segundo este autor, garantir o sentido da vida e da existência, para que a morte seja um ato de cuidado.

Neste sentido, QUINTANA *et al.* (2002) nos dizem que, na medida em que o médico se priva de suas emoções, usando como escudo uma pretensa neutralidade científica, o paciente é, muitas vezes, transformado em objeto. Desta forma, seu corpo passa a ser considerado um meio através do qual se podem observar fenômenos científicos. Ele, paciente, deixa de ser considerado sujeito de sua vida e de sua morte.

A morte é um aviso de que há um fim em tudo que fazemos e nós a experimentamos diariamente. Não esqueçamos que ela é a possibilidade de existência mais extrema, é a experiência mais pessoal e a única intransferível. É preciso, então, que ela seja efetivamente cuidada dentro dos hospitais e ensinada dentro dos cursos da saúde.

A morte é acompanhada de sentimentos e emoção, tanto para o paciente que está morrendo como para os profissionais que o estão cuidando. Sendo assim, estar preparado para exercer a Medicina, é ter aprendido que o cuidado faz parte da cura e que a morte faz parte da vida. A morte, portanto, não pode ser ignorada nem esquecida, e o seu enfrentamento deve fazer parte da sublime missão médica: aliviar o sofrimento humano.

Para KÜBLER-ROSS (2002), há um momento na vida dos pacientes em que a dor cessa, as palavras não são mais necessárias, e tarde demais para intervenções médicas. Para esta autora é o “momento de estar ao lado”, no qual o silêncio vai além das palavras, sem medo e sem dor, permitindo que o processo de morrer ocorra em paz.

CARVALHO & PIVA (1993) nos ensinam que, quando é chegado o momento em que o processo de morte se torna inevitável, e as medidas terapêuticas não conseguem mais aumentar a sobrevida, mas apenas um processo lento de morrer, é preciso abdicar da cura e pensar no cuidado. Quando a terapêutica é fútil ou pressupõe sofrimento, o que precisa ser cuidado é o doente, pois a doença vai seguir, a despeito da nossa vontade, o seu próprio curso. Neste momento, a morte não é mais vista como um inimigo a ser temido, muito pelo contrário, deve ser bem-vinda, e recebida como um amigo que trará alívio e dignidade no fim da vida.





**Demonstração Pública da primeira cirurgia com anestesia em 16 de outubro de 1846**

**(Robert Hinckley, 1846)**

## A FORMAÇÃO

Nós ignoramos tudo sobre a vida;  
Que podemos então saber sobre a morte? (CONFUCIO apud  
RODRIGUES, 2006, p.7)

A atuação médica é movida por dois grandes princípios morais: a preservação da vida e o alívio do sofrimento. Certamente, a Medicina e o homem trilham juntos na linha do tempo. Desde o princípio, o sofrimento foi para o homem um aprendizado. Para URBACH (1998), toda vez que o homem sofre ou testemunha um sofrimento, ele procura explicá-lo. A explicação obedece a padrões de cultura e de conhecimento científico de cada época. As interpretações da morte e da doença não escaparam a esta regra.

Aos olhos da Antropologia, o poder médico se instaura por ser um poder mágico-religioso, independentemente de quem o exerce. Sejam eles curandeiros, sacerdotes, físicos ou cirurgiões, tanto nas sociedades primitivas como nas sociedades mais complexas, esse poder baseia-se, sobretudo, na crença da cura das doenças, que embora operadas por forças divinas, exigem uma intervenção de um “médium” dotado de um dom ou de um carisma:

No período neolítico, a Medicina é Sacerdotal, isto é, há uma determinada casta, intermediária entre o homem e as divindades, que exerce as funções médicas. Estas são frutos de uma ação divina, e o médico-sacerdote tem o poder de vida e de morte sobre seus pacientes. A doença e a morte, aqui, são considerados como um castigo divino por infração de algum tabu (ZAHNHAFT, 1990, p. 95).

Em sua origem mitológica, o Deus da Medicina é Esculápio (latim) ou Asclépio (grego). Asclépio é filho de Apolo, fruto de amor com uma de suas ninfas chamada Coronis. Esculápio é perseguido pelo pai, Apolo, por seus conhecimentos. Tornando-se ele, Esculápio, o semideus da Medicina. Esculápio teve dois filhos (também médicos) e duas filhas, Higéia e Panacéia. Estas duas figuras femininas personificam a saúde e a terapêutica. Assim, Panacéia representa a Medicina Curativa (a arte de curar a doença) e Higéia representa a Medicina

Preventiva (a proteção à saúde).

Nas culturas Ocidental e Oriental, existem diferenças quanto à prática da Medicina. Contudo, a técnica e a mística aparecem em ambas as culturas.

Na Grécia, Hipócrates<sup>6</sup> (460aC.-370aC.), considerado o “Pai da Medicina”, teria afirmado que é divino aplacar a dor humana. Esse ato deve estar contido de amor, a fim de poder estabelecer uma relação de confiança entre o cuidador e aquele que é cuidado. Sua obra coloca as condições morais e éticas que devem reger o exercício da profissão médica. O Juramento Médico é inspirado na grande obra de Hipócrates chamada “*Corpus hippocraticum*”. Com a Escola Hipocrática, inicia-se a Medicina racional, período em que ocorre a separação da medicina e da religião, da magia e da filosofia especulativa, que interpretavam a doença como fenômenos naturais resultantes da condição humana do homem e de sua interação com o meio ambiente. A Medicina racional afasta, assim, a idéia de causas sobrenaturais, ressaltando a importância da observação clínica a fim de que o médico pudesse apresentar um diagnóstico e estabelecer um prognóstico. Hipócrates criou também uma forma de desenvolver e aprimorar o exame físico.

Para GORDON (1995), Hipócrates foi quem inventou a Medicina Clínica:

É um mecanismo simples, a aplicação prática da observação inteligente. O que importa é o homem doente, não as teorias do homem sobre a doença. O paciente todo deve merecer atenção, bem como o ambiente que o cerca - medicina holística que foi moda há 21 séculos (Gordon, 1995 p.10).

Contudo, segundo este mesmo autor, a tradição hipocrática é uma das responsáveis pela relação de poder que até hoje se estabelece entre médico e paciente, pois, “qualquer leigo que diga a um médico como fazer seu trabalho está cometendo uma impertinência ultrajante” (GORDON, 1995, p.11).

---

<sup>6</sup> Hipocrates, médico grego, nasceu na ilha grega de Cós, na costa da Turquia. *Copus Hippocraticum* é o nome que se dá à sua obra, uma coleção de 53 tratados compostos de 72 livros escritos em Cós. Sua base é o livro de Aforismos, de sete seções, o que lhe valeu o epíteto de o “Pai da Medicina” (URBAN, 2007).

Cinco séculos separaram Hipócrates de Galeno. Claudius Galeno<sup>7</sup> era um médico grego que viveu a maior parte de sua vida em Roma. Desenvolveu intensamente a Medicina, exercendo a clínica, fazendo disseções e experimentos em animais. Galeno era considerado monoteísta, o que ou quem admite a existência de um só Deus. Para ele, o corpo era apenas um instrumento da alma, ensinamento que se valeu do apoio da Igreja. Sua obra foi definitiva para a prática e para o ensinamento da Medicina. Somente no Renascimento, isto é, após 1300 anos, é que sua obra começou a ser questionada. Sua contribuição mais relevante, no entanto, foi na fisiologia e na anatomia.

LUCA (1997) nos diz que, no Renascimento, a religião não teve muita interferência na Medicina. A anatomia e a autópsia passam a ser permitidas, o que desencadeou um grande avanço na Medicina Clínica da época. A alma e o corpo passavam a ser considerado em separados, tendo a alma uma menor influência em relação ao corpo. Os corpos usados para disseção eram, em sua maioria, de criminosos e indígenas.

LAMPERT (2004) nos diz que, na Idade Média, as escolas constituíam uma organização à parte. Assim, a saúde estava completamente desvinculada da prestação de assistência. Foi neste período que houve uma divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual.

A partir do século XVIII, a prática médica recebe o nome de Ciências Médicas. As Escolas de Medicina surgem em Pádua, Salerno, Montpellier e Leyden (Luca, 1997). Durante este período, a Medicina Urbana, na França e na Alemanha, contribuíram para a aproximação da Medicina com as Ciências Naturais, assim como para a ampliação de suas funções sociais, para o desenvolvimento da noção de insalubridade e para constituição da Higiene Pública.

TORRES (2002) afirma que, no século XIX, o desenvolvimento da Medicina de

---

<sup>7</sup> Galeno (130-200 d.C.) nasceu em Pérgamo, Ásia Menor. Estudou gramática, retórica, lógica e filosofia. Aos 16 anos, seu interesse pela Medicina foi despertado. Estudou Medicina em Pérgamo (hoje Bergama-Turquia). Em 157 d.C, foi destinado para ser médico dos gladiadores, adquirindo assim, um enorme conhecimento de anatomia ao vivo, fraturas e técnicas cirúrgicas. Abriu uma Escola de Medicina (LACERDA, 2007).

profissão médica, na Inglaterra, teve como principal característica o controle da saúde e dos corpos da classe trabalhadora. Desta forma, o desenvolvimento da Medicina possibilitou a organização de três sistemas médicos: um sistema assistencial, voltado para o atendimento aos pobres; um sistema administrativo, encarregado da saúde pública e, um sistema privado, destinado àqueles que podiam pagar.

No final do século XIX, o ensino da Medicina passou por uma investigação e por transformações até hoje discutidas. No final do século XIX e no início do século XX, surgiu no Canadá e nos Estados Unidos, a necessidade de avaliar a formação médica. Esta avaliação foi realizada por um educador americano chamado Abraham Flexner<sup>8</sup>. A partir desta avaliação, surgiu um minucioso relatório: *Medical Education in the United States and Canada*. Este documento ficou mundialmente conhecido como *Relatório Flexner*, publicado pela Fundação Carnegie, em 1910. Ele relatava a precariedade das escolas de Medicina nestes dois países. Relatava também uma forte tendência da época de abrir, sem controle adequado, novas escolas médicas. Segundo FLEXNER (1910), o ensino de Medicina era uma aventura privada, mercantilizada no espírito e no objeto, e que necessitava, sobretudo, de bases científicas. Havia cursos de apenas um ano de duração e não havia critério de seleção para ingressar nas escolas médicas, entre outras mazelas por ele descritas.

PEREZ (2004) nos diz que, acima de tudo, este Relatório denuncia a não relação entre a formação científica e o trabalho clínico desenvolvido. Na verdade, o ensino médico era desprovido de laboratórios e de equipamento e, os professores não tinham o controle dos hospitais universitários.

Ainda segundo este mesmo autor, este Relatório tomou proporções políticas e

---

<sup>8</sup> A Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino, presidida pelo educador e professor de Astronomia Henry S. Pretextte contratou Abraham Flexner, educador e professor de Grego para realizar um estudo sobre as escolas de Medicina na América do Norte. Entre 1906 a 1910, ele visitou 160 escolas médicas e elaborou um relatório publicado como Boletim nº 4 da Fundação Carnegie, em 1910. Falecido em 1959, trabalhou neste mister até 1933, quando a última escola proscrita encerrou suas atividades.(ESCOLAS MÉDICAS 2007).

institucionais acima das esperadas, indo além dos limites da Medicina. Muitas escolas foram fechadas, acentuando a discriminação entre os profissionais médicos, já que, o estudo de Medicina era elitizado e a categoria médica passou, cada vez mais, a ser exercida por pessoas provenientes da classe alta e média-alta. Além disso, houve o fechamento das escolas destinadas aos negros e o número de alunos negros foi expressivamente reduzido.

PEREZ (2004) traz algumas propostas apresentadas por Flexner naquela época e que, ainda hoje, seguem sendo de base para implementação das escolas médicas:

(...) a definição dos padrões de entrada e ampliação, para quatro anos nos cursos médicos; a introdução do ensino laboratorial; o estímulo à docência em tempo integral; a criação do ciclo básico e a expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; a vinculação das escolas médicas às universidades; a ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; a vinculação da pesquisa ao ensino e o controle do exercício profissional pela profissão organizada (FLEXNER apud PEREZ, 2004, p.9-13).

Este modelo de ensino médico, atualmente conhecido como Medicina Científica, trouxe consigo alterações importantes no conceito do objeto do fazer médico. Assim, estas alterações, como consequência, modificaram a relação médico-paciente. O paciente, que antes era sujeito no processo terapêutico, tendo como respeitada sua vontade e explicitação de seus desejos e sua liberdade em aceitar ou não o que lhe era proposto, passa a ser objeto de estudo e usuário da mais alta técnica e alta tecnologia. A formação médica passa a ser pautada pelo modelo biomédico, e o paciente-sujeito passa a ser percebido enquanto um corpo-biológico. Parece então que, dentro desta nova perspectiva, o médico assume um papel de prestador de serviço e não um prestador de cuidados.

Para CECCIM (2004), o que mais chama atenção nas bases flexnerianas, introduzidas na Educação Médica no Brasil na década de 1940, é que delas foram sendo construídas as reformas de ensino pelas quais passaram a educação na saúde. Isto é, as reformas têm-se caracterizado por manter um diálogo que avigorar a base científica proposta

na formação.

LAMPERT (2004) afirma que a fragmentação do conhecimento, dentro da formação médica, conhecida como o paradigma flexneriano, induziu as especialidades médicas em disciplinas, que ainda hoje apresentam grande dificuldade de comunicação entre si.

A perda da humanização e da integralidade deixa transparecer a dicotomia entre saúde e doença, entre prevenção e assistência. E a dor, a aflição, o sofrimento e a morte não se incluem na detecção das patologias e na sua prevenção, exceto pelo olhar biológico do corpo humano. A humanização e a integralidade parecem seguir fora do eixo estrutural da formação médica. Discutir temas como medo, sofrimento e morte, parece então, que se dão de forma marginal dentro da formação dos profissionais da saúde. Diante desta situação, CECCIM (2004) sugere:

Entendendo que a prática dos profissionais de saúde deva reencontrar-se com o andar da vida, inscrita numa política de formação que deseje a afirmação da vida (*autopoiesis* da existência) e não a tecnificação do lidar com a vida, utilizamos a noção da clínica como resistência à criação. Resistência à sujeição, à dependência ou à heteronomia dos usuários e à criação como potência inventiva de cenários produtores de saúde, de tecnologias leves e de novidades estéticas à afirmação da vida. (p.349)

Dentro da formação médica, ainda hoje segue o discurso da impessoalidade e do distanciamento daqueles sentimentos e vivências que, cotidianamente, enfrentamos nas nossas práticas diárias, ou seja: a dor, o sofrimento e principalmente, a morte. Para ESSLINGER (2004), os cursos de formação de profissionais da saúde estão carentes, em seus currículos, de disciplinas que abordem a morte, o luto e o processo de morrer. A morte, no sentido de sua inexorabilidade, não como uma inimiga a ser vencida, mas como uma etapa da vida que necessita ser cuidada.

Para MENEZES (2001), o distanciamento da dor e do medo vivido pelo doente e por seus familiares faz parte de uma prática voltada para o “cuidado competente”. Para a autora, é

exatamente isto que o aluno e o profissional recém-formado vem aprendendo: um estilo de vida e de comportamento, uma forma específica de organização de tempo. O tempo é um dos aspectos a ser levado em conta na administração das emoções dos profissionais da saúde. Assim, quando um aluno se envolve com o drama vivido pelo enfermo e por seus familiares, ele passa a dedicar a este paciente um tempo maior do que o convencionalmente tido como “adequado”.

Para GODOY (1999), esse distanciamento, ao mesmo tempo em que nos protege, nos distancia da nossa percepção da condição humana. É que a dor e o sofrimento não são simplesmente sintomas, e a morte não é somente óbito, mas sentimentos e acontecimentos que nos afetam e nos angustiam.

Para muitos acadêmicos de Medicina, o primeiro contato com o corpo humano, não é como um corpo vivo, mas com um corpo morto, nas aulas de Anatomia. A idéia de corpo se dá a partir da presença do cadáver. Os corpos, desta forma, são transformados em órgãos, em ossos, em víceras, em sangue. A manipulação fragmentada permite o conhecimento. Mas, também, uma falsa idéia de que, ao combater doenças e sintomas, estariam também lutando contra a morte. Essa forma de aprendizado, ao mesmo tempo em que estigmatiza o corpo, insensibiliza o aluno para entender a morte como parte do processo terapêutico. Para ZAIDAFT (1990), parte do sentimento de onipotência estaria aí ancorado.

Sobre o primeiro contato do estudante com o corpo morto, QUINTANA *et al.* (2002) afirmam que, no andamento do curso de Medicina, os alunos iniciam sua aprendizagem em contato com seres humanos, nem sequer com cadáveres. Ao ingressarem no curso, eles se depararão com peças de anatomias, pedaços de corpos. Talvez essa seja uma forma estratégica usada para desumanizar o estudante e neutralizar sua angústia frente à morte. Para este autor, com estas estratégias usadas, o aluno aprende, durante a graduação, a reprimir suas emoções e a evitar os comentários de seus sentimentos com colegas e professores.

Parece, então, que este primeiro contato com o cadáver, nas aulas de Anatomia, tem como principal objetivo suprimir todo vestígio de humano, pois ele nos faz lembrar a nossa transitoriedade, o que é muito penoso. Aquele corpo morto, que está ali para ser dissecado, como instrumento de estudo, simboliza o fim da vida, o fim de alguém que também ria, brincava e sonhava como qualquer estudante de Medicina dentro daquela sala de aula. Anatomia assenta um dos fundamentos do ensino médico sobre a morte. É onde acontece o primeiro contato com o final de um ciclo biológico. Ensina um modelo de relação na qual uma das partes não tem voz, não tem emoção e nem anseios.

LAKS *et al.* (1999) referem-se ao curso de Medicina, como uma fase de vacinação contra a morte. As vacinas seriam: a dissecação de cadáveres nas aulas de Anatomia, as necropsias na disciplina de Medicina Legal, o treinamento e a morte na UTI. Todas elas com o objetivo de que o aluno, progressivamente, se habitue à morte não se entregando a ela e nem abandonando a Medicina:

(...) a mesma vacinação contra a morte, através da sua inoculação em cada aluno, muitas vezes, resulta na retirada da dramaticidade da morte, numa impossibilidade de reconhecer sua inexorabilidade, num apagamento dos limites entre vida e morte. E, se esta perde seu valor, o mesmo ocorre em relação ao seu par indissociável, a vida. (p.225)

O acadêmico de Medicina, dentro da sua formação, vai aprendendo a comprometer-se com a vida. Toda a sua capacitação é para a cura. Sua fundamentação acadêmica traz sempre a proposta de cura. A cura é a gratificação do aprendizado, é a recompensa do esforço. Quando a morte se apresenta, ela traz para o acadêmico a frustração, o sentimento de incapacidade, pois existe um despreparo para lidarmos com a morte, já que sempre será a cura a meta da Medicina. Contudo, não podemos negar que a morte existe e que devemos nos preparar para ela.

Segundo VOLICH (1985), para defender-se de situações potencialmente angustiantes, o profissional da saúde se fragmenta, se isola, nega e perde contato com uma

forma de ação que, mesmo desconfortante, faz parte de sua história e de sua essência. Cria então, para si, uma falsa idéia de onipotência, de poder ilimitado de cura e passa a estabelecer com o outro uma visão de homem que nada tem de humano, por ser fragmentária.

Da mesma forma em que a onipotência e o poder da cura são idealizados, também são alienantes, tanto no que se refere à perda como a inevitabilidade da morte. Para EIZIRICK *et al.* (2000), estes fatores impulsionam cada vez mais o estudante e o médico a criarem falsas expectativas e ilusões em relação à sua capacidade de prevenir situações inevitáveis, promovendo enormes frustrações e sensações de impotência quando deparados com a realidade. Isso poderia ser amenizado se tais expectativas deixassem de ser estimuladas durante a formação médica e fossem mais discutidas e analisadas.

O ensino médico, pelo até aqui apresentado, não deveria ser apenas racional, mas também emocional e científico. Desta forma, o estudante de Medicina aprenderia também, a tratar o paciente terminal e suas famílias de uma forma menos autoritária, menos distante, quando estiver diante de um doente terminal.

MANFROI (2005) nos diz que é preciso repensar não somente a parte pedagógica do Curso de Medicina, mas também, a própria estrutura de ensino. Ficando evidente, então, a necessidade de introduzir novos cenários, novos olhares, a fim de ampliar a formação do aluno.

As diretrizes curriculares para o ensino de graduação em Medicina, homologadas em 1 de outubro de 2001, pelo Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior/ Resolução CNE/CES nº4 definiram os princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação dos médicos, e oficializaram o acompanhamento no processo de morte como uma habilidade a ser desenvolvida no ensino médico. Segundo as diretrizes curriculares, no artigo. 5º § XIII, a formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades

específicas:

XIII. Atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte.

Por este motivo, MENEZES (2001) nos diz que, é muito importante que o estudante de Medicina, ao longo de sua formação, aprenda a se posicionar diante da dupla dimensão dos ensinamentos médicos: a racionalidade e a experiência. A Medicina, enquanto instituição cultural Ocidental, aceita e define esta dicotomia como fundamental, além de essencial para o exercício da profissão médica. Esta forma dicotomizada de ensinar deve priorizar a competência como base presumida da sua prática. Contudo, o mesmo autor afirma que somente o saber e a competência não dão conta da abrangência da prática médica, pois a experiência, o sentir e a subjetividade do profissional também são extremamente relevantes no atendimento ao doente.

KÜBLER-ROSS (1998) questiona o ensino médico com as seguintes questões:

O que acontece numa sociedade que valoriza o QI e os padrões de classe mais do que a simples questão de tato, da sensibilidade, da percepção, do bom senso no contato com os que sofrem? O que acontece numa sociedade profissionalizante onde o jovem estudante de Medicina é admirado pelas pesquisas que faz, pelo desempenho no laboratório nos primeiros anos de faculdade, mas não sabe responder uma simples pergunta que lhe faz um paciente? (1998, p.15-16)

Quando aprendemos apenas a investigar, a diagnosticar e a prolongar a vida, nos defendemos da morte banalizando-a, pois tais práticas, sozinhas, se tornam inúteis diante do paciente que está morrendo.

O curioso é que, na década de 1950 Michel Balint (apud CECCIM, 2004) já estudava a relação médico-paciente como uma disciplina a ser incluída nos currículos de medicina.

CECCIM (2004) coloca que Balint desenvolveu um grande trabalho, cuja finalidade era que os profissionais percebessem as necessidades de seus doentes, de seus sofrimentos e seus medos na assistência. Também, segundo este mesmo autor, Balint atestava que, apesar da

educação médica ensinar ao aluno, que todo o médico deveria abordar a pessoa de forma integral, *como um todo*, poucas eram (e ainda são) as oportunidades oferecidas, dentro da graduação, para que isto efetivamente aconteça.

BALINT (2005) critica a relação do modelo médico, trazendo à tona a necessidade de resgatar uma relação humanizada entre médico-paciente, direcionando a escuta terapêutica não só para relatos objetivos da doença, mas para todos os aspectos psicológicos que permeiam a doença.

Um dos grandes hiatos da formação médica tem sido o de presumir que a recuperação do doente é apenas a não existência da doença ou de suas manifestações. Quando se aprende a conhecer somente a patologia, acaba-se entendendo pouco sobre a saúde. O estudo da Medicina, portanto, não deveria se restringir apenas ao combate das doenças, mas à promoção de condições para que o homem possa ser sujeito na construção da sua saúde.

VIANNA (2004) nos diz que os profissionais precisam aprender que estão tratando de pessoas, e não apenas de doenças, e que elas não se apresentam, literalmente, como é aprendido nos livros. Talvez o que tenha mais valor, junto a um paciente terminal, que tenha uma doença incurável, é estar junto, é a presença do médico, tão somente.

O estudo da Medicina, hoje, ao se voltar às raízes hipocráticas, esforça-se para reparar o esquecimento do seu próprio objeto de estudo e da sua atenção: a humanidade do homem. Assim, o objeto da atenção e do estudo médico deveria ser sempre mais o próprio homem e não apenas seu corpo doente. KARAN (2004) diz que a prática da Medicina visa manter a saúde física e mental da pessoa humana. Se a cura é impossível, devemos procurar aliviar o sofrimento, melhorando a qualidade da vida ou seus últimos momentos. É preciso, acima de tudo, beneficiar o doente sem prejudicá-lo.

Segundo LAMPERT (2002), é preciso levar em conta que, no campo da saúde, no que se refere ao trato do doente, a lógica médica sempre teve mais peso do que a lógica

sociológica dos sujeitos.

Para CAPENA (1997), o fundamental é que sejam mostradas, aos alunos da área da saúde, suas limitações profissionais. Diz também que a faculdade, não cumpre, na totalidade, o seu papel na educação integral dos seus acadêmicos.

No entanto, segundo as diretrizes curriculares, o perfil do egresso da Medicina deverá ser baseado na visão integral dos sujeitos e na promoção da saúde, dentro dos preceitos éticos (BRASIL, 2001).

Acredito que, por tudo até aqui discutido, o ensino médico deva desempenhar um papel importante na recuperação e na construção de uma consciência profissional com forças para enfrentar o desafio da desumanização na saúde e na profissão médica.

É importante que a educação aborde concepções não apenas biológicas da morte. Quando falamos de morte, os conceitos que chegam para o aluno de Medicina são os conceitos biológicos, mecânicos e materialistas. Isto suscita angústias, pois nos coloca frente à frente com a incômoda sensação da nossa finitude. Contudo, é importante e necessário ensinar as diferentes concepções de morte: a filosófica, a cultural, a biológica, a social, dentre tantas outras, criando aspectos que transcendam puramente o biológico.

LAKS *et al.* (1999) nos dizem que a discussão da morte, dentro da educação formal, nas escolas de Medicina desde o início do curso de graduação, bem como a permanente atenção dispensada ao tema da morte e do limite terapêutico, poderia modificar o comportamento do estudante, tornando-o, quem sabe, mais apto a lidar com a morte e com o paciente terminal, se não existe vida sem morte, não podemos deixar de considerar que a morte também faz parte da vida dos profissionais da saúde.

A morte desperta no homem múltiplas emoções e múltiplos sentidos. MAFFESOLI (2005) nos diz que o aprendizado se completa quando conseguimos enxergar a multiplicidade de sentidos de um mesmo objeto, valorizando seus ritmos variados e respeitando sua

concretude.

Ao educar o aluno para o enfrentamento com a morte, estamos respeitando a integralidade do doente, do aluno e a nossa, como sujeitos das nossas vidas e da nossa morte.

Essa vida é uma estranha hospedagem  
de onde se parte quase sempre às  
tontas,  
pois nunca as nossas malas estão  
prontas,  
e a nossa conta nunca está em dia.

(Mário Quintana)



**O Médico (Sir Samuel Luke Fildes 1891)**

## A TRAJETÓRIA DE PESQUISA

O bom senso não me diz o que é, mas deixa claro que há algo que precisa ser sabido. Esta é a tarefa da ciência que sem o bom senso do cientista, pode se desviar e se perder. (FREIRE, 2004, p.63)

O que me incomoda é estar no mundo e sabendo tão pouco sobre ele. Foi assim que, aproveitando minha curiosidade, procurei, através desta pesquisa, me despertar, desacomodar, me desassossegar. Através da pesquisa, me vi impulsionada para o interior das minhas próprias inquietações. Se for na pesquisa que nos experimentamos a troca, ela me permitiu vivenciar um outro jeito possível de pensar, de agir e de interagir. Pesquisando, experimentei um outro jeito de estabelecer novas relações com os outros e comigo mesma.

A idéia de estudar a morte surgiu frente às minhas vivências profissionais no meu cotidiano de trabalho. Acredito que, em nenhum outro local, dentro do contexto hospitalar, a morte apresenta-se tão perto dos profissionais da saúde como dentro das UTIs. Lá, ela é constante e rotineiramente desafiada e combatida.

Ainda que tenhamos nossos os próprios conceitos de vida e de morte, o confronto diário da morte com os pacientes nos abala profissionalmente. Eu sempre desejava saber porque é tão difícil falar e lidar com a morte, já que ela está presente diuturnamente no hospital. Se dentro dos ambientes de trabalho ela é, de certa forma, escondida, como os mestres, então, vêm ensinando seus discípulos a lidar com ela?

Diante disso, é que aflorei a minha curiosidade e confirmei a minha certeza de que esse tema, dentro do processo de formação, deva ser discutido para que, mais tarde, como profissional, possamos ter a consciência da nossa própria postura frente à morte e o morrer dos nossos pacientes.

Ao ingressar na Projeto de Pós-Graduação em Educação e Saúde - FAMED/FACED, sabia que o tema da minha pesquisa deveria abordar esses dois temas: educação e saúde.

Contudo, também deveria contemplar meu próprio desejo de pesquisar. Assim, o tema da formação dos acadêmicos de Medicina frente à Morte e o Morrer, juntava os três aspectos que deveriam ser considerados: meu desejo de pesquisar sobre a morte e o morrer, a saúde e a educação. CEWANDSZNAJDER (2004), nos diz: “A percepção de um problema deflagra o raciocínio e a pesquisa, levando-nos a formular hipóteses e a realizar observações” (p.65). Foi assim que me senti, portanto, “deflagrada” por sentimentos que me impulsionaram à pesquisa.

Outro aspecto interessante desta linha de pesquisa é a interação entre a Faculdade de Medicina (FAMED) e a Faculdade de Educação (FACED). Por este motivo, esta pesquisa teve a orientação de um Professor-Orientador da Faculdade de Medicina e outras duas Co-Orientadoras na Faculdade de Educação, o que permitiu, também, uma inter-relação destas duas áreas de saber.

Está interface destas duas áreas importantes do saber, permitiu a este estudo uma abordagem de natureza qualitativa e quantitativa. Segundo GOLDIM (2000), a pesquisa qualitativa é considerada basicamente descritiva, que tem como perspectiva principal a visão de processo. As pesquisas qualitativas têm como principal característica a tradição compreensiva ou interpretativa. A descrição dos fenômenos observados está repleta de significados, que assumem conotações diversas daquelas normalmente realizadas com base em dados quantitativos.

Para MAZZOTI *et al.* (2004), a pesquisa qualitativa parte do pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores. Assim, seu comportamento tem sempre um significado que vem a ser percebido de imediato, mas precisa ser desvelado. Ainda segundo este mesmo autor, as principais abordagens da pesquisa qualitativa podem ser agrupadas em três características, descritas como: abordagem holística, abordagem indutiva e investigação naturalística.

Nesta perspectiva, MAZZOTI *et al.* (2004) afirma que a visão holística parte do

princípio de que a compreensão do significado de um determinado comportamento ou situação só se torna possível quando sua compreensão emerge dentro do contexto das inter-relações. Assim, também, a abordagem indutiva é aquela que pode ser definida a como parte de observações em que o pesquisador tem mais liberdade, onde a dimensão e as categorias de interesse aparecem de forma progressiva durante todo o processo de coleta de dados. Por fim, a investigação naturalística é aquela em que tanto as observações do pesquisador quanto o contexto observado são reduzidas ao mínimo.

Ainda do ponto de vista quantitativo, segundo GOLDIM (2000), este é um estudo prospectivo, transversal, observacional e contemporâneo. Ainda conforme este mesmo autor, os estudos observacionais são aqueles que não interferem na realidade, apenas exploram ou definem os fenômenos. É contemporâneo porque o estudo utiliza dados primários, ou seja, dados coletados ao longo da execução do projeto. Os estudos transversais são apresentados como um tipo de estudo observacional descritivo, cujo principal objetivo é verificar a prevalência ou a frequência de uma determinada amostra ou população.

Cabe também salientar que, segundo POLIT (2004), nos estudos observacionais, os dados são coletados através da observação e do registro de comportamentos ou atividades, que serão posteriormente analisados pelo pesquisador.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2000), definem no seu artigo 19, que o curso de Medicina terá a duração mínima de (doze) e máxima de 18 (dezoito) semestres, correspondentes a, no mínimo, 7.200 (sete mil e duzentas) horas de atividades acadêmicas, incluindo o Estágio Curricular Obrigatório de treinamento em serviço.

Por este motivo, a população investigada foram os alunos de graduação do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que estavam cursando o oitavo semestre. Este semestre se compõe, em geral, de apenas uma turma de aproximadamente

setenta alunos, sendo uma das últimas oportunidades da turma ainda estar reunida durante uma mesma atividade teórica, já que, após o oitavo semestre, a turma é subdividida em pequenos grupos, conforme as especialidades, o que dificultaria à pesquisadora, a coleta de dados.

Portanto, no oitavo semestre o aluno já realizou a metade do curso e, supostamente, já enfrentou a morte de pacientes dentro da sua vivência hospitalar.

Definido o perfil dos estudantes a serem pesquisados, sujeitos foram convidados pela pesquisadora e, tiveram livre arbítrio para decidirem sobre sua participação ou não nesta pesquisa. Os alunos que aceitaram em participar da entrevista assinaram, sem exceção, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver no Apêndice 2). Ficaram excluídos da pesquisa os alunos ausentes no dia da aplicação do questionário, bem como aqueles que não quiseram dela participar.

Cabe também ressaltar que o projeto de pesquisa foi desenvolvido após a liberação da Chefia do Departamento de Pediatria, seguido da autorização do Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde foi realizada a pesquisa.

Para a realização desta pesquisa foram utilizados questionários semi-estruturados (Apêndice 1) e entrevistas semi-estruturadas gravadas (roteiro no Apêndice 3). As entrevistas gravadas foram realizadas com os alunos que estavam cursando os dois últimos anos do Curso de Medicina. Ambos os instrumentos de pesquisa foram aplicados por mim, que não mantenho vínculo empregatício nem com a UFRGS, nem com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, evitando assim qualquer tipo de constrangimento aos sujeitos dessa pesquisa.

A aplicação do questionário e a realização das entrevistas ocorreram em momentos e em locais distintos. Os questionários foram aplicados durante uma atividade em sala de aula. Este espaço foi cedido por um professor, do curso de Medicina, em horário e data previamente acordados. Nos dias da aplicação dos questionários, estive na sala de aula,

apresentei a proposta da pesquisa e apliquei os mesmos, no qual estava claramente explicitada a participação voluntária do sujeito (Apêndice 1).

Esta etapa da pesquisa ocorreu em dois momentos. No primeiro momento, em dezembro de 2005, foram aplicados 24 questionários, correspondente aos alunos presentes em sala de aula naquele momento. No segundo, momento, em março de 2006, foram aplicados outros 50 questionários, com o número de alunos presentes em sala de aula.

A elaboração do questionário semi-estruturado foi submetida a várias etapas de preparação, sempre buscando na literatura regras para a formulação de questões pertinentes aos objetivos desta pesquisa. Foram adaptadas também as questões propostas à experiência profissional da pesquisadora e dos orientadores envolvidos na pesquisa.

A validação ocorreu através de um estudo-piloto aplicado em dez estudantes. Este questionário-piloto foi aplicado pela pesquisadora em dois locais diferentes. Primeiro, em um Posto de Saúde da Grande Porto Alegre, sendo aplicado para alunos do Curso de Medicina do sétimo e do oitavo semestres. Segundo, na emergência de um Hospital Geral de Porto Alegre, em que o questionário foi aplicado nos alunos do último semestre de Enfermagem.

Na etapa das entrevistas semi-estruturadas gravadas, a amostra foi selecionada intencionalmente por conveniência com cinco alunos do internato do Curso de Medicina da mesma Universidade.

Os autores LUDKE e ANDRÉ (1986) descrevem como entrevistas semi-estruturadas aquelas onde não existe uma imposição de uma ordem rígida nas questões. O entrevistado pode, portanto, discorrer sobre o tema proposto com bases nas suas próprias informações e que, no fundo é a razão principal da entrevista.

Para MINAYO (2007) as entrevistas têm um sentido amplo de comunicação verbal, sendo que as semi-estruturadas fazem uma combinação de perguntas, que possibilita ao entrevistado expor sobre o tema proposto, sem condições pré-fixadas pelo pesquisador: “pode

ser verbal ou por escrito, (...) sendo completadas por uma prática de observação participante” (p.64).

O primeiro contato com estes cinco estudantes, se deu através de um convite realizado diretamente a eles. O local das entrevistas foi dentro do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)<sup>9</sup>. Apenas uma entrevista ocorreu na Unidade Básica de Saúde-Clínicas/Santa Cecília<sup>10</sup>, que pertence ao HCPA.

As entrevistas gravadas semi-estruturadas foram realizadas e, posteriormente, transcritas, também por mim, a fim de possibilitar a análise de dados. As observações da pesquisadora não foram gravadas. De comum acordo com os entrevistados, foram usados codinomes<sup>11</sup>, escolhidos pelos próprios entrevistados, durante as entrevistas gravadas, a fim de poder identificar as entrevistas, observando-se que as respostas e os dados investigados, durante e após a realização das entrevistas, foram mantidos em absoluto anonimato, não sendo, em momento algum, utilizados os nomes dos estudantes envolvidos na pesquisa.

A análise dos dados obtidos nas entrevistas seguiu a análise de conteúdos (BARDIN, 2006) que é uma técnica de análise interpretativa, sendo bastante utilizada nas pesquisas de cunho social. Através dela, busca-se compreender as outras realidades que se apresentam através das mensagens analisadas. A análise de conteúdos permite identificar, a partir das palavras e das expressões utilizadas pelos dos entrevistados, quais os significados que os sujeitos dão às palavras, uma vez que estes estão inseridos em um contexto sócio-cultural, variável no tempo e nas relações estabelecidas.

A análise de conteúdos é uma construção que tem como ponto de partida a realidade concreta dos sujeitos, assim como sua história. Para BARDIN (2006) a análise de conteúdos é:

---

<sup>9</sup> Localizado na Rua Ramiro Barcellos nº 2350, cep 90035-903, Porto Alegre-RS.

<sup>10</sup> Localizada na Rua São Manoel nº 543, cep 90620-110, Porto Alegre-RS.

<sup>11</sup> Os codinomes escolhidos foram: Lua, Hibisco, Noradrenalina, Ampicilina, Margarida.

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (p.42)

A análise de conteúdos tem como finalidade, portanto, explicar, por meio de deduções lógicas e justificadas, tendo como referência sua origem (quem emitiu) e o contexto da mensagem ou os efeitos dessa mensagem.

As respostas, portanto, foram analisadas a partir de categorias discursivas de acordo com a regularidade com que determinados elementos aparecem e se repetem nas entrevistas, e também com a importância dos dados coletados.

Não somos nem vítimas, nem doentes da morte  
É saudável sermos peregrinos.

Não podemos passivamente aceitar a morte que  
é consequência do descaso da vida, causado  
pela exclusão, violência, acidentes e pobreza.

Nasce uma sabedoria a partir da reflexão,  
aceitação e o compromisso com o cuidado da  
vida humana no adeus final. Entre dois limites  
opostos, de um lado a convicção profunda de  
não abreviar a vida, de outro a visão de não  
prolongar a agonia, o sofrimento, a morte.

Ao não matar e ao não prolongar, situa-se o  
amarás... Como fomos ajudados para nasce,  
precisamos também ser ajudados no momento  
do adeus à vida.

(PESSINI, 2005, p.12)



**A Lição de Anatomia do Doutor Tulp (Rembrandt, 1632)**

## RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS

### Da procedência, ascendência e cultura

Os dados apresentados abaixo são referentes ao questionário semi-estruturado que foi aplicado com os estudantes do curso de Medicina, com 74 participantes, universitários do oitavo semestre de Medicina da UFRGS. A idade média dos participantes foi **de 24 ( $\pm$  4,26)** anos, sendo que havia dois alunos com mais de 40 anos.

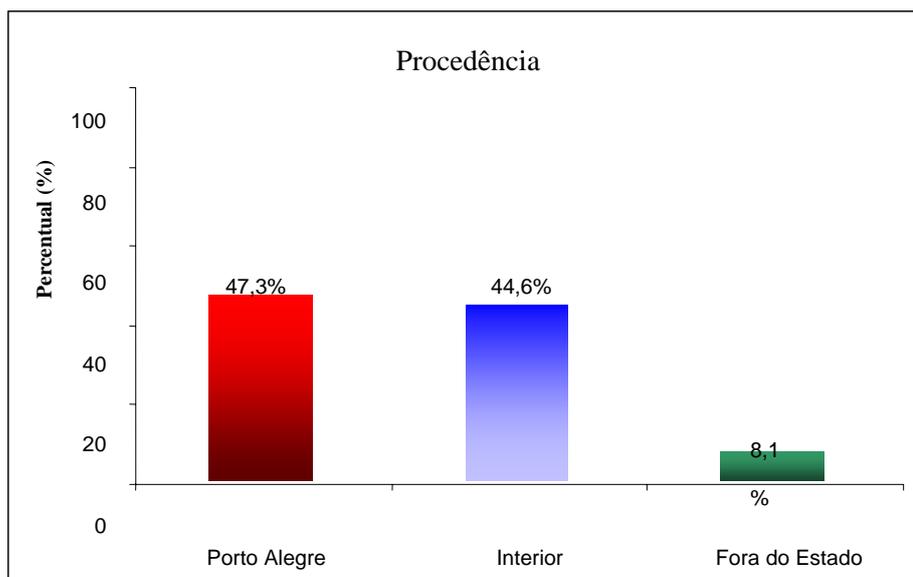
Dentro desta população, 27 alunos eram do sexo feminino (36,5%) e 47 alunos eram do sexo masculino (63,5%), como mostra a tabela abaixo.

**Tabela 1: Gênero**

Gênero	Frequência	Percentual (%)
Feminino	27	36,5
Masculino	47	63,5
Total	74	100,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora (2007)

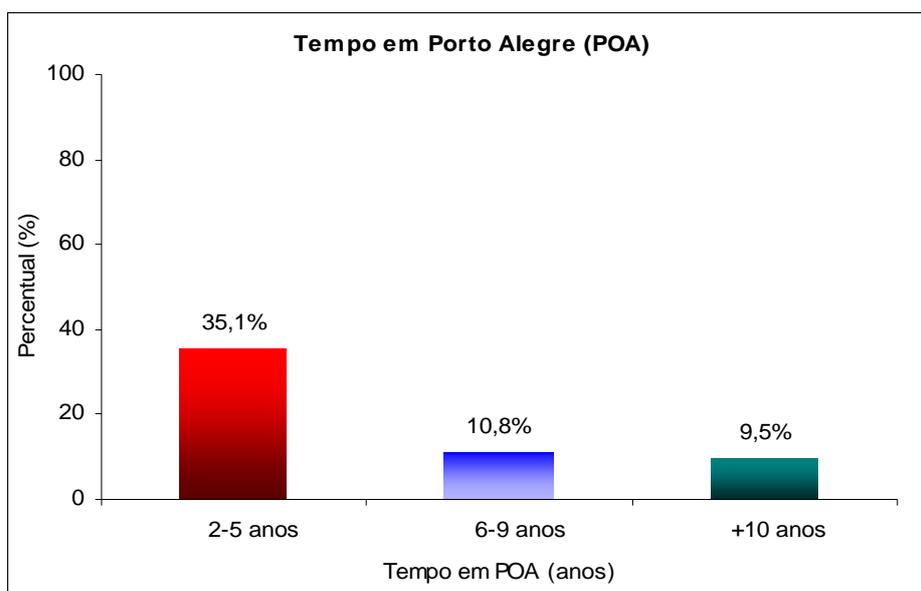
Em relação à variáveis locais de nascimento, 35 dos alunos nasceram em Porto Alegre, isto é, 47,3%. Nasceram no interior, 33 dos alunos, em um percentual de 44,6%. Nascidos fora do estado ou fora do país, oito alunos, em um percentual de 8,1%. Nesta questão, 10 alunos, isto é 13,5% responderam levando em consideração a procedência materna e paterna. Como está demonstrado na figura 1 abaixo:



**Figura 1-Procedência**

Nesta questão 10 alunos responderam considerando a procedência materna e paterna.  
 Fonte: Representações gráficas da autora (2007)

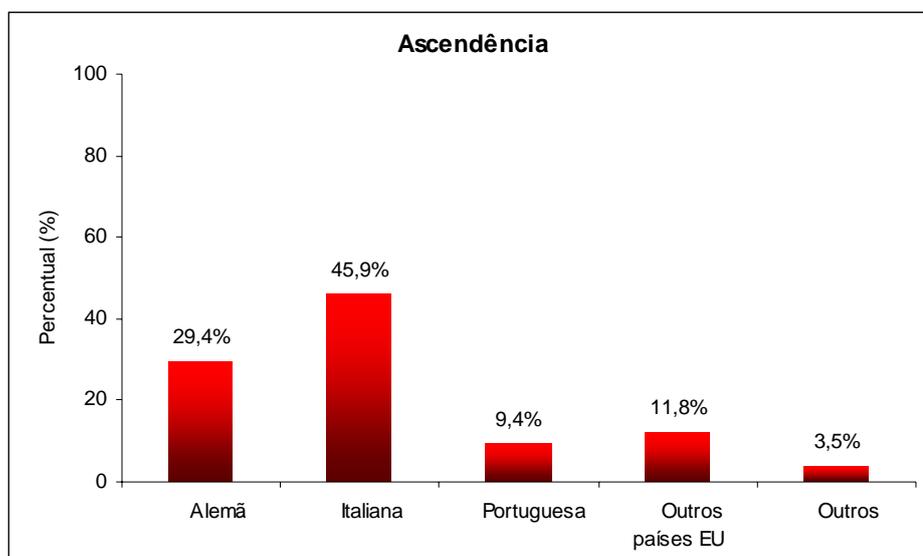
Dos nascidos fora de Porto Alegre (total de 33 alunos), 26 destes alunos moravam em Porto Alegre há cerca de 2-5 anos (35,1%). 08 destes alunos estão morando em Porto Alegre entre 6 a 9 anos (10,8%). Apenas sete destes alunos moram em Porto Alegre há mais de 10 anos (9,5%). Como se pode ver no figura 2 abaixo, 35% dos alunos que estão em Porto Alegre, vieram para estudar.



**Figura 2 – Tempo de moradia em Porto Alegre**

Fonte: Representações gráficas da autora, (2007).

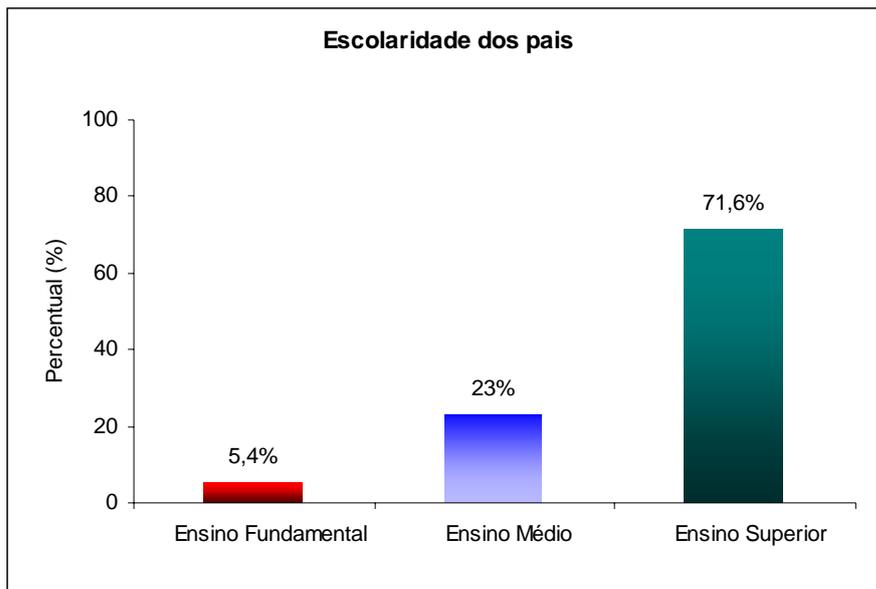
Em relação a maior influência na ascendência familiar, dos alunos participantes das entrevistas, 39 alunos são de ascendência italiana (45,9%), 29 são de ascendência alemã (29,4%) oito são de ascendência portuguesa (9,4%), dez alunos são de outros países da Europa (11,8 %) e 03 alunos são outras ascendências (3,5%).Conforma a figura 3 abaixo:



**Figura 3 – Ascendência Familiar**

Fonte: Representações gráficas da autora, (2007).

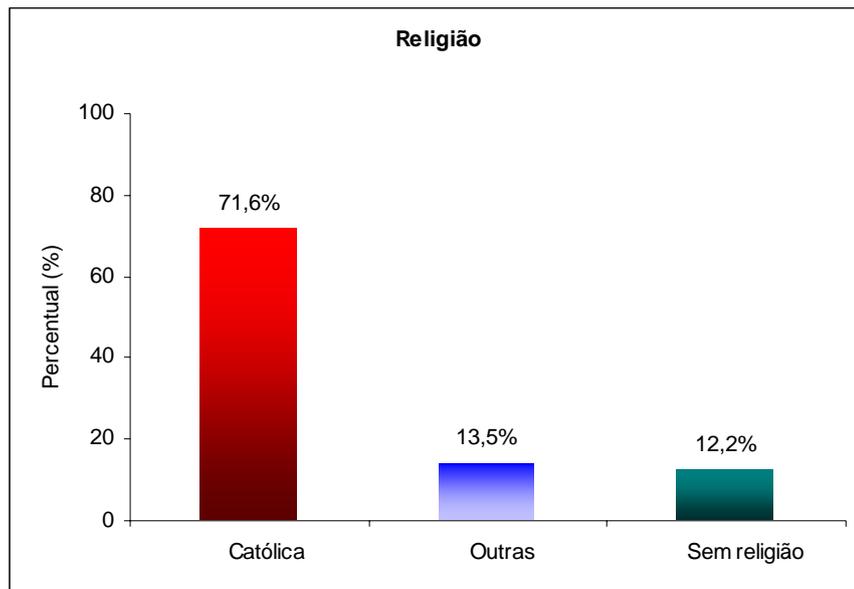
Em relação ao item escolaridade dos pais os resultados foram os esperados, já que do total de alunos entrevistados, 53 destes alunos, isto é, (71,6%) tem pais com terceiro grau completo. Diante, deste resultado, pode-se aferir que o curso de Medicina segue pertencendo a uma classe de maior poder cultural (e, muito provavelmente, de maior poder aquisitivo). Do restante da amostra, para 17 deles, os pais possuem o segundo grau completo, (23,0%), e, apenas para quatro alunos (5,4%), os pais possuem apenas o primeiro grau completo.(Ver figura 4)



**Figura 4 – Escolaridade dos pais**

Fonte: Representações gráficas da autora (2007)

As respostas em relação à religião (ver figura 5, abaixo) parecem confirmar que a religião católica ainda é predominante entre os alunos, pois 53 alunos (71,6%) responderam pertencerem à religião católica. As demais religiões (luterana, espírita, judaica, adventista, budista) foram agrupadas no item outras religiões, e estão contempladas as religiões luteranas, espíritas, judaicas, adventistas e budistas. Ao total dez alunos (13,5%) pertencem a outras religiões. Apenas nove alunos (12,2%), afirmaram não possuem religião. Não foi perguntado neste item se o aluno era “praticante” da religião a qual pertencia.



**Figura 5 – Religião na qual foi criado**

Fonte: Representações gráficas da autora, (2007).

Na etapa seguinte do questionário semi-estruturado, procuramos avaliar o enfrentamento da morte vivenciado nos campos de prática até o oitavo semestre do Curso de Medicina.

### **Da vivência da morte**

Do total dos 74 alunos, apenas dois (2,7%) afirmaram que não haviam se deparado com a morte até aquele momento de suas vidas. A maioria, 72 alunos (97,3%), já havia se deparado com a morte em algum momento de suas vidas.

Dos 72 alunos, que responderam afirmativamente, terem se deparado com a morte, 39 dos alunos (52,7%), disseram que este fato ocorreu na adolescência. Foi na fase adulta que 20 alunos (27%) disseram ter se deparado com a morte. Na infância 13 dos alunos (17,6%) da população investigada.

Podemos concluir, portanto que, a maioria destes alunos teve o contato com a morte antes de entrar na faculdade, tal como pode ser visto na Tabela 2 abaixo:

**Tabela 2 – Fase da vida e o contato com a morte**

Fase da vida	Frequência	Percentual (%)
Adolescência (09 a 19 anos)	39	52,7
Adulta (a partir 20 anos)	20	27,0
Infância (0 a 08 anos)	13	17,6
Abstenção	02	2,7
Total	74	100,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora (2007)

Em relação ao ambiente no qual ocorreu o enfrentamento com a morte, 49 dos alunos (66.2%), afirmaram que o este ocorreu em ambiente familiar. O enfrentamento ocorreu, para 13 alunos (17.6%), entre amigos. E, apenas dez alunos, (13,5%) responderam que o enfrentamento com a morte ocorreu na graduação. Como está demonstrado na tabela 3 a seguir:

**Tabela 3 – Ambiente e contato com a morte**

Ambiente	Frequência	Percentual (%)
Ainda não houve	01	1,4
Durante graduação (paciente)	10	13,5
Entre amigos ou vizinhos	13	17,6
Familiar	49	66,2
Abstenção	01	1,4
Total	74	100,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora (2007)

Particularmente em relação ao enfrentamento da morte na graduação e quais os sentimentos vivenciados pelos alunos a partir deste enfrentamento, 22 alunos (29,7%) disseram que sentiram “incapacidade” frente à morte; outros 15 alunos (20,3%) responderam que sofreram frente à “morte” de seus pacientes. O medo apareceu como sentimento para três alunos, (4,1%). Outros 17 alunos em um percentual de 23%, responderam que o enfreamento com a morte foi “apenas mais um aprendizado”. O sentimento de “tranquilidade” ao vivenciar

a morte apareceu como resposta para dez destes alunos (13,5%). Ainda não tiveram enfrentamento com a morte durante a graduação seis alunos (8,1%), tal como pode ser visto na tabela 4.

**Tabela 4 – Sentimento frente à morte**

Fonte:

Tabela	Sentimento	Frequência	Percentual
	Incapacidade medo sofrimento	40	54,1
	Aprendizado tranqüilidade	27	36,5
	Não ocorreu	06	8,1
	Abstenção	01	1,4
	Total	74	100,0

elaborada pela autora (2007)

Ao experimentar a morte na graduação, 38 alunos (51,3) responderam que este enfrentamento ficou mais de um mês na lembrança. Para 27 alunos (36,5%), este enfrentamento foi rapidamente esquecido. (Ver tabela 5, abaixo):

**Tabela 5 – Lembrança da morte na graduação**

Memória	Frequência	Percentual (%)
Ficou por mais de um mês	38	51,3
Foi rapidamente esquecido	27	36,5
Ainda não ocorreu	08	10,8
Abstenção	01	1,4
Total	74	100,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora (2007)

Em relação à graduação oferecer ou não uma mudança na visão que o aluno anteriormente tinha em relação à morte, as respostas foram as seguintes: a maioria dos entrevistados respondeu que a graduação proporcionou “pouca mudança” frente à morte, isto é, 33 alunos com um percentual de 44,6%; 29 deles (39,2%) disseram haver uma “mudança significativamente” frente à morte durante a graduação; 11 alunos entrevistados, com um percentual de 14,9%, responderam “não haver mudança”:

**Tabela 6 – Mudança em relação à morte**

Mudança	Frequência	Percentual (%)
Significativa	29	39,2
Nenhuma	11	14,9
Pouca	33	44,6
Abstenção	01	1,4
Total	74	100,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora (2007)

Em relação ao contato com a morte na graduação, as respostas foram as seguintes: dos alunos entrevistados, 33 alunos (43,2%) disseram que este contato ocorre a cada seis meses. Para 31 alunos (41,9%) o contato com a morte é praticamente inexistente. Apenas dez alunos (13,5%) responderam que o contato com a morte é mensal.

**Tabela 7 – Contato com a morte na graduação**

Mudança	Frequência	Percentual (%)
Cada seis meses	33	43,2
Mensal	10	13,5
Inexistente	31	41,9
Total	74	100,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora (2007)

Quanto ao preparo para o enfrentamento com a morte dos pacientes durante a graduação, 35 alunos (47,3%) consideram-se “despreparados” para o enfrentamento com a morte. Responderam que se sentem “preparados” para o enfrentamento com a morte 37 alunos, em um percentual de 50% (ver tabela a seguir).

**Tabela 8 - Preparo para a morte**

Preparo	Frequência	Percentual
Despreparado	35	47,3
Preparado	37	50,0
Abstenção	02	2,7
Total	74	100,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora (2007)

Em relação à necessidade de ter fé ou crença religiosa para enfrentar a morte, as respostas foram as seguintes: 22 universitários acreditam ser relevante o profissional da saúde ter fé em alguma crença religiosa (29,7%), e 37 alunos não consideram importante para o profissional da saúde ter fé em alguma crença religiosa (50%). Dentre estes, 15 alunos (20,3%), não souberam responder esta questão.

**Tabela 9 – A fé e a morte**

Resposta	Frequência	Percentual
Não	37	50,0
Não sei	15	20,3
Sim	22	29,7
Total	74	100,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora (2007)

### **Sobre o Limite Terapêutico**

Em relação ao limite terapêutico, 35 alunos responderam, 35 alunos (47,3%) que já enfrentaram ou se depararam com a situação de proposta de limite terapêutico e, 39 alunos (52,7%) ainda não se depararam em uma situação em que foi proposto ao paciente terminal, o limite terapêutico (ver abaixo a Tabela 10):

**Tabela 10 – Limite terapêutico**

Resposta	Frequência	Percentual
Sim	35	47,3
Não	39	52,7
Total	74	100,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora (2007)

Dos 35 alunos que já se deparam com o limite terapêutico, 28 destes (80%) depararam-se com a experiência do limite terapêutico nos seis primeiros semestres da graduação, e 7 alunos (20%) depararam-se com o limite terapêutico durante o sétimo e oitavo semestre da graduação. Conforme os dados apresentados na Tabela 11.

**Tabela 11 – Período da graduação do contato com a morte**

Período	Frequência	Percentual
Do 4º ao 6º semestre	28	80,0
Do 7º ao 8º semestre	07	20
Total	35	100

Fonte: Tabela elaborada pela autora (2007)

Em relação à lembrança da vivência do limite terapêutico, do total de alunos, 22 (29,7%) responderam que a experiência da morte por limite terapêutico ficou na lembrança por mais de dez dias e, 13 alunos (17,6%) relataram que esta experiência foi rapidamente esquecida (ver Tabela 12, a seguir).

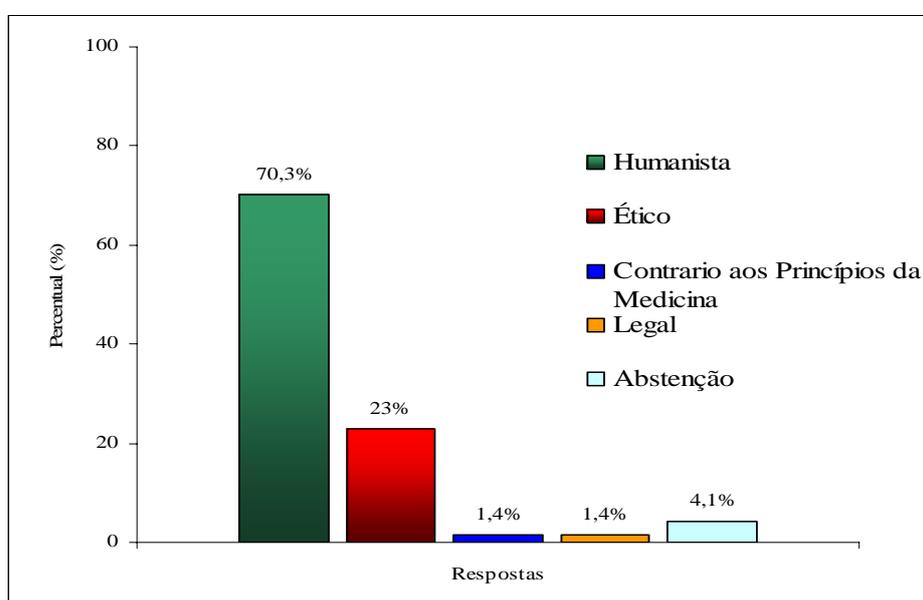
**Tabela 12 – Lembrança do Limite Terapêutico**

Lembrança	Frequência	Percentual
Mais de 10 dias na memória	22	29,7
Ainda não ocorreu	39	52,7
Rapidamente esquecido	13	17,6
Total	74	100,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora (2007)

As questões a seguir tiveram suas respostas expostas em gráfico, a fim de salientar seus resultados.

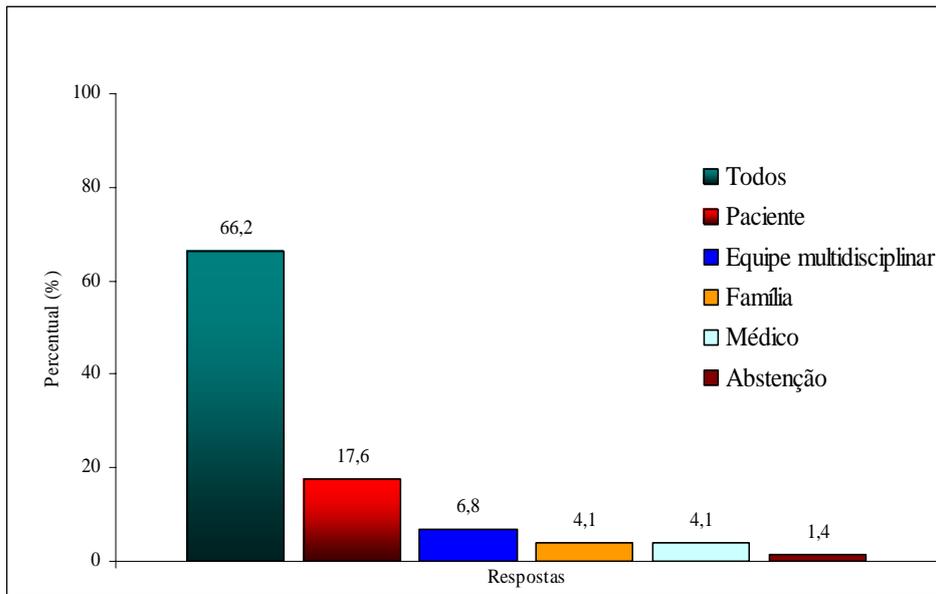
Em relação ao enfoque dado para o limite terapêutico, as respostas foram as seguintes: 17 alunos (23%) responderam que é um enfoque ético; 52 alunos (70,3%) responderam que é um enfoque humanista. Apenas 01 aluno (1,4%) afirmou que era um enfoque legal. Da mesma forma, apenas 01 aluno (1,4%), respondeu ser contrário aos princípios da Medicina, tal como está demonstrado na Figura 6:



**Figura 6 – Enfoque do Limite Terapêutico**

Fonte: Representações gráficas da autora (2007)

Sobre a decisão do limite terapêutico, as respostas foram as seguintes: apenas 03 alunos (4,1%) acreditam que esta decisão é de competência médica, 05 alunos (6,8%) acham que tal decisão cabe à equipe multidisciplinar, 03 alunos (4,1%) acreditam ser uma decisão familiar, 13 alunos (17,6%) responderam que essa decisão compete ao paciente. E, mais da metade da turma, 49 alunos (66,2%) respondeu que esta decisão cabe a todos. Tais respostas indicam que, os alunos entrevistados acreditam na importância do entendimento de toda a equipe frente ao limite terapêutico, bem como a participação do paciente da sua família nesta “decisão”. (ver figura 7).



**Figura 7 – A Decisão sobre o Limite Terapêutico**

Fonte: Representações gráficas da autora (2007)

Na questão relativa às discussões sobre terminalidade, 08 alunos (10,8%) disseram que nunca participaram de discussões de terminalidade na graduação; 58 alunos (78,4%) participaram, de forma ocasional, destas discussões na graduação sobre terminalidade de forma ocasional e 07 alunos (9,5%) disseram que freqüentemente durante a graduação participam de discussões sobre terminalidade, tal como pode ser visto na tabela 13.

**Tabela 13 – Discussões da terminalidade**

Discussões	Frequência	Percentual
Freqüentemente	07	9,5
Nunca	08	10,8
Ocasionalmente	58	78,4
Total	74	100,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora (2007)

Em relação à inclusão de disciplinas que abordam o tema terminalidade, 52 alunos (70,3%) responderam que o curso de Medicina oferece disciplinas e 22 alunos (29,7%) disseram que seu curso não oferece disciplinas sobre o assunto da terminalidade.

Ao questionamento sobre se a incapacidade de poder curar um paciente confronta-se com o seu aprendizado como médico, as respostas foram representadas abaixo na tabela 14:

**Tabela 14 – Disciplinas e a terminalidade**

Confronta-se	Frequência	Percentual
Não	64	88,9
Sim	08	11,1
Abstenção	02	2,7
Total	74	100,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora (2007)

Nesta mesma questão, foi solicitado aos alunos que justificassem a sua resposta. Alguns alunos acreditam que o alívio do sofrimento é um dos objetivos fundamentais da Medicina: Segue abaixo algumas respostas:

*O médico não está acima da vida e da morte. Ele salva quem pode ser salvo, mas deve “cuidar” de todos, independente da incapacidade de curar. (resposta do Q.9)*

*Faz parte do meu aprendizado lidar com um doente em fase terminal, assim como faz parte também respeitá-lo o suficiente para deixá-lo morrer. (resposta Q.15)*

*Porque ser médico não é só “curar” pessoas, é dar uma melhor qualidade de vida, dentro das possibilidades existentes. (resposta Q.4)*

*Porque eu considero que o objetivo do nosso aprendizado médico seja a minimização do sofrimento, seja com a cura ou com medidas de suporte quanto esta não é possível. Acredito que nem sempre o bem-estar e o conforto do paciente estão ligados à cura. Para mim, o trabalho do médico é mais abrangente do que simplesmente a cura. Aprender a lidar com a incapacidade de cura é fundamental na formação médica. (resposta Q.40)*

Outros alunos, através de suas respostas, apresentam à visão da cura como princípio

fundamental da Medicina. Segue algumas das respostas:

*Porque temos como profissão, a meta de se contrapor à morte, ao sofrimento em função da doença. E a morte de um paciente em estágio terminal de um problema incurável é bastante desconfortável, levando a necessidade de uma conformação. (resposta Q.27)*

*Há uma sensação de frustração em relação à nossa profissão. (resposta Q.25)*

*Estudo medicina não para lutar contra a morte, mas para melhorar a vida. (resposta Q.23)*

Uma das coisas que fico pensando:

O quê significa a morte?

Por que esta pessoa está morrendo?

O quê a morte significa para quem está morrendo? Muitas vezes, é o descanso. Aquilo que a pessoa está pedindo, sabe?

E o quê a morte significa para a gente?

A morte é difícil de lidar, porque é a gente que está aqui. E a gente que está sofrendo. E a gente que vai ter que elaborar a ausência da pessoa. E tentar tocar adiante.

(Fragmento da entrevista de Margarida, 2006)



**Visita Médica (Frans Van Mieris s/d)**

## RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

Ao abordar qual o significado do enfrentamento morte e do limite terapêutico para os alunos do Curso de Medicina, que participaram desta fase da pesquisa, o objetivo foi avaliar como a graduação prepara o aluno para este aprendizado. Através das entrevistas, buscamos conhecer quais os pressupostos e ensinamentos que estão implicados dentro da formação médica nos processos de morte dos pacientes. A primeira pergunta das entrevistas foi “por quê Medicina?”. Nas falas dos entrevistados, fica claro o desafio de ser médico e a paixão pela Medicina. Ao mesmo tempo, evidenciam-se os paradigmas que embasam a Medicina: o conhecimento técnico-científico quando os alunos falam sobre o “curar e o salvar”, e a dimensão do humano quando falam sobre o “cuidado e a ajuda”, como veremos nas análises a seguir.

### A escolha da Medicina

Alguns autores como (PACKER 1998, BATISTA e DINI, 2004) referem que entre os fatores que estão envolvidos na escolha da Medicina há uma forte presença do sentimento de ajuda ao próximo, fatores pessoais como a realização pessoal e fatores materiais como a remuneração. Estes aspectos aparecem na fala de uma aluna:

*Sempre quis medicina. Eu acho que desde pequeno, desde que eu me lembre. Pelos quatorze anos. Queria fazer medicina, e nunca pensei em fazer outra coisa. Sempre me fascinou. (...) E depois foi passando o tempo e é muito bom **isso te recompensa sabe, ajudar os outros é muito bom. Um retorno muito grande sabe.** Não sei, eu não faria outra coisa. É muito bom. (Fragmento da entrevista de Ampicilina, grifo da autora)*

Ainda segundo os autores (BATISTA e DINI, 2004), o ser médico está caracterizado pelo sentimento de ajuda, comprometimento, idealismo e o cuidar, sentimentos que vem de encontro aos discursos dos entrevistados. Uma das entrevistadas externa este fascínio:

*Desde muito cedo assim, eu acabei me envolvendo com a medicina, gostando muito dos temas (...) aquilo me trazia muita curiosidade (...) e comecei realmente a amadurecer essa idéia, e uma das coisas, que embora fiquem comentando que é um pouco **sonhadora** a minha idéia, mas uma idéia também assim de **ajudar o próximo**. **Ajudar o próximo, também obviamente trazendo um conforto para mim. A necessidade de ajudar o outro também me traz paz, tranqüilidade.** Eu me sinto bem. (Fragmento da entrevista de Margarida, grifo da autora)*

IGNARRA apud DINI (2004) identifica que a escolha da Medicina como profissão, dá-se pela vocação, missão, possibilidade de salvar vidas, ajudar o próximo, ser útil a sociedade, melhorar a qualidade de vida das pessoas e ter uma inclinação para as ciências biológicas. Tal aspecto também é evidenciado no fragmento da entrevista a seguir:

*(...) Eu sempre gostei, eu sempre gostei. Desde pequena. E eu sempre conto uma história que parece meio mau da minha parte, mas eu acho muito engraçada (...) eu ficava torcendo **para que alguém se arranhasse para eu poder fazer curativo** Eu achava tão máximo aquilo, e eu nunca consegui pensar em outra coisa. **Eu sempre quis, eu sempre gostei dessa coisa de cuidar** então, desde pequena. Nunca consegui me imaginar fazendo outra coisa. (Fragmento da entrevista de Hibisco, grifo da autora)*

Um dado relevante é que, ao serem questionados do porquê escolheram Medicina, expressões como: medo, abandono e stress não aparecem em relação a este questionamento, confirmando o idealismo da escolha da profissão. Contudo, aparecem mais tarde nos questionamentos seguintes.

## O primeiro contato com a morte

Nos questionários semi-estruturados, a maioria dos alunos respondeu ter tido seu primeiro contato com a morte antes do início do curso de Medicina, o que se confirmou nas entrevistas:

*Senti-me muito despreparada quando meu avô adoeceu. Ele teve um linfoma, ficou mais ou menos um mês no CTI. Mas, passou o Natal em casa (...) Estamos despreparados para muitas coisas. Tem muita coisa que tem que ser revista na formação médica. Estou saindo da faculdade sem me sentir preparada. A morte é apenas uma delas. **A morte é banalizada porque assim é mais fácil de ser encarada. É preciso de um espaço na formação para lidar com essas coisas.** (Fragmento da entrevista de Lua, grifo da autora)*

*Meu avô morreu no início da faculdade, no segundo semestre. Eu cuidei dele, fiquei com ele todo o tempo (...) Ele teve câncer. Foi difícil, foi um quadro arrastado. (...) No final, a gente acabou levando ele de volta para o interior. (...) Quando eu cheguei lá, ele já havia falecido. A gente levou porque a gente chegou à conclusão de que não tinha mais tratamento curativo. E ele, queria ir muito para casa. Para conforto dele (...). **Então, ao invés de continuar fazendo procedimentos, indo, indo, indo com uma coisa que não tinha mais tratamento curativo. Então, preferimos levar para casa** (...) (Fragmento da entrevista de Ampicilina, grifo da autora)*

*(...) foi quando meu avô materno faleceu. Foi no primeiro semestre de 2005. (...) **Eu acho que a forma com que os médicos informam a família, muitas vezes é ruim. Porque eles informam pouco a família. Toda a equipe, enfermagem, todo mundo informa pouco a família porque tem que fazer seu trabalho.** (...) Eu estava presente a ele, nos pés dele quando ele estava sendo reanimado. E quando eu vi que não ia retornar. (...) **Naquele momento eu era o indivíduo médico. Não era o indivíduo familiar. Eu estava olhando meu avô de uma forma médica** (...) **Quando eu saí dali, eu comecei a chorar. Ao sair da UTI eu não estava sendo mais o indivíduo médico, mas sim o familiar.** (...) Foi um momento que eu aprendi muito foi com o falecimento do meu avô materno. Eu consegui separar esses momentos (Fragmentos da entrevista de Noradrenalina, grifo da autora)*

## A morte na graduação

Identificar as concepções dos estudantes de Medicina sobre a morte é poder contextualizar o universo de valores e atitudes na qual eles estão inseridos (SILVA, 2006).

Autores como PERAZZO (1985) e KOVÁČK (2003), no que diz respeito à formação médica, afirmam que existe um treinamento que tem por finalidade retirar do aluno a emoção diante do paciente, pois desta forma o aluno passa a reconhecer no paciente a doença e não a pessoa.

*Olha, desde o início da faculdade a gente é ensinada a olhar objetivamente o paciente. Tentando separar qualquer possível relação que se forme tanto entre o paciente e o médico, como médico e o paciente. A referência e contra referência né?(Fragmento da entrevista de Noradrenalina, grifos da autora)*

Nas entrevistas, é possível perceber que os alunos não se sentem preparados para este enfrentamento. Como aparece nas falas abaixo:

*O tema morte e o morrer devem ser discutidos dentro dessa cadeira, dentro da relação médico-paciente. Na verdade é que quando precisamos de apoio, e não temos. Também o momento em que ela é dada é inadequado. Ainda nem passamos por estes problemas. E depois, esses tipos de problema não são mais conversados. **É preciso conversar conosco sobre isso, professor e aluno. É difícil à gente mudar, porque também depende deles.** (Fragmento da entrevista da Lua grifo da autora).*

*Existe uma barreira com a morte. Na verdade é tudo muito rápido. E, tu continua. E, tu vai, não tem tempo para parar. Pêra aí? O quê está acontecendo? **Morreu! A tudo bem. O Outro tá precisando de tal coisa vai lá.** (Fragmento da entrevista de Ampicilina grifos da autora).*

*Então, a gente fica meio observando assim sabe, pouco os momentos e as oportunidades da gente poder conversar sobre isso. Quanto mais precoce está o curso pior fica, porque a gente tem pouco conhecimento técnico, pouco preparo e muita angústia porque, ou o teu paciente está morrendo ou faleceu, e o que tu vais dizer para a família? (Fragmento da entrevista de Margarida, grifos da autora)*

Muitos relacionam a dificuldade em relação ao enfrentamento com a morte com a rotina do cotidiano hospitalar. Este pensamento está explicitado nas falas abaixo:

*Eu acho que seria interessante discutir mais sobre isso nas próprias equipes entende. Quando um paciente morre o quê que se faz? Quando um paciente morrer discutir: o paciente morreu? O quê aconteceu? Discutir o caso no round... Acho que seria mais proveitoso, ao invés de “morreu, saiu da lista. Continuamos a vida!”. Na relação médico-paciente acho que seria muito interessante falar disso. (Fragmento da entrevista de Hibisco grifo da autora)*

O ocultamento da morte, na maioria dos currículos médicos e na formação médica, passa pelo fato de que só os saberes biológicos são ditos como saberes verdadeiros. Hibisco nos diz: “A vida é um ciclo. Tem hora que acaba, e acaba... É o final do ciclo” (Fragmento da entrevista).

PESSINI (1996) afirma que, se a morte é parte do ciclo da vida humana, então cuidar do corpo que está morrendo deve ser parte integral dos objetivos da Medicina.

Autores como ZAIDAFTH (1990) e QUINTANA et al (2002) acreditam que a exclusão dos temas morte e morrer, dentro da formação médica, é intencional, e está relacionada com o fato de não se envolver com o que acontece com os pacientes. Porém, fica claro, nas falas dos entrevistados, que o não reconhecimento desta habilidade como uma competência na formação médica, assim como a busca de uma relação mais equilibrada por parte dos alunos, com menos impessoalidade e mais humanização na assistência aos pacientes.

*Não se discute muito sobre isto. A gente não para. Não se conversa. **Eu acho que a idéia que passa é esta mesmo: Tu não podes te abalar com o que está acontecendo.** Na verdade o tema morte é pouco discutido na Faculdade. Pouco dito. Pouco conversado. (Fragmento da entrevista de Ampicilina, grifo da autora)*

Parece então, que dentro do curso de Medicina, seja necessária uma reflexão de como as orientações sobre a questão do envolvimento com o paciente que está morrendo está sendo aprendida dentro do campo de prática, pois,

*É tudo muito rápido e tu continua. Tu não tens tempo para parar. O que está acontecendo? Ah! Morreu? Ah! Tudo bem! O outro paciente ta precisando de tal coisa vai lá! Não se discute muito sobre isso... A gente não para... Não se conversa... Eu acho que a idéia que passa é essa mesmo. Que tu não podes te abalar com que está acontecendo. (...) **É uma idéia assim sabe. Na verdade é pouco trabalhado o tema morte na faculdade. Pouco dito, pouco conversado, enfim.** (Fragmento da entrevista de Ampicilina, grifo da autora)*

É preciso ficar alerta para aquilo que os próprios entrevistados julgam ser o “momento” mais adequado para trabalhar academicamente com o tema da morte. Segundo os entrevistados, não se trata de inserir mais uma disciplina teórica sobre o assunto, como aparece nas falas:

***Uma aula teórica sobre a morte é uma coisa. Na hora que acontece, é diferente.** A gente não está preparada para isto. Falta muita coisa. A gente aprende na hora em que vai ter que dar a notícia: **Vai! Fala!** (Fragmento da entrevista de Margarida, grifo da autora).*

Outra entrevistada também afirma a importância de que a formação não ocorra apenas teoricamente:

*Atividade teórica eu acho que não. A gente teve contato com isto (...) Quando eu tive aula de morte não tinha acontecido comigo ainda. Não fazia parte da minha realidade, o meu paciente não tinha morrido ainda. Ainda é distante. Eu acho assim, que seria interessante é se a gente tivesse uma porta aberta. Para que quando acontecesse, a gente pudesse: “Ah, vem aqui conversar”. Tem uma situação? Então, tu tens alguém para discutir isso contigo (...) Nunca acontece como agente aprendeu na teoria. (Fragmento da entrevista de Ampicilina, grifo da autora).*

Tal como sugere Elias (2001), o conhecimento médico hoje, é em geral, tomado pelo conhecimento biológico. Contudo, afirma este autor, é possível vislumbrar que, no futuro, o conhecimento da pessoa humana, das relações interpessoais, seus sentimentos, façam parte do conhecimento médico. As falas dos alunos entrevistados, em relação à morte na graduação, confirmam esta necessidade.

## O Limite Terapêutico

PIVA & CARVALHO (1993) nos ensinam que existe um momento, na evolução da doença, em que a morte torna-se um desfecho esperado e natural, não devendo, portanto, ser combatido. Concordando com esta idéia, Lua acredita que: “*se a doença tivesse seguido seu curso natural, o luto dos familiares teria sido mais elaborado e a morte mais aceitável*”(Fragmento da entrevista de Lua).

*Por quê, muitas vezes, a gente fica lutando contra uma consequência natural? Eu acho que o limite terapêutico é muito pouco discutido na Faculdade. Nossa medicina é muito voltada para a cura. Algumas vezes continuar insistindo com intervenções e tratamento não seria vantajoso para o paciente. Eu acho que tem que se estudar mais. Tem que ser colocado protocolos para isso. Para se ver até aonde se vai, até aonde não se vai. (Fragmento da entrevista de Hibisco, grifos da autora)*

ESSLINGER (2004) menciona que a morte ainda é vista como uma inimiga a ser combatida, como um fracasso para a Medicina, portanto, vergonhosa. Quando a cura do doente não pode ser realizada, a morte já é decretada antes mesmo da morte real, como se nada mais tivesse para ser feito por este paciente. Porém, quando se tem a certeza da morte, quando a cura da doença não é possível, outras questões aparecem.

*O que eu vejo, e que a gente tende a insistir até o último esforço. Se tiver uma chance, tem uma chance se faz muitas intervenções, muitas terapias, terapêuticas que podem não trazer nenhum benefício para o paciente assim. Se a gente for pensar no conforto dele, só nos tratamentos paliativos seria mais interessante em alguns casos. Não é o que se vê no dia a dia. Pelas coisas que já li, antigamente a morte era mais natural. Era mais aceita. A única certeza que temos é que a morte é certa. Acredito, que o sentido da evolução da vida é a morte. (Fragmento da entrevista de Lua, grifos da autora).*

É preciso que seja criado um espaço para que seja discutido entre professor-aluno, equipe e família e todos-com-todos, questões sobre o acompanhamento do processo de morte, para que a morte seja cuidada, pois:

***Tem gente que quer investir, investir, investir no paciente para sobreviver e fica muito mal se a pessoa acaba falecendo. Só que o problema que eu acho, não é o limite terapêutico. Assim, de ter ou não ter limite terapêutico. E, como decidir esse limite...***  
(Fragmento da entrevista de Hibisco, grifos da autora)

Como já vimos, DINIZ (2006) assegura que não basta ter uma boa Medicina para que se tenha uma boa morte. A boa morte deveria ser acompanhada por uma integração entre os princípios religiosos, morais e terapêuticos. A boa morte deve, segundo este autor, garantir o sentido da vida e da existência, para que a morte seja um ato de cuidado.

***Tem horas que eu acho que a pessoa merece morrer. No sentido que vai ser um descanso para ela. Vai ser uma coisa boa no final das contas, porque ela não vai ter um grande sofrimento tão grande, sabe.*** (Fragmento da entrevista de Ampicilina, grifos da autora)

*(...) Mas sei também, que o que não é vida para mim pode ser para o outro. **Prolongar a vida quando não se tem mais nada a oferecer. O paciente é terminal, é uma evolução, é uma parte da vida. Eu considero a morte como uma parte da vida.***  
(Fragmento da entrevista de Lua, grifos da autora)

Para KARAN (2004), quando a cura é impossível, devemos procurar aliviar o sofrimento, melhorando a qualidade da vida ou seus últimos momentos. É preciso, acima de tudo, beneficiar o doente sem prejudicá-lo.

***Eu sou a favor nos casos em que não se tenha perspectiva de melhora e nem de cura. Se a gente for pensar no conforto dele, o tratamento paliativo seria mais interessante em alguns casos. E, não é o que se vê no dia a dia*** (Fragmento da entrevista de Noradrenalina, grifos da autora)

***Acho bem importante para sensibilizar mesmo. Para mostrar que todo mundo é frágil e passivo de que aconteça algo próximo, tão próximo como um paciente ou como um familiar...***  
(Fragmento da entrevista de Margarida)

ELIAS (2001) nos diz que para humanizar a morte é preciso que quem a assista tenha este fazer humanizado. O processo humanizado de morrer sugere que o médico seja capaz de dominar suas próprias emoções em torno da morte.

***Muitas vezes o médico não tem limite, “até aonde eu vou?”. E isso muitas vezes é em função da vaidade pessoal. Muitas vezes os médicos se sentem seres superiores a ponto de achar que conseguem reverter situações irreversíveis. Acho que a gente tem é, é inaceitável. (...) Tem professores muitas vezes que acabam ficando estressados com essa questão do paciente estar morrendo, questões legais né, questões mais burocráticas. Então, a gente fica meio observando assim, sabe. (Fragmento da entrevista de Margarida, grifos da autora)***

Afirmamos e exigimos uma vida digna. Mas também é certo que, a cada um de nós deveria ser permitido o direito de protagonizar a sua própria morte, morrendo dignamente.

Para Ivan Ilich só importava saber uma coisa: o seu caso era sério ou não era? Mas o médico ignorou essa pergunta tão fora de propósito.

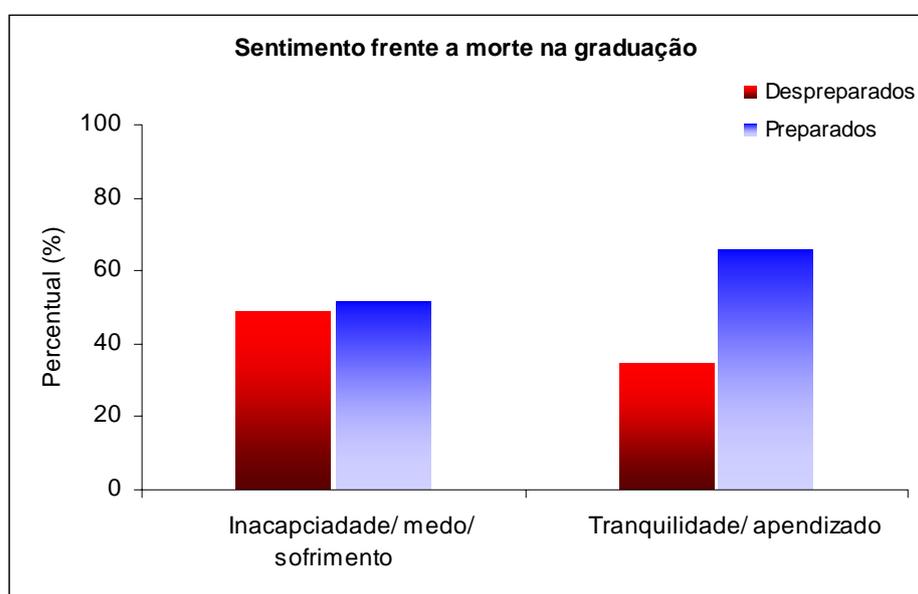
Do ponto de vista do médico tratava-se de um detalhe que não merecia ser levado em consideração: o problema realmente era avaliar todas as probabilidades e decidir entre um rim flutuante ou uma apendicite. Não era uma questão de Ivan Ilich viver ou morrer, mas decidir se era rim ou apêndice.

(TOLSTOI, 2002, p.50-51)

## ANÁLISES DOS RESULTADOS

### Sentir-se preparado (ou não)

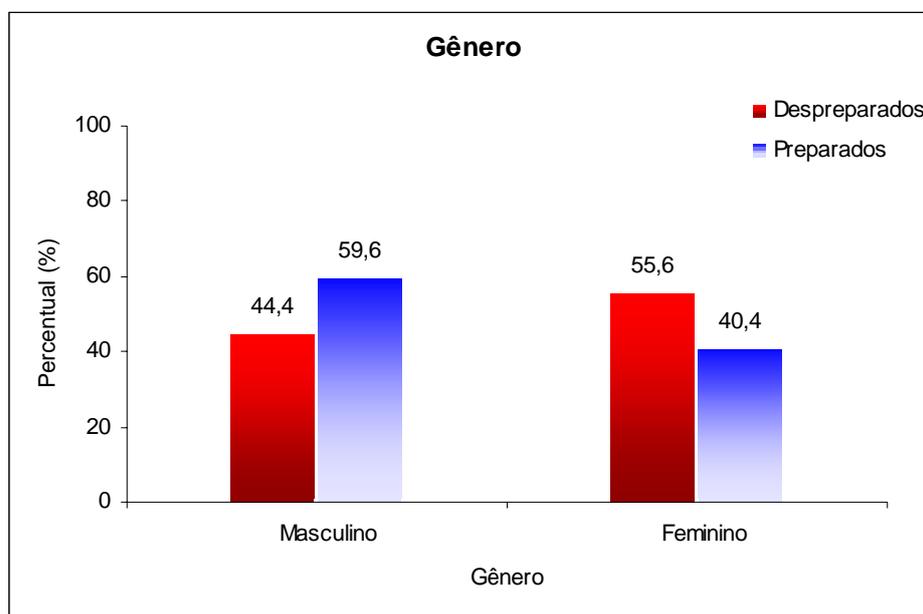
Dos 74 alunos que participaram da primeira fase da pesquisa, 34 deles (50%) responderam estarem preparados para o enfrentamento com a morte, como aparece na figura abaixo:



**Figura 8 – Sentimento frente à morte na graduação**

Fonte: Representações gráficas da autora (2007)

Embora os questionários realizados com os alunos de Medicina apresentaram uma tendência do gênero masculino sentir-se mais preparado para o enfrentamento com a morte (ver figura 9, abaixo), o mesmo não aparece nas entrevistas gravadas com os alunos do internato, pois todos dizem se sentir despreparados.



**Figura 9 – O gênero e o preparo para a morte**

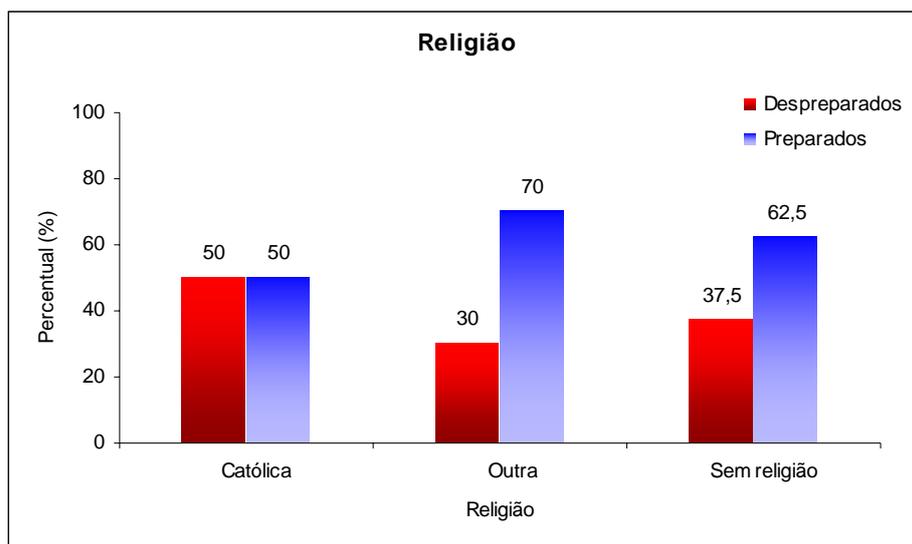
Fonte: Representações gráficas da autora, (2007)

Uma aluna em particular externou, na entrevista, o quanto esta preparação é objetiva, mantendo a visão do não envolvimento e da não aproximação com o paciente que está morrendo:

*As cadeiras que eu tive me ensinaram a olhar objetivamente o paciente e eu sempre me atentei ao que me falavam. Durante a faculdade a gente tem sim momentos que a gente pode discutir as questões de morte. As questões tanto traumáticas, como não traumáticas. (Fragmentos da entrevista de Noradrenalina, grifos da autora)*

Outro aspecto considerado foi em relação à religiosidade dos alunos. FALCÃO e LINO (2004) afirmam que o progresso tecnológico das ciências médicas permitiu a melhoria nas condições de vida e o retardo da morte. Este fato fez com que as sociedades ocidentais contemporâneas colocassem a Medicina no lugar das religiões, sendo ela então a principal fonte de respostas para as questões referentes à morte. JUNG apud BOFF (2006) nos diz que a religião é de grande importância no processo de individuação porque é ela que trabalha com

grandes sonhos, projeta grandes esperanças e por isso está na base da espiritualidade. Na figura 10, abaixo, tanto aqueles que têm religião quanto aqueles que não têm religião, afirmam se sentirem igualmente preparados no enfrentamento à morte:



**Figura 10 – A religião e o preparo para a morte**

Fonte: Representações gráficas da autora (2007)

A atenção ao aspecto da espiritualidade se torna cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde. Cada vez mais a ciência se curva diante da grandeza e da importância da espiritualidade na dimensão do ser humano. Ser humano é buscar significado em tudo que está em nós e em nossa volta, pois somos seres inacabados por natureza e estamos sempre em busca de nos completar. A transcendência de nossa existência torna-se a essência de nossa vida à medida que esta se aproxima do seu fim (PEREZ 2007).

Para LOWEN (1983), o importante não é em que Deus as pessoas acreditem, nem na crença que sustenta sua fé. Para este autor, o importante está na natureza da fé em si mesma, e não no seu conteúdo. Os entrevistados também confirmam esta concepção de fé e espiritualidade:

*Acho que a espiritualidade é mais importante que a religião. Depois de ver tanto sofrimento eu me pergunto: Para quê tanto sofrimento? A vida deve ter outro sentido, deve ter um*

*porquê. Deve ter alguma coisa além do sofrimento. Às vezes, não sei separar aonde vem o paciente e onde termino eu. (Fragmento da entrevista de Lua, grifos da autora)*

*Como eu acredito em Deus, fica aquela coisa assim, tu chegas a pedir a orar para essa pessoa, para que pare de sofrer e que tenha um descanso. Aí a criança ta muito pálida... Ai tu descobre um linfoma ou uma leucemia. Tu vais explicar o quê para esses pais? É impossível não ter revolta. Ainda mais que boa parte destas crianças acaba indo a óbito mesmo. E complicado, se estas pessoas têm fé o apelo religioso é muito útil nesta hora também. (Fragmento da entrevista de Margarida, grifos da autora)*

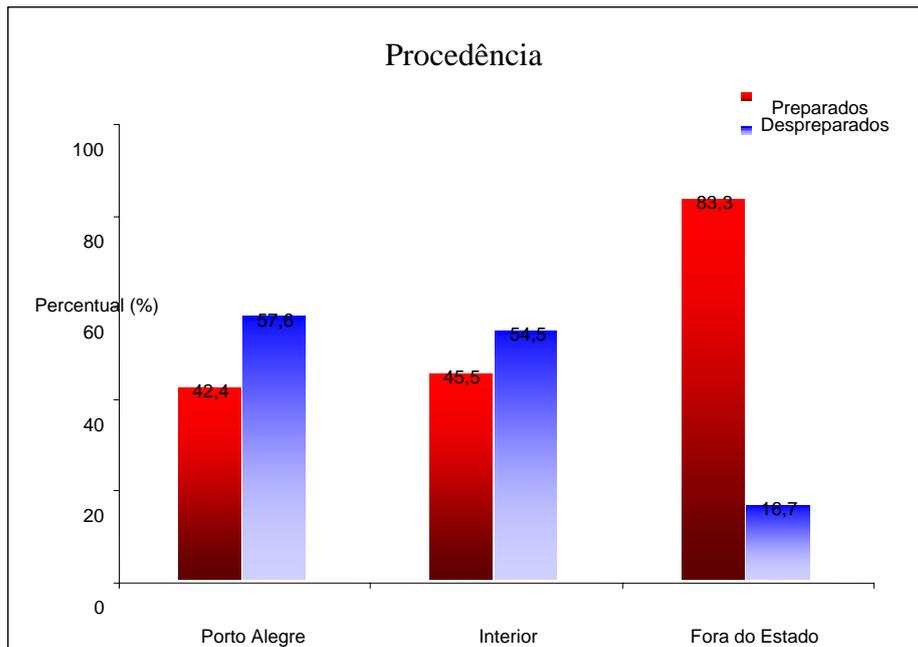
*É mais uma coisa cultural do que ter religião. Isso não tem. Por isso, não tenho, lá em casa ninguém é religioso. (Fragmento da entrevista de Hibisco, grifos da autora)*

Nos diz ZAIDHAFT (1990) que, pensar na própria finitude é tão terrível, que todos nós necessitamos, para poder sobreviver de “uma certa dose de negação” da morte. Todos nos necessitamos de alguma crença, seja religiosa, seja científica, que seja capaz de nos explicar o mundo e a nós mesmos.

*Eu acredito na ciência e a ciência é o suficiente para mim. Não tenho necessidade de ter uma religião, de acreditar em alguma coisa que explique coisas que não são explicadas hoje em dia. Acho que a crença é só para explicar coisas que não são explicadas ainda. O que é muito mais fácil dessa forma. Eu não vejo necessidade... Eu respeito à crença dos pacientes. (Fragmento da entrevista de Noradrenalina, grifos da autora)*

*Eu fui criado dentro da religião católica. Mas, não freqüento, não acredito. Não é uma coisa importante para mim. (Fragmento da entrevista de Ampicilina)*

Em relação à naturalidade, sentem-se mais preparados para o enfrentamento da morte aqueles que vivem próximos de suas famílias (ver figura a seguir):



**Figura 11 – A naturalidade e o preparo para a morte**

Fonte: Representações gráficas da autora (2007)

Autores como BELLODI et al (2002) referem o quanto significa para os alunos de Medicina o abandono das “coisas não-médicas”, como lazer, família, amigos. Os entrevistados também referem o quanto estar longe de seus familiares os fragiliza:

*No início foi difícil, me sentia muito sozinha, chorava bastante logo que vim morar aqui. Sentia falta da família, da ajuda familiar. Depois, alguns primos vieram estudar em Porto Alegre.... (Fragmentos da entrevista de Lua)*

*Sou do interior. É complicado. Saí da cidade pequeno. Terminei o terceiro ano e vim pra cá. Fiz vestibular não passei. Fiquei aqui fazendo cursinho. Depois consegui entrar aqui. É complicado. Ficam os amigos, ficam as coisas que eu gostava de fazer. O que eu fazia no final de semana. Aqui é totalmente diferente. Tive que aprender tudo de novo, me aproximar das pessoas, fazer novas amizades. Como se anda em Porto Alegre. Onde se pega um ônibus, sei lá. Começo foi ruim. É complicado. Demorei meio ano para me localizar assim. Mas, depois as coisas vão se arrumando. Agora eu adoro Porto Alegre e, não sei se vou embora daqui. (Fragmento de entrevista de Ampicilina, grifos da autora)*

GONÇALVES apud DINI (2004) nos diz que o contato inicial com o aluno e a universidade é pautado em três estágios: a mudança de comunidade, normas e padrões próprios, e a integração a este novo ambiente cultural e social que se apresenta para o aluno. Este momento de mudança pode ser um fator de indecisão, angústia e ansiedade, pois...

*A vida do estudante de Medicina é muito corrida. Acorda cedo, vem para o hospital de manhã. Depois passa o dia todo aqui. É uma outra vida. Tu tens uma vida dentro e uma vida fora do hospital. Aqui tu conhece pessoas, aqui tu te relaciona. Tem círculo de amizade dentro do hospital e outro fora. Aqui é um mundo à parte. A gente passa mais tempo com o pessoal da turma do que com a família. (Fragmento de entrevista de Ampicilina, grifos da autora)*

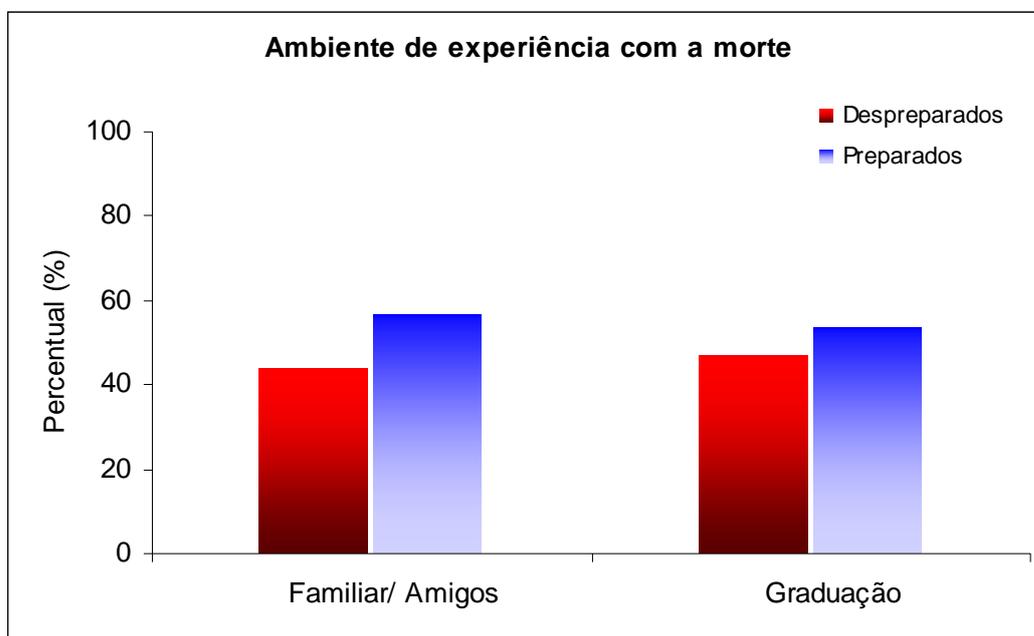
Não aparece nas falas dos alunos, no entanto, que lhes falte instrumento para lidar com o sofrimento físico dos pacientes. O preparo científico da graduação de Medicina, nesta Universidade, não aparece, em nenhuma entrevista, como algo a ser melhorado ou reivindicado. É o despreparo e o medo que aparecem em relação ao sofrimento emocional do paciente, que não incomum, distancia o professor e aluno do paciente que está morrendo.

*Embora tenha toda essa questão: nem tão perto demais, nem tão longe demais, mas eu acho assim, que é muito falho isso na faculdade de não ter esse apoio. A gente discute muito essa questão de que a gente fala muito pouco sobre a questão da morte. (Fragmentos da entrevista de Margarida, grifos da autora)*

*Quando a gente vai dar um diagnóstico difícil, Tu tá no ambulatório... Aí vai discutir com o preceptor: “Vai lá, fala! Tu não tá aí?”. Então é assim, tu vai aprendendo com os erros. Não tem assim uma preparação maior: “Tu faz isto, vamos juntos”. Não, não é assim! (Fragmento da entrevista de Lua, grifos da autora)*

*Tu tens também aprender a te desligar, entende? É óbvio que tu vais te envolver com o paciente. (...) Tu tá investindo. É uma pena. É uma pena quando eles morrem, porque é um investimento para ele ir adiante. (Fragmento da entrevista de Hibisco)*

Observa-se, no entanto, que tanto os alunos que tiveram contato com a morte antes da graduação, como aqueles que tiveram contato com a mesma durante a graduação, sentem-se igualmente preparados para o enfrentamento com a morte, embora seja uma pequena diferença existente em relação aos preparados e aos despreparados, como demonstra a figura 12:



**Figura 12 – Ambiente e o enfrentamento com a morte**

Fonte: Representações gráficas da autora (2007)

Abordar o tema da morte e do morrer aparece como algo muito importante e solicitado no curso de Medicina. KOVACK (2003) reforça a idéia de que inserir nos currículos do curso de Medicina uma educação formal sobre a morte e o morrer poderá diminuir a dificuldade de abordar este tema com pacientes terminais e em limite terapêutico.

*A morte talvez tenha sido o mais difícil até agora dentro da Faculdade. (Fragmento da entrevista de Ampicilina)*

Porém, poucas escolas de Medicina oferecem disciplinas que abordem este assunto. Autores como Zaidhaft, 1990; Viana e Picelli, 1998; Eizirik, 2000; Kóvacs, 2003 relatam que esta abordagem com frequência é abordada durante a disciplina de Oncologia ou na disciplina de Psicologia Médica, o que é confirmado no discurso dos entrevistados.

*Fazemos encontros anuais psiquiatria, mas é facultativo. Vai quem tem interesse. E acaba que a maioria nem pensa no assunto... Aí tu te deparas com colegas ou com outras pessoas dando notícias para a família como se estivesse dizendo: Ah, ta com febre! Ah morreu. (Fragmentos da entrevista de Margarida, grifos da autora)*

*Tem algumas cadeiras na psiquiatria. Mas, no sentido prático: Paciente teu, tu ali. Tu que está acompanhando. Ele morreu. E agora? (Fragmento da entrevista de Hibisco, grifos da autora)*

Na opinião de Castro (2004), o ensino médico ficou estagnado, pois somente nos últimos anos têm se deparado com a necessidade de reformas pedagógicas e curriculares. O autor ainda enfatiza que, em pleno século XXI, algumas faculdades de Medicina ainda ensinam os alunos a não se envolverem emocionalmente com os pacientes. Existe aí um contra-senso, segundo ele, pois: como ajudar sem se envolver com a dor do paciente? Temos assim, um profissional treinado profissionalmente para diagnosticar e restabelecer a saúde, mas não para enfrentar a morte e o morrer dos seus pacientes. O argumento de Castro (2004) também se confirma na fala de um dos entrevistados:

*Olha, desde o início da faculdade a gente é ensinada a olhar objetivamente o paciente. Tentando separar qualquer possível relação que se forme tanto entre o paciente e o médico, como médico e o paciente. A referência e contra referência né? (Fragmento da entrevista de Noradrenalina, grifos da autora)*

O contato com o paciente terminal pode diminuir o medo de interagir com tais pacientes, mas é importante que exista um preparo adequado para esta vivência. Na falas dos alunos entrevistados, expressões como medo, banalização, fracasso e impotência se repetem:

*A primeira vez que tu te deparas com a morte é um tanto meio estranho. E, te desperta vária coisa. A gente quer “**agüentar**” a morte. Hoje eu já trabalhei um pouco mais. Aqui. [Indago se o aqui se refere à UTI]. É, na UTI um tempo, e para mim ainda despertam várias coisas. **Eu não tenho uma definição do que é a morte para mim. Depende do quanto eu me envolvo com o paciente, alguns mais outros menos. Outros me despertam pena, outro me despertam raiva e várias coisas, como impotência nos casos que não tem solução.** (Fragmento da entrevista de Ampicilina, grifos da autora)*

Parece então que, à medida que avança o curso de Medicina, o confronto com a morte se impõe enquanto prática no exercício da profissão. E, maior é o sentimento de despreparo em relação a ela. Assim afirma uma das entrevistadas:

*Não me sinto preparada para lidar com a morte. Acho muito difícil ver alguém morrer. Todas as minhas experiências com a morte foram muito ruins. Meu primeiro contato com a morte na graduação foi no quinto semestre. Foi horrível, não conseguia nem entrar no quarto. Ficava me perguntando: o que mesmo eu estou fazendo aqui. (Fragmento da entrevista de Lua, grifos da autora)*

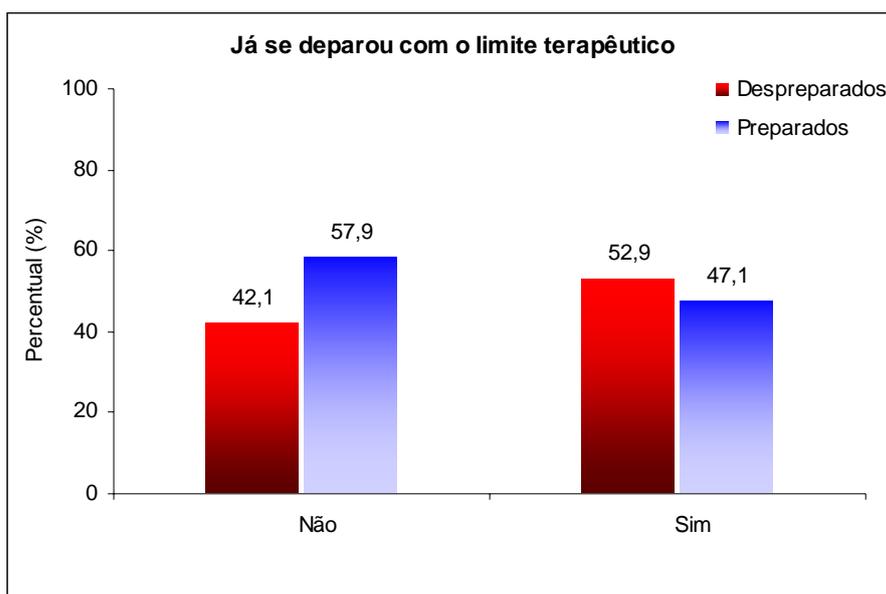
Acredito que isto ocorra porque, por mais que tenhamos o conhecimento científico, a morte transcende o olhar biológico, fazendo obrigatoriamente com que nos deparemos com a nossa finitude. Segundo MORIN (1997), o medo da morte reside no fato de que ela constantemente nos lembra a nossa vulnerabilidade:

*A questão com a qual eu me deparei na Faculdade é com a **nossa vulnerabilidade. A fragilidade do ser humano.** E toda essa questão assim, de tu poder estar bem, e dali a pouco tu descobres uma da doença grave e avançada... (Fragmento da entrevista de Margarida, grifos da autora)*

Para este mesmo autor, a morte não faz concessões, não aceita suborno, e a despeito de toda o avanço tecnológico e científico, conseguimos apenas retardar a morte, mas não conseguimos vencê-la:

*Com o avançar da Medicina, com todas as novas tecnologias e até com a Medicina intensiva (...) acaba a gente tendo uma visão da vida, vida, vida, e não entende a morte como parte do ciclo vital. A gente, muitas vezes, esquece do paciente, da vontade do paciente. (Fragmentos da entrevista de Margarida)*

Se considerarmos o que nos sugere a entrevistada acima, a cada um de nós deveria ser dado o direito de protagonizar sua própria morte. Segundo os alunos que participaram da primeira fase da pesquisa, a maior parte daqueles que se sentem mais preparados em relação à morte já se depararam com o limite terapêutico (ver figura a seguir):



**Figura 13 – O Limite Terapêutico na graduação**  
Fonte: Representações gráficas da autora (2007)

O modelo técnico-científico e racional segue como sendo mais utilizado nos curso da saúde. KÜBLER-ROSS (2002) alerta que os cursos de Medicina, em que o jovem estudante é admirado pelas pesquisas realizadas, não sabe responder às perguntas dos seus pacientes.

*Em termos acadêmicos eu não acho que a faculdade prepara para isso. Eu acho que eles te põem na prática com isso, em contato com isso, mas tu não tens orientação. Tu não tens nenhuma base que a faculdade te deu para isso. Eles te põem em contato não te preparando... Então cada um vai acabar tendo uma reação dependendo da sua base anterior, dos teus conceitos. De como tu consegues lidar com estas coisas. A gente não está preparada para isso. Também não sei que preparação pode se oferecer sabe. (Fragmento da entrevista de Hibisco, grifos da autora)*

Para a autora, o valor que é dado ao desempenho técnico-científico do aluno deveria ser igual ao relacionamento humano e interpessoal que o aluno estabelece com seus pacientes.

Concordo com Z Aidhaft (1990) quando ele coloca que a situação mais difícil para os profissionais da saúde, e não somente para o aluno, não é lidar com a morte, mas com o *ser vivo* que está morrendo.

*Com a criança é toda uma situação diferente, é muito sofrimento, a gente sofre junto com os pais, uma coisa muito angustiante. Mas, tentar entender e aceitar. (Fragmento da entrevista de Margarida)*

Autores como Z Aidhaft (1990); Eizirik (2000) reforçam a idéia de que o estudante de Medicina se encontra em uma etapa de individuação, e que tem como característica deixar para trás posturas e atitudes anteriores, a fim de atingir a identidade médica. Neste momento, o estudante estará bastante influenciado por seus pares, colegas e, sobretudo, por seus professores. Uma das entrevistadas referenda esta postura:

*Com certeza sempre passa pela cabeça de qualquer estudante, de qualquer profissional da saúde que a morte seja uma falha. Eu não consigo tratar a minha paciente de uma forma satisfatória e a paciente acabou falecendo, foi falha minha. Quando o paciente for meu, e eu colocar o meu carimbo embaixo da prescrição. Eu acho que eu vou olhar objetivamente assim. Considerando a morte como tratamento também. (Fragmento da entrevista-Noradrenalina)*

KOVÁCS (1999) nos diz que alguns cursos de Medicina, diante da necessidade de discutir temas como a morte, a dor e o sofrimento, vem inserindo cursos para professores, usando como estratégia filmes, psicodramas e *Workshop*, com a finalidade de minimizar a impessoalidade do tema, encorajando os professores a lidarem com seus sentimentos.

Para VIANNA (2004), os médicos deveriam conjugar a visão da cura e do cuidar dos doentes, ao invés de se transformarem em solucionadores de problemas biomédicos, cada vez mais distanciados dos seus pacientes. Para este mesmo autor, na medida em que o médico confunde a doença com o doente se instala uma reação de poder absoluto e desigual, que se estabelece, pelo saber técnico.

*(...) Às vezes não dá...Na medicina tem uma muita cobrança da própria pessoa: “Como é que eu não salvei?”. Mas, a gente tem que saber que ninguém tem o poder absoluto de salvar todo mundo. (Fragmento da entrevista de Noradrenalina, grifo da autora)*

Os professores podem estar encorajando seus alunos a adotarem uma postura de autoritarismo e de distanciamento, lidando a morte como apenas como um aprendizado nos campos de práticas, tentando desta forma banalizá-la. O ensino da Medicina tem sido um treinamento de investigação, diagnóstico, em evidências.

*(...). Eu acho que a faculdade me preparou de uma maneira, de um olhar objetivo, com que eu possa ver o paciente como uma pessoa, mas ao mesmo tempo alguém que eu esteja tratando.(Fragmentos da entrevista de Noradrenalina, grifo da autora)*

Conduto, ao se deparar com um paciente morrendo, todo este treinamento sozinho não dará ao aluno condições para este enfrentamento. Os entrevistados também referem as dificuldades encontradas pelos profissionais-professores para lidarem com a morte

*A maioria dos médicos não consegue aceitar isso assim, o*

*limite terapêutico. Então investem continuamente até sabe lá aonde. A gente muitas vezes esquece do paciente, da vontade do paciente. E muitos médicos pensam na vaidade de não deixar morrer. Tu continuas investindo muitas vezes, não trará benefício nenhum. Tu estás só piorando a situação. Tu estás fazendo distanásia. (Fragmento da entrevista de Lua, grifo da autora)*

Para a maioria das pessoas, nos dias de hoje, a Medicina está associada à alta tecnologia. É indiscutível o fato do avanço tecnológico melhorar o diagnóstico e a cura de várias doenças. Contudo, é preciso lembrar que a tecnociência simplesmente não é um substituto do cuidado humanizado. EIZIRIK (2000) nos diz que o avanço tecnológico da medicina nos últimos anos fez com que os médicos se distanciassem progressivamente do paciente que está morrendo.

Para BROMBERG (1997), a família do paciente que está morrendo, tem papel fundamental na unidade paciente-família, sendo muito importante que esta unidade seja reconhecida pela equipe de saúde. Para este mesmo autor, esta “unidade” está diante de decisões, lembranças, vivências, merecendo atenção por parte dos profissionais envolvidos com o paciente que está morrendo. Uma entrevistada alerta para esta situação:

*Eu tive uma paciente que estava bastante ruim e eu tratei com o familiar todo o tempo, dizendo que o prognóstico não era bom e que a paciente teria grandes possibilidades de falecer. **E eu não só tive que me preparar para perder a minha paciente, que não é uma coisa muito interessante, tu perder, tu falhar como médico. E também tive que preparar a família. Então, eu não tenho o tempo para me preparar, eu tenho que preparar a família, depois eu vejo o que acontece comigo. Como eu coloco, eu tento dividir dois lados. (Fragmento da entrevista de Noradrenalina, grifos da autora)***

HULL apud ESSLINGER (2004) enfatiza que são muitos os sentimentos presentes nas situações em que a família precisa estar perto do seu familiar morrendo. Neste momento, é necessário evitar ao máximo conflitos e tensões entre a família e a equipe de saúde, partilhando objetivos, tratamento e intervenções, tal como sugere a entrevistada abaixo:

*Tinha uma mãe na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que disse: “Olha eu acho que chega de tanto sofrimento”. Pô, se a mãe ta dizendo que ela não quer mais, sabe! Então, qual o*

*nosso direito de continuar investindo nessa criança... Ver uma criança morrendo é uma coisa horrível para mim, sabe. É muito horrível. Eu fico com pena dos pais, sabe! É uma situação horrível. Porque é natural no curso da vida, e triste, mas é natural, tu veres teus pais morrendo. Agora, um pai ver o filho morrer? (Fragmento da entrevista de Hibisco)*

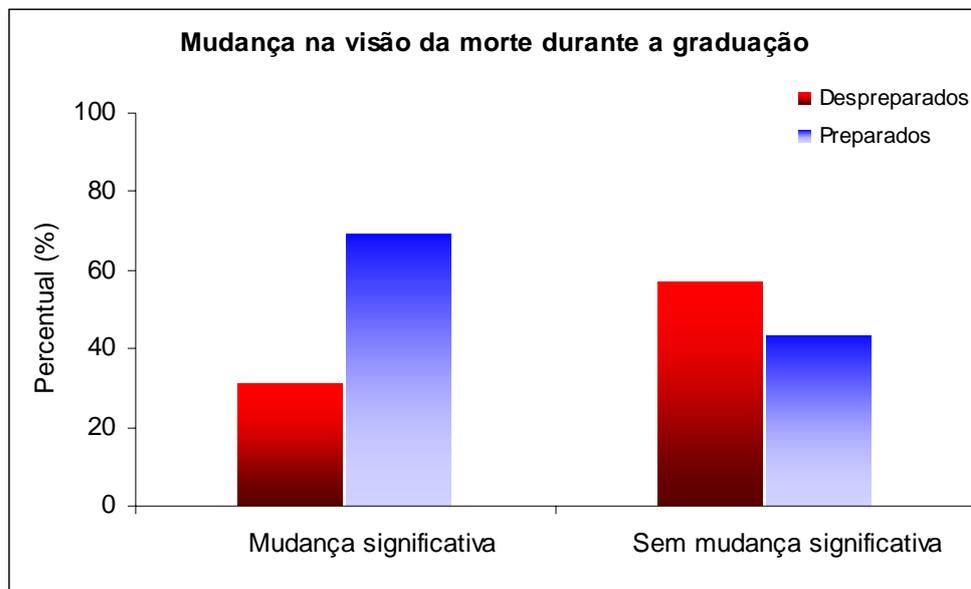
PESSINI (2002) nos ensina que é preciso incluir as famílias no que se refere ao suporte psicológico para que possam cuidar do paciente que morre, evitando complicações somáticas e psicológicas do luto.

*Eu me coloco muito na situação das pessoas. Eu tento ver as coisas, explicar as coisas para as pessoas, da mesma forma que eu gostaria de que me explicassem, de que me atendessem. Então, muitas vezes eu fico pensando assim: em que determinadas situações não teriam explicação para me dar que eu iria suportar ou aceitar. A gente tem que se colocar na situação do paciente. (Fragmento da entrevista de Margarida, grifos da autora)*

É preciso que, seja ensinado ao estudante de Medicina, de que, ajudar as famílias neste momento, é fazer com que a idéia da morte seja aceita, sem culpa e com menos sofrimento. Contudo, também é preciso que o todo os profissionais envolvidos no processo de morrer, entendam que aquele que está morrendo faz parte da história daquela família. Assim, e preciso ouvir as famílias sempre que possível, acolhendo seus medos, suas angustias, tornando mais leve a despedida.

*Porque a gente dá uma notícia e não tem ninguém para acolher. Nem o médico não conseguiu aceitar essa notícia, e aceitar essa situação porque ele falhou. Falta muito um suporte assim para as famílias. (Fragmento da entrevista de Hibisco, grifos da autora)*

*A minha mãe sempre disse: se acontecesse alguma coisa com ela, se ela ficasse muito mal, ela não queria que mantivessem-na em coma lá e tal. Porque sabe, não é vida assim sabe. Tu sair de um basal bom para depois ficar muito mal. E então, mas aí vai depender da pessoa. (Fragmento da entrevista de Hibisco).*



**Figura 14 – Mudança na visão da morte durante a graduação**

Cruzamento entre preparo da morte na graduação e mudança da visão da morte.

Fonte: Representações gráficas da autora (2007)

*Não me sinto preparada para lidar com a morte. Acho muito difícil ver alguém morrer. Todas as minhas experiências com a morte foram muito ruins. Meu primeiro contato com a morte na graduação foi no quinto semestre. Foi horrível, não conseguia nem entrar no quarto. Ficava me perguntando: o que mesmo eu estou fazendo aqui.(Fragmentos de entrevista-Lua)*

*Na faculdade toda, ouvimos que o nosso aprendizado vai muito do nosso próprio interesse. “Isso é do teu Interesse”.Mas precisamos ser estimulados, nem tudo pode ficar apenas por conta do nosso interesse. É preciso que a nossa formação seja conduzida de uma outra forma. Os interessados e os não interessados se forma igual.*

*Tem muita coisa que tem que ser revista na formação médica.Estou saindo da faculdade despreparada.(Fragmento da entrevista-Lua)*

Não há riqueza maior  
que a saúde do corpo,  
Nem contentamento maior que a  
alegria do coração  
É melhor a morte do que uma vida  
amarga, o descanso eterno do que uma  
doença constante.

(ECLESIÁSTICO 30, 16-17)

## AS POSSÍVEIS CONCLUSÕES

Na fase de conclusão desta pesquisa, tenho a certeza da sua *inconclusão*. À medida que avançamos no processo de pesquisar, novos questionamentos se apresentam, num cruzamento com outras pesquisas, outros autores, dando a sensação de que, a cada aproximação dos objetivos propostos, novos trabalhos se atravessam num constante emaranhado, fazendo com que reconheçamos nossas limitações, nossos esquecimentos. E, ao reconhecer este constante movimento, creio ser impossível dar por acabada uma pesquisa que teve como objetivo compreender como os acadêmicos de Medicina se sentem preparados para o enfrentamento da morte e do morrer dos pacientes, bem como compreender qual ou quais os significados da morte do paciente para eles e suas relações com o limite terapêutico.

Além disto, quando damos por acabado um trabalho realizado, decretamos a ele uma espécie de *sentença de morte*. Assim, ao terminar esta etapa, tenho a sensação de que outras falas, outras pesquisas, outros olhares poderiam e poderão dar uma nova *vida* a outras etapas possíveis.

Durante o ensaio de escutar os acadêmicos de Medicina falarem sobre a morte e o morrer, cujo paradigma da profissão escolhida está construído sobre a cura e sobre a luta contra a morte, estou convencida, que subestimando a morte e a suas vivências, da formação médica, estamos tirando do aluno a capacidade de se relacionar, de se aproximar e por fim, desconsiderando a subjetividade destes futuros médicos.

A formação médica encontra dificuldades, quando na tentativa de formar profissionais de excelência técnico-científica, esquece dos seus aspectos emocionais. Esta pesquisa deixa claro que a capacidade técnica não está necessariamente atrelada à capacidade emocional.

A morte está repleta de múltiplos sentidos e carregada de emoções, transforma-se em vivências nos campos de prática. Diante desta “rotina hospitalar”, faz-se necessário um espaço de troca dentro da formação médica onde temas e vivências tão intensos sejam discutidos. No discurso dos alunos, foi explicitado que a abordagem teórica sobre a morte ocorre em sala de aula, contudo isoladamente, não abarca os múltiplos sentidos que o tema desperta tanto nos alunos como nos próprios médicos.

Parece então, que o aprendizado da morte ocorre de forma paralela e ocasional, em um “*currículo oculto*”, sem fazer parte oficialmente da educação médica. Assim, na maioria das vezes, a dor, o sofrimento, a morte e as más notícias são embasadas no conhecimento objetivo dentro do curso.

Para que possamos aceitar a morte e preciso que saibamos lidar com ela aprendendo com o paciente que morre. Ser capaz de sentir com o outro. Assim, ao terminar esta pesquisa ressalto os princípios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1986:

Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal; não apressar ou adiar a morte; oferecer alívio da dor e de outros sintomas que causem sofrimento; integrar os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados ao paciente; oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família no enfrentamento da doença do paciente e em seu processo de luto.

Nas entrevistas com os alunos aparece a necessidade de uma assistência mais humanizada na hora da morte. Acredito, porém, para que ocorra uma assistência humanizada, é preciso “cuidar” também dos cuidadores (alunos e profissionais), com espaços para a escuta, para a expressão. Propõe-se, então, um processo de aprendizado que compartilhe falas e emoções, visando humanizar a formação médica, cuidando também do aluno, a fim de que ele possa aprender a lidar com os desafios e limites da profissão e partilhar durante este processo, e fora dele, as perdas e os ganhos que lhe são impostos.

## **Mensagem Final**

Morrer nada mais é do que se deitar para dormir um longo sono. Que cada um de vocês seja feliz no resto do caminho que lhe resta pela frente. Com paciência, serenidade e o ânimo alegre, tenho certeza de que será assim.

Vale a pena viver a vida enquanto podemos nos servir dela por nós mesmos: quando não puder ser assim, é melhor terminá-la, pois continuar não tem sentido. Essa possibilidade deveria ser um ato de liberdade pessoal, deveria ser mais fácil conseguir ajuda quando dela necessitamos. Isso também seria uma forma de amor!

Perdoem-me por ir embora sem me despedir.

Às vezes demonstramos mais amor por uma pessoa quando lhe oferecemos ajuda para morrer e não para viver.

Amei-os o melhor que pude e soube. Todos vocês me quiseram do mesmo modo. Só posso lhes pagar com a maior mostra de gratidão: morrendo. E, vocês,

respeitando minha vontade.

(SAMPEDRO, 2005, p.277-278)

## REFERÊNCIAS

1. Airès P. O Homem Perante a Morte II. Portugal: Editora Biblioteca Universitária; 1977.
2. Albom M. A última grande lição - O sentido da vida. Rio de Janeiro: Sextane; 1998.
3. Almadóvar P. Fale com Ela. In. Espanha: Fox; 2002. p. 122 mim.
4. Almeida F. Lidando com a Morte e o Luto por meio do Brincar: a Criança com Câncer no Hospital. Boletim de Psicologia 2005;149-67.
5. Alves R. O Médico. 5ª Edição ed. Campinas: Editora Papirus; 2002.
6. Alves-Mazzotti AJ, Gewandsznajder F. A Pesquisa Científica, As Ciências Sociais são Ciências? O Debate Contemporâneo Sobre os Paradigmas. In: O Método nas Ciências Naturais e Sociais Pesquisa Quantitativa e Qualitativa 2ª Edição ed. São Paulo: Editora Pionera Thomson; 1999.
7. Almadóva A. Mar Adentro. In. Espanha: 20th Century Fox/ Fine Line Features; 2004. p. 125 mim.
8. Antunes JLF. Hospital: Instituição e história social. São Paulo: Letras & Letras Editora; 1991.
9. Antunes MI, Moeda A. Ao Encontro da Morte-o impacto das emoções do médico no cuidado ao doente. Rev Port Clin Geral 2005; 21:353-57.
10. Araújo LFSd. Processos de Subjetivação Inscritos na Constituição da Experiência de si da/o Enfermeira/o, nas Práticas Assistenciais de um Cenário de trabalho Exemplar: a Unidade de Terapia Intensiva [Doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
11. Arcand D. Invasões Bárbaras. In. Canadá: Miramax Fime/Art Filme; 2003. p. 99 mim.
12. Ariès P. História da Morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro Publicações; 2003.
13. Balint M. O Médico, seu Paciente e a Doença. São Paulo: Editora Atheneu; 2005.
14. Bardin L. Análises de Conteúdos. 4ª Edição ed. Lisboa: Edições 70; 2006.
15. Batista-Siqueira R, Schramm RF. A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da Saúde Pública. Cad Saúde Pública 2004; 20(3): 855-65.
16. Becker J. A negação da morte. Rio de Janeiro: Nova Fronteira Editora; 1976. 1.
17. Bellodi PL, Cardilho G, Lima-Gonçalves E. Perfil do aluno FMUSP: vida pessoal. Rev Bras Educ Méd 2002; 26(2): 50.
18. Bellodi PL. Retaguarda Emocional Para o Aluno de Medicina da Santa Casa de São Paulo (REPAM): realizações e reflexões. Rev Bras Educ Med 2007; 31(1): 50-8.

19. Bendassoli PF. Percepção do Corpo, Medo da Morte, Religião e Doação de Órgãos. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2001; 14(1):225-40.
20. Benincá CRS. Apoio Psicológico À Enfermagem Diante da Morte: Estudo Fenomenológico [Doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
21. Bergnman I. O Sétimo Selo. In. Suécia: Versátil Filmes; 1956. p. 95 minutos.
22. Boemer MR, Veiga EV, Mendes MMR, Valle E. O Tema da Morte: Uma proposta de Educação. *Rev Gaúcha de Enfer* 1991; 12(1): 26-32.
23. Boff L. ESPIRITUALIDADE Um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante; 2006.
24. Boff L. Saber cuidar Ética do humano: compaixão pela terra. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
25. Brasil. Diretrizes curriculares dos cursos de graduação em medicina. In: Ministério da Educação; 2001.
26. Bromberg MHPF. Ser paciente terminal: a despedida anunciada. In: Ensaios sobre a formação e rompimento de vínculos afetivos. Taubaté: Cabral Editora Universitária; 1997.
27. Camozzato VC. Habitantes da Cibercultura: Corpos 'Gordos' nos Contemporâneos Modos de Produzir A Si e Aos Outros [Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
28. Cangulhem G. Doença, Cura, Saúde. In: O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Editora Forense; 1966. p. 144-63.
29. Capena LAB. Os sentimentos dos acadêmicos de Medicina no seu enfrentamento com o fenômeno da Morte [Doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUC; 1997.
30. Carapinheiro G. Saberes e Poderes no Hospital. Lisboa: Edições Afrontamento; 1993.
31. Carvalho MVB. A Morte - A Arte de Cuidar na Despedida. In: A fenomenologia do cuidar. 1 ed. São Paulo: Vetor Editora; 2004. p. 80-94.
32. Carvalho PRA, Rocha TS, Santos AE, Lago P. Modos de Morrer na UTI Pediátrica de um Hospital Terciário. *Revista da Associação Médica Brasil* 2001; 47(4): 325-31.
33. Castro FC. Os Temores na Formação e Prática da Medicina: Aspectos Psicológicos. *Rev Bras Educ Méd* 2005; 28(1): 38-45.
34. Ceccim RB, Capazzolo ÂA. Educação dos Profissionais da Saúde e Afirmação da Vida: A Prática Clínica Como Resistência e Criação. In: Educação Médica em Transformação São Paulo: Editora Hucitec-ABEM
35. CJiménez CP, Granado MEP, Rodríguez LLP. Dilemas bioéticos al inicio, transcurso y final de la vida. In: *Correo Científico Médico de Holguín* 2000

36. Coixet I. Minha vida sem mim. In. Lisa Robison ed. Espanha/ Canadá: Imagem Filmes; 2003. p. 106 mim.
37. Colares MFA, ATroncon LE, Figueredo JFC, Cianflone ARL, Rodrigues MLV, al CEPE. Construção de um Instrumento para Avaliação das Atitudes de Estudantes de Medicina frente a Aspectos Relevantes da Prática Médica. Rev Bras Educ Méd 2002; 1.
38. Dini PS. Graduação e Prática Médica: Expectativas e Concepções de Estudantes de Medicina do 1° ao 6° ano. Revista Brasileira de Educação Médica 2004; 28(3): 198-203.
39. Diniz D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. Caderno Saúde Publica 2006; 22(8): 1741-48.
40. Eastwood C. Menina de Ouro. In. EUA: Warner Bros/Europa Filme; 2004. p. 137 mim.
41. Eizirik CL. Ensinando uma profissão impossível. Revista ABP-APAL 1994; volume 16(4): 133-35.
42. Eizirik CL. Fantasias e realidades sobre a morte. In: Saúde Informações Básicas. 3° Edição revisada e ampliada ed. Porto Alegre: Editora da Universidade; 2002. p. 339-45.
43. Eizirik CL. Luto patológico e situações de estresse pós-traumático: manejo em psicoterapia breve. Rev da Associação Médica de Psicoterapia 1988; 10(1): 16-20.
44. Esher ÂFSdC. AIDS Na Marinha: Vivendo o Fim de Uma Carreira [Mestre em Ciências da Saúde]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
45. Esslinger I. De quem é a vida, afinal? 1 ed. São Paulo: Editora e Livraria Casa do Psicólogo 2004.
46. Fagundes NC, Burnham TF. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. Interface-Comunic, Saúde, Educ 2005; 9(16): 105-14.
47. Falcão EBM, Lino GGS. O Paciente Morre: Eis a Questão. Rev Brás Educ Méd 2004; 28(2): 106-18.
48. Ferraz AF, Carvalho DV, Costa TMPF, Carvalho WS. Assistência de Enfermagem a Pacientes em Fase Terminal. Rev Brás Enf 1986; 39(1): 50-60.
49. Flaschen JH. Escolhendo a Morte ou Manba na UTI. The Washington Post. 1991.
50. Foucault M. Direito de morte e poder sobre a vida. In: História da Sexualidade I. Rio de Janeiro: Graal Editora; 1985. p. 127- 51.
51. Garros D. Uma “boa” morte em UTI pediátrica: é isso possível? Jornal de Pediatria 2003; 79(2): 243-54.
52. Godoy SAFd, Alves RdN, Martins EL. Reações e Sentimentos do Profissional de Enfermagem Diante da Morte. Revista Brasileira Enfermagem 1999; 52(1): 105-17.

53. Gutierrez BAO. O Processo de Morrer no cotidiano de Trabalho dos Profissionais de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva [Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
54. Icaza ES. Educação Médica e o Juramento Hipocrático. In: Prática Educativa em Medicina. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2002. p. 73-82.
55. Karam SdM. O Papel da Avaliação no Curso de Medicina. In: Editora D, editor. Prática Educativa em Medicina. Porto alegre; 2002. p. 115-21.
56. Kestemberg CC, Sória DAC, Paulo EFP. Situações de Vida e Morte – Uma Questão Reflexiva. Rev Brás Enf 1992; 43(4): 259-65.
57. Knobel E. Condutas no paciente grave. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1999.
58. Kovács MJ. Educação Para Morte Desafio na Formação de Profissionais de Saúde e Educação. São Paulo; 2003.
59. Kovács MJ. Educação para Morte Temas e Reflexões. 1º reimpressão ed. São Paulo; 2003.
60. Kovács MJ. Implementação de um serviço de plantão psicológico nas unidades de cuidados paliativos. Revista Brasileira de Medicina 1999; 56(8): 786-94.
61. Kübler-Ross E. A Roda da Vida. 8º ed. Rio de Janeiro: Sextante; 1998.
62. Kübler-Ross E. MORTE Estágio Final da Evolução. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Record; 1975.
63. Kübler-Ross E. O Túnel e a Luz Reflexões essenciais sobre a vida e a morte. 1 ed. Campinas: Verus Editora; 2003.
64. Kübler-Ross E. Sobre a Morte e o Morrer. 8º ed. São Paulo: Editora Martins Fontes; 2002.
65. Lacerda CAMd. Breve Historia de Anatomia. 2007 [cited 2007 12/08/2007]; Available from: 26(3): 194- 203.
66. Laks D, Longhi F, Neto AC. O estudante de medicina frente à morte. Rev Med PUCRS 1999 1(1): 223-29.
67. Lampert JB. Avaliação do Processo de Mudança na Formação Médica. In: HUCITEC-ABEM, editor. Educação Médica em Transformação. São Paulo; 2004. p. 245-66.
68. Lampert JB. Currículo de Graduação e o Contexto da Formação do Médico. Rev Brás de Educ Méd 2001; 25(1): 7-19.
69. Lampert JB. Tendências de Mudanças na FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL. 1 ed. São Paulo: HUCITEC-ABEM; 2002.
70. Lowen A. O corpo em Depressão as bases biológicas da fé e da realidade. 5º ed. São Paulo: Summus Editorial; 1983.
71. Luca ALSd. Estudo Sobre a Concepção de Morte em Alunos de Medicina [Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1997.

72. Ludeke M, André MEDA, al e. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: Cortez Editora; 1986.
73. Macedo JCGMd. Elizabeth Kübler-Ross: a necessidade de uma educação para a morte [Mestre em Educação]. Minho-Portugal: Universidade do Minho-Portugal; 2004.
74. Machado CLB. Coerências e Sentidos: Prática Educativa em Medicina, Uma Questão de Saúde ou de Educação In: Prática Educativa na Medicina. Porto Alegre: Dacasa 2005. p. 11-9.
75. Maffesoli M. No Fundo das Aparências. 3 ed. Petrópolis: Vozes; 1996.
76. Manfroi W. Tempo de Viver. 1ª ed. Porto Alegre: Livraria Palmarinca; 1992.
77. Manfroi WC. Apresentação. In: Prática Educativa em Medicina. Porto Alegre: Da Casa Editora; 2005. p. 7-9.
78. Mann T. A montanha Mágica. 7 reimpressão ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 2000.
79. Marshall P. Tempo de Despertar. In. EUA: Columbia Pictures; 1990. p. 120 mim.
80. Mattos MCI. Ensino médico: o que sabemos? Interface-Comunicação, Saúde, Educação 1997; 1(1): 193-96.
81. Menezes RA. EM BUSCA DA BOA MORTE Antropologia dos Cuidados Paliativos. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Garamond FIOCRUZ; 2004.
82. Menezes RA. Etnografia do ensino médico em um CTI. Interface-Comunic, Saúde, Educ. 2001; 5(9): 117-30.
83. Menezes RA. Etnografia do ensino médico em um CTI. Interface-Comunic, Saúde, Educ. 2001; 5(9): 117-30.
84. Minayo MCdS. Pesquisa Social. 25º ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2007.
85. Morin E. Meus Demônios. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil 2003.
86. Morin E. O homem e a morte. São Paulo: Imago Editora; 1997.
87. Morin E. O Método 6 Ética. Porto Alegre: Sulina; 2005.
88. Moritz RD, Nassar SM. A Atitude dos Profissionais de Saúde Diante da Morte. Revista Brasileira de Terapia Intensiva 2004; 16(1): 14-21.
89. Moritz RD. Dilemas éticos sobre o fim da vida. Revista Brasileira de Terapia Intensiva 2003; 15(1):3-4.
90. Moritz RD. O Efeito da Informação sobre o Comportamento dos Profissionais da Saúde Diante da Morte [Doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
91. Nietzsche F. Além do Bem e do Mal. 3º reimpressão ed. São Paulo: Editora Companhia das Letras; 2005.

92. Ortega F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface-Comunic, Saúde, Educ* 2004; 8(14): 9-20.
93. Parker CM. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus; 1998.
94. Perazzo S. O médico e a morte. *Revista de Psiquiatria Clínica* 1985; 12(3): 96-100.
95. Peres MFP, al. e. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev. Psiq. Clín* 2007; 34(1): 82-7.
96. Perez EP. A propósito da educação médica. *Rev Bra Mater Infan* 2004; 4(1): 9-13.
97. Perez EP. O Ensino Médico. *Ver. Bra. Saúde Matern. Infant.* 2004; 4(1): 9-13.
98. Pessini L. Distanásia: Até quando investir sem agredir? *Rev Bioética* 1996; 4(1): 31-43.
99. Pessini L. Lições de anatomia: vida, morte e dignidade. *Rev O Mundo da Saúde* 2006; 30(3): 425-33.
100. Pessoa F. Poesias. Porto Alegre: L&PM; 2006.
101. Pinto ZA. Menina Nina: duas razões para não chorar. São Paulo: Editora Melhoramentos; 2005.
102. Pitta A. Hospital dor e morte como ofício. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.
103. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. *Rev Bioética* 1993; 1(2): 129-38.
104. Polit DF, Beckr CT, Hungler B. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem. 5 ed. Porto Alegre: Artes Médica; 2004.
105. Porto AM. A Morte Como fator Gerador de Stress No Centro de Terapia Intensiva na Percepção dos Alunos do 4º Ano do Curso de Fisioterapia [Mestrado]. Franca: Universidade de Franca; 2005.
106. Quintana AM, colaboradores e. O Preparo para Lidar com a Morte na Formação do Profissional de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2002; 26(3): 204-10.
107. Rego S, Palácios M. A finitude humana e a saúde pública. *Cad Saúde Pública* 2006 22(10): 755-60.
108. Rezende ALM. Ritos de Morte na Lembrança de Velhos Florianópolis; 1996.
109. Ribeiro HP. O hospital: história e crise. São Paulo: Cortez Editora; 1993.
110. Ribeiro MS, Ranzoni TM. Identidade e Formação Profissional dos Médicos. *Rev Bras Educ Méd* 2003; 27(3): 229-36.
111. Rodrigues JC. Tabu da Morte. 2º ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006.
112. Rosen G. O lugar da história na educação médica. In: *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1979. p. . 5-75.
113. Rosen G. Uma história da Saúde Publica. 2º ed. São Paulo: Editora UNESP; 1994.

114. Sampedro R. Cartas do inferno. São Paulo: Editora Planeta do Brasil; 2005.
115. Sant'Anna DBd. Corpos de Passagem. 2º ed. São Paulo: Editora Estação Liberdade; 2005.
116. Santos LGd. Politizar as Novas Tecnologias. 1º ed. São Paulo: Editora 34 2003.
117. Saramago J. As Intermitências da Morte. São Paulo: Editora Companhia das Letras; 2005.
118. Sciliar M. A Paixão Transformada. 3º reimpressão ed. São Paulo: Companhia Das Letras Editora; 2001.
119. Shutz R, Johnson AC. Administrações de hospitais. São Paulo: Livraria Pioneira Editora; 1990.
120. Sibilia P. O Homem Pós-Orgânico Corpo, Subjetividade e tecnologias digitais. 2º ed. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará; 2003.
121. Silva GSNd. A construção do "ser médico" e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado [Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
122. Souza AN. Formação médica, racionalidade e experiência. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001; p.87-96.
123. Souza ARNDd. Formação Médica, Racionalidade e Experiência: O Discurso Médico e o Ensino da Clínica [Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1998.
124. Souza ERd, Minayo MCdS, Ximenes LF, Desland SF. O Idoso sob o Olhar do Outro. In: *Antropologia, Saúde e Envelhecimento* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Editora; 2002. p. 191-209.
125. Souza FGM, Cmenezes MG. Estresse nos Estudantes de Medicina da Universidade Federal do Ceará. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2005; 29(2): 91-6.
126. Spadari MJ. Procurando o Lado Humano da Medicina: Existe Outro? In: STAMPA, editor. *Ética e Bioética Coletânea de Artigos*. Porto Alegre; 2006. p. 35-9.
127. Spíndola T, Macedo MCS. A Morte no Hospital e seu Significado para os Profissionais. *Rev Brás Enf* 1994; 47(2): 108-77.
128. Stederford A. Encarando a Morte uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1986.
129. Tolstoi L. A morte de Ivan Ilitch. 1 ed. Porto Alegre: L&PM 2002.
130. Trumbo D. Johnny vai à Guerra. In. *Estados Unidos da América: Aurora DVD*; 1971. p. 106 minutos.
131. Varella D. Por um fio. 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2004.
132. Vianna LG. O Paciente e o Médico Diante da Morte. *Jornal Brasileiro de Medicina* 2004; 87(4): 43-5.

133. Weil P. A Morte da Morte: uma abordagem transpessoal. 2º ed. São Paulo: Editora Gente; 1995.
134. Yazbeck DCM, Azevedo LL, LSiqueira MR, Menezes VM. Novos Rumos para a Educação Médica. Rev Brás Educ Méd 2000 Maio: 26-30.
135. Zaidhaft S. Morte e Formação Médica. 1 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora; 1990.
136. Zocche DAdA. Teias de Avaliação no ensino aprendizagem em saúde: uma "análise de situação" da avaliação dos desempenhos cognitivos e laboral no ensino técnico de enfermagem [Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.

# APÊNDICES

## APÊNDICE 1: Questionário

---

Este questionário faz parte de uma pesquisa para dissertação de mestrado, que tem por objetivo avaliar o preparo dos alunos do oitavo semestre de Medicina no enfrentamento com a morte e o morrer dos pacientes.

Esta pesquisa está sendo realizada pela pós-graduanda Nára Selaimen Gaertner de Azeredo, sob a orientação do Prof. Dr. Paulo Carvalho e da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Cristianne M. Famer Rocha. Fica assegurado o caráter rigorosamente sigiloso da identidade de quem responder, bem como de seus dados.

Ao responder este questionário, você estará aceitando convite de participar desta pesquisa. Todos os sujeitos que aceitarem participar desta pesquisa terão seu anonimato garantido.

Fica de forma aqui assegurada que esta pesquisa só será utilizada para fins acadêmicos e científicos.

Caso não queira aceitar participar dessa pesquisa, você não sofrerá nenhum prejuízo em sua formação, avaliação e desempenho acadêmico.

1- Idade: \_\_\_\_\_

2- Sexo: a) masculino            b) feminino

3- Local de nascimento: \_\_\_\_\_

4- Caso você não tenha nascido em Porto Alegre, há quanto tempo você está aqui?

- a) Menos de 01 ano
- b) De 02 a 05 anos
- c) De 06 a 09 anos
- d) Mais de 10 anos

5- Qual a maior influência na sua ascendência familiar (ex: alemã, italiana, japonesa, africana...): \_\_\_\_\_

6- Qual a escolaridade de seus pais:

- a) Ensino fundamental
- b) Ensino médio
- c) Ensino superior

7- Qual a sua formação religiosa? \_\_\_\_\_

8- Em algum momento da sua vida você já se deparou com a morte?

- a) sim    b) não

9- Caso afirmativo, em que fase da sua vida isso ocorreu?

- a) na infância – de zero a 08 anos

- b) na pré-adolescência – de 09 a 13 anos
- c) na adolescência – de 14 a 20 anos
- d) na fase adulta

10- Este enfrentamento ocorreu em que ambiente?

- a) familiar.
- b) entre amigos ou vizinhos
- c) durante a graduação (paciente)
- d) ainda não houve enfrentamento

11- Ao vivenciar o enfrentamento com a morte, durante a graduação, você sentiu:

- a) medo
- b) incapacidade
- c) sofrimento
- d) tranquilidade
- e) mais um aprendizado
- f) ainda não ocorreu

12- Na graduação, quando você se deparou pela primeira vez com a morte, este fato:

- a) ficou por mais de um mês em sua lembrança
- b) ficou por duas semanas em sua lembrança
- c) foi rapidamente esquecido
- d) ainda não ocorreu

13- A graduação lhe ofereceu alguma mudança na visão que você tinha sobre a morte?

- a) nenhuma mudança
- b) pouca mudança
- c) mudança significativa

14- Durante a graduação seu contato com a morte tem sido:

- a) praticamente inexistente
- b) a cada seis meses
- c) mensal

15- Você se considera preparado para o enfrentamento com a morte de pacientes?

- a) totalmente preparado
- b) preparado
- e) despreparado

16- Você considera relevante, para o enfrentamento com a morte, que o profissional da saúde tenha fé em alguma crença religiosa?

- a) sim
- b) não
- c) não sei responder

17- Você já se deparou com alguma situação em que foi proposto ao paciente terminal o limite terapêutico?

- a) sim
- b) não

18- Caso afirmativo, em que período da graduação isso ocorreu?

- a) durante os 04 primeiros semestres
- b) no 05° ao 06° semestre
- c) no 07° ao 08° semestre

19- Na graduação, quando você se deparou pela primeira vez com a morte, por limitação terapêutica:

- a) ficou por mais de um mês em sua lembrança
- b) ficou por mais de 10 dias em sua lembrança
- c) foi rapidamente esquecido
- e) ainda não ocorreu

20- Na sua opinião, a decisão de limite terapêutico para o paciente terminal tem um enfoque predominantemente:

- a) ético
- b) humanista
- c) legal
- d) contrário aos princípios da Medicina

21- Baseado na pergunta anterior, a quem compete à decisão do limite terapêutico?

- a) ao médico
- b) à equipe multidisciplinar
- c) à família
- d) ao paciente
- e) a todos

22- Durante a graduação, você já participou de discussões sobre terminalidade?

- a) nunca.
- b) ocasionalmente
- c) freqüentemente

23- No seu curso de graduação estão incluídas no currículo disciplinas que abordem a terminalidade, o limite terapêutico, o tratamento fútil?

- a) sim
- b) não

Em qual disciplina?

Em que semestre?

24- Na sua opinião, a incapacidade de poder curar um paciente confronta-se com o seu aprendizado como médico?

- a) sim
- b) não

Por quê?

---

---

---

---

## **APÊNDICE 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

---

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Esta pesquisa tem como objetivo geral: compreender como a graduação em Medicina prepara os acadêmicos para o enfrentamento com a morte e o morrer.

A não adesão do aluno em participar deste estudo não implicará em nenhum prejuízo em sua formação e no seu desempenho acadêmico.

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado dos objetivos desta pesquisa de forma esclarecedora. Obtive informações a respeito do instrumento de entrevista a ser utilizado e dúvidas referentes à pesquisa. Estou ciente que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim desejar.

Fica claro para mim que todos os objetivos desta pesquisa são para fins acadêmicos e, que os dados desta pesquisa **não** serão utilizados para minha avaliação enquanto acadêmico da faculdade de Medicina. Também, poderei ter a liberdade de retirar meu consentimento de participação voluntária da pesquisa assim que desejar. Fica acordado que meus dados pessoais **não** serão divulgados, evitando assim a minha identificação. O uso do gravador será utilizado com minha permissão.

Estou ciente de que poderei entrar em contato com o coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA se tiver dúvidas éticas quanto a esta pesquisa.

Também poderei entrar em contato com os orientadores desta pesquisa, caso tiver novas dúvidas.

Declaro que recebi cópia do presente termo de Consentimento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

nome

data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

nome

data

### **APÊNDICE 3: Roteiro de entrevistas**

---

1. Porquê Medicina?
2. Você já vivenciou a morte no ambiente familiar?
3. Como e quando foi o primeiro contato com a morte na graduação?
4. Você acha que o Curso de Medicina desta Universidade prepara o aluno para o enfrentamento com a Morte?
5. Você já vivenciou no campo da prática uma situação em que foi imposto o Limite Terapêutico?
6. Você se sente preparado para o enfrentamento com a morte dos seus pacientes?

## O Acadêmico frente à Morte e o Morrer: Questões para se (re)pensar a Formação

### *The Medicine student before the death: questions to (re)think the graduation*

Nára Selaimen G. Azeredo<sup>12</sup>

Cristianne M. Famer Rocha<sup>13</sup>

Paulo Roberto A. Carvalho<sup>14</sup>

#### Resumo

Os temas limite terapêutico e morte são aprendidos dentro da sala de aulas, com apostilas e leituras, contudo são pouco debatidos dentro da vivência hospitalar e distanciado do campo das práticas. O impacto que a morte causa no aluno é intenso e assustador. O contato com o paciente terapêutico traz para o aluno um sentimento de fracasso e impotência, fazendo com que haja muitas vezes um distanciamento do paciente que está morrendo. Faz-se necessário uma reflexão de como a morte e o morrer estão sendo ensinados, também, é preciso que a Faculdade de Medicina inclua dentro do currículo uma forma de re (aproximar) o aluno da morte e do paciente que está morrendo.

**Palavras Chaves:** Morte, Formação Médica, Estudantes de Medicina.

#### Abstract

The subjects therapeutically limits and death are taught in Medical Schools with ample literature and articles. However the students are not pushed into discussion about death as a part of daily. hospital duty, far from the practic field. The impact death causes on students is heavy and scary. Dealing with a therapeutical patient brings to the student a feeling of failure, setting up a huge distance between them and the deceasing patient. This way, it's necessary to establish a reflection of how death and dying have been teach. It is also important that Medical Schools include in their curriculum disciplines that encourage students to get close to death and, consequently, near the patient that is dying.

**Key words:** Death, Medical Graduation, Medical students. Medical students

#### Introdução

A presença da morte no cotidiano dos profissionais de saúde é uma constante. Mas, ela também se faz constante nas vivências e no aprendizado dos acadêmicos de Medicina que

---

<sup>12</sup> Enfermeira do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Mestranda do Projeto de Educação e Saúde – FAMED/FACED –UFRGS.

<sup>13</sup> Doutora em Educação, Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação da Educação da ULBRA.

<sup>14</sup> Doutor em Pediatria, Professor Associado do Departamento de Pediatria e Puericultura da FAMED-UFRGS.

passam pelos hospitais. Por esta razão, identificar o significado da morte e do morrer, bem como de que maneira o acadêmico de Medicina elabora a sua relação com o limite terapêutico parece ser uma necessidade.

Também é verdadeiro que a morte e o morrer são temas freqüentemente discutidos pelos profissionais da saúde. Contudo, também é fato que muitas destas discussões estão sempre perpassadas por questões relacionadas a como realizar procedimentos corretos, técnicas assépticas, administrar medicamentos adequados e porquê as terapêuticas fracassam diante da morte. Poucos são os espaços que questionam quais os sentimentos e percepções destes profissionais diante da morte.

Atualmente, as mortes, em sua maioria, ocorrem em hospitais empenhados no processo de cura. O paciente, cuja doença não pode ser curada, é visto como um fracasso para os profissionais e para estas instituições. O que importa é vencer a doença a qualquer custo. O objeto de trabalho do médico, em algumas situações, parece que passou a ser a doença e, vencer a morte, é vencer o adversário.

Historicamente, ninguém gosta de falar sobre a morte, sobre o fim. Este assunto atemoriza, mesmo sendo uma verdade inabalável. Esta pesquisa nasce, portanto, de uma preocupação de como nós, profissionais, lidamos com este sentimento tão intenso. E, também, de como os acadêmicos vêm aprendendo a conviver com a morte e com o morrer dentro da graduação.

## **Objetivos**

Analisar o quanto a graduação prepara os acadêmicos de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) para o enfrentamento com a morte, bem como, compreender o que significa para estes alunos do internado o enfrentamento com a morte e com o morrer em sua prática educativa no cotidiano hospitalar.

## **Método**

Realizou-se uma pesquisa com abordagem qualitativa através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, com os alunos do internado do Curso Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no período de julho a dezembro de 2006. Ao todo, foram entrevistados cinco alunos que concordaram livremente em participar desta pesquisa. Para MINAYO<sup>i</sup> (2007) as entrevistas têm um sentido amplo de comunicação verbal, sendo que as

semi-estruturadas fazem uma combinação de perguntas, que possibilita ao entrevistado expor sobre o tema proposto, sem condições pré-fixadas pelo pesquisador: De comum acordo com os entrevistados, foram usados codinomes escolhidos pelos próprios entrevistados<sup>15</sup>, durante as entrevistas gravadas, a fim de poder identificar as entrevistas, observando-se que as respostas e os dados investigados, durante e após a realização das entrevistas, foram mantidos em absoluto anonimato, não sendo, em momento algum, utilizados os nomes dos entrevistados. A análise dos dados obtidos nas entrevistas seguiu a análise de conteúdos de Bardin<sup>ii</sup> que é uma técnica de análise interpretativa, buscando compreender as outras realidades que se apresentam através das mensagens analisadas. A análise de conteúdos é uma construção que tem como ponto de partida a realidade concreta dos sujeitos, assim como sua história.

### **Sentimentos e percepções frente à morte e ao morrer**

Para o homem, o problema não é a morte, mas o fato dele como sujeito morrer. A morte parece ser a eterna consciência da humanidade. Sendo assim, os homens produziram e irão continuar produzindo as mais estranhas fantasias sobre a sua morte e a morte dos outros. Estamos falando de uma consciência que abre o pensamento humano não somente para a morte, mas para a vida e para o mundo. Até há bem pouco tempo atrás, o homem enfrentava a morte em casa. Estava junto a ele a família e os amigos. Seus desejos e vontades eram respeitados, pois lhe era permitido expressá-los. Era raro o doente ser encaminhado ao hospital para morrer<sup>iii</sup>.

*(...) Pelas coisas que já li, antigamente a morte era mais natural. Era mais aceita. A única certeza que temos é que a morte é certa. Acredito, que o sentido da evolução da vida é da morte. (Fragmento da entrevista de a4, grifos dos autores)*

A aceleração do processo de interdição da morte pode estar no deslocamento do local da morte. Já não se morre em casa, entre os seus. Assim, na casa não existe mais a emoção e a perturbação da morte. Em geral, o homem morre sozinho, longe dos seus familiares, na solidão de um leito hospitalar. Um dos entrevistados externa esta preocupação da seguinte maneira:

*Uma das coisas que fico pensando: O quê significa a morte? Porque*

---

<sup>15</sup> Os codinomes escolhidos foram: *a1, a2, a3, a4 e a5*.

*esta pessoa está morrendo?... O quê a morte significa para quem está morrendo? Muitas vezes é o descanso. Aquilo que a pessoa está pedindo, sabe? E o quê a morte significa para a gente? A morte é difícil de lidar, porque é a gente que está aqui. E a gente que está sofrendo. E a gente que vai ter que elaborar a ausência da pessoa. E tentar tocar adiante. (Fragmento da entrevista de a1)*

O hospital passa a ser o novo local para morte e dá um sentido novo ao ato morrer<sup>iv</sup>. A função do hospital contemporâneo consiste em recuperar a força de trabalho e, quando isto não é possível, em acolher a morte. A técnica se encontra impregnada na estrutura e na organização do hospital<sup>v</sup>. O médico, ainda que seja o profissional símbolo da instituição, passou a ter que dividir poder com outros profissionais de saúde, e a clientela passou a incluir portadores de todos os tipos de enfermidades, físicas ou mentais. Ao transformar o hospital no local onde as pessoas adoecem e morrem, as questões inerentes a este ato, que antes eram compartilhadas socialmente, pois a morte era domiciliar, ficam restritas ao âmbito hospitalar. Essa transferência do local de onde se morre vem sendo vivenciada de forma rotineira pelos profissionais que lidam com o paciente que está morrendo. No meio médico, não se pode pensar em morte, pois ela não é vista como um desenlace possível, mesmo naqueles casos em que esteja claro que a morte é inevitável:

*Com o avançar da Medicina, com toda a tecnologia (...) a gente acaba tendo muito uma visão de vida, vida, vida, e não entende a morte como parte do ciclo vital. (Fragmento da entrevista de a1)*

A ruptura na comunicação, que se indica com a atitude de não falar da doença e que, posteriormente, vai contaminando todos os assuntos, condena o paciente ao isolamento<sup>vi</sup>. Nunca antes as pessoas morreram de forma tão silenciosa e higiênica como na nossa sociedade. Mas também, nunca em condições tão propícias à solidão. Da mesma forma em que a onipotência e o poder da cura são idealizados, também são alienantes, tanto no que se refere à perda como em relação à inevitabilidade da morte:

*Muitas vezes o médico não tem limite, “até aonde eu vou?”. E a pessoa só piorando... Tu tá trazendo mais sofrimento para a pessoa e para a família (...). Muitas vezes, os médicos se sentem seres superiores a ponto de achar que conseguem reverter situações irreversíveis (...). (Fragmento da entrevista de a4)*

Estes fatores impulsionam cada vez mais o estudante e o médico a criarem falsas expectativas e ilusões em relação à sua capacidade de prevenir situações inevitáveis, promovendo enormes

frustrações e sensações de impotência quando deparados com a realidade. Isso poderia ser amenizado se tais expectativas deixassem de ser estimuladas durante a formação médica e fossem mais enfaticamente discutidas e analisadas<sup>vii</sup>.

Existem várias razões para não encararmos a morte calmamente. Para Kübler-Ross (1998), a mais importante é que, nos dias de hoje, a maioria das pessoas morre nos hospitais, muitas delas sozinhas. E o morrer passa a ser encarado de forma triste demais, pois se tornou mecânico, solitário e técnico. A morte dentro do hospital, na maioria das vezes, se resume a um fenômeno técnico<sup>viii</sup>, tal como diz um dos entrevistados:

*É tudo muito rápido e tu continua. Tu não tens tempo para parar. O que está acontecendo? Ah! Morreu? Ah! Tudo bem! O outro paciente tá precisando de tal coisa vai lá! Não se discute muito sobre isso... A gente não pára... Não se conversa... Eu acho que a idéia que passa é essa mesmo. Que tu não podes te abalar com o que está acontecendo (...) É uma idéia assim sabe. Na verdade, é pouco trabalhado o tema morte na faculdade. Pouco dito, pouco conversado, enfim. (Fragmento da entrevista de a3, grifos dos autores)*

A consciência de se saber mortal, como um atributo específico do homem, determina a organização de seu modo de viver. Para ele, a sociedade organiza seu funcionamento em torno da morte. A espécie humana é a única para a qual a morte está presente ao longo da vida. Para o homem, existe o ritual da morte, do funeral da morte, a fé na sobrevivência ou no renascimento dos mortos, fazendo da morte o traço mais cultural do homem. Além disto, o medo que temos da morte é porque ela constantemente nos põe frente à frente com a nossa vulnerabilidade<sup>ix</sup>.

*A questão com a qual eu me deparei na Faculdade é com a nossa vulnerabilidade. A fragilidade do ser humano. E toda essa questão assim, de tu poder estar bem, e dali a pouco tu descobres uma da doença grave e avançada... (Fragmento da entrevista de a1)*

A negação da morte coloca o médico numa situação imaginária de onipotência que o protegeria dos seus temores e ansiedades. Para defender-se destas situações extremamente angustiantes e difíceis, os profissionais que lidam com a morte muitas vezes se isolam e se fragmentam. E, ao tentar fugir da morte, perdem o contato com algo que também faz parte de sua formação. Entre o médico e o paciente pode se estabelecer uma relação de ilusão, quando o doente acredita nessa pessoa poderosa que poderá salvá-la de todo o mal e o médico toma para si esse poder de resolver todas as necessidades que lhe são solicitadas pelo paciente<sup>6</sup>,

pois como afirma um dos entrevistados, “*O profissional da medicina tem uma banalização da morte, que eu acho que é um mecanismo de defesa*” (Fragmento da entrevista de **a2**). E outro alerta para os riscos desta incomensurada tentativa de salvação:

*(...). Então [os médicos] investem continuamente até sabe lá aonde. A gente muitas vezes esquece do paciente, da vontade do paciente. E muitos médicos pensam na vaidade de não deixar morrer. Se tu continuares investindo muitas vezes, não trará benefício nenhum. Tu estás só piorando a situação. Tu estás fazendo distanásia. (Fragmento da entrevista de **a4**)*

O avanço em todos os campos dos saberes é notório e indiscutível. Contudo, por maiores que tenham sido os avanços tecnológicos, a morte não parece ter ganhado mais dignidade ou mais paz. Cuidar dignamente de uma pessoa que está morrendo num contexto clínico significa respeitar a integridade da pessoa.

O conhecimento biológico e as destrezas tecnológicas não deveriam servir para um morrer mais problemático: difícil de prever, mais difícil ainda de lidar, fonte de complicados dilemas éticos e escolhas difíceis, geradoras de angústia, ambivalência e incerteza<sup>x</sup>:

*Tem gente que quer investir, investir, investir no paciente para sobreviver e fica muito mal se a pessoa acaba falecendo. Só que o problema que eu acho, não é o limite terapêutico. Assim, de ter ou não ter limite terapêutico. É, como decidir esse limite... (Fragmento da entrevista de **a2**)*

O sofrimento no fim da vida é um desafio que se apresenta à Medicina nesta era tecnológica. O processo de morrer traz à tona a questão sobre qual aspecto da vida do paciente deve ser priorizado: a qualidade ou a quantidade de vida. A idéia de viver deveria estar condicionada à idéia de bem-estar, de bem-quer. Não basta ter uma boa Medicina para que se tenha uma boa morte. A boa morte deveria estar acompanhada por uma integração entre os princípios religiosos, morais e terapêuticos, dando àquele que está morrendo um cuidado respeitoso com suas crenças, seus valores. A boa morte deve, garantir o sentido da vida e da existência, para que a morte seja um ato de cuidado. Na medida em que o médico se priva de suas emoções, usando como escudo uma pretensa neutralidade científica, o paciente é, muitas vezes, transformado em objeto. Desta forma, seu corpo passa a ser considerado um meio através do qual se podem observar fenômenos científicos<sup>10</sup>. Ele, paciente, deixa de ser considerado sujeito de sua vida e de sua morte:

*Tem horas que eu acho que a pessoa merece morrer. No sentido que vai ser um descanso para ela. Vai ser uma coisa boa no final das*

*contas, porque não vai ter um sofrimento tão grande, sabe?*  
(Fragmento da entrevista de a3, grifos dos autores)

*(...) Mas sei também que o que não é vida para mim pode ser para o outro. Prolongar a vida quando não se tem mais nada a oferecer (...) é uma evolução, é uma parte da vida. Eu considero a morte como uma parte da vida.* (Fragmento da entrevista de a4, grifos dos autores)

Autores como Diniz<sup>xi</sup>, Quintana et al<sup>5</sup> e Capena<sup>xii</sup> afirmam que a experiência da morte não é apenas vivenciada pelos profissionais da área da saúde: é também vivenciada pelos estudantes que têm como seu objeto de estudo o ser humano. Por este motivo, eles se defrontam cotidianamente com a doença, com a dor e com a morte. Dentro do hospital, o auxílio da tecnologia também faz parte deste aprendizado diário, em que formulam e reformulam seus conteúdos e suas práticas. Todos esses conjuntos de experiência diária podem tornar latentes, para os alunos, seus sentimentos de impotência diante do não solucionável.

*E eu não só tive que me preparar para perder a minha paciente, que não é uma coisa muito interessante, tu perder, tu falhar como médico. E também tive que preparar a família. Eu não tenho o tempo para me preparar, eu tenho que preparar a família, depois eu vejo o que acontece comigo. Como eu coloco, eu tento dividir dois lados.* (Fragmento da entrevista de a5, grifos dos autores)

Através do estudo da morte, o aluno pode perceber o desenvolvimento da pessoa como um todo. Sendo assim, a morte poderá ser entendida como uma etapa do processo do desenvolvimento humano. E pode tornar-se um instrumento para pensar a pessoa, o humano e não somente a doença:

*Acho que o paciente não tem que ficar sofrendo para preservar uma vida entre “aspas”. E que, se a família prefere que o paciente tenha uma morte digna e sem dor, eu acho que a gente não precisa ficar em cima daquilo lá com tratamento, tratamento, tentando manter uma vida que não é mais uma vida, é apenas um ser com batimentos cardíacos.* (fragmentos da entrevista de a5, grifos dos autores)

*Por quê, muitas vezes, a gente fica lutando contra uma consequência natural? Eu acho que o limite terapêutico é muito pouco discutido na Faculdade. Nossa medicina é muito voltada para a cura. E, em algumas vezes, continuar insistindo com intervenções e tratamento não seria vantajoso para o paciente. Eu acho que tem que se estudar mais. Tem que ter protocolos para isso. Para se ver até aonde se vai, até aonde não se vai.* (Fragmento da entrevista de a2, grifos dos autores)

A perda da humanização e da integralidade deixa transparecer a dicotomia entre saúde e doença, entre prevenção e assistência. E a dor, a aflição, o sofrimento e a morte não se incluem na detecção das patologias e na sua prevenção, exceto pelo olhar biológico do corpo humano. A humanização e a integralidade parecem seguir fora do eixo estrutural da formação médica. Discutir temas como medo, sofrimento e morte, parece não ser um tema central dentro da formação dos profissionais da saúde<sup>xiii</sup>.

*Uma aula teórica sobre a morte é uma coisa. Na hora que acontece, é diferente. A gente não está preparada para isto. Falta muita coisa. A gente aprende na hora em que vai ter que dar a notícia: Vai! Fala! (Fragmento da entrevista de a1)*

*(...) em termos acadêmicos eu não acho que a faculdade te prepara para isso. Eu acho que eles te põem em contato com isso, mas tu não tens nenhuma orientação, a faculdade não te dá nenhuma base. Eles te põem em contato não te preparando. (...) A tua reação vai depender da tua base, dos teus conceitos, de como tu consegues lidar com as coisas, ou não. (Fragmento da entrevista de a2, grifos dos autores)*

Dentro da formação médica, ainda hoje segue o discurso da impessoalidade e do distanciamento de fatos que cotidianamente enfrentamos nas nossas práticas diárias: a dor, o sofrimento e, principalmente, a morte. Muitos cursos de formação de profissionais da saúde estão carentes, em seus currículos, de disciplinas que abordem a morte, o luto e o processo de morrer. A morte, no sentido de sua inexorabilidade, não como uma inimiga a ser vencida, mas como uma etapa da vida que necessita ser cuidada<sup>xiv</sup>. Os entrevistados também constataam tais dificuldades:

*Olha, desde o início da faculdade a gente é ensinada a olhar objetivamente o paciente. **Tentando separar qualquer possível relação que se forme tanto entre o paciente e o médico, como médico e o paciente.** (Fragmento da entrevista de a5, grifos dos autores)*

*Temos encontros anuais da Psiquiatria, mas é facultativo. **Quem tem interesse vai.** E acaba que a maioria nem pensa no assunto... **Aí tu te deparas com colegas ou com outras pessoas dando notícias para a família como se estivesse dizendo: Ah, tá com febre! Ah morreu...** (Fragmentos da entrevista de a1, grifos dos autores)*

## **Conclusão**

O acadêmico de Medicina, dentro da sua formação, em geral, vai aprendendo a comprometer-

se com a vida. Toda a sua capacitação é para a cura. Sua fundamentação acadêmica traz sempre a proposta de cura. A cura é a gratificação do aprendizado, é a recompensa do esforço. Quando a morte se apresenta ela traz para o acadêmico a frustração, o sentimento de incapacidade, pois existe um despreparo para lidarmos com a morte, já que, parece ser a cura a única grande meta da Medicina. Contudo, não podemos negar que a morte existe e que devemos nos preparar para ela. A questão é: como?

Um dos entrevistados sugere alternativas:

*Atividade teórica eu acho que não. A gente teve contato com isto. (...) Quando eu tive aula de morte não tinha acontecido comigo ainda. Não fazia parte da minha realidade, o meu paciente não tinha morrido ainda. Ainda era distante. Eu acho assim, que seria interessante é se a gente tivesse uma porta aberta, para que quando acontecesse, a gente pudesse: “Ah, vem aqui conversar”. Tem uma situação? Então, tu tens alguém para discutir isso contigo. (...) [Pois,] nunca acontece como a gente aprendeu na teoria. (Fragmento da entrevista de a3, grifos dos autores)*

As diretrizes curriculares para o ensino de graduação em Medicina, homologadas em 1º de outubro de 2001, pelo Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (Resolução CNE/CES nº 4), definiram os princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação dos médicos e oficializaram o acompanhamento no processo de morte como uma habilidade a ser desenvolvida no ensino médico. Segundo tais diretrizes, em seu artigo 5º, § XIII:

A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

XIII. Atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção da doença, bem como no tratamento e na reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento nos processos de morte.

É importante que a educação aborde concepções não apenas biológicas da morte. Quando falamos de morte, os conceitos que chegam para o aluno de Medicina são os conceitos biológicos, mecânicos e materialistas. Isto suscita angústias, pois nos coloca frente à frente com a incômoda sensação da nossa finitude:

*Durante toda a faculdade, ouvimos que o nosso aprendizado vai muito do nosso próprio interesse. “Isso é do teu interesse”. Mas precisamos ser estimulados, nem tudo pode ficar apenas por conta do nosso interesse. É preciso que a nossa formação seja conduzida de uma outra forma. Os interessados e os não interessados se*

*formam igual. (...) Tem muita coisa que tem que ser revista na formação médica. Estou saindo da faculdade despreparada . (Fragmento da entrevista de a4, grifos dos autores)*

Por isto, é importante e necessário ensinar as diferentes concepções de morte: a filosófica, a cultural, a biológica, a social, dentre tantas outras, criando aspectos que transcendam puramente o biológico.

*Tem muita coisa que tem que ser revista na formação médica. Estou saindo da faculdade sem me sentir preparada. A morte é apenas uma delas. A morte é banalizada porque assim é mais fácil de ser encarada. É preciso de um espaço na formação para lidar com essas coisas. (Fragmento da entrevista da a1, grifos dos autores)*

A discussão da morte, dentro da educação formal, nas escolas de Medicina, desde o início do curso de graduação, bem como a permanente atenção dispensada ao tema da morte e do Limite Terapêutico, poderia modificar o comportamento do estudante, tornando-o, quem sabe, mais apto a lidar com a morte e com o paciente terminal. Pois, se não existe vida sem morte e, em consequência, a morte faz parte da vida dos profissionais da saúde, ao educar o aluno para o enfrentamento com a morte, estamos respeitando a integralidade do doente, do aluno e a nossa, como sujeitos da nossa vida e da nossa morte.

## Referências

---

<sup>i</sup> Minayo MCdS. Pesquisa Social. 25<sup>o</sup> ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2007.

<sup>ii</sup> Bardin L. Análises de Conteúdos. 4<sup>o</sup> Edição ed. Lisboa: Edições 70; 2006.

<sup>iii</sup> Ariès P. História da Morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro Publicações; 2003.

<sup>iv</sup> Carapinheiro G. Saberes e Poderes no Hospital. Lisboa: Edições Afrontamento; 1993.

<sup>v</sup> Pitta A. Hospital dor e morte como ofício. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.

<sup>vi</sup> Quintana AM, colaboradores e. O Preparo para Lidar com a Morte na Formação do Profissional de Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica 2002; 26(3): 204-10.

<sup>vii</sup> Eizirik CL. Fantasias e realidades sobre a morte. In: Saúde Informações Básicas. 3<sup>o</sup> Edição revisada e ampliada ed. Porto Alegre: Editora da Universidade; 2002. p. 339-45.

<sup>viii</sup> Kübler-Ross E. A Roda da Vida. 8<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro: Sextante; 1998.

<sup>ix</sup> Morin E. O homem e a morte. São Paulo: Imago Editora; 1997.

<sup>x</sup> Pessini L. Distanásia: Até quando investir sem agredir? Rev Bioética 1996; 4(1): 31-43.

---

<sup>xi</sup> Diniz D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. Caderno Saúde Pública 2006; 22(8): 1741-48.

<sup>xii</sup> Capena LAB. Os sentimentos dos acadêmicos de Medicina no seu enfrentamento com o fenômeno da Morte [Doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUC; 1997.

<sup>xiii</sup> Ceccim RB, Capazzolo ÂA. Educação dos Profissionais da Saúde e Afirmação da Vida: A Prática Clínica Como Resistência e Criação. In: Educação Médica em Transformação São Paulo: Editora Hucitec-ABEM.

<sup>xiv</sup> Esslinger I. De quem é a vida, afinal? 1º ed. São Paulo: Editora e Livraria Casa do Psicólogo 2004.