

Formação médica, ciência e atendimento ao paciente que morre: uma herança em questão

Medical training, science, and end-of-life care: a legacy at issue

Eliane Brígida Morais Falcão^I

Sandro Bichara Mendonça^{II}

RESUMO

Esta pesquisa foi realizada em instituição pública universitária com o objetivo de melhor conhecer visões, valores e atitudes dos médicos docentes em relação aos pacientes em processo de morrer. Trabalhou-se com o conceito de representação social (Moscovici) e a metodologia qualitativa de análise do discurso do sujeito coletivo (DSC) proposta por Lefèvre e Lefèvre. Os discursos dos investigados revelaram que sofrem muito os médicos, os estudantes e os pacientes diante da morte. Articulados com o predomínio da ótica da biomedicina, prevalecem o despreparo profissional e a ausência de reflexão mais abrangente sobre a morte. Os investigados parecem não perceber relações entre o que falam de si próprios e o que dizem dos estudantes. Alterações na vida institucional parecem necessárias para o enfraquecimento de uma herança não percebida e que envolve médicos, pacientes e estudantes.

ABSTRACT

This study was conducted in a public university with the aim of learning the views, values, and attitudes of medical professors toward end-of-life treatment for patients. The study focused on the concept of social representation (Moscovici) and the qualitative methodology of collective subject discourse analysis, as proposed by Lefèvre & Lefèvre. The subjects' discourses revealed that end-of-life entails extensive suffering for physicians, medical students, and patients. The predominant view of biomedicine is associated with a lack of professional preparedness and absence of more in-depth reflection on death and dying. The subjects appeared not to perceive the relations between what they say about themselves and what they say about their students. Changes in the teaching hospital's institutional life appear necessary in order to mitigate an unperceived legacy involving physicians, patients, and medical students.

PALAVRAS-CHAVE

- Morte
- Médicos docentes.
- Estudantes de medicina
- Processo de morrer
- Valores

KEY WORDS

- Death
- Professor doctors
- Medical students
- Dying process
- Values

Recebido em: 16/12/2008

Reencaminhado em: 14/02/2009

Aprovado em: 23/02/2009

^I Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{II} Faculdade de Medicina de Campos, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil.

INTRODUÇÃO

Ao transitarmos por corredores, salas de aula, laboratórios, auditórios e enfermarias do hospital de importante universidade pública do Rio de Janeiro, podemos perceber características de sua vida acadêmica e médico-assistencial. Os alvos jalecos lembram os compromissos com a luz da ciência. A frequência nos laboratórios, abrangendo grande parte dos docentes e alunos, remete à produção científica, que aí é valorizada. Cartazes afixados em quadros divulgam a realização de congressos, seminários e cursos. O programa de pós-graduação assegura a formação de mestres e doutores. Procedimentos de alto alcance técnico, como o transplante de fígado e a pesquisa com células-tronco, mostram os avanços da medicina aí também desenvolvidos. Tudo isso indica que se trata de uma instituição onde se busca assegurar a formação de médicos, a produção científica e a assistência aos doentes.

Por essas características, podemos dizer que a vida, em sua dimensão de atividade, de expectativa e busca de seu prolongamento pelas mãos da ciência, está plenamente presente no dinâmico espaço branco desse hospital universitário. Trata-se de uma presença tão absorvente que obscurece outras faces da existência – entre elas, aquela que, com maior evidência, se imiscui nesse espaço exatamente por ser ele o que é (hospital): a morte. Nas conversas pelos corredores, laboratórios e salas de aula, essa palavra nos pareceu uma lembrança remota, quando não ignorada. Nos quadros de avisos que se referiam a seminários, congressos e cursos, não nos foi possível identificar nenhum evento cujo tema fosse a atenção a aspectos da convivência dos médicos e estudantes com a morte ou o atendimento a alguém em processo de morrer. Tampouco a grade curricular do curso de graduação e as áreas de concentração na pós-graduação incluíam esse tema.

Tal lacuna, de visibilidade tão gritante, propiciou-nos o levantamento de questões. Em um hospital, onde, por exemplo, trocam-se válvulas e se implantam marca-passos para melhor funcionamento de um coração, a morte seria vista como um fenômeno acidental, que não merece maior atenção? Dever-se-ia pensar que lidar com os diferentes aspectos da assistência ao fim da vida humana não faria parte das preocupações do cotidiano dos docentes médicos e seus estudantes? Em pesquisa realizada nesse hospital, entre estudantes de Medicina, que tratava da questão da experiência com a morte do paciente, foram colhidos depoimentos que nos revelam as dúvidas e angústias que tal vivência suscita entre os investigados: “Não me sinto seguro emocionalmente para conviver com os medos e as dores da morte.” E

“[...] tenho certeza de que o pouco de que sou capaz não foi aprendido na faculdade de Medicina”¹.

Na perspectiva de Elias², tais depoimentos ilustram mais do que aspectos de uma formação de médicos; ilustram, antes, o estágio de civilização em que nos encontramos: “A reticência e a falta de espontaneidade na expressão de sentimentos de simpatia nas situações críticas de outras pessoas não se limitam à presença de alguém que está morrendo ou de luto”².

No estágio atual de civilização, segundo Elias, a dificuldade de lidar com a morte está ligada a outros diferentes aspectos que caracterizam a contemporaneidade:

- a) A expectativa de vida longa (hoje, durante muito tempo, não é difícil olharmos a morte como possibilidade remota no percurso de nossas vidas);
- b) A presença das explicações científicas dos fenômenos naturais, que aumenta o grau de segurança na estabilidade de nossas vidas (com a ajuda dos recursos médicos, queremos crer no permanente adiamento da morte);
- c) O relativo grau de segurança física contra a violência de terceiros, que nos inclina a pensar que a vida social está pacificada; a aparente ausência do estado de guerra, que nos leva a imaginar que a morte ocorrerá naturalmente, sem imprevistos;
- d) A forte individualização do padrão da vida atual, que estabelece uma forma isolada de lidar com diferentes aspectos da morte, ou da consciência de se saber que um dia se morrerá – daí, compartilha-se pouco o assunto².

Gadamer³, como Elias, vê estreitas relações entre o mundo civilizado moderno e as atitudes em relação à morte e dá destaque às influências das propostas do Iluminismo científico que, atingindo diferentes camadas da população, produziram “[...] com o auxílio dos deslumbrantes êxitos da ciência natural moderna e dos modernos meios de informação [...] a desmitologização da morte”³. E também a “desmitologização da vida”, completa o autor. Esse processo investiria progressivamente no enfraquecimento das representações e dos rituais públicos da morte. Esta, inserida numa “empresa técnica de produção industrial”, tenderia a perder sua conotação de experiência humana e, em muitos casos, tornar-se-ia “uma sentença dependente do médico”.

Se, por um lado, auxiliados por Elias e Gadamer, podemos compreender o fato de que a morte constitua um tema com pouca visibilidade no hospital mencionado no início deste artigo, por outro, torna-se difícil imaginar que as pessoas envolvidas com práticas e formação médicas, como os médicos docentes, não tenham um pensamento ou visão a respeito de assunto que tanto as afeta. Muito se tem escrito sobre a morte, e, não raro, procedimentos técnicos da medicina usados na manutenção da

vida de seres humanos têm atuado como influente fonte para representações e condutas diante da morte. Elias², Ariès⁴, Becker⁵ e Morin⁶ são alguns autores de obras que se tornaram clássicas. Esses autores reuniram registros históricos e elaboraram análises de visões, crenças, rituais, atitudes de diferentes grupos em relação aos processos que circundam tanto os que estão para morrer quanto os que cuidam dos que estão à morte ou presenciaram seu findar. A leitura dessas produções nos permite afirmar com o sociólogo Seale que, em suma, pelo menos duas características podem ser identificadas nas formas atuais de lidar com o fim da vida humana:

- a) A influência da moderna medicina;
- b) A busca de sentidos para a morte, que associa componentes emocionais e amplas visões da existência humana⁷.

No presente trabalho, o foco da investigação não se volta para os estudos acima mencionados, nem propriamente para a discussão das ideias neles presentes. A constatação da lacuna em relação ao tratamento da morte no espaço do hospital universitário referido e os questionamentos gerados por essa lacuna nos sugeriram a necessidade de pesquisar como os médicos, particularmente médicos docentes, pensavam questões relacionadas à morte de seus pacientes e ao ensino de seus estudantes.

Kübler-Ross tornou-se referência clássica deste tema no âmbito médico. Insistiu na necessidade da assistência acolhedora à integridade do paciente que morre⁸. Encontramos iniciativas para implementar este rumo na abordagem da morte no contexto médico. Um exemplo são os chamados “cuidados paliativos”, já conhecidos fora e dentro do Brasil como um atendimento mais completo ao paciente em seu sofrimento e não apenas como um caso a ser resolvido pelos recursos técnicos da ciência. Mas não são poucos os exemplos de insuficiências^{9,10}. Zaidhaft, em estudo sobre atitudes em relação à morte, criticou a forma de apresentação dos cadáveres aos jovens estudantes: corpos deformados ou em pedaços promoveriam a formação de atitudes de distanciamento em relação a seres humanos que um dia seriam seus pacientes¹¹. Rego aborda a formação ética dos médicos, e, certamente, é possível pensar, nesse contexto de análise, aspectos do ensino da morte na área médica¹². Kovács chamou a atenção para o fato de que diferentes especializações da medicina trazem diferentes reações dos médicos diante do paciente que morre, e isto deveria ser considerado na formação científica e profissional¹³. Sadala e Silva¹⁴, Falcão e Lino¹⁵ e Viana e Piccelli¹⁶, por meio de pesquisas realizadas no contexto da formação médica, concluíram que há interesse pelo tema, mas o conhecimento especializado não é buscado sistematicamente.

Os estudos aqui citados fornecem um pouco do panorama de esforços de tantos que querem analisar a questão e desencadear transformações nas visões e atitudes em relação ao morrer humano. Concordamos com o ponto de vista de que os comportamentos humanos em relação à morte têm uma base civilizacional^{2,3}. Apoiamo-nos em Geertz¹⁷ para continuar investigando o tema morte em um grupo que, por força de ofício, defronta-se com o fim da vida cotidianamente – os médicos:

[...] sabemos muito pouco [...] sobre o que sentem ou fazem, hoje em dia, aqueles cuja vida gira em torno de uma atividade determinada, seja ela criativa, pedagógica ou acadêmica. E enquanto não soubermos mais sobre essas vidas, qualquer tentativa de propor – e muito menos de responder – perguntas sérias sobre o papel que desempenha esta ou aquela disciplina na sociedade contemporânea – e na educação contemporânea – está condenada a diluir-se em generalidades apaixonadas.

O presente artigo relata pesquisa realizada com médicos docentes, envolvidos em ambiente de formação e produção científica: que representações teriam da morte e da assistência que oferecem a seus pacientes? Que saberes, que conteúdos seriam expressos por tal grupo?

METODOLOGIA

Um dos objetivos da pesquisa na área das ciências sociais e humanas é dar visibilidade à voz de um grupo. Ragin¹⁸ argumenta que tal objetivo serve não apenas à pesquisa com grupos marginalizados (cuja voz é ignorada socialmente), mas também para revelar aqueles conteúdos na vida de um grupo que, de alguma forma, são postos à margem de uma sociedade ou de uma instituição. O acesso a tais conteúdos permite desvelar especificidades grupais, que, por contingências institucionais, por exemplo, encontram-se ocultas.

Uma vez que o interesse era conhecer o que parecia muito pouco visível na instituição hospitalar – abordagem dos médicos aos pacientes à morte –, estabeleceu-se como objetivo central a busca da fala, ou da voz, dos investigados a esse respeito. Na construção do caminho metodológico, partimos da teoria das representações sociais. Para Moscovici¹⁹, um grupo tem um modo específico de compreender e comunicar o que sabe, e isto pode ser captado como uma voz coletiva, a representação social, em que visões, valores, escolhas e preocupações são expressos. Os sujeitos contam com um repertório variado de informações sobre deter-

minado tema, as quais, na dinâmica das relações sociais, são livremente associadas sem compromisso com a sequência rigorosa de raciocínio.

Esse referencial de Moscovici orientou a escolha do procedimento metodológico específico de nossa pesquisa: a metodologia de análise do discurso do sujeito coletivo (DSC), conforme proposto por Lefèvre e Lefèvre^{20,21}. O DSC busca captar a voz humana e coletiva de uma representação social na perspectiva conceitual de Moscovici. Metodologicamente, visa a: “[...] reconstruir, com pedaços de discursos individuais (depoimentos ou respostas dos investigados), como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julguem necessários para expressar um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno”²⁰.

Para melhor visualização, resumimos os passos metodológicos seguidos para a obtenção das representações sociais: (a) as expressões-chave dos depoimentos (ou respostas) de todos os investigados são identificadas; (b) a partir desse passo, ideias centrais são formuladas de maneira a permitir a reorganização das expressões-chave semelhantes; (c) com cada ideia central e expressões-chave semelhantes correspondentes compõe-se, de forma articulada e coerente, um discurso-síntese, que expressa uma face da representação do grupo. Esse discurso-síntese é o discurso do sujeito coletivo (DSC). O conjunto dos discursos é a representação social do tema ou objeto investigado.

É possível a presença de mais de uma ideia central, por vezes com contradições, em um mesmo sujeito. Isto é compreendido no âmbito da teoria da representação social, uma vez que os sujeitos não estão limitados por exigências de coerência rigorosa de argumentação. Na pesquisa, o processo de coleta de dados se deu mediante a realização de entrevistas semiestruturadas individualizadas, efetuadas nos cenários de atuação institucional. Questões foram apresentadas em torno do tema em foco: (a) o que representa para o entrevistado lidar com pacientes em processo de morrer ou à morte?; (b) como percebe a interação de seus alunos com pacientes em processo de morrer ou à morte? Incluíram-se questões sobre crenças religiosas, levando-se em conta não só a literatura que aponta tais crenças como um veículo para expressar sentimentos e atitudes em relação à morte em diferentes culturas, como o reconhecimento da forte presença da religiosidade na cultura brasileira. Buscou-se conduzir a entrevista mediante exploração das questões previstas, mas permitindo-se livre expressão das respostas, o que ocasionou momentos de reflexões mais amplas a respeito do tema e mais restritas no que se refere ao dia-a-dia das atuações.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital universitário pesquisado, conforme parecer registrado formalmente junto ao órgão competente.

RESULTADOS

Identificamos 102 médicos docentes que preenchiam os critérios de inclusão desta pesquisa: atuavam regularmente na disciplina de Clínica Médica com os estudantes de Medicina tanto em salas de aula quanto nas enfermarias e demais espaços do hospital universitário. Desse total, 27 estavam realizando atividades de pesquisa no exterior; dentre os 75 restantes, foi possível entrevistar 48 (64% se considerados aqueles presentes no contexto da pesquisa, ou seja, no Brasil, e em atividade docente). O grupo abrangia as especialidades da Clínica Médica: endocrinologistas, gastroenterologistas, reumatologistas, hematologistas, hemoterapeutas, hepatologistas, nefrologistas, cardiologistas, intensivistas, pneumologistas, propedêutica médica. O perfil dos professores está apresentado na Tabela 1.

Tabela 1
Perfil dos docentes da disciplina de Clínica Médica da FM entrevistados

Perfil dos Médicos Docentes	Quantidade
Sexo	
Masculino	33
Feminino	15
Qualificação	
Especialista	01
Mestres	19
Doutores	26
Pós-doutores	02
Aspectos Religiosos	
Tem religião e crê em Deus	21
Sem religião, mas crê em Deus	15
Ateu	12
Total	48

É possível perceber que a titulação dos investigados é diferenciada e mostra a alta qualificação profissional dos médicos docentes, favorecida pela instituição, que mantém cursos de mestrado e doutorado. Com relação aos aspectos religiosos, aproximadamente 75% acreditam em Deus (no contexto, ou não, de uma religião) e 25% são ateus. Comparando-se com os dados do IBGE (2000), que revelaram cerca de 93% de crentes em Deus e 7% “sem religião”, pode-se dizer que o grupo investigado é menos religioso do que a população brasileira vista em seu conjunto. Todos os médicos docentes entrevistados mencionaram ter ou ter tido experiências com ações de cuidados médicos para pessoas em processo de morrer ou à morte.

A seguir, são apresentados os discursos do sujeito coletivo, identificados no processo de análise metodológica para cada uma das questões. Inclui-se o número de expressões-chave encontradas para cada ideia central e sua porcentagem em relação ao número dos investigados, o que permite melhor visualização da força de adesão a cada ideia central no grupo investigado.

Primeiramente, mostramos os discursos referentes à representação que os entrevistados apresentaram de si mesmos em face da morte de pacientes. As expressões-chave foram reconstruídas em cinco discursos ou DSC.

Primeira questão:

O que representa para os médicos docentes lidar com pacientes em processo de morrer ou à morte?

Discurso 1

Ideia central: uma atividade médica muito difícil e dolorosa

Incidência: 48 médicos (100%)

Lidar com o sofrimento humano é sempre angustiante, muito difícil, muito frustrante, muito estressante, uma experiência muito dolorosa. [...] É sempre um grande incômodo informar ao paciente que ele tem uma doença incurável e que vai evoluir para a morte [...] A morte é horrível, se pudéssemos pular essa parte da medicina seria melhor. A morte costuma trazer cargas emotivas pesadas, e o médico, para se proteger, se afasta do doente morrendo. [...] É difícil você manter um estado de equilíbrio ideal e tomar as decisões acertadas. [...] Quando nos formamos, somos deslumbrados [...] e, quando nos deparamos com a inexorabilidade da morte de nossos pacientes, percebemos que não somos assim tão poderosos. E o deslumbramento se desvanece.

Isso pode mexer muito com a gente, pode ser difícil de superar, pode causar impactos profundos em nossas vidas profissionais. Eu tive muita dificuldade em aceitar a morte e seguir com a medicina. [...] Não me acostumo com a ideia da morte, apesar de saber que ela faz parte da vida. [...] praticamente todos os médicos têm dificuldades para lidar com essas situações clínicas.

Discurso 2

Ideia central: uma atividade médica difícil, para a qual o curso médico não prepara adequadamente

Incidência: 26 médicos (54%)

[...] O atual modelo de formação médica parece falhar na questão do relacionamento humano, principalmente nas circunstâncias da morte. [...] Quando a morte deixa de ser uma situação controlável, o médico passa a conhecer a outra versão da história, para a qual não somos preparados na universidade. [...] discutir sobre essas questões na medicina pode ajudar muitos profissionais a vencerem barreiras pessoais; compartilharmos ideias, experiências, sentimentos e expectativas é muito importante. É preciso repensar [...] a formação médica, mas isso é muito difícil aqui. Essa escola focaliza excessivamente as questões científicas e técnicas. [...] Esse é um problema bastante complexo. [...].

Discurso 3

Ideia central: uma atividade médica difícil, que requer tempo para aprender a lidar com ela

Incidência: 17 médicos (35%)

Com o tempo, fui adquirindo maturidade profissional e emocional, fui aprendendo a abstrair os sentimentos de onipotência [...] Lidar com a morte na medicina [...] acontece mesmo é na vida profissional [...] de formas bastante sofridas. Eu levei muito tempo [...] ainda tenho dificuldades. [...] Eu me sentia muito inseguro e com medo de tomar decisões [...] Hoje, após tantos anos de profissão, ainda sou muito sensibilizado [...] ainda fico muito apreensivo quando me deparo com a possibilidade de perder um paciente. Leva tempo [...].

Discurso 4**Ideia central:** uma atividade médica natural**Incidência:** 11 médicos (23%)

[...] Tenho consciência de que infelizmente nem sempre é possível salvar uma vida, a morte não é imbatível, em determinadas circunstâncias ela sai vencedora e eu aceito isso muito bem. [...] A morte é uma etapa natural da vida, e não há como mudar isso, em algum momento ela chega e nos leva, é o fim e nada mais.

Discurso 5**Ideia central:** uma atividade médica que estimula reflexões sobre os sentidos da morte**Incidência:** 3 médicos (6%)

[...] Na verdade, percebemos a morte sempre muito distante. E à medida que envelhecemos, vamos percebendo a proximidade da morte em nossas vidas. Isso nos faz pensar sobre o sentido da vida e gera em nós uma grande angústia na medida em que a morte representa uma ruptura com as coisas da vida, com as coisas que construímos ao longo da vida e nos apegamos a elas. O contato com a morte nos faz pensar sobre a impermanência na vida, sobre a brevidade da vida, nos faz refletir sobre o significado da vida. [...].

A seguir, os quatro discursos construídos e referentes à segunda questão.

Segunda questão:

Como os médicos docentes percebem a interação de seus estudantes com pacientes em processo de morrer ou à morte?

Discurso 6**Ideia central:** os estudantes são jovens, inexperientes e des-preparados emocionalmente**Incidência:** 19 médicos (40%)

Esses alunos [...] são ainda muito jovens, adolescentes e inexperientes [...] sem maturidade emocional para lidar com pacientes em determinadas situações [...] não suportam presenciar os sofrimentos desses pacientes. Não é a morte em si que causa maior impacto emocional nas pes-

soas, é o processo de morrer, lidar com o sofrimento humano é que é difícil. Quando se de-frota com situações médicas mais graves, com pessoas sofrendo nas enfermarias do HU, com gente morrendo, é natural que se assustem, sentem um impacto gerador de importantes instabilidades emocionais. [...] Muitos somatizam os sofrimentos dos doentes e ficam completamente desequilibrados [...] têm ataques de choro, saem e não conseguem voltar; outros tentam enfrentar, mas com grandes dificuldades. Eu acho que os alunos não têm maturidade suficiente para lidar com essas situações médicas. Eles precisam do nosso apoio para conseguir vencer as dificuldades.

Discurso 7**Ideia central:** os estudantes têm dificuldades para se relacionar com os pacientes de maneira geral**Incidência:** 16 médicos (33%)

[...] eles já chegam à faculdade com dificuldades de relacionamento. [...] Eles não sabem lidar com o ser humano doente, muito menos com a morte. A morte é assustadora. [...] Eles [...] têm medo, preconceito [...]. Fazem comentários constrangedores com os doentes. Eu observo que [...] eles não sabem se comunicar bem com os doentes. [...] é um problema de formação pessoal, é uma questão cultural. Na Semiologia tentamos ensinar aos alunos como construir e sustentar uma relação médico-paciente ideal, que favoreça a condução clínica da doença. Mas isso requer que os alunos tenham domínio de algumas habilidades de comunicação, o que eles não costumam ter. [...] Então fica muito difícil para eles se relacionarem com os pacientes, mais difícil ainda se o paciente estiver grave, com limitações importantes, morrendo. [...] Eles não têm noção do que está acontecendo. [...] Quando tomam conhecimento do que é ser médico de verdade, ficam chocados [...].

Discurso 8**Ideia central:** a formação oferecida aos estudantes é muito influenciada pela biomedicina e desconsidera a dimensão psicossocial do paciente**Incidência:** 14 médicos (29%)

[...] os alunos são treinados nesse modelo de medicina técnica, não se dão conta de que estão lidando com pessoas que têm uma vida de relação social, uma família, sentimentos e desejos próprios que precisam ser valorizados e respeitados. [...] São encantados pela tecnologia médica. Preocupam-se com as questões técnicas: entubar, passar cateter, enfiar agulha aqui e ali, etc. [...] Eles querem salvar vidas, mostrar que têm conhecimentos sobre as doenças e habilidades técnicas para manusear aparelhos médicos com destreza. Tudo isso é muito importante, é claro. Mas falta a sensibilidade para distinguir as diferenças entre os diferentes pacientes, tratam todos os pacientes de forma igual. Não valorizam muito os aspectos pessoais dos pacientes, as suas histórias de vida, muitos não sabem sequer o nome dos pacientes. [...] Eles rejeitam as abordagens humanizadas. Por isso muitas vezes ficam perdidos, sem saber como lidar direito com os pacientes, principalmente com os pacientes mais graves morrendo. [...] E os residentes parecem ainda mais indiferentes, ainda mais preocupados com os aspectos científicos e menos com os sentimentos, os sofrimentos dos pacientes. Eles focalizam muito as doenças e a produção científica, e se esquecem da pessoa doente, são frios, se distanciam demais.

Discurso 9

Ideia central: os estudantes parecem acreditar que a morte é para ser sempre vencida pelos médicos

Incidência: 10 médicos (21%)

[...] Acham (os estudantes) que com os recursos médicos disponíveis podemos tudo na medicina, muitas vezes acho até que eles agem mais do que deveriam, investem agressivamente com intervenções clínicas desnecessárias para alguns pacientes. Não distinguem as diferentes situações médicas e pensam que para todos os doentes devemos agir sempre com todo o arsenal médico disponível para manter a vida, vencer a morte, por não terem a segurança e firmeza para aceitar com tranquilidade a finitude da vida, deixar a pessoa morrer em paz.

DICUSSÃO DOS RESULTADOS

Diferentes termos usados nos discursos nos revelam tratar-se de um grupo de médicos: “paciente”, “relação médico-paciente”, “semiologia” são exemplos desse traço. Dizem os entrevistados: “[...] fico muito apreensivo quando me deparo com a possibilidade de perder um paciente” (discurso 3). “Na Semiologia tentamos ensinar aos alunos como construir e sustentar uma relação médico-paciente ideal, que favoreça a condução clínica da doença”. (discurso 7). Outros exemplos permitem reconhecer traços mais amplos, que extrapolam a condição profissional: “[...] Isso nos faz pensar sobre o sentido da vida e gera em nós uma grande angústia” (discurso 5). “Não é a morte em si que causa maior impacto emocional nas pessoas, é o processo de morrer, lidar com o sofrimento humano é que é difícil” (discurso 6). Nesses discursos, mesclam-se a ótica mais ampla, que mostra os entrevistados como um grupo de uma sociedade conforme Elias², e a mais restrita, relacionada a características próprias de um grupo profissional conforme Geertz¹⁷.

Foi possível identificar quatro pontos comuns em ambos os conjuntos de discursos: no que falam de si próprios e no que se referem a seus estudantes. O primeiro desses pontos se relaciona ao “sofrimento” que percebem em si próprios e nos estudantes ao se defrontarem com pacientes em processo de morrer. Em relação a si próprios, disseram: “Lidar com o sofrimento humano é sempre angustiante, uma experiência muito dolorosa [...] praticamente todos os médicos têm dificuldades para lidar com essas situações clínicas”. (discurso 1). Convém observar que a adesão ao discurso 1 foi de 100%. No que se refere aos estudantes diante de pacientes à morte, assim se expressaram: “não suportam presenciar os sofrimentos desses pacientes” (discurso 6).

O segundo ponto em comum diz respeito ao “despreparo” para lidar com tais situações: “Eu (docente médico) levei muito tempo [...] ainda tenho dificuldades. [...]” (discurso 3); “Eles (os estudantes) não sabem lidar com o ser humano doente, muito menos com a morte” (discurso 7).

O terceiro ponto refere-se à “produção de sentidos da morte”, percebida tanto em si próprios quanto em seus estudantes: “na verdade percebemos a morte sempre muito distante [...] a morte representa uma ruptura com as coisas da vida” (discurso 5); “por não terem (os estudantes) a segurança e firmeza para aceitar com tranquilidade a finitude da vida [...]” (discurso 9).

O predomínio da ótica da “biomedicina”, que regula e limita a compreensão da situação quanto ao paciente que morre, é o quarto ponto: “Quando a morte deixa de ser uma situação controlável, o médico passa a conhecer a outra versão da história, para a qual não somos preparados na universidade” (discurso

2); “os alunos são treinados nesse modelo de medicina técnica, não se dão conta de que estão lidando com pessoas [...]”. (discurso 8).

Os três primeiros pontos – “sofrimento”, “despreparo” e “sentidos da morte” – apareceram nas falas muito associados à formação médica que privilegia a “ótica da biomedicina”, na qual os atuais docentes foram formados e que, ainda hoje, continua a ser oferecida aos estudantes.

Entretanto, os discursos do grupo revelam também outro importante dado: os médicos docentes não se percebem responsáveis pelo que observam e criticam em seus estudantes. Não estabelecem uma ponte entre o que falam de si mesmos e o que identificam em seus estudantes. Pode-se dizer que prevalece no grupo investigado o entendimento de que docentes médicos, estudantes e formação são três componentes desarticulados, que não interagem na dinâmica da instituição que os abriga. Algumas de suas falas reforçam essa interpretação, uma vez que insinuam a inexistência de espaços institucionais de trocas a respeito do tema morte: “discutir sobre essas questões na medicina pode ajudar muitos profissionais a vencerem barreiras pessoais; compartilhamos ideias, experiências, sentimentos e expectativas é muito importante. [...] isso é muito difícil aqui” (discurso 2); “Lidar com a morte na medicina [...] acontece mesmo é na vida profissional [...] de formas bastante sofridas. Eu levei muito tempo [...] ainda tenho dificuldades” (discurso 3).

Sem espaços institucionais de trocas entre si para o enfrentamento dos limites dos procedimentos técnicos a que se referem, os médicos docentes permanecem circunscritos em experiências individuais não compartilhadas. O tema morte permanece institucionalmente invisível, e se reforça justamente a ótica, por eles criticada, da biomedicina, que desconhece ou desconsidera a integridade do paciente. E também atinge a integridade do docente médico: os discursos do grupo permitem identificar sinais claros de custos emocionais exigidos no exercício da clínica. Diante de cada paciente em processo de morrer, os médicos docentes parecem travar uma luta solitária com a constatação de morte inevitável e a demanda profissional de manter ou “salvar vidas” – o que se pode ler nos seguintes fragmentos de discurso: “É difícil você manter um estado de equilíbrio ideal e tomar as decisões acertadas. [...] Quando nos formamos, somos deslumbrados [...] e quando nos deparamos com a inexorabilidade da morte de nossos pacientes, percebemos que não somos assim tão poderosos. E o deslumbramento se desvanece. Isso pode mexer muito com a gente, pode ser difícil de superar, pode causar impactos profundos em nossas vidas profissionais. Eu tive muita dificuldade em aceitar a morte e seguir com a medicina” (discurso 1). E

também: “Hoje, após tantos anos de profissão, ainda sou muito sensibilizado, [...] ainda fico muito apreensivo quando me deparo com a possibilidade de perder um paciente” (discurso 3).

De acordo com o que expressaram, o esforço dos médicos docentes para compatibilizar integridade pessoal, exercício da medicina e testemunho de que se morre parece ser infrutífero, em decorrência tanto da falta de espaços compartilhados apropriados a reflexões, quanto da ótica excessiva da biomedicina, que prevalece na instituição. A biomedicina, restringindo o papel médico aos procedimentos tecnológicos, desconsidera os limites da condição da vida, particularmente da vida humana, acenando para o objetivo de “salvar vidas”. Estamos conscientes das interferências e influências dos interesses econômicos, presentes no comércio de tais tecnologias, na área médica. Não as trataremos aqui porque o foco desta pesquisa é a representação dos médicos docentes investigados – e eles não se referiram a esse assunto.

É importante comparar: os discursos de maior adesão foram os relacionados à expressão de sofrimentos, dificuldades e falhas de formação; os de menor adesão foram os que falam da morte como um evento natural e da importância da produção de sentidos da morte (discursos 4, 5, 9). Ou seja, a naturalidade da morte foi pouco enfatizada, e o grupo parece carecer de maior investimento na reflexão sobre os sentidos da morte. Tais dados complementam o que consideramos uma relevante conclusão da análise dos resultados desta pesquisa: o grupo investigado carece de reflexões mais abrangentes em relação ao tema aqui em foco. E tal conclusão é mais um elemento de compreensão sobre a dificuldade dos médicos docentes de se verem implicados na formação que criticam, mas que continua a ser oferecida a seus alunos. Alguns exemplos: “Eu observo que a maior dificuldade desses alunos é de comunicação, eles não sabem se comunicar bem com os doentes. Acho que isso é um problema de formação pessoal, é uma questão cultural” (discurso 7). “São encantados pela tecnologia médica. Preocupam-se com as questões técnicas: entubar, passar cateter, enfiar agulha aqui e ali, etc.” (discurso 8). “[...] pensam que para todos os doentes devemos agir sempre com todo o arsenal médico disponível para manter a vida, vencer a morte” (discurso 9).

Tais afirmações parecem desconsiderar que os estudantes se comportam dessa maneira porque aprenderam e tiveram modelos. Certamente, tais modelos e comportamentos foram incorporados por meio da instituição onde estão se formando como médicos, no estreito contato com um corpo docente do qual o grupo investigado é importante parte. Em resumo, os investigados, carentes de um espaço onde coletivamente possam compartilhar

suas experiências e desenvolver reflexões mais abrangentes sobre o tema, carecem também de uma visão articulada do contexto onde atuam e das repercussões mais completas de seu comportamento.

Nesse contexto, é possível entender por que enfatizaram o longo tempo demandado para adquirir comportamentos mais adequados e o sofrimento experimentado em tal duração: não aprenderam durante a formação e nem têm (ou tiveram) apoio do coletivo de pares na instituição em que atuam (conferir discursos 1 e 2).

Finalmente, cabe assinalar a ausência de um discurso religioso. Considerando que cerca de 75% do grupo investigado crêem em Deus, pode-se pensar que, investidos de seu papel de médicos e comprometidos com a ideia de manter ou salvar vidas, pensar em Deus ou usar a ideia de um Deus salvador, que chama à vida eterna, poderia parecer ao grupo um afastamento de suas atribuições profissionais. Um estudo mais específico seria necessário para melhor esclarecimento desse aspecto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal desta pesquisa foi dar voz aos médicos docentes em relação às suas percepções diante da morte por eles testemunhada no cotidiano profissional. A representação que os investigados expressaram revelou sua sensibilidade quanto ao problema aqui tratado. O vigor dos depoimentos chegou a nos surpreender, dada a invisibilidade do tema na instituição, o que nos fazia esperar que os médicos docentes pouco teriam a dizer a respeito do assunto.

Nesse sentido, esses depoimentos não confirmaram integralmente um padrão – implícito em algumas pesquisas, referidas na introdução deste trabalho – de distanciamento, impessoalidade ou indiferença dos profissionais médicos diante dos pacientes fora de esperanças terapêuticas. Os investigados falaram de sofrimento, de sentidos da morte e da precariedade da formação médica para lidar com o fim da vida em seu cotidiano.

Tal observação reforça o resultado de outra pesquisa, também já citada, relacionada às representações dos estudantes da mesma instituição em relação ao tema aqui tratado. Isso nos permite falar de uma herança de insuficiências que uma geração de médicos passa a outra por meio da formação oferecida.

É muito importante ressaltar que os docentes parecem não perceber relações entre o que falam de si próprios e o que dizem dos estudantes, ou seja, não se percebem como elos dessa cadeia de relações que estabelece comportamentos e práticas, criticados por eles, na instituição onde atuam. As pistas de encaminhamentos possíveis para a mudança de tal quadro, deixadas ao

longo das falas dos médicos docentes, indicam a importância de criar espaços onde diferentes aspectos das representações da morte e do atendimento aos pacientes possam ser, sistematicamente, articulados entre colegas e estudantes. Nesse caminho, a percepção do elo existente entre médicos docentes e estudantes poderá emergir. A criação desses espaços institucionais, onde sistematicamente venha a ocorrer o compartilhamento de “ideias, experiências, sentimentos e expectativas” entre médicos docentes e estudantes, representaria um antídoto ao que se denunciou como forte influência que limitaria o reconhecimento da integridade de um paciente: a excessiva presença da ótica da biomedicina na instituição pesquisada.

Compreendemos que o grupo investigado não só expõe a gravidade da situação por ele vivida, como percebe que ela não representa uma fatalidade: mecanismos institucionais e processos educacionais que envolvem o dia-a-dia do exercício médico e docente são passíveis de modificações. Vimos, nas referências de especialistas aqui trazidas, que visões e atitudes diante da morte se incluem em amplos padrões na sociedade humana. Na demanda de sua transformação, o tempo há de ser considerado. Ainda que a introdução de modificações em sua instituição lhes pareça empreendimento difícil, seus discursos reforçam a necessidade de enfraquecer a herança de atendimento médico ao paciente que morre.

Por meio da formação oferecida nas escolas de Medicina e nas instituições hospitalares, essa herança, vista como de qualidade duvidosa, amento mreconhecimento da integridade de um paciente: vem passando de geração a geração de médicos. Com isso – as representações falam com clareza – sofrem muito os médicos, os estudantes e os pacientes. O silêncio sobre a morte não é o melhor tratamento nem o remédio mais eficaz para esse sofrimento, reconhecem os médicos docentes. Assim, deve ser mudada e pode ser mudada a forma de lidar com esse sofrimento. E essa decisão passa pela iniciativa de provocar alterações na vida institucional de um hospital universitário.

REFERÊNCIAS

1. Freitas AP. Morte: ainda excluída do ensino médico? Rio de Janeiro; 2005. Mestrado [Dissertação] - Universidade Federal do Rio de Janeiro.
2. Elias N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: J. Zahar; 2001.
3. Gadamer H. O caráter oculto da saúde. Petrópolis: Vozes; 2006.
4. Ariès P. História da morte no ocidente. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.

5. Becker EA. Negação da morte. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1976.
6. Morin E. O homem e a morte. São Paulo: Imago; 1997.
7. Seale C. Constructing death: the sociology of dying and bereavement. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
8. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
9. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(9): 2072-80.
10. Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
11. Zaidhaft S. A morte e a formação médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1999.
12. Rego S. A formação ética dos médicos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
13. Kovács MJ. Educação para a morte. Desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
14. Sadala MLA, Silva MP. Cuidar de pacientes em fase terminal: a experiência de alunos de medicina. *Interface Comum Saúde Educ*. 2008;12(24):7-21.
15. Falcão EBM, Lino GS. O paciente morre: eis a questão. *Rev Bras Educ Méd*. 2004;28(2):123-34.
16. Viana A, Piccelli H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. *Rev Bras Educ Méd*. 1998;44(1):21-7.
17. Geertz C. O saber local. Petrópolis: Vozes; 1998.
18. Ragin CC. Constructing social research: the unity and diversity of method. California: Pine Forge Press; 1994.
19. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.
20. Lefèvre F, Lefèvre AM. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Edusc; 2003.
21. Lefèvre F, Lefèvre AM. Os novos instrumentos no contexto da pesquisa qualitativa. In: Lefèvre F, Lefèvre AM, Teixeira JJV, (Org.). O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Edusc; 2000.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Eliane Brígida Morais Falcão e Sandro Mendonça Bichara planejaram o estudo, analisaram e interpretaram os resultados. As entrevistas foram realizadas principalmente pelo segundo autor e a redação do artigo pela primeira.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Eliane Brígida Morais Falcão
Rua Marechal Ramon Castilha, 265 apt. 703
Urca – Rio de Janeiro
CEP.: 22290-175 RJ
E-mail: elianebrigida@uol.com.br