

O Preparo para Lidar com a Morte na Formação do Profissional de Medicina^{1,2}

Medical Training and Preparation for Dealing with Death

Alberto Manuel Quintana³
Patrícia da Silva Cecim⁴
Camila Guedes Henri⁵

PALAVRAS-CHAVE

- Morte;
- Educação Médica;
- Relações médico-paciente;
- Psicologia Médica.

KEY-WORDS

- Death;
- Education, Medical;
- Physician-patient relations;
- Psychology, Medical.

RESUMO

Propõe-se uma reflexão sobre o preparo do profissional de Medicina para lidar com a morte. Destaca-se que é através de um mecanismo de negação que esse profissional se defende da angústia produzida pelo falecimento de um paciente. Tal procedimento acarretaria a diminuição gradativa da comunicação com os doentes considerados sem perspectivas de recuperação. Analisa-se como esses comportamentos estão relacionados a processos de idealização da figura do médico tanto por parte do paciente como do familiar. Também se alerta sobre a relação que essas dificuldades do relacionamento médico-paciente têm com o currículo e com a estrutura dos cursos de Medicina, assinalando-se possíveis estratégias para fugir do impasse de lidar com a realidade da morte sem os instrumentos adequados.

ABSTRACT

This article proposes a reflection on the preparation of physicians to deal with death. The authors begin by highlighting that physicians use a denial mechanism to defend themselves from the anguish produced by a patient's impending death. The result of this attitude is a gradual decrease in communication with patients who are considered beyond recovery. The authors proceed to analyze how such behaviors are related to the formation of an idealized view of the physician figure by both patients and their family members. Finally, the authors call attention to the relationship between these difficulties in the physician-patient relationship and both the teaching curriculum and the structure of medical courses, in addition to identifying possible strategies for avoiding this impasse in dealing with death.

Recebido em: 05/06/2001
Reencaminhado em: 06/03/2002
Aprovado em: 15/04/2002.

¹Este trabalho foi realizado com o apoio do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, da FAPERGS e do CNPq.

²Deixamos aqui os nossos agradecimentos por sua colaboração neste artigo aos acadêmicos Fabiane Caillava dos Santos (Psicologia); Greici Conceição Macuglia Dalrozo (Psicologia); Ricardo Dalrozo de Freitas (Medicina).

³Psicólogo, Mestre em Psicologia Clínica, Dr. em Ciências Sociais (Antropologia), Prof. Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria.

⁴Psicóloga do Setor de Hematologia do Hospital Universitário de Santa Maria.

⁵Bolsista (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS)).

A (IN)COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Nossa sociedade lida com a morte através da tentativa de excluí-la do seu cotidiano. Essa estratégia também se repete no trabalho dos profissionais da saúde. A situação não poderia ser outra; uma vez que a morte deve ser recusada, deve-se, também, negar aquela parte da realidade que impele o sujeito/profissional a se defrontar com o inexorável da finitude: a morte do paciente. De fato, esta passa a ser fonte de angústia, constituindo-se num objeto fóbico, num tema tabu, que deve ser evitado^{1,2}.

A consequência disso é que, em muitos casos, o médico resiste em informar ao paciente o seu diagnóstico. Isso pode assumir uma forma explícita, na qual o profissional simplesmente não responde às perguntas dos pacientes, ou uma forma implícita, através da qual o médico lança mão de uma fala carregada de termos técnicos que mais ocultam do que transmitem informação. Essa resistência em comunicar o estado do paciente é diretamente proporcional à gravidade da condição deste.

No entanto, quando negamos a informação correta ao paciente, não somente estamos lhe cerceando um direito, como também promovendo dificuldades em sua terapêutica. Com efeito, quando se omite a gravidade do caso ao doente, este não vai colaborar quando for necessário realizar tratamentos agressivos que exijam grandes sacrifícios de sua parte, uma vez que isso é vivenciado como uma contradição com a informação passada pelo profissional quando lhe dizia que "não devia se preocupar".

Dessa forma, o paciente se depara com um duplo vínculo, semelhante ao esquizofrenizante. Ele recebe mensagens, verbais e não-verbais, incongruentes, que resultam do encobrimento de um diagnóstico através de palavras que minimizam sua doença num contexto de agravamento do quadro e de clara iminência da morte.

Assim, o doente passa a ser visto como uma criança incapaz de pensar por ela mesma. Isso traz uma consequência muito negativa, uma vez que abala a confiança do paciente em seu médico: *afinal, como confiar em quem nos engana?*

Muitas vezes, sob o manto de proteção do paciente, encobrem-se dificuldades do próprio profissional de saúde, que receia que a comunicação de um diagnóstico desfavorável ao paciente diminua a admiração que deste recebe e, principalmente, o faça se envolver no sofrimento que essas situações inexoravelmente apresentam³.

Porém, cabe afirmar que esse desejo de manter o paciente na ignorância de seu real estado não é exclusivo da equipe médica; de fato, em muitos casos, esse anseio é compartilhado pela família, o que estabelece um acordo tácito, costumeiro em nossa época, que impõe que a pessoa morra sem saber que vai morrer. Isso é muito mais do que um costume, parece ter se transformado numa regra moral⁴.

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 é inevitável. A ruptura das comunicações, que se inicia com a atitude de não falar da doença e que, posteriormente, vai contaminando todos os assuntos, condena o paciente ao isolamento. Assim, todos – médicos, enfermeiros e pacientes – devem fingir otimismo.

Essa resistência em informar ao paciente sua verdadeira situação é, muitas vezes, justificada, por parte da equipe médica, pela manifestação do doente de não ser comunicado sobre o seu diagnóstico. De fato, não podemos nos guiar por regras rígidas, as quais funcionam mais a favor das defesas do profissional contra a angústia gerada pela situação do que em benefício do paciente. Como observa Kübler-Ross⁵, em relação a uma paciente que durante dias finge não conhecer a verdade sobre seu estado de saúde, *seria desumano um médico forçá-la a aceitar a realidade, quando ela diz claramente não estar pronta ainda para ouvir*. Ou, como fica expresso na fala de uma paciente com câncer de mama: *Doutor, faça o que tenha que fazer, mas não me diga nada* (paciente feminina, 63 a.).

Com efeito, vários autores (Kübler-Ross⁵; Leão³; Perazzo²; Romano⁶) mencionam a resistência da equipe médica em falar a seus pacientes sobre o estado em que estes se encontram. Ainda que, de fato, em certas situações o paciente possa desejar permanecer na ignorância, acreditamos que a possibilidade de este último almejar saber o que está acontecendo consigo está estreitamente ligada à forma como o médico lida com as angústias que ele mesmo poderia sofrer caso mantivesse uma conversa franca com o enfermo.

Com efeito, como afirma Kübler-Ross⁷

"Sei, por intermédio de muitos pacientes com quem tenho conversado, que os médicos que têm necessidade de negá-la encontram a mesma negação em seus pacientes, enquanto aqueles que são capazes de falar sobre a doença terminal encontrarão seus pacientes mais aptos a reconhecê-la e enfrentá-la. A necessidade de negação é diretamente proporcional à necessidade de negação por parte do próprio médico".

O Temor aos Sentimentos

Mas o que há na comunicação ao paciente do seu estado que assusta tanto o profissional da Medicina? Autores como Kastenbaum & Aisenberg⁸ observam que o fundamental, para toda a equipe médica, é manter o doente vivo e, por isso, conversar sobre a morte seria visto como algo extremamente inconveniente, em virtude de tal gesto ser considerado uma forma de aceitá-la.

Contudo, acreditamos que esse fator se complementa com a tentativa, por parte da equipe médica, de fugir dos sentimentos que a morte provoca. O que essa equipe desejaria é que o paciente pudesse conhecer sua situação sem *nunca despertar nos médicos e enfermeiras a insuportável emoção da morte*. O médico gostaria que seus pacientes fossem capazes de conversar sobre sua doença, as possibilidades de tratamento e, inclusive, sobre a impossibilidade de cura

desprovidos de emoção. De fato, o médico pode falar racionalmente da morte; ele sabe intelectualmente que ela está a sua volta, mas o que não pode aceitar é *senti-la*, é que ela toque seus sentimentos, pois é somente nesse momento que será obrigado a aceitá-la como possibilidade concreta tanto para seu paciente como para si mesmo. Com efeito, o médico não se permite conhecer seus próprios sentimentos em relação à morte, e é no isolamento das emoções que encontra uma de suas principais defesas contra a angústia. Por isso, os doentes serão *“apreciados na medida em que terão feito com que a equipe médica esqueça (pela sensibilidade, e não pela razão) que vão morrer. Assim, o papel do doente só pode ser negativo – o do moribundo que finge que não vai morrer”*^{9,10}.

Via de regra, o paciente considerado ideal pela equipe médica é aquele que não questiona o tratamento indicado. Tomando como exemplo o caso de pacientes com câncer, o doente que reage, que não se conforma, que se revolta contra a terapêutica indicada é o que é visto como problemático. Em contrapartida, o bom paciente é o que aceita os procedimentos sem discuti-los, mas também sem demonstrar emoções e que, assim, se submete ao tratamento sem queixas nem reclamações, como quem está cumprindo uma formalidade, pois é necessário que a emoção seja removida do ambiente hospitalar.

A equipe de saúde espera que o paciente não tenha uma crise de choro ou desespero expressa por gritos e lamentações que venham a comover aqueles que o assistem e que possa, assim, perturbar a paz do hospital. Esta seria uma forma *embaraçosa* de morrer. Confirma-se então que a omissão de informação ao doente está relacionada ao temor de que isso venha a desencadear uma reação emocional com a qual o médico não saberia lidar. Com efeito, o médico poderia fornecer a informação caso soubesse que o enfermo teria *“a elegância e a coragem de ser discreto”*¹¹.

A Neutralidade

A exclusão das emoções por vezes é transformada, através da racionalização, numa técnica científica, aparentemente necessária ao bom desempenho do trabalho. Estamos falando da pretensa “neutralidade”, a qual justifica a falta de relacionamento com o paciente, protegendo o profissional do sofrimento frente à morte do outro. Porém, esse fenômeno também o afasta da vida e da consciência de sua mortalidade.

Essa pretensa neutralidade é freqüentemente reforçada pelo tecnicismo. A relação médico-paciente, muitas vezes, passa a ser mediada por máquinas ou exames que geralmente se convertem mais num recurso para o médico poder afastar-se do paciente terminal do que num instrumento para a melhoria da qualidade de vida deste.

Como questiona Kübler-Ross¹²:

“O fato de nos concentrarmos em equipamentos e em pressão sanguínea não será uma tentativa desesperada de rejeitar a morte

iminente, tão apavorante e incômoda, que nos faz concentrar nossas atenções nas máquinas, já que elas estão menos próximas de nós do que o rosto amargurado de outro ser humano a nos lembrar, uma vez mais, nossa falta de onipotência, nossas limitações, nossas falhas e, por último mas não menos importante, nossa própria mortalidade?”

Na medida em que o médico se despoja de suas emoções, usando como escudo uma pretensa “neutralidade científica”, o paciente é transformado num objeto, e seu corpo passa a ser considerado um meio através do qual se podem observar “fenômenos” científicos. Ele não é mais visto como pessoa, o que possibilita, assim, que seja submetido, pela equipe médica, a uma variedade de humilhações. Não lhe é permitido manter um mínimo de privacidade. Tudo deve ser deixado de lado em nome do bom desenvolvimento do trabalho médico. Perazzo¹³ nos brinda com um depoimento que ilustra de forma muito clara esse fenômeno:

“Tenho gravada na memória uma cena de aula prática de semiologia: meu instrutor chamando o grupo de alunos a que eu pertencia, com a excitação do ‘achado’ estampada na sua face de cientista, para ouvir um raro ruído cardíaco. Chegando ao leito, assistimos constrangidos à agonia de um homem que morria. O professor, que em muitas ocasiões demonstrara, mesmo inadvertidamente, ser um homem bondoso e preocupado com as pessoas, não hesitou em colocar aquele paciente de quatro no leito de moribundo, para que assim melhor ouvíssemos o ruído cardíaco tão peculiar – o recurso mais adequado para o exame. Nós nos entreolhamos em silêncio e, num pacto mudo, usamos rapidamente o estetoscópio, até fingindo que ouvíamos alguma coisa, e nos afastamos o suficiente para assistir a sua morte poucos minutos depois. O instrutor ainda discorria sobre semiologia cardíaca e nós não mais o escutávamos. No ar até havia alguns risos abafados da mais pura ansiedade.”

Não se trata aqui de estar diante de uma pessoa que, por características individuais, não consegue ver o sofrimento alheio. O que de fato acontece é que estamos na presença de um ser humano que, diante dos perigos de um envolvimento que escaparia a seu controle por não dispor das ferramentas adequadas para com ele lidar, lança mão dos únicos mecanismos de que dispõe: dissociar a doença daquele que a padece. Com efeito, o isolamento das emoções é a forma privilegiada que a medicina encontrou para fazer frente a essa armadilha da profissão médica, que é estar quotidianamente em contato com a morte, mas, contraditoriamente, não ser preparado para lidar com ela.

Contudo, para o trabalho do profissional, isso vai ter um custo, que, na maioria das vezes, fica encoberto.

“É claro que este meio de preservar um isolamento profissional nega ao paciente um ingrediente fundamental no tratamento: o bom relacionamento médico-paciente. Na minha pesquisa, os

pacientes queixam-se muito com relação à defesa dos médicos, na área da comunicação. Para muitos isso representa uma falta de interesse ou até mesmo uma insensibilidade humana ou indolência (...) ¹⁴.

Não estamos defendendo, com isso, a idéia de que o profissional se envolva emocionalmente com a situação do paciente, o que pode dificultar seu trabalho; estamos, sim, afirmando que o isolamento das emoções vai ser um fator que, além de exercer uma interferência negativa no tratamento do paciente, não alivia a angústia sentida pelo profissional que se defronta com uma pessoa prestes a morrer. Com efeito, ainda que ele não queira, essa situação vai significar, para o médico, suportar as emoções emanadas de sua história no que diz respeito à morte.

Consideramos que a melhor maneira de lidar com essas emoções não é a atitude de reprimi-las ou negá-las, mas a de possibilitar sua elaboração, sendo, para isso, necessário que o profissional de saúde receba um outro tipo de preparo em sua formação. Retornaremos a isso mais adiante.

A DINÂMICA DA ONIPOTÊNCIA E IDEALIZAÇÃO

A negação da morte coloca o médico numa situação de onipotência imaginária que o protegeria dos seus temores e ansiedades frente à morte. Porém, será que de fato esse processo o beneficia e contribui com a melhoria do relacionamento médico-paciente ou, inversamente, vem a se colocar como mais uma barreira no atendimento? É interessante nos deter neste ponto para compreender melhor os mecanismos desse processo.

Existe um compromisso sintomático entre o paciente e a família, por um lado, e o médico, por outro. Os dois primeiros querem acreditar que existe alguém que tem um domínio sobre a vida e a morte, de modo a sentirem que a situação vivenciada pelo doente pode ser controlada. Eles desejam acreditar que o profissional é infalível na sua luta contra a enfermidade. O médico, por sua vez, pode ver no exercício de sua profissão uma forma de alcançar uma onipotência imaginária, que, além de lhe trazer uma gratificação narcísica, também o ajudará a superar os seus próprios temores em relação à morte. Essa necessidade do médico o coloca numa situação fragilizada, pois esse lugar somente pode ser sustentado pelo olhar do paciente, o que gera uma dependência do primeiro em relação a este último.

Nesse sentido, quanto mais o médico se identifica com essa imagem de plenitude, de pessoa infalível, de senhor da vida e da morte, mais sentirá a morte de seu paciente como uma derrota. Isso aumenta sua culpa, pois essa morte representa seu próprio fracasso. O médico pode, nessas situações, sentir-se obrigado a afastar-se do doente que não tem mais chances de cura, por este configurar-se como uma ferida narcísica. O paciente passa a ser visto como um espelho que devolve ao médico sua verdadeira imagem de pequenez diante da doen-

ça e da morte. *"O médico oscila entre a sensação de tudo poder e a frustração de nada poder fazer diante dos imprevisíveis processos biológicos"* ¹⁵.

Pode-se dizer que, para o médico, a piora do paciente significa a destruição dessa construção imaginária de onipotência, de modo que, a partir daí, o paciente passa a ser visto como uma imagem angustiante. Por outro lado, o paciente interpreta seu agravamento como uma traição, como a evidência de que foi ludibriado pelo médico, o qual demonstra não estar à altura da imagem idealizada que lhe fora atribuída e que ele aceitou.

"... o paciente, idealizando o médico, atribui a este poderes mágicos, esperando cura imediata, e o médico, na ilusão de onipotência, 'se engancha' na expectativa idealizada do paciente, estabelecendo desta forma um contrato onipotente do tipo 'deixa comigo que tudo se resolverá'. Evidentemente, a impossibilidade de cumprir esse contrato deixa o paciente frustrado, desapontado, ressentido ou hostil" ¹⁶.

Temos, então, um processo em que o paciente cobra de seu médico uma onipotência da qual este carece, e o médico, por sua vez, vê no paciente uma forma de confirmar sua capacidade profissional. Assim, a recuperação do paciente vai ser vista como a única forma de reconhecer essa capacidade. Tal situação deixa o médico impossibilitado de ter uma visão geral e realista das condições do paciente, além de impedi-lo de reconhecer os limites da sua habilidade profissional.

De fato, na luta para manter uma imagem onipotente, o médico perde a possibilidade de prestar ajuda ao paciente sem chances de recuperação, pois não consegue perceber outras formas de atuação além da cura de seu doente. Ao afastar-se do paciente, o profissional se frustra e desperdiça a oportunidade de sentir que pode ajudá-lo através de cuidados que, ainda que não impeçam sua morte, poderão propiciar a esse paciente uma qualidade de vida melhor em seus momentos finais. Uma atitude profissional dessa ordem diminuiria sua culpa, cuja origem repousa em duas causas: primeiro, o fato de não corresponder à imagem idealizada pelo paciente e, segundo, a idéia de abandoná-lo a uma morte solitária.

Vários autores (Cassorla ¹⁷; Figueiredo, Turato ¹⁸; Kastenbaum, Aisenberg ⁸; Kovács ¹⁵; Mello Filho ¹⁹; Souza ²⁰) destacam o fato de que o medo da morte é maior entre os médicos. Na seqüência, transcrevemos três citações que apontam para essa idéia:

"Sugere-se, de vez em quando, que muitos médicos foram motivados a escolher sua ocupação porque a morte era um problema pessoal singularmente agudo para eles (...). Em outras palavras, propõe-se uma ação antifóbica para explicar a entrada na profissão médica. Talvez o sentimento inexpresso seja 'Estou protegendo outras pessoas da morte, portanto, eu mesmo devo ser invulnerável'". (Kastenbaum, Aisenberg ²¹)

"A profissão é muitas vezes utilizada de forma consciente e inconsciente para se sentir mais potente, numa reação contra a

fragilidade como seres humanos em face da doença e da morte* (Figueiredo, Turato²²).

... os médicos têm um medo maior da morte e que poderiam estar buscando na sua futura profissão uma forma de controle e domínio sobre ela (Kovács²³).

Contudo, devemos nos perguntar se o que determina a escolha dessa profissão é o temor exacerbado da morte ou se é a atuação profissional que obriga o médico a se defrontar diariamente com a finitude da vida, acentuando a presença da morte e incrementando, assim, o seu temor. Estamos inclinados a acreditar nesta segunda opção.

O PREPARO DO ALUNO PARA LIDAR COM O PACIENTE TERMINAL E A MORTE

Já relatamos as dificuldades que o confronto com a morte ocasiona ao profissional de saúde. É inegável que essa é uma situação de difícil manejo tanto para o estudante como para o futuro profissional. Cabe, então, o seguinte questionamento: como os cursos de Medicina preparam o aluno para lidar com esta questão? Se a morte é uma constante no trabalho médico, é de surpreender que, na maioria dos casos, essa problemática seja excluída dos currículos, ocasionando, como vimos, uma abordagem profissional inadequada, a qual faz com que o tratamento dos pacientes sem expectativa de cura seja, na maior parte das vezes, desnecessariamente sofrido tanto para o doente como para o médico (Kaplan, Sadock, Grebb²⁴).

Contudo, ao analisar melhor a maneira como os cursos costumam lidar com a problemática da morte, observamos que essa aparente falta de preparo é, na verdade, uma forma de preparar o aluno para lidar com a problemática através do uso do mecanismo de negação. Assim, devemos estar bem cientes de que o ensino acadêmico contribui com o incremento das angústias suscitadas no convívio com a morte e o morrer. Os alunos aprendem, durante sua formação, que os sentimentos são algo do qual devem se afastar. Eles devem manter uma "neutralidade", precisam vestir um manto imaginário que os proteja das emoções dos pacientes.

Assim, podemos concluir que a maneira pela qual o profissional de saúde lida com a morte e o morrer está alicerçada numa falta de elementos técnicos para lidar com situações que despertem fortes emoções, principalmente as de morte de pacientes. Acreditamos que essa carência de técnicas é consequência de um tipo especial de formação do profissional de saúde. De fato, a morte parece estar excluída dos currículos de Medicina e de Enfermagem. Diversos autores (Concone²⁵; Kovács¹⁰; Leão³; Perazzo²; Romano⁶) fazem referência à formação médica como um treinamento que objetiva retirar do aluno quaisquer resquícios de emoção diante do paciente, fazendo com que este seja visto como uma doença e não como uma pessoa.

Essa falta de preparo para lidar com as questões que a morte evoca na verdade encobre outro tipo de preparo. Com efeito, ainda

que não exista na programação explícita dos cursos uma abordagem dessa temática, ela é tratada de modo velado em diferentes momentos da formação do futuro médico.

Ao observarmos o andamento do curso de Medicina, percebemos que os alunos não iniciam sua aprendizagem em contato com seres humanos, nem sequer com cadáveres; ao ingressarem no curso, eles se defrontarão com "peças de anatomia". Isso revela uma estratégia usada para desumanizar o estudante e neutralizar sua angústia frente à morte. Eles aprendem, durante as aulas, a reprimir suas emoções e a evitar os comentários de seus sentimentos com colegas e professores. Esses ensinamentos são sempre feitos de forma tácita, como ilustram as freqüentes piadas quando um aluno se sente mal numa aula de anatomia, ou as ironias quando manifesta algum sentimento em relação a um paciente ou a sua própria situação, o que constitui uma forma muito sutil e eficaz de realizar essa desaprendizagem. O futuro profissional deve ser preservado do contato íntimo com a morte para assim fortalecer a sua segurança, a qual se aproxima muito de uma convicção de onipotência e poder; no entanto, quando, anos depois, se depara com o óbito de seu paciente, surgirão, inevitavelmente, sentimentos de impotência, ansiedade e depressão.

O estudante de Medicina faz um interessante percurso até chegar a seu paciente, o qual, preferencialmente, não será visto como uma pessoa, mas como o portador de uma patologia. Esse processo de aproximação, que se inicia com a morte longínqua para, aos poucos, chegar ao "portador de uma doença", foi bem descrito por Romano²⁶:

"Inicialmente o aprendiz conhece os cadáveres da sala de anatomia – um terreno propício ao aprimoramento técnico e científico. Futuramente o encontro se dá nas necropsias, cujo impacto é usualmente mais intenso. Trata-se de um morto recente, cujos traços se assemelham mais ao de um vivo, em comparação às 'peças' de anatomia. A angústia cresce à medida que se aproxima a situação limite onde o médico se depara com o paciente vivo, porém próximo à morte."

O que se procura, nesse primeiro contato, é eliminar qualquer vestígio humano do cadáver, pois este faria lembrar a transitoriedade da vida, o que seria por demais angustiante.

Com efeito, na medida em que a morte está mais próxima, maior parece ser a necessidade de tomar uma distância emocional. Isso pode ser observado nos depoimentos de alunos sobre as aulas de anatomia, onde, diante de um cadáver humano, os estudantes demonstraram as mais diversas reações fóbicas: nojo, indiferença e o uso de piadinhas, na tentativa de controlar a angústia gerada pela presença da morte. Aquele cadáver que estava para ser dissecado simbolizava a vida em seu ponto final; representava alguém que respirava, trabalhava e ria. Numa palavra, representava alguém que vivia, como viviam os estudantes que estavam à sua frente e que um dia viriam a morrer.

Para o estudante de Medicina, é decepcionante saber que só irá entrar em contato com pessoas no terceiro ano do curso. Até lá, ele

aprende teorias sobre doenças e se relaciona com cadáveres. Entra em contato apenas com vírus em lâminas de microscópios, tubos de ensaio, cadáveres ou partes deles, ratos, rãs, cachorros. Somente quando tenha superado este ciclo é que o estudante irá se deparar com um ser humano. Esta seqüência, coincidentemente ou não, está ensinando, também, um modelo de relação na qual uma das partes não tem nem voz nem emoções. Parece que é este modelo relacional, o estudante com sua cobaia, que se espera que o aluno aprenda antes de se deparar com o paciente.

Observamos, assim, uma das grandes distorções da maioria dos cursos de Medicina. De fato, esse afastamento prolongado torna o estudante desvinculado da concepção real de um ser humano. Ele não consegue mais perceber que cada paciente, além de portar uma doença, tem também sentimentos, desejos, medos, expectativas e sonhos. Dessa forma, quando o contato com os pacientes começa, essa relação já está destinada ao fracasso.

Desse modo, é extremamente doloroso para o estudante de Medicina esse início do curso caracterizado pelas aulas de anatomia, que em muito se assemelha a um ritual de iniciação e que marca uma forma contrafóbica de se relacionar com a morte.

O depoimento de Carvalho²⁷ nos parece um dos mais ilustrativos sobre o sentimento do aluno de Medicina nessa situação:

"... o quão pouco temos institucionalizado cuidados com quem cuida para que o cuidador possa estar mais bem preparado, do ponto de vista emocional, para o desempenho de sua tarefa. (...) Recordo o impacto que sofri e vários colegas sofreram ao entrarmos na faculdade e, ainda muito jovens, sermos expostos à morte, ali representada pelos cadáveres do laboratório de anatomia. Não nos era dada a menor assistência emocional. Éramos deixados à nossa própria sorte, tendo que lançar mão de nossos próprios recursos pessoais para resolver questões emocionais para as quais, na maioria das vezes, não estávamos preparados. O mesmo se repetia ao longo do curso médico e da residência. Era como se tivéssemos que passar por um rito de iniciação, o mesmo que nossos professores passaram, para aí então podermos pertencer à confraria dos médicos."

Acreditamos, então, que a escolha do ponto a partir do qual o aluno deve iniciar sua caminhada não é aleatória, ela responde a um processo planejado (ainda que inconsciente). Uma vez que a grande maioria dos professores de Medicina acredita na idéia de que os sentimentos atrapalham o bom atendimento, é natural que se pretenda, através do curso, ensinar aos alunos a se desprender de suas emoções. Isto é muito bem ilustrado no filme *Patch Adams: O Amor É Contagioso*, quando um professor, ao recepcionar os novos alunos, diz: "Iremos desumanizá-los até que se tornem médicos". Aí se inicia o processo através do qual a referência à morte deve ser eliminada da formação médica, sendo a expressão "perder um paciente" o mais próximo que se pode chegar dela. Com efeito, o único lugar onde ela

é aceita é na medicina legal, e muito provavelmente essa é a razão da grande rejeição pela área²⁸.

Essa exclusão intencional da temática da morte dos estudos médicos²⁹ se fundamenta numa idéia freqüentemente explicitada por alunos e profissionais da área de saúde por nós observada: *Estamos numa profissão na qual convivemos com a doença e a morte, e, se permitirmos que aquilo que acontece nos pacientes nos "toque", acabaríamos loucos e não conseguiríamos exercer nossas funções.*

CONCLUSÃO

Verificamos que é através da negação, da racionalização e do isolamento das emoções que esses profissionais da área da saúde acreditam poder se defender contra a angústia gerada pelo seu trabalho. Porém, o que se observa é que essas defesas não conseguem alcançar seu objetivo. A reportagem da revista *Veja*³⁰ intitulada "O vício de branco" relata o alto índice de angústia nessa profissão e o atribui ao tipo de trabalho realizado, sobretudo o fato de o médico se defrontar com casos terminais ou sem expectativas de cura. A seguinte fala, extraída dessa reportagem, é muito elucidativa:

Aquela primeira dose aconteceu numa noite de inverno em 1996, depois de um dos piores plantões, passado ao lado de uma paciente em estado terminal (R.J., médico, 31 anos).

A partir dessas constatações, defendemos a idéia de que todo indivíduo que execute cuidados à vida humana deverá estar munido das ferramentas que lhe permitam uma intervenção eficaz, a qual deve incluir não somente aspectos biológicos, mas também aquelas emoções por estes desencadeadas.

No presente momento, o Curso de Medicina da UFSM, assim como os de muitas outras universidades brasileiras, está implementando uma reforma curricular que contempla, entre outros aspectos, uma visão humanista, que enfatiza o relacionamento médico-paciente. Isto, por si só, já constitui um grande passo. Contudo, consideramos que é necessário abrir espaços de discussão sobre as problemáticas aqui abordadas, uma vez que a aprendizagem teórica representa somente uma parte na formação do aluno, estando outra grande parte alicerçada na prática e na identificação com a figura do "mestre". Assim, é preciso modificar essa imagem de "médico ideal", segundo a qual as emoções estão excluídas, para facilitar aos futuros profissionais o acesso à fala e, assim, conseguir construir técnicas adequadas para lidar com uma das problemáticas mais difíceis do ser humano: a morte.

AGRADECIMENTOS

Deixamos aqui os nossos agradecimentos, por sua colaboração neste artigo, aos acadêmicos Fabiane Caillava dos Santos (Psicologia), Greici Conceição Macuglia Daltrozo (Psicologia) e Ricardo Daltrozo de Freitas (Medicina).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Carvalho VA. A vida que há na morte. In: Bromberg MHPE, Kovács MJ, Carvalho MJJ, Carvalho VA. Vida e morte: laços de existência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 35-75.
2. Perazzo S. O médico e a morte. Rev Psiquiatr Clín 1985;12(3-4): 96-100.
3. Leão N. O paciente terminal e a equipe interdisciplinar. In: Romano BW. A prática da Psicologia nos Hospitais. São Paulo: Pioneira, 1994. p. 137-147.
4. Ariès P. História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977. p. 139.
5. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. p. 34.
6. Romano BW. A prática da Psicologia nos Hospitais. São Paulo: Pioneira, 1994.
7. Kübler-Ross Loc. cit., p. 36-37.
8. Kastenbaum R, Aisenberg R. Psicologia da morte. São Paulo: Pioneira, 1983.
9. Ariès loc.cit., p. 177.
10. Kovács MJ. Paciente terminal e a questão da morte. In: Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992, p.188-203.
11. Ariès loc.cit., p. 142.
12. Kübler-Ross loc. cit., p. 13.
13. Perazzo loc. cit., p. 96.
14. Stedeford Averil. Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. p. 158.
15. Kovács MJ. Profissionais de saúde diante da morte. In: Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. p.226-243.
16. Fernandes MHS. A função e inserção do psicólogo nas equipes multiprofissionais. Bol Psiquiatr 1986 jan/dez 19(1-2): p. 21-24.
17. Cassorla RMS. Como lidamos com o morrer – reflexões suscitadas no apresentar este livro. In: Cassorla RMS (coord.). Da morte: estudos brasileiros. Campinas (SP): Papyrus, 1991, p. 17-24.
18. Figueiredo RM, Turato ER. A enfermagem diante do paciente com AIDS e a morte. J Bras Psiquiatr 1995; 44(12): 641-647.
19. Mello-Filho J. Concepção psicossomática: visão atual. 3 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1983.
20. Souza Arnd. A reflexão do saber sobre a impotência SIDA/AIDS, uma experiência em psicologia médica. [Dissertação]. Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1988.
21. Kastenbaum, Aisenberg loc. cit., p. 177.
22. Figueiredo, Turato, loc. cit., p. 645.
23. Kovács, Profissionais de saúde diante da morte, p. 226.
24. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. O desenvolvimento ao longo do ciclo vital. In: kaplan H, Sadock B, Grebb J. Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 31-94.
25. Concone MHV. O vestibular de Anatomia. In: Concone MHV. A morte e os mortos na Sociedade Brasileira. São Paulo: Hucitec, 1983.
26. Romano loc. cit., p. 140.
27. Carvalho loc. Cit., p. 63.
28. Mannoni M. O nomeável e o inominável: a última palavra da vida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. p. 47.
29. Gauderer CE. Reações emocionais do profissional diante da doença crônica ou fatal. J Bras Med – JBM 1981 mar; 40(3).
30. Poles C, Boccia, S. Vício de branco: o drama dos médicos que cedem ao apelo das drogas e se tornam dependentes de morfina. Rev Veja 2000 fev 23; 1637, 33 (8): 76-78.