

Experiência da morte infantil para médicos pediatras de um hospital universitário

Infant death experience for pediatricians of a university hospital

Maria Dolores Costa Medeiros¹

Ana Karina Silva Azevedo²

Luciana Carla Barbosa Oliveira³
UFRN

Resumo: Este estudo tem como objetivo compreender a experiência da morte infantil para médicos em um hospital universitário na cidade do Natal, Rio Grande do Norte. Para tanto, foi realizada uma pesquisa fenomenológica com a aplicação de uma entrevista semiestruturada. Ao serem incitados a falar sobre o tema, os colaboradores relataram suas dificuldades em lidar e aceitar a morte, vinculando tal fator predominantemente à formação técnica que receberam. Também demonstraram dificuldades na relação com os familiares dos pacientes. Foi possível perceber, em seus discursos, reflexões sobre a distanásia, assim como a angústia frente à necessidade de desinvestimento dos procedimentos para a sobrevivência dos pacientes. Apesar das constantes pesquisas, que atestam a importância da mudança da formação médica para lidar com a morte e com o morrer, os discursos apresentados mostram que esses profissionais ainda sentem a falta de uma preparação acadêmica e prática no que concerne a esta temática.

Palavras-chave: morte; pediatria, médicos, fenomenologia.

Abstract: This study aims to understand the experience of infant death for physicians at a university hospital in the city of Natal, Rio Grande do Norte. Therefore, a phenomenological research with the application of a semi-structured interview was conducted. As they were encouraged to talk about the theme, employees reported their difficulties in coping and accepting death, linking this factor predominantly to the technical training they received. They also demonstrated difficulties in the relationship with family members of patients. In their speeches, it could be observed some reflections on dystanasia, as well as the anguish related to the necessity of divestment of patient's surviving procedures. Despite the constant researches that attest to the importance of change of medical training to deal with death and dying, the speeches presented show that these professionals still feel a lack of academic and practice in preparation concern this theme.

Keywords: death; pediatrics; physicians; phenomenology.

¹ Possui graduação em Psicologia pela UFRN (2009), especialização em Psicologia Clínica Humanista-Existencial pela UFRN (2012) e especialização em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde pela UFRN (2014). E-mail: mdcmedeiros@gmail.com

² Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Campus Santa Cruz. Especialista, Mestre e Doutora em Psicologia (UFRN). E-mail: anakarinaazevedo@hotmail.com

³ Doutora em Ciências da Saúde (UFRN). Professora convidada do Curso de Especialização em Psicologia da Saúde: Desenvolvimento e Hospitalização (UFRN), Professora do Curso de Cuidador Infantil do PRONATEC e professora do Curso de Especialização em Psicopedagogia da Universidade do Vale do Acaraú/RN. Tutora e Preceptora da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde na Atenção à Criança e da Residência Integrada Multiprofissional em UTI no Núcleo de Saber em Psicologia (HUOL/UFRN). E-mail: lucianacarla.psi@hotmail.com

Introdução

Falar sobre a morte costuma mobilizar aspectos profundos do ser humano como o medo das perdas, a saudade e a angústia frente ao tempo perdido. E esses sentimentos se apresentam para a maioria dos homens, não se restringindo aos que dedicam seus trabalhos à assistência daqueles que se encontram doentes e, em determinados casos, mais próximos ao fenômeno da morte.

Diante deste aspecto, com a vivência de trabalho em um hospital universitário e o acompanhamento de casos de crianças que chegaram a óbito, durante a hospitalização, surgiu a motivação para compreender como se dá essa experiência para os médicos. O interesse por essa categoria específica se deu por serem esses os profissionais que estão presentes durante o processo de doença e que se tornam mensageiros das notícias de piora do quadro clínico e do óbito dos pacientes.

Ao iniciar a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, com ênfase na saúde da criança, no setor de Psicologia, fui apresentada ao Hospital de Pediatria Professor Heriberto Ferreira Bezerra da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – HOSPED/UFRN. Trata-se de um hospital referência no estado para o tratamento de crianças e adolescentes, atendendo um grande número de pacientes com doenças crônicas ou em investigação diagnóstica.

O HOSPED conta com 31 leitos de enfermaria e também com ambulatórios de diversas especialidades, dentre elas: endocrinologia, nefrologia, pneumologia e gastroenterologia. Vale salientar que essa instituição não possui leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo assim, não é frequente ocorrer óbitos nesse hospital.

Apesar disto, no ano de 2012, houve alguns falecimentos no HOSPED. De acordo com informações do Núcleo de Epidemiologia e do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do hospital, foram onze pacientes a óbito, no ano acima mencionado. Destes, três ocorreram dentro da instituição e os demais em UTIs da cidade, após transferência.

Diante dessas experiências, pude perceber, junto com o serviço de Psicologia, o impacto emocional dessas experiências para a equipe de saúde. Nesse sentido, decidimos realizar uma pesquisa fenomenológica qualitativa e exploratória sobre a experiência da morte infantil para médicos pediatras de um hospital universitário.

- Reflexões sobre a morte e o morrer

Como ser marcado pela temporalidade da vida, o homem luta contra a ideia de sua finitude e, assim, tem buscado o alívio possível para o paradoxo existencial que se apresenta frente ao dualismo vida e morte. Tal paradoxo tem sido marcante na cultura ocidental e acentua a angústia causada pelo enfrentamento de que morreremos um dia (Silva & Ayres, 2010). “Embora o homem seja o único ser consciente de sua mortalidade e finitude, a sociedade ocidental, com toda a sua tecnologia, está tornando o homem inconsciente e privado de sua própria morte” (Kovács, 2008, p. 43).

A finitude humana se apresenta como uma questão que não é facilmente discutida. Hoffman (1993) discorre que, apesar da morte se fazer presente em algum momento da

existência de todos, somos condicionados a não aceitá-la como uma etapa normal do desenvolvimento.

Ariès (1982) é um autor que se dedicou aos estudos sobre as mudanças ocorridas na forma de compreensão da morte no decorrer da história. Ele assinala que, na Antiguidade, ela era aceita como sendo parte integrante da vida; não era nem apressada nem postergada. O ato de morrer era um evento público que acontecia na presença de amigos, familiares e, inclusive, de crianças. Durante a Idade Média até meados do século XIX, porém, a atitude frente à morte foi sofrendo mudanças. Nesse período, esse evento deixou de ser algo comum e aceito socialmente e passou a ser considerado vergonhoso.

Já a Idade Moderna passa a problematizar a questão da morte ao apresentar as relações de produção, do desenvolvimento da ciência e do surgimento do capital como força principal de produção. Nasce a representação da morte como fracasso, pois ela atinge, nesse momento, o homem moderno, que tem interesse em transformar e dominar o mundo. A partir desses movimentos, surge um “pacto” de silêncio em torno desse tema, chegando-se, assim, à representação atual de morte como tabu. Kovács (2008) reflete sobre essa postura atual afirmando que:

Entrelaçamos vida e morte, durante todo o nosso processo de desenvolvimento vital. Podemos, é claro, tentar esquecer, ignorar ou mesmo “matar” a morte. Sabemos que a Filosofia e o modo de viver do século XX pregam veementemente essa atitude, porém com um sucesso relativo (p. 2).

Essa temática se tornou algo que desperta curiosidade. Trata-se de um evento escondido, temido e pouco falado culturalmente, que, muitas vezes, provoca questionamentos sobre o sentido da vida. É a morte, ou possibilidade dela através de uma doença, por exemplo, que expõe a finitude da vida humana, e que causa medo e a construção de defesas para enfrentá-la.

Permanece-se no mundo numa atitude de esquivar-se da morte, na cotidianidade, sem que se possa entrar em contato com essa certeza. O filósofo existencial Martin Heidegger (1927/1986), porém, discorre que “na morte dos outros, pode-se fazer a experiência do curioso fenômeno ontológico que se pode determinar como a alteração sofrida por um ente ao passar do modo de ser da pré-sença (a vida) para o modo de não-ser-mais-presente” (p.17).

- Morte na Infância

Diante do “tabu” social instaurado em torno do fenômeno morte, é possível refletir sobre uma tentativa de naturalização e aceitação desse fato, nos casos em que o homem segue um ciclo definido em que ele nasce, cresce, reproduz e morre. Porém, nessa perspectiva, em se tratando de crianças, a morte seria revestida de incoerência, Hoffman (1993) discorre que “a maioria das pessoas assume uma dificuldade maior em relação à morte da criança. Isso traduz a representação dominante, a ideia de que a morte na infância é vida frustrada, é vida desprovida de sentido” (p. 367).

Também é necessário refletir sobre o impacto da morte de uma criança sobre a sua família. Bromberg (1984) afirma que, nesse tipo de perda, o “produto” de uma vida se vai junto com o assentamento da própria identidade, aproximando-se, assim, o confronto com a própria morte.

Além da problemática da aceitação da morte nessa fase do desenvolvimento humano, há outra questão inerente a esse processo. Trata-se da dificuldade dos familiares e da equipe de saúde em conversar com o paciente sobre o seu quadro. Acerca disso, é possível refletir que, no caso desse fato ser superado, seria possível a retirada de dúvidas, além da facilitação da expressão de sentimentos, fantasias e temores frente à morte (Kovács, 2008).

Por fim, faz-se necessário pensar sobre o profissional de saúde e o seu papel nos contextos de morte iminente. O avanço da medicina, a partir dos estudos da Anatomia, instaurou uma nova maneira de conceber o homem e a relação com suas doenças pautada basicamente no mecanismo fisiologista (Andrade & Andrade, 2010).

- O profissional de saúde e o morrer

Assim como a visão acerca da morte sofreu mudanças no decorrer da história, a formação médica também passou por modificações que interferem na forma como os profissionais experienciam a perda de seus pacientes. Os primeiros registros da medicina datam de quase cinco mil anos, com Hipócrates, porém houve mudanças bastante significativas durante todo esse tempo.

Durante séculos, o método de ensino utilizado foi o Galênico, em que parte do que era ensinado partia da observação de animais de diferentes espécies. Além disso, a medicina era influenciada pela Filosofia e estava sob o olhar atento da Religião. A sua trajetória científica tem início com os trabalhos de Andreas Vesalius e William Harvey, este responsável pela descoberta da circulação sanguínea, descrita em 1616 e posteriormente publicada em 1626 (Andrade & Andrade, 2010).

Outro marco importante dessa trajetória histórica é a racionalidade científica moderna. Esta postula a razão e o método científico como norma fundamental para a obtenção do conhecimento ou o modo de produção da verdade. É a razão instrumentalizada pela observação repetida que faz parte da chamada “revolução científica” do século XVII.

Nessa revolução, há rupturas dualistas da racionalidade moderna dentro da qual não se enxerga pontos de convergência: bom ou mau, corpo ou alma, normal ou patológico, saúde ou doença. Por se encontrar no centro da dualidade vida-morte, a doença é identificada como sinal de perigo. Essa racionalidade torna-se bastante eficaz na segregação dos sentimentos, da subjetividade e da compartimentação do próprio sujeito. Dessa forma, há a máxima da pureza da razão e, a partir de Descartes, passa-se a dar menos importância ao mundo natural e humano (Silva, 2004).

Hoje, porém, percebe-se que o paradigma cartesiano não contempla todas as especificidades que envolvem a saúde do homem. Quanto mais se domina a natureza, em nome da tecnologia e do avanço, mais se degrada a qualidade de vida. Houve um progresso racional e intelectual, mas essa evolução unilateral atingiu um estágio

alarmante. “O médico foi estimulado a focar sua atenção nas doenças, dando menos importância ao aspecto humano que há nelas” (Mello & Silva, 2012, p 53).

A partir do surgimento da racionalidade médica moderna, se inicia a consolidação do projeto de situar a medicina no modelo das ciências naturais. Com isso, essa ciência opta pela objetivação e naturalização de seu objeto, ou seja, opta pela objetividade da doença a partir da exclusão da subjetividade e da construção de generalidades (Andrade & Andrade, 2010). Acerca disso, Silva (2004) conclui que:

Seduzidos pelo imaginário médico amparado na razão e na cosmologia mecanicista, que torna o corpo humano uma máquina digna de reparos e exige instrumentos eficazes, além de um bom técnico, assistimos à configuração de uma medicina tecnológica especializada. Uma tecnologia que não admite o erro, o medo, a morte. Toda expressão de emoção torna-se ruído dentro dessa lógica (p.7).

Nas primeiras décadas do século XIX, surge a clínica: trata-se de uma nova forma de pensar e agir dos médicos. Nessa nova perspectiva, o homem é visto como um organismo patológico e, junto com as descobertas da microbiologia e do aparato tecnológico crescente, a doença transforma-se em uma entidade. Não há mais um doente, e sim uma doença. Não se luta em favor da vida, mas combate-se a morte.

Sendo assim, a relação entre médico e paciente é prejudicada, uma vez que o interesse pelos sintomas e diagnóstico das doenças passa a ser o maior alvo de interesse desses profissionais. Fala-se da doença, dos sintomas, mas não da proximidade da morte (Guedes, Nogueira, & Camargo Jr., 2006; Silva, 2004; Kovács, 2003).

Essa visão médica, através do avanço da técnica, também interfere no processo da morte. Dessa forma, se a morte não pode ser suprimida, pode ser estendida, dando uma falsa ideia de onipotência. E a duração do morrer passa a depender de um acordo entre médicos e familiares, não mais sendo vista como processo natural (Kovács, 2003).

A partir dessas representações e compreensões, percebemos que:

Diversos fatores parecem influenciar o comportamento médico frente ao paciente terminal ou gravemente enfermo com um prognóstico muito reservado. A falta de uma formação específica para lidar com esta situação; uma estrutura educacional fragilizada e uma soberba intelectual que se recusa a admitir a falibilidade da ciência médica e a finitude humana parecem ser os fatores que mais influenciam este comportamento. (Andrade & Andrade, 2010 p. 46-47).

Por fim, diante das referidas reflexões, fica evidente que a formação do profissional médico requer atenção. Sendo assim, este trabalho buscou oferecer um espaço de escuta e reflexão ao profissional que cuida dos pacientes durante a doença e até o momento da morte.

Objetivos e justificativa

O objetivo da pesquisa foi compreender a experiência da morte infantil para médicos em um hospital universitário na cidade do Natal, Rio Grande do Norte. Além disso, buscou-se refletir acerca da formação médica para lidar com este fato.

Ao estarmos inseridos no contexto hospitalar, é iminente nos depararmos com situações de agravo de pacientes e a possibilidade de sua finitude. Mesmo em um hospital que não possui Unidade de Terapia Intensiva (UTI), como no caso do HOSPED, a morte se faz presente em alguns momentos. Sendo assim, é de extrema importância refletir acerca dessa temática com os profissionais que estão imersos nas relações de cuidado nesse contexto.

Durante o ano de 2012, como referido anteriormente, houve três óbitos que ocorreram nas enfermarias desse hospital. O serviço de Psicologia pôde acompanhar os familiares destas três crianças e perceber o “silêncio” causado por essas perdas aos profissionais de saúde. Percebia-se tal atitude, principalmente com médicos que, logo após a conclusão dos atestados de óbito, tinham que retomar a sua rotina de trabalho.

Conforme discutido anteriormente sobre a formação médica, é notória a dificuldade em tratar sobre assuntos relacionados à temática da morte (Campos, 2011; Silva & Ayres, 2010; Falcão & Mendonça, 2009). Mas, é exatamente por este motivo que se evidencia a importância de pesquisas que busquem expor os sentimentos dos profissionais de saúde frente à finitude humana, frente ao fim de vidas de pacientes que estão “sob seus cuidados”. Sendo assim, Azeredo, Rocha e Carvalho (2001) sugerem:

Da mesma forma, é verdadeiro que a morte e o morrer são temas frequentemente discutidos pelos profissionais da saúde. Contudo, também é fato que muitas destas discussões estão perpassadas por questões relacionadas a como realizar procedimentos corretos, técnicas assépticas, administrar medicamentos adequados e o motivo pelo qual as terapêuticas fracassam diante da morte. Poucos são os espaços que questionam os sentimentos e as percepções destes profissionais diante da morte (p.127).

Diante desse contexto, percebe-se a necessidade de que sejam disponibilizados espaços para que os profissionais de saúde possam refletir sobre essa temática tão presente em seu dia-a-dia, mas que é velada desde sua formação. Sendo assim, a partir dos relatos de experiências dos profissionais sujeitos da pesquisa, buscou-se a compreensão da experiência de cada um nessas situações. E a sistematização desses relatos sobre os processos de doença e morte visa facilitar uma reflexão sobre a temática da morte, bem como suscitar pesquisas e intervenções futuras.

Metodologia

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Professor Eriberto Ferreira Bezerra da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – HOSPED/UFRN, localizado na cidade do Natal. Este foi escolhido por ser a instituição onde a residente pôde vivenciar as experiências já explicitadas que a moveram para esta pesquisa. As entrevistas também ocorreram em suas instalações de acordo com a conveniência dos sujeitos participantes, sendo garantidas as condições adequadas e a privacidade.

A presente pesquisa tenta compreender a experiência da morte infantil para médicos pediatras, sendo assim, trata de significados, valores, atitudes que não buscam ser quantificados. Esse conjunto de fenômenos é objeto da pesquisa qualitativa uma vez que o homem se diferencia dos outros seres não só por suas ações, mas por pensar sobre o que faz e por ter a capacidade de interpretar suas ações a partir do vivido e partilhado com os seus semelhantes (Minayo, 2007).

Para tanto, a pesquisa fenomenológica apresenta-se à Psicologia como um recurso apropriado para investigar a vivência. Esse tipo de estudo "envolve um retorno à experiência para obter descrições compreensivas que darão base para uma análise estrutural reflexiva" (Holanda, 2006). Essa abordagem teórico-metodológica foi utilizada como forma de compreender e desvelar os aspectos envolvidos na experiência da perda de pacientes para os sujeitos envolvidos.

Buscou-se um instrumento capaz de proporcionar uma melhor compreensão sobre esses fenômenos. Por ser a fala que nos possibilita acessar o fenômeno interrogado, a entrevista é uma técnica que permite acesso à vivência do sujeito, bem como aos significados a ela atribuídos (Szymanski, 2004; Bruns & Trindade, 2003).

Portanto, trata-se de uma pesquisa fenomenológica, de caráter qualitativo e exploratório acerca das experiências da morte infantil para médicos pediatras de um hospital universitário localizado na cidade do Natal/Rio Grande do Norte. Para a sua realização, houve a autorização prévia da instituição onde a pesquisa foi realizada, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN. Após estes passos, foi realizada a leitura dos prontuários e selecionados os sujeitos participantes.

Por se tratar de um trabalho para a conclusão da Residência Multiprofissional e, por isso, ter um curto espaço de tempo para ser concluído, foi necessário delimitar os participantes com um critério de inclusão. Foram convidados para este estudo apenas os médicos que estavam nos momentos dos três óbitos ocorridos dentro do hospital, no ano de 2012. Foi observado que, apesar de terem ocorrido três mortes, um dos plantonistas estava presente em duas delas, sendo assim, o número de sujeitos convidados para participar da pesquisa foi reduzido para dois.

Vale salientar que, por se tratar de uma pesquisa que busca compreender a experiência vivida, o número amostral não segue critérios numéricos. Como afirma Minayo (2007), isto se deve ao fato que o "universo" em questão não são os sujeitos em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes.

A partir do contato inicial com os médicos selecionados e expresso o interesse em participar da pesquisa, foi agendado um momento para a entrevista. Nesse encontro, também ocorreu a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Consentimento para Gravação de Voz.

As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente para análise e compilação dos dados. Como forma de não expor os colaboradores da pesquisa, vamos identificar como Plantonista 1 a médica que esteve presente em um dos óbitos no hospital e Plantonista 2 aquela que esteve presente nos outros falecimentos.

Após a transcrição das entrevistas, foi realizada a leitura exaustiva do material a fim de aprofundar a percepção de como o fenômeno interrogado se revelou para cada entrevistado. Com isso, foram delimitadas quatro Unidades de Significados, que são

trechos da fala dos participantes em que é possível perceber um significado atribuído por ele à vivência (Bruns & Trindade, 2003).

Os resultados obtidos foram organizados de forma qualitativa, não objetivando medir e/ou enumerar os eventos estudados, mas sim, descrevê-los e analisá-los. Por fim, estes foram confrontados com o referencial teórico utilizado como base da pesquisa, a fim de fomentar discussões que a fundamentem.

Resultados e discussões

Durante a realização das entrevistas, foi seguido um roteiro semiestruturado que continha duas questões: “Como é para você a morte de um de seus pacientes?” e “Como você percebe a sua formação para lidar com o tema?”. Os encontros foram conduzidos a fim de explorar as questões previstas, mas permitindo a livre expressão das respostas.

Após as transcrições das entrevistas, foram evidenciados quatro unidades de significados que serão discutidos a seguir: A – A experiência da morte; B – A relação médico-paciente-família; C – Até onde ir? Os limites da técnica e D – A formação médica e a ausência de reflexões sobre a morte e o morrer. Os relatos e seus respectivos debates serão mencionados a seguir.

a) a experiência da morte

Como explicitado na introdução deste artigo, há grande dificuldade na cultura ocidental em falar sobre a temática da morte. Os médicos entrevistados, apesar de lidarem com essa realidade tão próxima, parecem se surpreender com o interesse na temática, como explicita a fala da plantonista 2:

Eu acho interessante, sabe? Porque quando você me falou isso (o tema da pesquisa), eu fiquei pensando, ah, eu acho que é uma coisa bem interessante isso porque ninguém se preocupa muito, não é? Como o profissional de saúde lida com a morte, não é? (...). Porque você lida com isso o tempo todinho, mas parece aquela coisa que ninguém quer falar, você fica travado, sem ninguém querer falar. Ninguém quer falar, mas eu acho que todo mundo tem as mesmas dificuldades.

A partir deste trecho, podemos refletir sobre como o falar da morte se evidencia como algo interdito. Característico da cultura ocidental, este interdito faz com que o homem desconsidere sua finitude como algo de sua condição existencial (Silva, 2004). A fala traz, claramente, que é difícil falar sobre o tema e que, por ser uma dificuldade tão forte e arraigada na cultura, ela impede momentos de discussões e reflexões sobre o assunto. Cada um acaba por viver sozinho suas angústias.

Passado o primeiro impacto sobre a temática, os médicos entrevistados foram levados a falar sobre suas experiências: Como é para você a morte de um de seus pacientes? O discurso dos médicos entrevistados foi consonante com outros estudos já realizados (Mello & Silva, 2012; Azeredo, Rocha & Carvalho, 2011; Campos, 2011)

que retratam a dificuldade enfrentada pelo profissional da medicina em aceitar o fim da vida. Essa questão se apresenta na fala da Plantonista 2:

A gente sabe que um dia vai ter um desfecho, independente da idade, um dia a morte surge, independente de qualquer que seja a causa. E é difícil, não é? (...) Porque mesmo sendo profissional, mesmo vendo que a criança tá grave, a gente fica sem aceitar muito e se questiona muito: será que teria mais alguma coisa para ser feita?

Diante da dificuldade em aceitar a finitude, é interessante vermos que o profissional de saúde requisita para si a responsabilidade da vida do outro e se questiona diante da morte se não seria ele o responsável por fazer mais. Apesar da tentativa de se afastar e de não pensar sobre a morte, a experiência da perda de um paciente remete o profissional de saúde à responsabilidade como cuidador da vida do outro.

Ainda no que concerne a esse aspecto, Moritz (2007) afirma que a sensação de erro ou fracasso dos médicos, ao se depararem com a morte de seus pacientes, é proveniente de sua formação voltada para tratar e curar. Também acerca disso, Marta, Marta, Andrea Filho e Job (2009) refletem que a sensação de impotência é uma ameaça sentida pelos médicos e que, para se protegerem dela, criam a defesa e a máscara da onipotência. A Plantonista 1 refere esse sentimento de impotência como o primeiro impacto ao se defrontar com o óbito de um de seus pacientes:

A primeira coisa que acontece, assim, o primeiro contexto enquanto médico assistente é a sensação da perda e de certa forma de impotência também, então isso realmente é um fato que, assim, não é muito fácil de lidar (...). Na hora realmente, o primeiro sentimento que vem é o que eu te falei, é de impotência, de perceber que somos limitados.

É interessante, porém, perceber que os discursos dos entrevistados trazem à tona o que, muitas vezes, está por trás de suas dificuldades e máscaras de onipotência e impessoalidade. Os colaboradores dessa pesquisa se permitiram refletir sobre suas fragilidades e seus próprios sentimentos de tristeza. Apresentam o cuidado não como algo técnico, mas sim, como algo do humano, um humano cuidando de outro, e portanto, sendo afetado por ele, por sua existência:

Às vezes as pessoas acham que o médico não se envolve, que não tem sentimento nesse momento, mas não é verdade, a gente se sente como se tivesse tirado uma parte daquilo que a gente vinha cuidando, é uma sensação de perda, de fracasso. (Plantonista 1).

Mas isso, pelo menos para mim, é uma coisa muito triste (...). Porque a gente se envolve tanto que a gente sofre. A gente leva o problema daqui para casa. Muitas vezes em casa eu tô triste, já chorei em casa e meu filho chegou para mim perguntando o que eu tinha e eu disse a ele: nada não, meu filho, tô lembrando de um paciente. (Plantonista 2).

Ao encontro dos referenciais utilizados, as entrevistas sugerem que os médicos, muitas vezes, são treinados para seguir padrões científicos e não particularidades. Sendo

assim, procuram fazer com que seu trabalho esteja focado na competência técnica e na objetividade sem envolvimento emocional com o paciente ou com sua família. É sobre isso que o segundo núcleo de sentido se refere.

b) a comunicação e a relação médico-família dos pacientes

É possível afirmar que a relação médico-paciente é um processo de interação humana mediado pela comunicação e que é a base da prática clínica. Grosseman e Stoll (2008) trazem como benefícios de uma boa comunicação a maior precisão no diagnóstico do paciente; melhor compreensão pelos pacientes sobre seus problemas, conduta médica e opções de tratamento e menor incidência de queixas de erros médicos.

No caso desta pesquisa, compreende-se a importância de uma boa comunicação e seus benefícios na relação entre os médicos e os familiares de seus pacientes. Por se tratarem de pediatras, essa relação entre médico e paciente é tão importante quanto a relação do profissional com os familiares e cuidadores deste. Além dos vínculos entre pais e filhos, há as responsabilidades legais dos familiares sobre o tratamento.

Dentre os conteúdos dos discursos dos médicos entrevistados, essa relação com a família do paciente foi bastante presente. Apesar da dificuldade relatada em dar más notícias, os médicos demonstram compreender a importância da boa comunicação com os familiares, como fala a plantonista 2:

Como é que eu vou conversar com essa família? Isso já chocou mais (...). Você de tanto ver, conversar, tentar conversar de uma maneira mais “amena”, mas você vai começando a dizer. Você vai devagarzinho, deixando a família questionar, porque fica mais fácil de você se referir. (...) Quando eu vejo o exame, eu penso: Ai meu Deus do céu, chega dá uma dorzinha, mas vamos lá, tem que falar! Com o tempo você vai arranjando o seu jeitinho de começar a falar as coisas, não é?

Como já discutido, a dificuldade da comunicação durante o processo de agravo da doença e do processo do morrer tem fundamentos históricos (Guedes, Nogueira & Camargo Jr., 2006). É importante refletir que uma comunicação adequada sobre determinado tema só se torna possível quando se tem conhecimento e tranquilidade para abordar a referida problemática, o que não acontece quando se trata da morte. Porém, a responsabilidade do tratamento de um paciente é do médico e esse profissional, apesar de suas dificuldades, não pode se eximir da sua participação na comunicação. Percebe-se que a formação médica é capaz de dotá-los de forte aparato técnico, mas parece que não os instrumentaliza para as relações e para o cuidado que elas exigem.

Ao fugir de falar e sentir a dor da perda de um paciente, junto com seus familiares, o médico acaba por se distanciar daqueles que tanto precisam dele e parecem esquecer que é a comunicação o principal fator para a satisfação quanto ao atendimento prestado. Porém, é importante compreender que um fator complicador da comunicação adequada é que, ao serem confrontados com a possibilidade da perda de um ente querido, os familiares podem ter mecanismos de fuga para não enfrentar a realidade ou podem querer encontrar um culpado para diminuir seus sentimentos de culpa (Moritz, 2007). Acerca dessas fases que os familiares podem passar, a Plantonista 1 reflete:

E uma coisa que é importante é sempre jogar muito aberto com a família. Explicando todos os riscos, todos os benefícios que aquele tratamento, aquela doença tem (...). Só que a gente sabe que muitas vezes os familiares de pacientes com doenças graves, muitas vezes têm o mecanismo de negação, de não aceitação e eu acho que a gente tem que respeitar. (...). E muitas vezes a gente chama e pergunta: E aí, você tá entendendo? Você ficou com alguma dúvida? Mas aí, até que ponto a gente tem o direito de quebrar essa negação deles, de impedir que eles tenham as esperanças, as expectativas.

Esse discurso retrata de maneira clara a importância da comunicação entre os envolvidos no processo de doença e morte. A médica consegue perceber o movimento de negação e fuga dos familiares, mas sabe a necessidade de continuar a comunicação e a tentativa de mantê-los cientes do quadro diagnóstico do doente.

É importante refletir que o limite da possibilidade terapêutica não deve significar o fim da relação médico-paciente e médico-familiares. Esta situação traz à tona a essência da ética destas relações (Pessini, 2009).

c) questões éticas: até onde ir?

A atualidade traz uma discussão ética séria acerca do processo de morrer. O avanço da medicina tecnológica e o arsenal de possibilidades para manter o doente com suas funções vitais trazem questionamentos sobre até onde se pode manter a vida. Cabe ao médico agora decidir em que momento chegou a morte para seus pacientes. Como afirma Hoffman (1993): “Muitas vezes cria-se um verdadeiro dilema, decorrente do surgimento de um incrível arsenal tecnológico para o enfrentamento da morte, obrigando o médico a um enfrentamento ético e ideológico sobre a sobrevivência e a morte (p. 368)”. Essa preocupação se fez presente no discurso das duas entrevistadas:

E aí chega o momento de você parar e pensar se o que a gente tem a oferecer como qualidade de vida pra essa criança está disponível, é acessível para aquele paciente (...). E até que ponto vale a pena, até que ponto a gente tem o direito, enquanto profissionais médicos, de prolongar o sofrimento das pessoas. (Plantonista 1).

É aquela coisa da gente ficar pensando: em que momento eu posso parar (...) Como eu posso conduzir isso? Eu sempre vou ficar querendo fazer alguma coisa mesmo sabendo que aquilo não vai ter nenhum benefício para esse paciente? Só vai prolongar a vida; a vida, assim, o sofrimento. Então, muitas vezes o paciente está comatoso e a gente ainda quer manter, manter, manter o paciente. (Plantonista 2).

Um conceito recente utilizado nessas discussões é o de Distanásia. Trata-se de uma palavra nova, de origem grega, o prefixo *dis* tem o significado de “afastamento”, portanto, a distanásia significa prolongamento exagerado da morte de um paciente. Já o Dicionário Aurélio traz a conceituação de “Morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento”. Nesta conduta, o que se prolonga não é a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. Percebe-se que a medicina hoje tem uma grande preocupação em sempre conseguir a cura do paciente; marcada por este paradigma, a morte é vista como

um acidente, ela acontece quando a medicina falha. Com isso, há deformações do processo de morrer (Pessini, 2009).

Diante dessa situação, vale a reflexão sobre até onde ir; até onde vai o alcance da medicina que deveria se propor a cuidar. O desenvolvimento da medicina de alta tecnologia transformou a trajetória das doenças, prolongando a vida e o processo de morrer. Além disso, fez o profissional assumir uma onipotência de priorizar salvar o paciente a qualquer custo, a fim de corresponder às expectativas idealizadas de preservador de vidas (Marta et al, 2009).

d) a formação médica e a ausência de reflexões sobre a morte e o morrer

Todos os núcleos de sentido discutidos até esse momento parecem caminhar em uma mesma direção, em direção às questões relacionadas à formação médica e à ausência de reflexões sobre a morte e o morrer. Formação profissional, mas também formação pessoal. Podemos afirmar que o despreparo sentido pelos profissionais de saúde, em lidar com a morte, antecede a formação profissional, uma vez que a construção do silêncio sobre esse tema se inicia na infância. A Plantonista 2 reflete sobre essa situação quando diz:

Porque é um momento muito difícil, não é? Para a gente profissional, para a gente enquanto cidadão, a gente como amigo. Quantas vezes a gente perde amigos... É complicado porque a gente não tem muito essa preparação.

Na maior parte da formação acadêmica da medicina, os médicos não têm a possibilidade de discutir acerca de suas dúvidas, angústias e dores, a fim de diminuir preconceitos sobre o tema (Mello & Silva, 2012). Sendo assim, não estarão preparados para desempenhar seu papel em situações do morrer e da morte. Em relação a isto, os médicos entrevistados relataram a mesma situação de falta de preparo na academia; afirmaram que, em poucos momentos, tiveram contato com estudos teóricos sobre a morte e foram lançados na prática e, a partir dela, tiveram que aprender a lidar e a descobrir sua maneira de tratar este assunto:

Na universidade, nós somos treinados para brigar pela vida do paciente, não somos orientados para aceitar o momento da perda. Falta isso pra gente em termos de formação. Aprendemos em cada setor que a gente passa e aí vai da experiência de cada profissional que está com você naquele momento. (Plantonista 1).

Eu acho que a gente não tem muita preparação para esse momento. A faculdade ensina muito para você manter a vida, mas, esse momento da morte, a gente não é tão preparada (...). E na faculdade a gente vê essa deficiência. (Plantonista 2).

Pela falta de preparação e formação para lidar com a finitude humana e suas implicações, gera-se a ideologia do distanciamento e da frialdade. A indiferença e a neutralidade são ditas *sine qua non* para o bom desempenho do trabalho, uma vez que afastam o sofrimento do profissional frente ao fim da vida. O desenvolvimento dos

mecanismos de defesa “imprescindíveis” à profissão médica se inicia com o defrontar-se com o cadáver. O conhecimento técnico e a objetividade científica ganham a função de aliviar a angústia diante da morte (Marta et al, 2009).

Um ponto interessante percebido nos discursos desta pesquisa foi o desejo sentido pelos profissionais em buscar maneiras de tentar dirimir as angústias causadas pelas situações de morte e morrer que eles vivenciam. Os entrevistados relataram a importância de, além de disciplinas teóricas, terem momentos e respaldo de outros profissionais para lidarem com as situações angustiantes de seu dia-a-dia:

Tudo isso acaba sendo teórico até o momento que você vivencia. Eu acredito que alguma coisa que poderia ser útil seria, não necessariamente só uma disciplina, mas ter algum respaldo, seja na área médica, seja na área de psicologia (...). No momento em que o aluno vivencia aquilo, ele ter com quem conversar sobre o que aconteceu, sobre o que ele sentiu naquele momento. Quais foram as sensações dele, as angústias (Plantonista 1).

E por tudo isso, eu acho que tinha que ter uma preparação psicológica dos profissionais da saúde em relação à visão da morte. Como você vê a morte? Como é que você se comporta diante disso? Como é que você reage? Como é que você vai conduzir, conversar com a família? Como é que você vai dizer. (Plantonista 2).

Os discursos apresentados demonstram que a formação médica para lidar com a morte é vista como insuficiente pelos médicos participantes desta pesquisa, fato também relatado em diversos estudos que tratam sobre a mesma temática (Campos, 2011; Falcão & Mendonça, 2009; Marta et al, 2009; Grosseman & Stoll, 2008; Silva, 2004). Com isso, evidencia-se que o tema não se extingue, ainda há muito a ser refletido sobre a formação dos profissionais da saúde.

Considerações finais

Ao serem incitados a falar sobre a morte, os sujeitos desta pesquisa se permitiram refletir sobre a finitude humana e sobre suas condutas frente aos pacientes e seus familiares. Foi possível dar voz a esses profissionais que se sentem muitas vezes sozinhos no processo de cuidar e na obrigação de ter que salvar seus pacientes. É interessante pensar que, ao mesmo tempo em que advogamos que os pacientes não têm voz no processo de hospitalização, percebemos que os profissionais de saúde também não a têm; tornam-se carentes desse olhar e dessa escuta.

Os médicos entrevistados relataram suas dificuldades em lidar e aceitar o óbito de seus pacientes e relacionam isto, principalmente, à formação que recebem e que os prepara para salvar, para lutar contra a morte como uma inimiga a ser combatida. Ao receberem esse tipo de formação, demonstram dificuldades no que deveria ser mais importante: a relação com o paciente e com seus familiares. As entrevistas demonstraram o peso que se torna lidar com estes sujeitos envolvidos na relação: o que falar no momento da perda? Como falar? Como agir?

Apesar das constantes pesquisas que atestam a importância da mudança da formação médica para lidar com a morte e com o morrer, os discursos apresentados mostram que estes profissionais ainda sentem a falta de uma preparação acadêmica e prática no que concerne a esta temática. A formação acadêmica carece no que tange à teoria sobre tanatologia e a prática é escassa de trabalhos interdisciplinares que possam dar suporte aos momentos de dificuldade enfrentados pelos médicos.

Por fim, é possível afirmar que esta pesquisa atingiu os seus objetivos de compreender a experiência da morte para os médicos entrevistados, bem como de refletir sobre a sua formação para isto. As entrevistas realizadas de forma aberta possibilitaram momentos de reflexão para os entrevistados e também para a pesquisadora. Este trabalho serve de coro para a relevância de se repensar a formação dos profissionais de saúde, mas, além disso, deixa uma inquietude para realização de outras pesquisas, além da criação de grupos e espaços de discussões sobre a morte para os estudantes e profissionais da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Referências Bibliográficas

- Andrade, E. O., & Andrade, E. N. (2010). A morte iminente, sua comunicação aos pacientes e familiares e o comportamento médico. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 8, 46-52.
- Ariès, P. (1982). *O Homem Diante da Morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Azeredo, N. S. G., Rocha, C. F., & Carvalho, P. R. A. (2011). O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 37-43.
- Bromberg, M. H. P. F. (1984) O Luto: Teorias, In: M. H. P. F. Bromberg. *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. (pp. 19-67). São Paulo: Ed. Psy II.
- Bruns, M. A. T., & Trindade, E. (2003). Metodologia Fenomenológica: a contribuição da ontologia-hermenêutica de Martin Heidegger. In: M. A. T. Bruns, & A. F. Holanda (org.) *Psicologia e Pesquisa Fenomenológica: Reflexões e Perspectivas*. (pp. 77-92). Campinas: Átomo & Alínea.
- Campos, C. M. F., (2011). O oncologista clínico diante da morte: implicações para a produção do cuidado. Dissertação de mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.
- Falcão, E. B. M., & Mendonça, S. B. (2009). Formação médica, ciência e atendimento ao paciente que morre: uma herança em questão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3), 364-373.
- Guedes, C. R., Nogueira, M. I., & Camargo Jr., K. R. (2006). A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 1093-1103.
- Grossemann, S., & Stoll, C. (2008). O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 301-308.

- Heidegger, M. (1986). A possibilidade da pré-sença ser-toda e ser-para-a-morte. In M. Heidegger, *Ser e Tempo – Parte II.* (pp. 15-43). Petrópolis: Vozes (original publicado em 1927).
- Hoffmann, L. (1993). A morte na infância e sua representação para o médico: reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 364-374.
- Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 3(24), 363-372.
- Kovács, M. J. (2003). O homem diante da morte – Ensaio de compreensão sobre o trabalho de Philippe Ariès. In M. J. Kovács. *Educação para morte. Temas e Reflexões.* (pp. 27-76). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2008). Representações de morte. In M. J. Kovács. *Morte e desenvolvimento humano.* (pp. 01-13). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2008). Paciente terminal e a questão da morte. In M. J. Kovács. *Morte e desenvolvimento humano.* (pp. 195-211). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Marta, G. N., Marta, S. N., Andrea Filho, A., & Job, J. R. P. P. (2009). O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3), 405-416.
- Mello, A., & Silva, L. C. (2012). A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 18(1), 52-60.
- Minayo, M. C. S. (2007). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis: Vozes.
- Moritz, R. D. (2007). Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(4), 485-489.
- Pessini, L. (2009). Distanásia: Até quando investir sem agredir? *Revista Bioética*. 4(1) 1-11.
- Silva, G. S. N. (2004). A racionalidade médica ocidental e a negação da morte, do riso, do demasiadamente humano. In V. A. Angerami (Org), *Atualidades em Psicologia da Saúde* (pp. 135-180). São Paulo: Pioneira Thomsom Learning.
- Silva, G. S. N., & Ayres, J. R. de C. M. (2010). O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(4), 487-496.
- Szymanski, H. (2004). Entrevista reflexiva: um olhar psicológico sobre a entrevista em pesquisa. In H. Szymanski (Org). *A entrevista na Pesquisa em Educação: a prática reflexiva.* (pp. 9-58). Brasília: Liber Livro.

Submetido em março de 2014

Aceito em agosto de 2014