



Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
Mestrado em Bioética

Adriane Baião Guilhermino

O MÉDICO E A MORTE: A ESCOLA PREPARA O ESTUDANTE DE
MEDICINA PARA LIDAR COM A MORTE?

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Centro Universitário São Camilo para
obtenção do título de mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Romero Muñoz.
Co-orientador: Prof. Dr. Marcos de Almeida

São Paulo
2007

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Pe. Inocente Radrizzani

Guilhermino, Adriane Baião

O médico e a morte: a escola prepara o estudante de medicina para lidar com a morte? / Adriane Baião Guilhermino . -- São Paulo : Centro Universitário São Camilo, 2007.

112p.

Orientação de Daniel Romero Muñoz e Marcos de Almeida

Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário São Camilo, Especialização em Bioética, 2007.

1. Estudantes de Medicina 2. Atitude frente a morte 3. Bioética 4. Escolas médicas I. Muñoz, Daniel Romero II. Almeida, Marcos III. Centro Universitário São Camilo IV. Título.

Adriane Baião Guilhermino

O MÉDICO E A MORTE: A ESCOLA PREPARA O ESTUDANTE DE
MEDICINA PARA LIDAR COM A MORTE?

São Paulo, ____ de _____ de 2007.

Prof. Dr. Daniel Romero Muñoz

Prof. Dr. Marcos de Almeida

Prof. Dr.

Prof. Dr.

São Paulo
2007

Dedicatória

Aos meus pais, Edilberto (in memoriam) e Catarina,

Que com tanto carinho, amor, dedicação e exemplos, foram os maiores responsáveis pela minha formação como pessoa humana, pelas minhas escolhas e caminho percorrido. Sem tudo isso que me ofereceram eu não teria a mesma visão do mundo, das pessoas, da vida ou de mim mesma.

Em especial, dedico este trabalho ao meu pai que sempre foi e sempre será o meu exemplo de médico, de pai, de amigo e de Ser humano.

Aos meus irmãos, Eliane, Júnior e Daniele,

Que mesmo estando longe, não deixaram que eu me sentisse distante do amor, aconchego e calor da nossa família.

À minha irmã, Letícia (in memoriam),

Que foi um exemplo de meiguice, bondade e humanidade, e mesmo não estando mais presente fisicamente, permaneceu como uma luz no meu coração e na minha mente.

Ao meu marido, Cláudio,

Que com carinho, compreensão e apoio, esteve sempre presente nos momentos difíceis, ajudando-me a superá-los, e nos momentos felizes, fazendo-os mais intensos.

A todos os meus amigos, em especial a Luisela,

Que participaram intensamente de minha caminhada, sendo amigos, companheiros e confidentes.

Agradecimentos

À Deus,

Que iluminou meu caminho conduzindo meus passos a este momento e dando-me forças para enfrentar os obstáculos.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Daniel Muñoz,

Que ao me apresentar a Ética e Bioética de forma tão tocante, fez com que eu descobrisse a minha vocação para a docência.

Agradeço a sua sábia orientação, a confiança, o carinho e o estímulo para que eu desenvolvesse este trabalho.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Marcos de Almeida,

Que com seu carinho e conhecimento ajudou-me a consolidar idéias.

Agradeço a sua dedicada orientação.

Ao Centro Universitário São Camilo, em especial ao Coordenador do curso de Mestrado em Bioética, Prof. Dr. Willian Saad Hossne,

Agradeço a oportunidade para que eu pudesse aprofundar meus conhecimentos na seara da Ética, a possibilidade de conviver com professores, alunos e funcionários tão especiais.

Ao prof. Willian, agradeço pelas aulas tão fascinantes que fizeram com que eu ficasse ainda mais encantada com a Ética, a Filosofia e com a missão que abracei.

À minha professora e amiga, Vera Zaher,

Agradeço o grande apoio, amizade, paciência, orientações e estímulo para que eu persistisse a trilhar esse caminho.

Aos meus professores do Mestrado, em especial ao padre Márcio Fabri dos Anjos, Paulo Fortes e Marco Segre,

Que me mostraram o maravilhoso mundo da Ética, da Bioética e do Ser Humano. Agradeço a dedicação, o carinho e a sabedoria com que me prepararam para a nova jornada. Agradeço o auxílio prestado no desenvolvimento deste trabalho.

Ao meu marido, Cláudio Ferro,

À quem também dedico este trabalho, agradeço sua paciência, apoio, e fundamental colaboração na realização deste estudo.

Ao prof. Cláudio Carlos de Oliveira,

Agradeço a atenção, ternura e apoio, transmitindo tranqüilidade para que eu conseguisse concluir este trabalho.

À Universidade Cidade de São Paulo e à Direção do Curso de Medicina,

Agradeço o apoio, a compreensão, a valorização deste trabalho.

Aos colegas médicos e professores da Faculdade de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo,

Pela confiança e participação nesta pesquisa.

Aos meus alunos do Curso de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo, em especial a Cristiane e Marcelo Prado,

Que com amizade e respeito me proporcionaram a vivência e a oportunidade de crescimento pessoal e profissional no ensino da Ética e Bioética.

À Cris e ao Marcelo, agradeço imensamente o apoio.

À diretora do Hospital Geral de Taipas, Dr^a. Andréia,

Agradeço a confiança e todas as oportunidades profissionais, além do apoio a esta pesquisa.

Aos colegas médicos do Hospital Geral de Taipas,

Agradeço a atenção e a participação neste estudo.

Aos colegas médicos do Hospital do Mandaqui,

Agradeço a oportunidade de compartilhar anos de convívio e de trabalho que foram importantes para meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Agradeço a participação na fase preliminar deste estudo.

Aos meus colegas do Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, em especial a Ricardina, Deita e Paulo,

Pela paciência, apoio, amizade e colaboração no desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus colegas e amigos do Curso de Mestrado em Bioética, em especial a Fernanda Maria,

Pelo carinho, união e solidariedade nos momentos difíceis desse caminho que trilhamos juntos.

Às secretárias do Curso de Mestrado em Bioética, em especial a Marinez e Lúcia,

Pela atenção, dedicação, solicitude que me dedicaram, sendo importantes durante todo o decorrer deste trabalho.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente ajudaram na elaboração, execução e conclusão deste estudo.



*“A morte vem de longe
Do fundo dos céus
Vem para os meus olhos
Virá para os teus
Desce das estrelas
Das brancas estrelas
As loucas estrelas
Trânsfugas de Deus
Chega impresentida
Nunca inesperada
Ela que é na vida
A grande esperada !
A desesperada
Do amor fratricida
Dos homens, ai! Dos homens
Que matam a morte
Por medo da vida”.*

Vinícius de Moraes

Resumo

Aceitar a terminalidade da vida é muito difícil para a sociedade moderna ocidental. Dilemas éticos são vivenciados pelos médicos em situações de morte ou o processo de morrer de seus pacientes. Estes conflitos foram fomentados pelo grande desenvolvimento técnico-científico da Medicina e pelas transformações sociais, políticas, econômicas e culturais na sociedade. Na formação profissional, os médicos adquirem o conhecimento técnico-científico a fim de desenvolver a competência para exercer a Medicina e cuidar da saúde do ser humano, mas pouca atenção é dada à competência ética, necessária para o enfrentamento dos conflitos existentes na prática médica. Trata-se de estudo descritivo, que objetiva verificar se a escola oferece ao estudante de medicina uma preparação adequada para lidar com a morte, além de analisar a situação do médico sob a luz da Bioética. A pesquisa foi realizada junto a médicos de duas instituições na cidade de São Paulo. O instrumento utilizado foi um questionário abordando a formação e o exercício profissional. Foram devolvidos e analisados 82 questionários. O trabalho não teve a intenção de usar métodos estatísticos. A maior parte dos entrevistados é do sexo masculino, numa faixa etária acima de 40 anos. A maioria graduou-se no Estado de São Paulo, com conclusão entre 1971 e 1992. Abrange profissionais de diversas especialidades e atuação em diferentes setores médico-hospitalares. Apenas 7,32% afirmaram ter recebido muita orientação quanto ao tema Morte. Para 48,78% o ensino foi apenas teórico. A disciplina de Medicina Legal/ Ética médica foi a mais apontada como fonte desse ensino. Os tópicos abordados foram conceito / diagnóstico da morte, atestado de óbito e legislação sobre a morte. Apenas 24,39% ficaram totalmente satisfeitos com a condução do tema. 73,17% referiram o sentimento de angústia na primeira situação de morte de um paciente aos seus cuidados. 58,54% têm o conhecimento do atual conceito de morte, entretanto, 67,08% admitiu possuir dificuldade para diagnosticar a “Morte encefálica”. Para o diagnóstico da parada cardíaco-respiratória, 67,07% afirmaram não ter nenhuma

dificuldade. 53,66% sentem dificuldade para atestar o óbito de paciente em morte encefálica em manutenção dos batimentos cardíacos. Este estudo sugere que o médico não é adequadamente preparado pela escola para lidar com a morte. Indica que o médico não é orientado para enfrentar estes e tantos outros conflitos existentes em grande parte da prática médica. Diante do despreparo para reconhecimento de seus limites emocionais, técnicos, científicos e das condições de trabalho, o médico assume responsabilidades que o expõe a diversas situações de risco à saúde, profissional e legal. Analisando a situação do médico diante da morte e de sua prática cotidiana sob a luz da Bioética, pode-se enunciar a vulnerabilidade desse profissional. Somando-se a outros estudos já realizados nota-se que existe uma necessidade premente de que as escolas médicas passem a oferecer uma maior e mais adequada orientação ética, associada ao saber técnico-científico, a fim de formar médicos ajustados às exigências do cotidiano profissional, proporcionando assim, o completo exercício da arte médica.

Palavras-chave: Estudantes de Medicina, Atitude frente a morte, Relações médico-paciente, Ética médica, Bioética, Escolas médicas.

Abstract

Abstract

Accepting the ending facet of life is very hard for the modern western society. Ethical dilemmas are faced by physicians in death situations or in their patients death processes. These conflicts are fomented by the significant technical-scientific development of Medicine and by the social, political, economical and cultural transformations. During the professional formation, the physicians acquire the technical-scientific base in order to develop the skill to practise the Medicine and to take care of human health. However few attentions is paid to the ethical ability, needed to face the conflicts of medical practice. This paper is a descriptive study, whose objective is verify whether the university provides to the student an appropriate preparation to handle with death in addition to analyze the physician situation under the light of Bioethics. The survey was aimed at physicians of two institutions in the city of São Paulo. The instrument used was a questionnaire approaching the formation and professional exercise. 82 questionnaires were returned and analyzed. The study has not intended to use statistical methods. The biggest part of the interviewees was male whose age group was over 40 years of age. The majority has graduated in the State of São Paulo between 1971 and 1992. The survey embraces professionals from various specialties and performances in different medical areas. Only 7,32% confirmed they have received a large quantity of orientation about death. For 48,78% the learning was just theoretical. The legal/ethical Medicine subject was the most pointed as source of teaching. The broached topics were: concept/diagnosis of death, death certificate and legislation about death. Only 24,39% were totally satisfied with the conduction of the theme. 73,17% referred the feeling of narrowness in the first death situation of a patient under their care. 58,54% have the knowledge about the current concept of death, however 67,08% admitted they have difficulties to diagnose the "brain death". In the cardiac-respiratory arrest diagnosis, 67,07% affirm they do not have difficulty.

53,66% have difficulties to attest death in case of brain death with maintenance of heart beatings. This study suggests the physicians are not properly prepared in the school to handle with death. It indicates that the doctor is no orientated to face this and so many other conflicts existents in the medical field. In front of the unpreparedness for recognizing his emotional, technical and scientific limitations and his work conditions, the physician assumes responsibilities that expose him to a sort of health, professional and legal risk situations. Analyzing the physician situation in the presence of death and his daily practice under the light of Bioethics, it is possible to enunciate the vulnerability of this professional. In addition to other studies already accomplished, it is seen an urgent necessity of a bigger and more appropriate ethical approach, associated with technical-scientific knowledge, by the schools of medicine in order to form physicians aligned with the needs of the professional routine, thus providing the full exercise of the medical art.

Keywords: Students of Medicine, Attitude front the death, Relations doctor-patient, medical Ethics, Bioética, medical Schools.



Sumário

1	<i>Introdução</i>	19
1.1	A Motivação	19
1.2	O Problema	20
2	<i>Objetivos</i>	22
2.1	Gerais	22
2.2	Específicos	22
3	<i>Revisão de Literatura</i>	23
3.1	A Morte e a Cultura Ocidental	23
3.2	A visão da morte na Antiguidade	23
3.3	Atitudes diante da Morte, da Idade Média até nossos tempos.	26
3.4	A Medicina na Cultura Ocidental	28
3.5	A Medicina e o avanço técnico-científico	30
3.6	Conceito Biológico (médico) de morte	32
3.7	A Formação do Médico	36
3.8	O Médico é preparado para lidar com a morte?	38
3.9	A situação do médico diante da morte: um olhar bioético	42
3.9.1	O conceito de vulnerabilidade	42
3.9.2	A vulnerabilidade do médico	46
4	<i>Casuística e Método</i>	50
4.1	Local da Pesquisa	50
4.1.1	Hospital Geral de Taipas	50
4.1.2	Faculdade de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo (UNICID)	51
4.2	População estudada	53
4.3	Instrumento da Pesquisa	53
4.4	Pré-teste do instrumento	54
4.5	Procedimento	54
4.6	Análise dos dados	55
4.7	Aspectos éticos	55
4.7.1	Termo de consentimento livre e esclarecido	55
4.7.2	Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos	56
5	<i>Resultados</i>	57

5.1	O Perfil dos sujeitos da pesquisa	57
5.2	Sobre o Papel do Médico diante da Terminalidade	62
5.3	Sobre a abordagem do tema Morte na Formação Médica	64
5.4	Sobre as competências diante da Morte na Prática Médica	72
6	Discussão	76
6.1	As dificuldades na coleta dos dados da pesquisa	76
6.2	Sobre o papel do médico diante da Terminalidade	78
6.3	Sobre o preparo do estudante de Medicina para lidar com a morte, durante a formação acadêmica	80
6.3.1	A abordagem ao tema Morte ou Processo de morrer	80
6.3.2	O preparo para a prática médica em situação de Morte ou Processo de morrer: desenvolvimento de habilidades	84
6.4	Sobre a competência obtida e seu reflexo na prática clínica	87
6.5	Sobre a vulnerabilidade do Médico	92
7	Conclusões	94
	Referências Bibliográficas	97
	Apêndices	104
	APÊNDICE A – Instrumento da pesquisa	104
	APÊNDICE B – Carta convite aos participantes do Hospital Geral de Taipas	108
	APÊNDICE C – Carta convite aos participantes do Curso de Medicina da Unid	109
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	110

Lista de Figuras

<i>Figura 1 - Distribuição, por sexo, dos participantes da pesquisa. -----</i>	<i>57</i>
<i>Figura 2 - Distribuição, por idade, dos participantes da pesquisa. -----</i>	<i>58</i>
<i>Figura 3 - Setores de atuação, desde o início da atividade profissional. -----</i>	<i>62</i>
<i>Figura 4 - O papel do médico diante da Terminalidade, segundo os entrevistados. -- -----</i>	<i>63</i>
<i>Figura 5 - Tipo de abordagem dada ao tema, durante a Formação médica, segundo os participantes da pesquisa. -----</i>	<i>66</i>
<i>Figura 6 - Grau de interesse dos participantes da pesquisa, após abordagem do tema durante a Formação profissional. -----</i>	<i>68</i>
<i>Figura 7 - Obtenção de preparo, durante a Formação médica, para comunicação da morte aos familiares. -----</i>	<i>70</i>
<i>Figura 8 - Obtenção de preparo, durante a Formação médica, para lidar com os familiares de pacientes em processo de morte. -----</i>	<i>71</i>

Lista de Quadros

Quadro 1 - *Escolas Médicas do Estado de São Paulo, formadoras dos participantes da pesquisa.* ----- 60

Quadro 2 - *Outras definições de morte dadas pelos participantes da pesquisa.* -- 73

Quadro 3 - *Outras respostas e observações feitas pelos participantes da pesquisa quanto à existência de dificuldade para comunicar a morte aos familiares.* ----- 75



Lista de Tabelas

<i>Tabela 1 - Distribuição dos participantes da pesquisa, em relação ao sexo e idade.</i>	59
<i>Tabela 2 - Distribuição dos participantes da Pesquisa, conforme a Unidade federativa da Instituição de Graduação.</i>	59
<i>Tabela 3 - Distribuição dos médicos entrevistados, segundo o ano da graduação.</i>	60
<i>Tabela 4 - Experiência profissional dos participantes da pesquisa, segundo as Especialidades médicas / Áreas de atuação.</i>	61
<i>Tabela 5 - <u>Ocorrência de abordagem do tema “Morte” ou “Processo de morte”, durante a Formação médica, segundo os entrevistados.</u></i>	64
<i>Tabela 6 - Momentos da abordagem ao tema "Morte" mais citados pelos entrevistados.</i>	65
<i>Tabela 7 - <u>Conteúdo da abordagem sobre a Morte ou o Processo de Morrer, durante a formação médica, segundo os entrevistados.</u></i>	67
<i>Tabela 8 - <u>Avaliação feita pelos entrevistados quanto à abordagem do tema “Morte” ou “processo de Morrer” oferecida pela Escola.</u></i>	68
<i>Tabela 9 - <u>Ocasão de seu 1º contato com a morte de um paciente, segundo os entrevistados.</u></i>	69
<i>Tabela 10 - Sentimentos relatados pelos entrevistados diante da 1ª experiência de morte de um paciente aos seus cuidados.</i>	69
<i>Tabela 11 - Outros sentimentos relatados na opção “outra resposta” da questão 9.--</i>	70
<i>Tabela 12 - <u>Obtenção de preparo, durante a Formação médica, para lidar com a “Morte” ou com o “processo de morte”.</u></i>	71
<i>Tabela 13 - <u>Conceito atual de Morte, segundo os entrevistados.</u></i>	72



Lista de Tabelas – continuação.

<i>Tabela 14 - <u>Existência de dificuldade técnica para diagnosticar a parada cardíco-respiratória, segundo os entrevistados.</u></i> -----	73
<i>Tabela 15 - <u>Existência de dificuldade no diagnóstico de Morte encefálica, segundo os participantes da pesquisa.</u></i> -----	74
<i>Tabela 16 - <u>Existência de dificuldade para comunicar a morte aos familiares, segundo os entrevistados.</u></i> -----	74
<i>Tabela 17 - <u>Existência de dificuldade em fornecer atestado de óbito para paciente em morte encefálica, mas com manutenção dos batimentos cardíacos, segundo os entrevistados.</u></i> -----	75

1 Introdução

1.1 A Motivação

Uma situação vivenciada pela autora motivou a elaboração deste estudo, uma vez que é de extrema importância entender os dilemas éticos que a morte ou o processo de morrer podem desencadear nos profissionais de saúde, principalmente na atividade médica.

Eis a questão:

Conforto médico de um hospital da cidade de São Paulo, durante um plantão.

O chefe da equipe de plantão entra, comentando seu dilema:

“A ambulância do H.C. está para chegar. Um paciente em morte encefálica será conduzido para retirada de órgãos para transplante. Não fornecerei o atestado de óbito agora, pois o paciente está com o coração batendo... e se acontece um acidente de trânsito e o paciente morre? Vou esperar o corpo voltar”.

Argumentei que se o paciente já tem o diagnóstico de morte encefálica, ele já está morto. Legalmente morto. Assim, por que não fornecer o atestado?

O assunto provocou manifestações de opinião entre os colegas que ali estavam. Apenas um aceitou meu argumento. Os outros tiveram uma reação de insegurança e também relutaram em atestar o óbito de um paciente que mantinha os batimentos cardíacos.

Como resolver este dilema ético?

Aceitar que a vida chegará ao fim é extremamente difícil para a sociedade moderna ocidental, que tenta não apenas entendê-la, mas também retardá-la e, às vezes, até ignorá-la. Se pensarmos em termos biológicos, a morte é um processo natural da vida. Todo ser vivo nasce, cresce e morre. Essa é a Lei da Natureza. Portanto, seria fácil entender e aceitar que a morte é inevitável, mas fatores culturais, antropológicos, filosóficos, religiosos dificultam esta visão sobre a morte (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2004).

A Medicina é a ciência que mais proporciona o enfrentamento de dilemas sobre a morte ao profissional que a abraça. Além das implicações emocionais que a própria situação da morte pode promover no médico (VIANNA; PICCELL, 1998), este ainda deve estar ciente e preparado para as responsabilidades que advêm dos aspectos éticos e legais que envolvem o assunto.

1.2 O Problema

Será que a Escola prepara o estudante de Medicina para lidar com a morte?

Este é um problema que vem sendo discutido, ainda de forma discreta, mas progressiva, na literatura científica. Atualmente, o tema tem levantado discussões e reflexões não somente entre profissionais da área da saúde, mas também na própria sociedade. As discussões sobre a eutanásia, pacientes terminais, morte encefálica e outros temas correlatos estão difundidos nos meios de comunicação e em várias publicações mundiais.

Situações conflitantes, no que tange o fim da vida, são desencadeadas por diversos fatores. Os grandes avanços científicos e o substancial aumento do arsenal tecnológico à disposição dos profissionais da área da saúde aquilataram as ações em termos de eficiência. A consequência direta desta melhoria tecnológica foi o aumento progressivo da longevidade em nossa população. A esta realidade, soma-se ainda a multiplicidade de crenças e culturas existentes na sociedade ocidental, a revolução da informação, dentre outros contribuem para o embate entre valores. Para embasar ações mais responsáveis e prudentes os conceitos morais devem ser revistos, confrontados, refletidos e ponderados para cada situação específica.

Na formação profissional os médicos adquirem o conhecimento técnico-científico a fim de desenvolver a competência para exercer a Medicina e cuidar da saúde do ser humano. Porém, é na formação que eles devem adquirir igualmente, a competência ética e humanística para saber lidar com os conflitos existentes no momento de adotar a melhor ou a mais prudente conduta para o paciente que necessita de seu cuidado (PESSINI, 2006).

Não se deve esquecer que também nesta ocasião o médico precisa ser preparado para lidar com os dilemas e com os conflitos que ele mesmo enfrenta diante de situações da prática profissional.

Antes de receber os conhecimentos necessários para o exercício da Medicina, o médico é um indivíduo da sociedade em que vive, carregando consigo a cultura e as crenças dessa sociedade (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002).

Em situações relativas à terminalidade, o médico enfrenta pressões, muitas vezes divergentes. Se por um lado sofre a influência de sua educação cultural, de outro existe a influência da sua educação profissional.

Enfrenta ainda as cobranças, pessoal e da sociedade, de “salvar vidas”, mesmo diante das incertezas da Medicina e das certezas da Natureza (PAZIN-FILHO, 2005).

Como fica o lado emocional do médico nestes momentos?

Alguém pensou que ele pode ter dificuldade para enfrentar o conflito pessoal que se desenvolve ao ter que tomar certas decisões?

A Escola se preocupa em oferecer um suporte especializado ao aluno para que ele aprenda a trabalhar suas emoções diante da Morte?

Alguns trabalhos já atentam para os desafios enfrentados pelo médico em sua prática profissional ao se deparar com as situações de finitude da vida de seus pacientes.

Baseando-se na premissa levantada na literatura de que o médico não é preparado para lidar com a morte ou com o processo de morrer de seus pacientes e, quando recebe algum preparo, este é feito de forma superficial, a pesquisa aqui apresentada tem a finalidade de colaborar com os trabalhos já realizados, visando ao aprimoramento da Educação Médica.

Este estudo poderá levantar dados relevantes, indicar alguns pontos deficientes na formação acadêmica do médico e provocar reflexões sobre as dificuldades que estes enfrentam na prática profissional em relação a um tema tão íntimo à Medicina e ao Ser humano: a morte.

Observando a responsabilidade que o médico assume perante a sociedade e a si mesmo ao se engajar na Arte Médica, tendo como um de seus fundamentos respeitar a dignidade do ser humano tanto na vida quanto na morte, este trabalho enfocará o referencial bioético da vulnerabilidade do médico que se encontra diante de uma das mais difíceis situações da vida profissional e pessoal.

2 Objetivos

2.1 Gerais

- Verificar se o médico foi preparado adequadamente para lidar com a morte.

2.2 Específicos

- Identificar junto aos médicos, se houve abordagem ao tema morte ou o processo de morrer durante sua formação profissional, como esta aconteceu e em que momento ela ocorreu no curso;
- Avaliar, no cotidiano médico, o resultado do ensino sobre a morte recebido na formação.
- Discutir, à luz da Bioética, a condição de vulnerabilidade do médico diante de situações de morte.

3 **Revisão da**
Literatura

3 Revisão de Literatura

3.1 A Morte e a Cultura Ocidental

A consciência da morte é uma das características essenciais da humanidade e esta só alcança a consciência de si mesma através do enfrentamento da sua finitude (DASTUR, 2002).

Para Elias (2001), a morte é um problema só para os seres humanos, pois somente a espécie humana tem a consciência da existência da morte, apenas os homens podem prever seu próprio fim, estando cientes de que este pode ocorrer a qualquer momento. São os únicos seres que tomam precauções especiais para proteger-se contra a ameaça de aniquilação. Afirma que não é a morte, mas sim o conhecimento da morte, que cria problemas para os seres humanos. Esta consciência da morte levou o homem a buscar respostas e explicações sobre esta situação misteriosa. O entendimento da morte vem sofrendo transformações em nossa cultura desde os primórdios da civilização Ocidental.

3.2 A visão da morte na Antiguidade

Para compreender o pensamento da sociedade ocidental é fundamental que seja realizado um estudo da História da Civilização Grega, como colocado por Bertrand Russel (2003, p. 20):

“O advento da civilização grega que produziu tal explosão de atividade intelectual é um dos acontecimentos mais espetaculares da história. Jamais ocorreu algo semelhante, nem antes nem depois. No curto espaço de dois séculos os gregos produziram na arte, na literatura, na ciência e na filosofia uma assombrosa torrente de obras-primas que estabeleceram os padrões gerais da civilização ocidental”.

Para os gregos antigos, as doenças e a morte assolavam os homens por desejo dos deuses. Ao morrer, o indivíduo era levado ao reino de Hades, mundo subterrâneo e sinistro, destinado a acolher as sombras dos mortos. Submetido, segundo seus méritos, ao julgamento dos severos “juizes dos mortos”, o falecido

recebia, então, sua sentença: ser enviado aos Campos Elíseos, desfrutando da felicidade junto aos deuses, ou ficar preso eternamente em tormento (RIBEIRO JR, 2006).

Jaeger (2001) demonstra a importância da mitologia no entendimento do pensamento da sociedade grega:

Os mitos e as lendas heróicas constituem um tesouro inesgotável de exemplos e modelos da nação, que deles bebe o seu pensamento, ideais e normas para a vida. (...). Não tem caráter meramente fictício, embora originalmente seja, sem dúvida alguma, o sedimento de acontecimentos históricos que alcançaram a imortalidade através de uma longa tradição e da interpretação enaltecida da fantasia criadora da posteridade.

Esta idéia, influenciada pela mitologia, de uma outra vida após a morte, é a forma mais antiga e comum de os humanos enfrentarem a finitude da vida. Outra maneira de enfrentamento é através da tentativa de evitar a idéia da morte, afastando-a. Os homens utilizam este modo encobrindo e reprimindo a idéia da morte, ou abraçando uma crença inabalável na própria imortalidade. Pode-se, ainda, “encarar a morte como um fato de nossa existência”. (ELIAS, 2001. p.7).

DASTUR (2002) afirma que os homens das sociedades arcaicas recusavam-se a admitir a idéia de uma destruição total e definitiva. Acreditavam que os mortos continuavam a viver ao lado dos homens vivos, mas em um mundo invisível. Poderiam até intervir no curso da existência daqueles que chamam a si mesmos de vivos. O rompimento da ligação entre os mortos e os vivos não era definitiva, e a morte seria mais do que a integração ao ciclo da vida, como afirmada pela crença oriental na reencarnação.

Para a religião dessa época, após a morte, todos os homens iam para o Hades, mas para isso, todos os rituais fúnebres deveriam ser cumpridos. Cultos aos mortos e os cultos de mistérios eram realizados pelos homens e nestes últimos, ensinamentos sobre a vida após a morte eram passados aos fiéis. Sua doutrina e rituais eram guardados como segredo por seus “iniciados”. Nos santuários ou oráculos, os fiéis buscavam conselhos dos deuses, recebidos e interpretados pelos sacerdotes locais (RIBEIRO JR, 2006).

O que haveria após a morte era uma grande preocupação para os gregos. Desse modo, os rituais e os cultos fúnebres tinham um enorme valor tanto para dirigir a passagem do morto ao outro mundo, assim como para facilitar a aceitação

da perda para os vivos. Um morto sem sepultura teria sua alma vagando entre os mundos dos vivos e dos mortos e sua transição não poderia ser completada. Igualmente ao nascimento, à puberdade e ao casamento, a morte era vista pela sociedade grega como parte do ciclo da vida do ser humano, um momento de passagem. Neste momento enigmático existem perdas importantes: a perda da vida, para quem morre e a perda de alguém que ocupava um lugar específico, para aquele que sobrevive. A morte chocava e provocava muita emotividade, principalmente quando esta morte era prematura. (FLORENZANO, 1996. p.63-64).

Dastur (2002) coloca que para o homem da Antiguidade nada poderia ser mais terrível do que privá-lo da honra suprema de ter sua sepultura. Mais terrível que a morte propriamente dita, é o período enquanto não tenha atingido o processo de interiorização e fixação da memória, o tempo do luto.

Pode-se observar que o medo da punição depois da morte, que surge já na mitologia grega, traduzida pelo juízo do falecido (grifo nosso), é uma das causas do temor que a sociedade ocidental sustenta em relação à morte através dos séculos (ELIAS, 2001).

Com os heróis gregos dos poemas homéricos, a morte passou a ter um sentido de imortalidade pela lembrança dos feitos realizados. Homero exalta aquele que tivesse uma vida heróica e este seria contemplado com uma bela morte (morte heróica). O homem poderia escolher dar um sentido para sua morte. A sua arte heróica se perpetuaria após a morte, imortalizando sua imagem perante sua comunidade (JAEGER, 2001).

Surge então a Filosofia tentando explicar a morte, em uma estrutura metafísica, sendo esta “ao mesmo tempo pensamento da mortalidade do pensante e da imortalidade do pensado”. (DASTUR, 2002. p. 32).

Começa-se a discutir a morte em relação à morte do outro e à própria morte. (DASTUR, 2002).

Não se tem a pretensão de discorrer, neste trabalho, o conceito e a visão filosófica da morte e sim, de demonstrar que a Filosofia influenciou e ainda influencia na maneira com que a nossa sociedade entende a morte.

Na Antiguidade, nenhum sentimento de identidade unia as pessoas às outras que eram levadas às arenas para serem mortas em espetáculos públicos. (ELIAS, 2001).

Na idade Média, a visão da morte, introduzida pelo cristianismo exerceu forte influência na cultura ocidental.

3.3 **Atitudes diante da Morte, da Idade Média até nossos tempos.**

Na Idade Média, as pessoas pressentiam que chegara o momento de morrer, deitavam-se e esperavam pelo desfecho da morte. O moribundo, em seu leito, acolhido junto à família e amigos, despedia-se da vida. A morte repentina era considerada um castigo dos deuses (ARIÈS, 2003).

Elias (2001) não concorda com Áries, quando este, em descrições históricas de fatos selecionados e baseados numa opinião preconcebida, tenta transmitir a idéia de que antigamente as pessoas morriam serenas e calmas. Refuta esta idéia ao relatar que a vida na Idade Média era violenta, incerta, apaixonada, breve e selvagem. Morrer poderia significar dor e tormento. A morte era menos oculta, mais presente. Era um tema mais aberto e freqüente nas conversas medievais. Isto não significa que fosse mais pacífica. Resume as condições vividas na Idade Média: a vida era mais curta; os perigos eram menos controláveis; a morte, às vezes mais dolorosa; e a doutrina oficial se baseava no sentido da culpa e no medo da punição após a morte. A morte era um evento mais público do que hoje, pois freqüentemente as pessoas não estavam sozinhas. Com a Igreja difundindo a idéia de uma vida após a morte, recompensada pela salvação da alma no Paraíso ou condenada ao Inferno, em relação aos atos praticados durante a vida terrena, a morte passou a desenvolver o temor da punição no julgamento após a morte.

Ariès (2003) afirma que até o séc. XII a atitude diante da morte era de resignação ao destino de todos os homens. No séc. XII a importância é dada à própria morte, ou seja, à morte de si mesmo. Esta visão é mantida até que no séc. XVIII, já na Idade Moderna, o homem ocidental passa a dar um novo sentido à finitude, dramatizando-a, exaltando-a e desejando-a de forma arrebatadora. A importância, antes para com a própria morte, abre caminho para um novo sujeito: o outro. Surge a imagem romântica da morte. Esta “complacência romântica” (2003, p. 71) acrescentou mais importância ao sujeito moribundo. Já os assistentes, familiares e amigos, que outrora cuidava e zelava por ele durante e após seus últimos momentos, deixaram de dar a mesma atenção com o passar dos tempos. O luto era ritualizado e respeitado por todos. E os sentimentos da perda eram controlados.

No séc. XIX, o luto tornou-se exagerado, com expressões emocionais extravagantes.

Para Ariès (2003. p. 72), houve um motivo para essa mudança de atitude diante da morte: “os sobreviventes aceitam com mais dificuldade a morte do outro do que faziam anteriormente”. Até então, na cultura ocidental, a visão da morte havia sofrido mudanças, mas esta transformação foi mais forte a partir do final do séc. XIX. A morte, que era tão presente e familiar, passa a ser vergonhosa, digna de ser escondida, ou como ele mesmo diz, “interdita”. Inicialmente, tentavam esconder do moribundo a verdade sobre sua situação para poupá-lo. Depois, a morte passou a ser encoberta para a própria sociedade.

Elias (2001) afirma que outra forma de enfrentamento da morte, diferente daquela utilizada pela sociedade na Antiguidade, é tentando evitar a idéia da morte, afastando-a, seja encobrindo e reprimindo esta idéia, ou assumindo uma crença inabalável em nossa própria imortalidade. Atualmente, as sociedades possuem uma forte tendência para esta forma de encarar a finitude. Este encobrimento pode ser visto na relutância da sociedade em familiarizar as crianças com os fatos da morte, tentando protegê-las de fatos da vida que terão que conhecer e compreender. Morrer no presente é uma “situação amorfa, uma área vazia no mapa social” (2001. p.36).

Os rituais fúnebres seculares foram esvaziados tanto de sentimento quanto de significado. A morte se transformou em um tabu, onde os sentimentos fortes pela perda são proibidos. Aqueles que são próximos dos moribundos frequentemente são incapazes de apoiá-los e confortá-los com prova de afeição e ternura. Para os que vão, um gesto de afeição é talvez a maior ajuda, ao lado do alívio da dor física, que os que ficam podem proporcionar.

Esta transformação cultural pode ser bem percebida ao se observar o descolamento do local da morte: “já não se morre mais em casa, em meio aos seus, mas sim no hospital, sozinho” (ARIÈS, 2003. p. 85).

O hospital passa a ter o significado de “um lugar privilegiado para morrer” (ARIÈS, 2003. p. 86). A sociedade atual delegou aos médicos e aos demais profissionais de saúde a incumbência de cuidar do moribundo e da morte.

Ariès e Elias concordam que o afastamento dos vivos em relação aos moribundos mantém-se mesmo depois do fim.

Os rituais fúnebres também mudaram de mãos. Atualmente, os amigos e familiares não mais exercem as atividades de tratamento dos cadáveres e das sepulturas, passando estas atribuições para os “especialistas remunerados” (ELIAS, 2001. p.37).

Elias acredita que o “recalcamento” (2001, p.15) e o encobrimento da finitude da vida humana não são peculiaridades do séc. XX. Talvez sejam tão antigos quanto à própria consciência desta finitude, e o pressentimento da própria morte. A morte do outro é uma lembrança de nossa própria morte. Em comparação com épocas anteriores, a segurança dos indivíduos contra ameaças de morte é muito maior. A prevenção e o tratamento de doenças estão mais bem organizados, a expectativa de vida é maior. A atitude em relação à morte, assim como a imagem da morte em nossa sociedade, foi influenciada tanto pela maior segurança quanto pelo aumento da expectativa de vida. A vida é mais longa e a morte é esquecida.

Observa-se neste levantamento da história da Morte que a sociedade ocidental transferiu à Medicina a responsabilidade de assumir o cuidado do moribundo e de adiar a morte o quanto possível.

Algumas questões podem ser levantadas:

Será que a Medicina tem o poder ou a função de lutar contra a morte?

Será que o médico está preparado para atender a incumbência de lidar com a morte ou com o processo do morrer?

3.4 A Medicina na Cultura Ocidental

Ribeiro Jr. (2000) descreve a História da Civilização Grega e apresenta como surge a Medicina na mitologia. Afirma que os deuses também eram acometidos por doenças. Entretanto, sendo detentores de poderes e conhecimentos divinos, curavam-se diretamente. Às vezes, alguns deuses necessitavam de cuidados médicos especiais e recorriam ao deus Peon. Suas habilidades e importância na arte médica foram transferidas, no Período Arcaico, para o deus Apolo, considerado o Deus da Medicina.

Uma passagem interessante é a do desaparecimento do centauro Quíron, reconhecido como outra das divindades médicas:

Em uma de suas lutas, foi atingido por uma flecha embebida em veneno, capaz de produzir uma ferida incurável. Apesar de seus conhecimentos médicos, não conseguia debelar sua terrível dor. Preferiu, então, tornar-se um mortal para que pudesse morrer e assim, terminasse aquele insuportável sofrimento.

Entre os semi-deuses¹ médicos mais famosos está Asclépio, também conhecido como Esculápio (seu nome em latim). Conhecido por nós como o deus da Medicina, era filho do deus Apolo e de uma mortal (Corônis). Foi educado pelo centauro Quíron e este o ensinou a arte de curar as doenças e de ressuscitar os mortos. Seus santuários eram constantemente procurados por aqueles que buscavam cura e alívio para seus males.

Os conhecimentos médicos eram transmitidos pelos deuses aos homens e estes conseguiam tratar alguns males e feridas através de plantas medicinais.

Os diagnósticos das doenças nesta época eram feitos pelos intérpretes dos desígnios dos deuses, os sacerdotes, e os tratamentos baseavam-se em sacrifícios para acalmar sua ira.

A Medicina caminhava no campo da magia e da religião como já relatado por Ribeiro Jr. (2000).

Com o início da investigação racional dos fenômenos da natureza, desenvolvida pelos filósofos pré-socráticos, a medicina começou a se dirigir para o campo da ciência. Teorias para tentar explicar o funcionamento do corpo humano começaram a surgir e, por volta de 400 a.C., raciocínios diagnósticos e terapêuticos já estavam presentes (RIBEIRO JR, 2000).

A nova ciência desenvolvida por Hipócrates em meados do séc. IV, seu método de investigação e sua afinidade com a Filosofia marcaram o caráter do médico tradicional.

Jaeger (2001, p. 1001-1059) refere-se ao importante papel que a Arte da Medicina representou na cultura ocidental. Relata que dentre todas as ciências que surgiram na Grécia Clássica, a Medicina é a mais próxima da ciência ética preconizada por Sócrates. Os escritos de Platão que tratam dos médicos e sua arte, evidenciam que o final do séc. IV e o séc. V marcaram, para a história da Medicina, o auge da sua contribuição social e espiritual. O médico grego era visto como o detentor de uma cultura especial, marcada por uma ética profissional exemplar. A Medicina representava muito mais que uma simples profissão, era uma “força

¹ Um Semi-deus era aquele que tinha sua origem na união de uma entidade divina com um ser mortal.

cultural de primeira ordem na vida do povo grego” (p.1001), sendo reconhecida como uma grande potência por gregos e romanos nas épocas seguintes. Descreve a doutrina difundida por Hipócrates: “o verdadeiro médico surge sempre como o homem que nunca separa a parte do todo, mas sempre a encara nas suas relações de interdependência como o conjunto” (p. 1034). Demonstra, ainda, que o conceito tido pelo médico grego sobre a natureza também pode ser observado nos escritos que tratam do pensamento médico antigo: “Não é em intervir contra a natureza que consiste a função do médico no tratamento dos doentes” (p. 1036). A escola hipocrática orientava aos médicos que respeitassem a natureza do homem e assumissem um papel de auxiliar, complementando o trabalho da própria Natureza.

A formação do médico nesta época tinha um forte cunho ético-humanístico e filosófico, considerando e respeitando o enfermo como possuidor de corpo e alma. As doenças, e conseqüentemente a morte, acometiam o homem, influenciadas por toda a Natureza e pelas leis universais que o regem. A Medicina, tendo a vida do ser humano como objetivo precípua, passou a integrar a morte como parte de sua atenção (GALLIAN, 2000).

A forte influência da Doutrina Hipocrática perdurou até o séc. XVIII e meados do séc. XIX, apesar do progresso das descobertas científicas e de algumas transformações culturais ocorridas na Idade Média, principalmente com a propagação do Cristianismo. (RIBEIRO JR, 2000; GALLIAN, 2000; JAEGER, 2001).

3.5 A Medicina e o avanço técnico-científico

Com os avanços técnico-científicos na área médica, principalmente a partir de meados do século XIX, o pensamento e o ensino médico caminharam predominantemente para o campo técnico e biológico, deixando de enxergar o ser humano de forma integral. Instalando-se uma crise na sociedade e na Medicina (CAMARGO, 1996).

Neste momento da história da Medicina, iniciava-se a era do cientificismo.

Principalmente no século XX, a medicina rendeu-se a estes avanços e os dilemas éticos tornaram-se muito mais evidentes, trazendo uma preocupação mundial com a vida e com o futuro da humanidade (GALLIAN, 2000).

As Unidades de Terapia Intensiva e novas metodologias de monitoramento das funções vitais possibilitaram aos médicos prolongar o processo de morte. Neste século, o tempo decorrido entre a instalação de doença grave e a morte passou a ser dez vezes maior. Atualmente, o arsenal tecnológico faz com que seja quase impossível morrer sem o consentimento do médico. (SIQUEIRA, 2005).

Pessotti (1996) afirma que o fundamento científico assegura ao conhecimento médico e à arte médica uma possibilidade de cura das doenças, mas não oferece nenhuma acepção filosófica ou ética significativa. Para uma população que necessita de cura, este modelo de medicina lhe garante certa respeitabilidade. Relata que “o médico não trata mais de homens, trata de corpos doentes”.

Com este enorme avanço técnico-científico da Medicina, as doenças começaram a ser mais bem entendidas; os diagnósticos ganharam mais precisão e passaram a ser realizados com mais precocidade. Os tratamentos tornaram-se cada vez mais eficientes. Assim, a expectativa de vida do ser humano vem aumentando a cada nova descoberta científica. E apesar desse rápido avanço técnico-científico, a morte não deixou de manter-se implacável. Continua a ser a única certeza da vida (SIQUEIRA-BATISTA, 2004).

O cenário da morte e do morrer se transforma não só para os pacientes incuráveis e terminais, mas também para os médicos (HORTA, 1999).

A morte passou a ser entendida como falha da medicina, um insucesso de um tratamento, gerando ansiedade e cobrança por parte da sociedade e dos próprios médicos (PAZIN-FILHO, 2005).

Outros dilemas éticos emergem quando o médico se encontra diante de um paciente em fase terminal ou em situação de extrema dor e sofrimento (PESSINI, 1996).

Na segunda metade do século XX houve os avanços da Teoria do conhecimento, da evolução das ciências humanas e da epistemologia. Observa-se nessa época, a perda do respeito à soberania da ciência. Estes fatores causaram uma crise que maculou a autoridade daquele que possui algum conhecimento científico. Na área do saber médico, a inconstância das “verdades”, a falta de comprovação científica de determinados fatos abalou o cientificismo que outrora a dominava. A prática clínica demonstrou que inúmeras patologias têm como substrato, processos emocionais. O médico clínico começa a vislumbrar um Homem, detentor de sentimentos, conflitos, desejos e dramas pessoais que sofre com

pressões sociais, em cada paciente que é visto de modo integral. Percebe que sua formação fragmentada e tecnicista não lhe respalda para lidar com as novas situações (PESSOTTI, 1996).

Muñoz (2007), durante discussão em atividade de orientação deste trabalho colocou que acredita que os fatores econômicos, sociais e culturais tiveram uma relevância muito maior para transformação das atitudes diante da morte, tanto da sociedade quanto dos médicos, do que as mudanças promovidas pelo progresso técnico-científico ou pela Educação médica. Os movimentos sociais, como o Feminismo, mudaram o cotidiano da sociedade. As mulheres, em busca de ter seus direitos reconhecidos, começaram a dedicar-se ao movimento e passaram a não destinar seu tempo exclusivamente aos afazeres domésticos e aos cuidados do parente moribundo em sua residência. Assim, outro lugar deveria ser encontrado para acolher aquele que estava no final da vida. O local mais adequado, onde existem pessoas que se devotam a cuidar dos doentes, além da disponibilidade de meios e recursos necessários à assistência médica é o hospital. Desse modo, o ser que antes passava seus últimos dias em casa, ao lado da família, agora é colocado no hospital para que o médico e a equipe de saúde assumam o cuidado. O médico foi obrigado a tomar para si um papel que era exercido pela família. Segundo Muñoz, a Escola médica era sede para a transmissão e desenvolvimento do conhecimento e aprimoramento científico da Medicina e não era sua atribuição preparar o médico para cuidar do paciente quando este já não se beneficiaria com os saberes médicos disponíveis. (informação verbal).

3.6 Conceito Biológico (médico) de morte

A doutrina médica difundida por Hipócrates, reconhecido como o “pai da Medicina”, como já discutida acima, respeitava a natureza do homem, assim a Medicina tentava tratar e prevenir os transtornos da saúde, mas respeitava a evolução das doenças que ultrapassava os seus limites de intervenção (CAIRUS; RIBEIRO JR, 2005).

Até o século XVIII, os médicos não participavam habitualmente do diagnóstico da morte. Na tradição Hipocrática, partiam do local antes desse

momento, sendo a confirmação da morte feita pelos familiares (PITA, CARMONA, 2004).

O conceito de morte tanto para a sociedade como para a Medicina era a parada do coração e da respiração. O coração e pulmão eram os senhores da vida. Enquanto estes estivessem operando, a vida ainda habitava o corpo. Assim, para confirmar a morte, era habitual na sociedade leiga, a colocação de uma bacia cheia com água sobre o tórax do indivíduo, observando se havia movimento do líquido. Essa manobra diagnosticava a morte, pois comprovava a cessação da respiração e conseqüentemente, a parada do coração. Existiam outras manobras para essa confirmação, como colocar um espelho diante da boca e do nariz e observar existência da função respiratória, ou o sinal da vela, ou ainda o sinal da pena (FÁVERO, 1991).

O médico era quem acompanhava toda a família e como conhecedor da cultura e da alma humana, sabia que curar era essencialmente uma atividade humano-científica e não uma atitude simplesmente técnica. Portanto, esta integração do médico com seu meio sociocultural, concebia-lhe um papel importante na sociedade, não se limitando meramente na cura ou não, das doenças. Ele era também aquele que, reconhecendo as limitações e impossibilidades médicas, sabia acompanhar o enfermo e seus familiares, auxiliando-os no sofrimento e na preparação para a morte. (GALLIAN, 2000).

Nos séculos XVIII e XIX, o medo da morte fazia-se pela possibilidade de existir a “morte aparente” e, assim a pessoa poderia ser enterrada viva (PESSINI, 2004).

Houve, então, a necessidade de um diagnóstico, uma confirmação médica da morte. Com o surgimento do estetoscópio, em 1846, o médico ganhou um meio auxiliar para o diagnóstico da morte. Já no século XX, entrou em cena a eletrocardiografia e a eletroencefalografia (PITA; CARMONA, 2004).

Com o advento de aparelhos de respiração artificial, o diagnóstico da morte não encontrava mais substrato na cessação da respiração. Os meios mecânicos artificiais passaram a prolongar o processo da morte.

Em 1967, na África do Sul, ocorre uma revolução na medicina. Barnard realizou o 1º transplante de coração. Para tornar possível o uso de órgãos de cadáver em transplantes, estes não poderiam estar danificados pela morte. Nesta época, a sociedade médica já aceitava o fato de que a função encefálica, em

importância funcional, precede à função do coração. A população teria que assimilar naturalmente e progressivamente este novo fato que a ciência colocou em cena, mas não foi bem assim que ocorreu. Surgiu, então, um grande impasse que abalou a comunidade humana. Despertou-se grande resistência, até no meio médico, à idéia de mudança do conceito de morte até então concebido pela humanidade (CARVALHO, 1987).

Em 1968, um comitê da escola de medicina de Harvard reavaliou a definição de morte e foi um dos primeiros a defender uma nova definição, baseada em critérios neurológicos. Estes critérios constituíam o coma irreversível, com lesão grave do tronco cerebral, ou seja, morte encefálica (SOCIEDADES CHILENAS DE NEFROLOGÍA Y DE TRASPLANTE, 2004).

Também em 1968, a Associação Médica Mundial, abordou o assunto estabelecendo, na Declaração de Sidney, que devido ao fato de a morte cerebral ser um processo gradual a nível celular, sua conclusão teria que ser baseada em juízo clínico, subsidiado por exames complementares. Em todo o mundo, universidades e seus centros de estudos médicos começaram a estudar critérios mais fidedignos para se firmar o diagnóstico de morte, que passou a ser o de morte encefálica (FRANÇA, 2004).

O conceito de morte encefálica surgiu atendendo às necessidades para viabilização dos transplantes de órgão e por outros motivos econômicos. Assim, este novo conceito espalhou-se pelo mundo, sendo legalizado pela maioria dos países. Conseqüentemente, a sociedade contemporânea passou a conviver com dois conceitos de morte: o clássico cárdio-respiratório e o de morte encefálica (SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO, 2004).

Cabe aqui diferenciar morte cerebral de morte encefálica. Diz-se Morte encefálica quando todo o encéfalo (cérebro e tronco cerebral) é acometido por lesão irreversível. O tronco cerebral é sede de centros reguladores de funções indispensáveis para a vida, como o da função respiratória e da pressão arterial, portanto, sua integridade é necessária à manutenção da atividade respiratória. Em caso de lesão irreversível do tronco, a respiração somente se mantém através de assistência mecânica artificial. Na morte cerebral, o cérebro está acometido, mas os centros respiratórios, preservados, ainda garantem a respiração espontânea (FRANÇA, 2004).

A legislação brasileira incorporou o novo conceito de morte e em 1997, determinou, através da lei 9.434 de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, que a retirada *post mortem* dos órgãos e tecidos deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica. Diz ainda, que compete ao Conselho Federal de Medicina a determinação dos critérios clínicos e tecnológicos para o estabelecimento desse diagnóstico (BRASIL, 1997).

Na Resolução CFM nº 1.480/97, o Conselho Federal de Medicina estabeleceu os critérios exigidos para a determinação do diagnóstico de morte encefálica, levando em consideração aspectos importantes:

CONSIDERANDO que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial;

CONSIDERANDO o ônus psicológico e material causado pelo prolongamento do uso de recursos extraordinários para o suporte de funções vegetativas em pacientes com parada total e irreversível da atividade encefálica;

CONSIDERANDO a necessidade de judiciosa indicação para interrupção do emprego desses recursos;

CONSIDERANDO a necessidade da adoção de critérios para constatar, de modo indiscutível, a ocorrência de morte;

CONSIDERANDO que ainda não há consenso sobre a aplicabilidade desses critérios em crianças menores de 7 dias e prematuros.

Esta resolução do Conselho Federal de Medicina normatiza novos critérios para a constatação da morte encefálica de acordo com a faixa etária, estipula o intervalo mínimo entre as avaliações, cria o “Termo de declaração de morte encefálica” para o registro da identificação do paciente, da causa do coma, dos dados clínicos e complementares observados e assinatura dos profissionais responsáveis pelo diagnóstico de morte encefálica, ficando arquivado no prontuário do paciente. Determina que a morte encefálica deverá ser conseqüente de quadro irreversível e com causa conhecida, estabelece os parâmetros clínicos para a avaliação: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia. Após a confirmação e documentação da morte encefálica, o fato deverá ser comunicado aos representantes legais do paciente assim como à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CFM, 1997).

Conflitos éticos envolvendo a conceituação e diagnóstico de morte atinge não somente a equipe de profissionais de saúde que cuida do paciente, mas também os familiares, amigos e a sociedade (CASELLA, 2003).

Tanto na própria seara acadêmica quanto na científica existem controvérsias sobre o real conceito de morte. Debates sobre o tema são travados entre aqueles que defendem que morte já ocorre no momento em que o córtex cerebral perde sua função, e os que somente aceitam que há a morte quando todo o encéfalo foi comprometido. Existe também uma grande fragilidade quanto à determinação do momento exato de irreversibilidade da lesão cerebral (LIMA, 2005).

As ponderações acima são também corroboradas por outros autores, como citado por Siqueira-Batista e Schramm (2004).

3.7 A Formação do Médico

Como já apresentado no tópico anterior, o modelo de formação médica seguindo a Doutrina hipocrática manteve-se como padrão até meados do séc. XIX, apesar do progresso científico conseguido, ainda que tímido, até esta época.

No início do século seguinte, o modelo da educação médica passou o exemplo das escolas americanas, baseado no informe do Relatório Flexner (1910). Este relatório fomentou o estudo e a pesquisa nas ciências básicas e especializadas, trazendo um extraordinário desenvolvimento científico. Originou uma fragmentação do saber nas diversas especializações, ampliou e aprofundou o conhecimento, entretanto, limitou a visão e distanciou o entendimento do ser humano como um todo (LAMBERT, 2004).

Na pesquisa desenvolvida por Flexner, acerca do caos vivenciado pelas escolas médicas norte-americanas, não foram contempladas as preocupações com as questões ético-morais. Nem tampouco foram referidas nas propostas de seu paradigma. A pessoa humana deixou de ocupar o lugar de sujeito do processo terapêutico, onde era respeitada em sua dignidade, vontade, liberdade e razão, para transformar-se em objeto de estudos, consumidora de tecnologia. A objetivação do homem pela nova prática médica transformou, também, a relação da sociedade para com o médico, que passou a ser visto como um simples prestador de serviços (CAMARGO, 1996).

Não há como ignorar o mal que a cultura do séc. XX deixou, por sua extrema racionalização da ciência, que apenas valorizou o quantitativo em detrimento do qualitativo e menosprezou o ser humano em seus sentimentos, seus

sofrimentos, sua alma. Existe a necessidade urgente de se libertar, sobretudo, da escravidão da máquina, fazendo-a complementar ao raciocínio clínico e não instrumento soberano para determinar tomadas de decisões (SIQUEIRA, 2002).

Atualmente, observam-se tentativas de se modificar este panorama da Medicina moderna, a fim de resgatar a Arte médica, tão importante para a sociedade.

Gallian (2000) propõe que haja a reaproximação da medicina às ciências humanas. Este contato torna-se fundamental para o cuidado integral à saúde e à vida do ser humano.

A necessidade da realização de mudanças no setor de saúde provocou o desenvolvimento de propostas de reformulação na educação médica, cujo objetivo é a construção de um modelo ético-humanista buscando, para tanto, a efetiva inserção das Ciências Humanas em seu saber (PEREIRA; ALMEIDA, 2005).

Segundo Pessini (2002), na atualidade há uma “profunda crise do humanismo”, principalmente quando se analisa o contexto da saúde, onde se vivencia dor e sofrimento. No ambiente hospitalar, impecável do ponto de vista técnico, encontra-se um ambiente insensível, tratando o ser humano vulnerável pela doença, mas privando-o da dignidade. Chama a atenção para uma necessidade urgente de haver reforma no ensino médico, capaz de unir a competência técnico-científica com a habilidade em cuidar da pessoa humana, respeitando-a como merecedora de uma vida digna. Ressalta que esta situação é mais evidente, quando se analisa casos de pacientes no processo de morte.

Sá (2002) concorda com esta necessidade de mudança no Ensino médico ao relatar que a formação do médico para o século XXI exige transformações do modelo e do conteúdo do ensino, uma vez que a nossa sociedade atual se depara com realidades sócio-culturais, científicas e afetivas diferentes daquelas vivenciadas até o século passado. Relata que o novo cenário mundial impõe a necessidade de posturas e conhecimentos complementares ao saber puramente científico e tecnológico.

Torna-se precípuo o desenvolvimento do pensamento ético, habilidades e atitudes que remetam às decisões mais corretas para as situações cotidianas referentes à saúde e à vida.

Dessa forma, é fundamental a coesão entre os novos modelos pedagógicos e os saberes científicos e humanísticos, necessários à formação do médico atual.

Segundo Siqueira-Batista e Schramm (2004), o estudante de Medicina, desde cedo, aprende a encarar a morte como "o maior dos adversários, o qual deverá ser sempre combatido e, se possível, vencido graças à melhor ciência, ou competência, disponível".

Lown (*apud* SIQUEIRA, 2005) afirma que:

As escolas de medicina e o estágio nos hospitais os preparam (os futuros médicos) para tornarem-se oficiais-maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas. Muito pouco se ensina sobre a arte de ser médico.

Os médicos aprendem pouquíssimo a lidar com a morte. A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do morrer.

3.8 O Médico é preparado para lidar com a morte?

Alguns trabalhos desenvolvidos por pesquisas junto a médicos, estudantes de medicina e professores do curso médico, mostram a existência de falhas na formação médica no que tange ao aprendizado para lidar com a morte e com o processo de morrer.

Um dos trabalhos, realizado na Faculdade de Medicina de Campos – RJ, teve o objetivo de investigar como o tema morte foi abordado durante a formação médica de uma faculdade, sendo utilizada a metodologia por pesquisa qualitativa. Os dados foram colhidos no início e no final do curso. O estudo tomou por base o levantamento e a análise da percepção de estudantes de medicina quanto à atuação médica na assistência de um paciente no processo de morrer, bem como na identificação de eventuais mudanças nessa percepção durante o curso de Medicina.

A pesquisa foi motivada pela observação, dos autores, da não valorização do tema Morte durante a graduação dos estudantes de medicina. Chegaram a esta conclusão ao perceberem que sentimentos de inquietação, ansiedade, e até fuga, surgem quando o médico vivencia a morte de pacientes, sugerindo a possibilidade de existir falha nos cursos de Medicina. A maior atenção ao conhecimento técnico-científico em detrimento do saber humanístico diante de um paciente que se encontra em processo de morte poderia justificar o comportamento de

distanciamento e os sentimentos de frustração e de culpa que surgem na atividade médica quando há uma situação de morte ou de processo de morrer.

A conclusão deste trabalho foi que existe uma “lacuna” na formação dos alunos no que tange ao preparo para enfrentar situações de morte e do processo de morrer. Esta deficiência desencadeia o comportamento de fuga, explicado pela insegurança para lidar com a vivência tão complexa e dolorosa da morte. Além deste fato, foi observado que pela hiper-valorização do aparato tecnológico no tratamento das doenças faz com que os estudantes, ao se depararem com os moribundos, privilegiem os recursos da medicina para o prolongamento da vida (FALCÃO; LINO, 2004).

Outro estudo ocorreu no Hospital Universitário de Brasília e da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, em 1993. Esta pesquisa aplicou um questionário, com temas referentes à morte e a pacientes terminais, aos estudantes do curso de Medicina, médicos residentes e assistentes, e professores do Hospital.

Teve o objetivo de determinar o perfil do estudante, do médico e do professor de medicina, em um hospital universitário, diante da morte e de pacientes terminais, e identificar possíveis mudanças de comportamento ao longo e após a formação médica. Além de tentar definir o perfil dos grupos, buscou verificar possíveis dificuldades relatadas pelos estudantes, confrontando-as com as declaradas pelos médicos e professores de medicina.

Como resultado da pesquisa, foi observado interesse, mas também grande dificuldade, em se tratar do assunto morte, pela maioria dos entrevistados. A maior dificuldade foi percebida entre os estudantes, principalmente para os da fase anterior ao 5º semestre (pré-clínica). Um número significativo de médicos e de professores permanece com muita dificuldade para lidar com o assunto, chegando até a evitá-lo.

Especialmente a partir da fase clínica, quando se tem mais contato com pacientes em processo de morte, houve superioridade dos relatos sobre a participação em debates, conversas ou seminários referentes à morte e paciente terminal. Entretanto, um número considerável de alunos da fase pré-clínica e, mais surpreendentemente, de professores, nunca participou de debates ou seminários sobre morte. A falta de contato com pacientes terminais poderia justificar o desinteresse pelo assunto. A provável falta de motivação ou de preparo dos

docentes das áreas básicas pode esclarecer o fato de que três quartos dos alunos da fase pré-clínica não discutiram o assunto com seus educadores.

A maioria dos médicos e professores relatou grande dificuldade em conversar sobre o assunto morte com seus pacientes terminais.

O aumento da vivência clínica intensificou o contato com pacientes terminais, sendo considerado como fator positivo pela maioria. Esta experiência poderia mudar o panorama do relacionamento médico e paciente terminal, caso fosse preparada mais adequadamente.

A maioria dos entrevistados raramente pensava na própria morte. Este fato poderia significar uma forma de negação, uma vez que, ao pensar na própria morte, desencadeia o sentimento de medo. A simples resposta ao questionário despertou a busca de informações sobre o assunto para a maior parte dos participantes.

Conclui que, a complexidade do encarar a morte ou o processo de morrer não é fácil de ser resolvida pelo homem. Contudo, a educação oferecida pelas escolas, desde o início do curso médico e a motivação dos profissionais em dar atenção ao tema poderiam modificar o comportamento do estudante e do médico, tornando-os mais aptos a lidar com a morte e com o paciente terminal (VIANNA; PICCELLI, 1998).

O trabalho desenvolvido na Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), em Salvador, teve o objetivo fixar o perfil dos estudantes de medicina da EBMSP, sobre o tema Morte e Morrer, avaliando as experiências trazidas pelo seu meio social e pela vida acadêmica. Foi aplicado um questionário a alunos do 1º, 3º e 5º anos do curso de medicina. Constatou-se que o tema morte é pouco abordado na família ou na escola para 52% dos entrevistados, sendo que, na faculdade, este valor sobe para 64,2%. Mais de 90% dos alunos relataram que não receberam orientação sobre a comunicação da morte durante a formação, apesar de haver disciplinas interessadas em discutir o tema. Aproximadamente 90% dos entrevistados têm confiança na melhora de sua relação com a morte, ao longo de sua atividade profissional.

A hipótese levantada pelo estudo foi de que os graduandos de medicina da EBMSP não são preparados adequadamente para assumirem a relação com pacientes terminais e suas famílias.

Conclui que há necessidade de uma revisão pedagógica sobre temas referentes à morte, além de se resgatar as ciências humanas nas escolas médicas (BOAVENTURA *et al*, 2004).

Esta realidade da formação médica não é exclusiva das escolas brasileiras. Siqueira, ao analisar dois trabalhos publicados na Revista "Archives of Internal Medicine", afirma que "a questão da morte é inadequadamente tratada na formação médica" (SIQUEIRA, 2003).

Outro estudo publicado na revista BMJ teve como objetivos descrever as reações emocionais dos médicos diante da morte recente do paciente e de explorar os efeitos do nível de treinamento nestas reações, estendendo uma pesquisa prévia em 2 hospitais acadêmicos norte-americanos. Fizeram parte da pesquisa 188 médicos, residentes e internos, que cuidaram de 68 pacientes que morreram no hospital. Dos médicos entrevistados, 23% relatou forte impacto emocional provocado pela morte do paciente, sendo o sentimento de contrariedade ao pensar no doente e o sentimento de torpor os distúrbios mais declarados, na porcentagem de 47% e 24% respectivamente. Reações emocionais mais fortes estavam relacionadas com o maior tempo de cuidado ao paciente. As médicas informaram mais sintomas de aflição do que os médicos. Foram relatadas, em média, 2 estratégias para a administração das emoções associadas com a morte do paciente. A mais endossada foi a "obtenção de suporte emocional de outros" (46%), "tentar enxergar a morte por um lado positivo" (36%), e "desligar do trabalho ou pensar em outras atividades" (36%). As médicas usaram mais comportamentos-padrão do que os médicos, e os residentes utilizaram destes artifícios mais que alguns internos ou que os médicos assistentes. A maioria dos médicos relatou a necessidade de pouco apoio emocional de seus colegas. Os internos necessitaram de mais suporte que os médicos assistentes. As médicas necessitaram de mais suporte emocional do que seus colegas masculinos. A maioria dos médicos que precisaram de apoio emocional, obtiveram-no de seus colegas. A maior parte dos residentes (74%) e internos (68%) conversou com os médicos assistentes sobre a morte do paciente. Entretanto, muitos residentes e internos preferiram conversar entre si sobre suas experiência quanto à morte. Menos de um quarto dos residentes e internos considerou os médicos assistentes como a pessoa mais útil para lhes ajudarem a lidar com a morte do paciente.

Conclui ainda que a morte do paciente causa impacto emocional no médico que o acompanha. O principal sintoma apresentado pelos respondentes foi de contrariedade ao pensar no paciente e o recurso mais utilizado para lidar com este sentimento foi obter suporte emocional dos outros colegas. As médicas e os residentes e internos sofreram maior impacto e tiveram, também, uma maior necessidade de apoio emocional. O tempo despendido ao cuidado do paciente teve relação diretamente proporcional com a satisfação da experiência, assim como com o sentimento de angústia.

Aponta para a necessidade premente de alguma orientação pedagógica sobre o assunto morte.

Em pesquisa anterior, preliminar ao estudo citado, foi observado que:

- A evidência, muitas vezes anedótica, dos cuidados aos pacientes terminais, contendo histórias de tristeza, culpa e perda.
- Dados longitudinais sugerem que os médicos residentes são mais fortemente afetados pela morte do paciente do que os médicos sênior.
- As médicas informam mais sofrimento psicológico do que os médicos. (REDINBAUGH *et al*, 2003).

3.9 A situação do médico diante da morte: um olhar bioético

Para se estudar o exercício profissional dos médicos, sob a luz da Bioética, convoca-se os referenciais éticos de respeito à dignidade humana, autonomia e justiça para fundamentar uma reflexão sobre a vulnerabilidade do médico diante de sua prática, e principalmente frente à morte.

3.9.1 O conceito de vulnerabilidade

O termo vulnerabilidade vem do latim *vulnus (eris)*, que significa “ferida”. Vulnerabilidade diz respeito à susceptibilidade de ser ferido. Este conceito se mantém apesar de poder assumir características distintas, dependendo do contexto analisado e da reflexão realizada. Inicialmente, na Bioética, a vulnerabilidade foi abordada no relatório Belmont em 1978, em face das pesquisas envolvendo seres

humanos. Neste contexto, os indivíduos, grupos ou populações, caracterizados como vulneráveis eram aqueles que estivessem em condição de maior exposição, passíveis de serem prejudicados pelos interesses dos outros na experimentação humana. Esta classificação de pessoas ou populações como vulneráveis pede a reflexão ética em favor de sua defesa. A proteção deve assentar-se nos princípios éticos do Respeito às pessoas, quanto ao reconhecimento de sua autonomia e de proteção aos que a tem de forma diminuída, necessitando assim, do consentimento informado. Da Beneficência, através do dever de não fazer o mal, aumentar os benefícios e minimizar os prejuízos. E da Justiça, com a exigência da equidade da distribuição. Com a reflexão bioética principialista esta idéia de proteção aos vulneráveis ganhou força. O princípio da autonomia foi então colocado como um direito de todos de manter suas perspectivas, fazer escolhas e agir segundo seus valores, tendo também o direito de ser capacitado para agir de forma autônoma, passando a ter condições de exercer sua autonomia. Documentos históricos da Bioética, como a Declaração de Helsinque e suas revisões, a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos, dentre outros, reforçam a importância da proteção aos grupos vulneráveis. A noção de vulnerabilidade na análise filosófica europeia colocada por Lévinas e Jonas assumiu uma conotação de substantivo, ampliando o sentido de adjetivo anteriormente usado no meio bioético. Passou a ser entendida como uma condição universal de todo ser vivente, não restrita ao ser humano. Assim, a vulnerabilidade não deve ser usada como determinante de diferenciação entre pessoas, grupos ou populações. Apela ao dever, ou seja, a uma ação ética, à responsabilidade perante a possibilidade de destruição dos seres vivos. Dessa forma, a vulnerabilidade consolidou-se como domínio intransferível do agir humano, determinando a responsabilidade como norma da ação moral. A vulnerabilidade delinea um modo de ser do homem e o conduz a uma maneira específica de agir vinculada à alteridade bioética (enxergando o outro, através de fundamentos éticos), a uma ação responsável. Atualmente, possibilitando a articulação entre os dois sentidos dados à vulnerabilidade, ou seja, como característica (adjetivo) e como condição (substantivo), a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos coloca o respeito à vulnerabilidade como um princípio da bioética. Esse princípio objetiva assegurar o respeito pela dignidade humana nas situações onde os princípios da autonomia e do consentimento são insuficientes. Em sua concepção de condição

humana, obriga ao reconhecimento de que todos são de certa forma, vulneráveis e podem ser “feridos” por outros. (NEVES, 2006).

Anjos (2006) conceitua a vulnerabilidade, segundo sua consistência, como condição humana persistente, intrínseca ao ser humano, que é limitado e mortal. E ainda, como situação, quando em determinadas circunstâncias observam-se efetivamente os limites e as “feridas”. De acordo com os sujeitos ela pode ser definida como sendo de toda a humanidade, de grupos sociais ou de indivíduos. Em relação à ação, a vulnerabilidade pode estar mesclada na vida relacional ou se apresentar explícita. Quando é revelada, a vulnerabilidade tem a possibilidade de ser defendida ou ser explorada nas relações, tornando-se vulneração. Segundo a qualidade, a vulnerabilidade pode ser classificada como “moral (ética) ou operacional, quando se refere à falta não deliberada de condições pessoais ou ambientais para o viver como sujeitos humanos.”.

Artigo 8 – Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual.

A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada. (UNESCO, 2005).

A vulnerabilidade relaciona-se de forma íntima com o referencial bioético da autonomia. E para sua análise, assim como para a autonomia, dependerá das circunstâncias, dos atores e do prisma em que a situação é apreciada.

Anjos (2006) introduz uma visão antropológica sobre o assunto e diz que a vulnerabilidade se apresenta mais comumente como um desafio para o agir ético do indivíduo autônomo frente aos sujeitos vulneráveis. Salaria que ela é vista sempre como “dos outros” e esquece-se que existe também a vulnerabilidade do próprio agente da ação. Chama a atenção para a necessidade da conscientização da vulnerabilidade do agente autônomo como sendo fundamental para o entendimento do próprio exercício da autonomia. Segue sua argumentação mostrando que as mudanças tecnológicas são fatores importantes para as transformações sócio-culturais que se evidenciam atualmente, porém os determinantes antropológicos são mais expressivos, pois através deles mudam os significados da vida. Dessa forma, para uma análise antropológica da vulnerabilidade, deve-se considerar os avanços técnico-científicos juntamente com o indivíduo humano. O desenvolvimento científico

e tecnológico pôs em evidência o poder dos sujeitos humanos, principalmente em relação às capacidades racionais e operacionais. O saber assumiu relevância como a mais importante fonte de poder relacionado à capacidade de produção. Proporcionalmente ao crescimento das possibilidades de consumo, aumenta o sentimento de poder junto à sociedade geral. Este poder será sempre instigado pela competição científica. O ser humano, sujeito da produção científica, torna-se gradativamente parte dessa produção. A grande afinidade para com a eficiência de seus instrumentos promove no ser humano a indistinção entre sujeito e objeto, fazendo com que também se transforme pelo uso desses objetos. Dessa forma, a sensação de poder e de autonomia o dominam e em consequência, o reconhecimento de sua própria vulnerabilidade diminui. O poder trazido pelos avanços técnico-científicos encontra-se destacado no contexto sócio-cultural contemporâneo, empolgando a sociedade. Esta relação leva a humanidade ao esquecimento de sua condição humana e à impercepção de sua vulnerabilidade.

Segundo PORTO (2006), o marketing tecnológico na sociedade, hoje globalizada, vem transformando a realidade, destruindo as regras do pacto social e convertendo-o a mero contrato de compra e venda. Os traços culturais são os saberes próprios, reunidos e transmitidos, de um determinado grupo social, caracterizados pela produção de conceitos, práticas, idéias e técnicas. A disseminação de idéias frequentemente culmina com alterações de seus significados originais, ao serem reinterpretados por aqueles que as assimilaram. A aceitação de traços culturais e a assimilação de técnicas de produção a eles relacionadas ocorrem à medida que os indivíduos, grupos, segmentos ou populações receptoras reconhecem o mérito e a aplicabilidade do produto ou técnica, promovendo a possibilidade de transformação de um traço cultural em um comportamento. Nesse processo de difusão são utilizadas estratégias para obtenção do poder moldadas pela competição, desencadeando a subjugação de um grupo por outro. A supremacia técnica, assim como a detenção do saber são algumas estratégias usadas. O desenvolvimento tecnológico tem seu valor pelos benefícios que pode trazer à sociedade, mas sendo usado para dominação e conquista de poder, torna-se ferramenta de vulneração. Os indivíduos e populações entusiasmados pelas promessas da tecnologia e dos avanços da ciência tornam-se reféns do mercado e dominados pelos detentores desse poder.

A propagação da medicina científica trouxe mudanças estruturais de conceitos e da prática médica. Os hospitais tornaram-se o palco da atenção à saúde por ser a sede da tecnologia desejada por todos, que sem perceber são usados para garantir o poder daqueles que possuem a supremacia tecnológica e científica. Caracterizado pelo mecanicismo, individualismo, especializações e pelo realce de uma medicina curativa, esse modelo de atenção transformou a prática médica e o comportamento social (PORTO, 2006). Esse fato corrobora as argumentações feitas por Anjos (2006), quando denuncia o risco que corre a sociedade pela falta de conscientização da própria vulnerabilidade.

3.9.2 A vulnerabilidade do médico

Acompanhando toda a evolução científica e tecnológica, a Medicina ganhou recursos extraordinários e seu poder sobre a saúde e a vida do ser humano cresceu espantosamente. Doenças que em outras épocas devastaram populações inteiras, hoje são tratadas, curadas e até foram erradicadas. Novas doenças foram identificadas, compreendidas e novos tratamentos descobertos.

Não foi somente a sociedade que se deslumbrou com todo esse desenvolvimento científico e tecnológico na Medicina. O médico também viu a oportunidade de desenvolver melhor seu papel de curar as doenças e salvar vidas, além de ter o prazer da sensação do poder.

Tentando manter um *status quo*, a Medicina e os médicos renderam-se aos interesses político-econômicos da sociedade capitalista. Esse status é uma ilusão que precisa ser mantida para sustentar o sistema de produção da atualidade. O médico acredita possuir a autonomia para utilizar todo o conhecimento e meios disponibilizados pela evolução técnico-científica. Porém, não percebe a sua vulnerabilidade diante da realidade, quando ao tentar exercer seu trabalho, se depara com inúmeros fatores limitantes, impostos pelos verdadeiros possuidores do poder, quer sejam aqueles que dominam a produção científica e tecnológica ou aqueles que controlam a efetiva prática médica (indústrias de equipamentos, farmacêuticas, planos de saúde, governos, empresários da área da saúde...). (QUEIROZ. M. S, 1986 e 1991).

Ribeiro e Scharaiber (1994) situam o trabalho médico na “reprodução social” e ressaltam a relação médico-paciente como sua “instância típica”, acentuando-lhe características de “serviço” especificamente envolvido por incertezas e indeterminações, no qual níveis de autonomia (independência técnica) tornam-se uma necessidade estrutural.

O trabalho médico (enquanto um serviço) reveste-se de características específicas que, por um lado o distancia do padrão industrial, mas por outro, incorpora progressivamente um grande volume de inovações tecnológicas. Estas inovações afetam claramente a diferenciação em mercado e interferem no próprio processo de trabalho, ameaçando, em determinado nível, alguns parâmetros tradicionais de autonomia. Por exemplo, a própria composição dos salários (ou da estrutura de ganhos) atende a mecanismos diversos dos observados no setor produtivo. Em geral, pode-se dizer que o “valor” do trabalho de um médico somente se realiza quando presta um atendimento (uma cirurgia, uma consulta), e não quando fica “disponível” ao trabalho. Isto interfere nos mecanismos de definição de ganhos, uma vez que o “produto” (no caso um “serviço”) é uma mescla entre trabalho efetivamente realizado e trabalho “potencial”. Assim, o preço não pode ser estipulado por regras industriais de rendimento. Além do mais, as “incertezas” são componente estrutural deste trabalho, muito bem expressa pela máxima da clínica: “cada caso é um caso”. Enquanto o modelo industrial vê nas incertezas anomalias a serem contornadas, no trabalho médico, estas são partes indissociáveis.

Estas autoras afirmam que a mercantilização do trabalho médico traz “perdas excessivas de autonomia”, podendo oferecer grande risco à sua eficácia. Por ser a Medicina uma atividade tradicional, com longa evolução histórica, antecedente à organização da sociedade capitalista, existem padrões históricos que influenciam as tomadas de decisão no campo de seu processo de trabalho.

Observa-se então, que ao mesmo tempo em que são difundidas e impostas aos médicos posturas que atendam ao capitalismo da sociedade, outros modos de pensar e de agir são também exigidos pela cultura médica. Estas situações podem, muitas vezes, desenvolver conflitos entre atentar para a doutrina hipocrática ou seguir o avanço tecnológico.

Fazendo uma análise do Código de Ética Médica atual (1988), verifica-se que a afirmativa do parágrafo anterior faz parte da realidade médica, quando orienta condutas considerando a máxima ética hipocrática (Beneficência e Não maleficência) ao lado do melhor que o avanço técnico-científico pode oferecer. Em seu Art. 2º nota-se “O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”. O artigo 5º diz “O médico deve aprimorar continuamente

seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente”. E ainda, no artigo 57 encontra-se que é vedado ao médico “Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente”.

Mas, o que é o melhor para o paciente? Até quando usar todos os conhecimentos e recursos disponíveis? E quando não houver condições para utilizar estes conhecimentos e recursos?

As escolas médicas, mantendo o paradigma da “Medicina mecanicista” imposto pelo sistema capitalista de produção (QUEIROZ. M. S, 1986), priorizam o saber para as novas inovações científicas e tecnológicas e não oferecem a devida atenção à preparação do estudante para a realidade do cotidiano médico e a aplicabilidade de seus conhecimentos frente ao contexto sócio-cultural do paciente.

O médico deve estar apto a utilizar todos os recursos tecnológicos disponíveis, e ao seu alcance (segundo o Código de Ética Médica), assim como a refletir sobre quando usá-los. (REZENDE, 2002).

Em meio à crise que atualmente se instalou na modernidade, diante de todas as transformações ocorridas, o médico sofre as pressões internas e externas, cobrando-lhe responsabilidades por fatos e atitudes que lhe foram impostos pela própria sociedade. (SÁ, 2000).

Não podemos negar que vivemos todos uma grave e intensa crise, numa sociedade que se encontra assustada, perplexa, quase paralisada diante da proximidade da violência, da morte, da destruição, da miséria e da fome, que nos atingem e ameaçam muito de perto. Não podemos mais acreditar na existência de lugares ou meios em que nos sintamos seguros, protegidos e a salvo dos riscos de uma humanidade em crise. E é nesta modernidade em crise que somos convidados a escrever, sonhar e construir nosso futuro, nossa história, e o futuro e a história da humanidade numa sociedade que se dividiu, por um lado, num coletivo (vazio de valores) sob a dominância dos poderes de estado, econômico-financeiros e da mídia, que visam sobretudo ao lucro, à submissão e ao controle sobre os homens; e, por outro, em indivíduos, qual náufragos sobreviventes (vazios de sentido e finalidade), maciçamente estimulados a “inflar seus egos”, num individualismo narcísico, por uma sociedade que ilude com a promessa de gozos e prazeres absolutos, estimulando ainda a busca de “status social” e o consumo desenfreado como alternativas possíveis para suprir e fugir das carências, dos vazios e das angústias referentes às condições fundantes e estruturantes do humano: a finitude e o desamparo.

Este autor complementa, relatando que traços psicopatológicos encontrados na humanidade moderna denotam a grave crise de valores existente.

Os traços psicopatológicos mais marcantes desta modernidade são, dentre outros: a psicopatia (entendida como a inexistência de uma consciência crítica); a histeria (histericização perverso-masoquista das relações humanas); o narcisismo (entendido como amor de si próprio enquanto máxima a ser seguida); a fuga para as drogas (entendida como a ilusão do encontro com o impossível objeto do desejo); e, finalmente, a depressão (entendida como perda deste mesmo ilusório e impossível objeto do desejo).

Pode-se verificar que estes são transtornos atualmente encontrados na classe médica, demonstrando que esta sofre das mesmas mazelas e é parte dessa sociedade.

A ciência moderna, a própria sociedade, os grupos sociais dominantes, os aparelhos médico-formadores e até os próprios médicos, todos carregam sua parcela de responsabilidade ao permitir e manter o imperialismo de um sistema produtivo que só visa o lucro e o poder. (SÁ, 2000).

No entanto, somos todos direção institucional, professores, alunos prisioneiros do medo de romper com um sistema de ensino perverso, que somente agora mostra suas deficiências, visto que põe em crise o aluno, ameaçando com isto a estabilidade da instituição, ao privilegiar como objetivo de ensino a inserção do aluno no sistema de produção, fornecendo o aprendizado de práticas e de um saber sobre as doenças que abre portas para o emprego num momento em que o mercado de trabalho possui um excedente de oferta. Sobrevivem os mais aptos mais máquinas?, mais duros?, mais insensíveis?, mais bem preparados tecnicamente? para lidar e se adaptar ao sistema na luta quase selvagem na qual o indivíduo perde sua individualidade, não tem direitos a sua singularidade e se transforma cada vez mais em objeto descartável (afinal, existem vários outros, talvez mais bem preparados tecnicamente, mais submissos e, portanto, mais adequados ao sistema), nesta estranha máquina de torturar e triturar homens.

Como já relatado em outras ocasiões deste trabalho, o ensino médico privilegiou o saber técnico-científico, deixando de lado o conhecimento ético-humanístico. A evolução social, política e cultural da sociedade ocidental também direcionaram a postura médica a dar mais atenção ao progresso técnico-científico.

Todo este cenário de angústias e pressões fica mais evidente quando observadas as situações que envolvem a morte e a terminalidade, onde os avanços tecnológicos e científicos, fatores sócio-econômicos e culturais se expressam de modo mais marcante.



4 Casuística e Método

4 Casuística e Método

Este é um estudo descritivo onde se utilizou o levantamento de dados em campo como delineador da pesquisa.

4.1 Local da Pesquisa

A pesquisa ocorreu em uma instituição médica assistencial e em uma instituição de ensino médico. Para melhor entender o contexto deste trabalho, a seguir encontra-se a descrição dos locais que formaram o seu cenário.

4.1.1 Hospital Geral de Taipas

O Hospital também recebe a denominação de “Kátia de Souza Rodrigues” por deliberação do Conselho de Saúde e firmado pelo Decreto nº 30868 de 04.12.89.

O Hospital é resultado de um dos projetos do programa Metropolitano de Saúde da Secretaria do Estado de Saúde, além de ser a concretização da reivindicação da população local através do Conselho de Saúde.

Está localizado em uma das regiões mais carentes em recursos de saúde do Município de São Paulo, servindo aos sub-distritos de Perus, Jaraguá, Pirituba e parte da Vila Brasilândia. Estas regiões se caracterizam pela grande extensão geográfica e elevado índice populacional (758.000 habitantes), com núcleos populacionais formados em sua maioria de baixa renda, além de extensa área rural.

Situa-se na região Noroeste do Município de São Paulo, mais precisamente no Bairro Parada de Taipas, sub-distrito de Pirituba (H.G.Taipas, 2006).

O corpo clínico do Hospital Geral de Taipas está composto com 341 médicos para atendimento do Pronto-Socorro, UTI, Ambulatório, Centro Cirúrgico, Enfermarias, UTI neonatal, Maternidade e Berçário. Estes profissionais apresentam formação por diferentes escolas médicas, tanto do Estado de São Paulo, quanto de outros estados brasileiros.

Com o intuito de oferecer ao estudo uma boa perspectiva, ao permitir análise de médicos com formações bem diversificadas, este detalhe foi observado no momento da escolha deste local para a pesquisa.

4.1.2 **Faculdade de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo (UNICID)**

A Universidade Cidade de São Paulo está situada na Zona Leste da Cidade de São Paulo e desde 1972, inicialmente como Faculdades da Zona Leste, a instituição desenvolve o ensino superior. Atualmente, mantém cursos de graduação nas áreas de Saúde, Humanas, Exatas, além de cursos de pós-graduação (UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO, 2005).

O curso de Medicina foi aprovado pelo MEC em 2002 e em 2004 deu início às suas atividades utilizando, em seu projeto pedagógico, metodologias inovadoras, disseminadas pela *Network of Community Oriented Educational Institutions for Health Sciences*. A aprendizagem baseada em problemas (PBL) e o ensino orientado à comunidade foram as duas importantes estratégias responsáveis pela mudança no ensino das profissões de saúde.

Seu projeto pedagógico propõe:

A integração entre o Ensino, o Serviço de Saúde e a Comunidade – o Programa UNI -, utilizando principalmente a parceria² entre os atores para o estabelecimento de relações horizontalizadas como forma de criar espaços reais de troca, interlocução e transformação mútua, tendo como alguns de seus objetivos, a promoção de movimentos de progresso sincrônico na educação, na prestação de serviços de saúde e na comunidade; o apoio aos modelos de Integração Docente Assistencial no

² A Parceria é entendida como a aliança entre atores diferentes para a conquista de fins comuns, constituindo uma modalidade de co-gestão, a partir da qual os vínculos entre os parceiros se dão em pé de igualdade ou semelhança.

âmbito de sistemas locais de saúde, baseados no trabalho interdisciplinar e multiprofissional e na inovação de métodos pedagógicos; e a promoção do aprimoramento da formação profissional dos graduandos na área de saúde, adequando-os às necessidades de saúde na comunidade e às características da futura prática profissional.

A Aprendizagem Baseada em Problemas e o Ensino orientado para a Comunidade.

A “educação orientada para a comunidade” é valorizada pelas instituições cujos objetivos e princípios fundamentais priorizam as necessidades da comunidade, cujos currículos enfocam de modo integral a saúde e desenvolvem atividades tendo em vista a saúde para todos. A aprendizagem baseada em problemas é uma metodologia onde o estudante ou o trabalhador de saúde utiliza uma situação real do seu cotidiano como estímulo para aprender. Após percepção e uma pré-avaliação do problema, os estudantes definem seus objetivos de aprendizagem e buscam as informações necessárias para abordá-lo. Em um próximo passo, discutem o que encontraram e o que aprenderam. A aprendizagem baseada em problemas na educação dos profissionais de saúde tem como objetivos, o desenvolvimento de um corpo integrado de conhecimentos, a aplicação de habilidades para resolver problemas e a produção do raciocínio clínico.

Um dos pressupostos desta metodologia é o ensino centrado no aluno, como sujeito da aprendizagem, tendo os professores como facilitadores e orientadores desse processo. (MACHADO, 2002).

O modelo pedagógico empregado pelo curso de Medicina da UNICID tem ainda outro conceito-chave que é o “aprender fazendo”, onde o método de produção do conhecimento ocorre de forma dinâmica através da ação-reflexão-ação.

O curso Médico da Unicid não é disposto por disciplinas, como no ensino tradicional. Procurou-se incorporar a dimensão biológica à social (psicológica, populacional, etc.) em todos os momentos do curso de graduação.

A discussão em uma atividade de tutoria obedece a um método padrão e seu objetivo é fazer com que os alunos discutam o problema, identifiquem os objetivos de aprendizado, estudem e rediscutam o problema após a obtenção da matéria aprendida.

Além das atividades no grupo tutorial, são disponibilizadas atividades em laboratórios de práticas e de habilidades, em atividades de atenção à saúde, além de conferências sobre assuntos relacionados ao módulo temático.

Um módulo interdisciplinar, denominado PISCO (Programa Interdisciplinar de Saúde na Comunidade), é desenvolvido com a inserção precoce dos estudantes na realidade da sociedade durante os 04 primeiros anos do curso, visando à interação e ao desenvolvimento de um vínculo entre alunos, serviço de saúde e comunidade. Dentre os objetivos específicos do PISCO, tem-se como meta, levar o aluno a adquirir habilidades interpessoais para o trabalho em grupo e em equipe

interdisciplinar e multiprofissional; a expandir o conhecimento e a reflexão sobre os principais problemas de saúde de uma determinada comunidade; a comportar-se de forma eticamente adequada na sua relação com as pessoas da comunidade, família, equipe de saúde e colegas de grupo; a desenvolver atividades críticas e criativas quanto à atuação profissional na área de saúde e a reconhecer os movimentos comunitários e suas relações com as Unidades de Saúde, a fim de ampliar sua autonomia na tomada de decisões em relação aos problemas de saúde (MACHADO, 2002).

O curso de Medicina da UNICID possuía, até a data da pesquisa, 68 médicos em seu quadro de docentes.

4.2 População estudada

A população escolhida para participar desta pesquisa foi a de médicos que atuam ou atuaram na assistência ou em outra atividade médica.

Este universo corresponde ao quadro geral de médicos de um hospital público situado na cidade de São Paulo, além dos médicos que atuam também como docentes em uma faculdade de Medicina, na mesma cidade.

O número total de facultativos³ das duas instituições é de 409, distribuídos da seguinte forma: 341 no Hospital Geral de Taipas e 68 na Faculdade de Medicina da UNICID.

No momento da elaboração do projeto da pesquisa optou-se por não selecionar uma amostra da população, sendo prevista a participação de todos os 409 médicos, sem nenhum critério de inclusão ou de exclusão. Preferiu-se descrever e analisar os dados dos questionários devolvidos, sem se preocupar com um número pré-estabelecido.

Esta pesquisa, após a coleta dos dados, estudou o montante de 82 sujeitos, o que corresponde a 20% do total dos médicos pertencentes aos locais da pesquisa.

³ O número de médicos que compõe este universo foi levantado em novembro/2006, junto às instituições participantes da pesquisa.

4.3 Instrumento da Pesquisa

Tomando por base alguns estudos anteriores realizados sobre o tema aqui discutido, um questionário foi elaborado visando à obtenção de informações pessoais dos sujeitos, caracterizando-os por dados demográficos (sexo, idade, etc.) e colhendo material sobre o tipo de preparação para lidar com a morte que receberam durante a formação profissional (apêndice A).

O questionário se inicia com a coleta dos dados de caracterização dos sujeitos da pesquisa, podendo ser observadas informações sobre sexo, idade, instituições da formação médica, local e ano de formatura, além das áreas de atuação da atividade profissional.

A primeira pergunta referente ao tema em estudo avaliou a percepção que os médicos têm sobre o seu papel frente às situações de processo de morte do paciente (questão 01).

Foram abordadas questões referentes ao contato, à percepção, aos sentimentos e aos conhecimentos técnicos quanto aos temas “morte” e/ ou “terminalidade”, apreendidos durante a formação acadêmica profissional (questões de 02 a 12). Dessa forma, foi possível verificar se houve algum tipo de educação sobre o assunto e em quais disciplinas estes temas foram contemplados. Verificou-se ainda, em que momento ocorreu o 1º contato com a morte de um paciente, quais sentimentos afloraram nesta experiência, e se o preparo para lidar com a morte, oferecido pelo aparelho formador, atendeu suas expectativas.

Em um segundo momento, as questões (de 13 a 18) visaram levantar o conhecimento e a percepção sobre o assunto, assimilados após o início da atividade profissional.

4.4 Pré-teste do instrumento

Foi realizada uma pesquisa-piloto para teste do instrumento, utilizando uma amostra de 20 médicos. O questionário mostrou-se adequado ao interesse do estudo, sendo feitas algumas correções estéticas em sua estrutura e gramaticais em algumas questões, para melhorar seu entendimento.

4.5 Procedimento

Os médicos foram convidados a participar da pesquisa, em seu ambiente de trabalho, recebendo as orientações e explicações sobre a natureza do trabalho, diretamente da pesquisadora e de um colaborador, além de estarem descritas na Carta-convite (Apêndices B e C) anexa ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D).

Em conversa com os diretores das instituições e com os supervisores de serviço foi solicitada colaboração para a divulgação, distribuição e recolhimento dos questionários nos momentos em que não fosse possível a presença da autora ou de seu colaborador.

Na folha inicial do questionário foi colocada uma carta-convite, específica para cada instituição, com a apresentação do trabalho, além de informações e orientações para o preenchimento do instrumento da pesquisa. A carta informava, ainda, a data limite para a entrega do questionário, nos casos em que não era possível o preenchimento imediato do questionário, além do local, na própria instituição, e o nome da pessoa responsável por recebê-lo.

A pesquisadora ou seu colaborador estiveram à disposição para aguardar o preenchimento imediato do questionário e manteve-se à disposição para contato eletrônico (e-mail).

4.6 Análise dos dados

Após a coleta dos dados, estes foram agrupados e tabulados utilizando-se os programas eletrônicos Access 2003 e o Excel 2003 e posteriormente foram analisados resultando na discussão que será apresentada na seção correspondente.

4.7 Aspectos éticos

4.7.1 Termo de consentimento livre e esclarecido

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice D) foi elaborado e colocado junto à carta-convite e ao questionário.

Os participantes não foram identificados na pesquisa, evitando qualquer tipo de constrangimento no preenchimento do questionário. Não houve nenhuma exposição ou dano pessoal em relação ao local de trabalho ou à atividade profissional. Não havia nenhum vínculo de hierarquia entre a pesquisadora e os médicos entrevistados. Não houve nenhum risco previsto para os participantes desta pesquisa.

4.7.2 **Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos**

O projeto deste trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CoEP) do Centro Universitário São Camilo para apreciação e autorização para a realização da pesquisa.

O trabalho de levantamento de dados não teve início sem a prévia aprovação do Comitê acima citado e dos Diretores das Instituições participantes.

5 Resultados

5 Resultados

5.1 O Perfil dos sujeitos da pesquisa

A caracterização dos sujeitos possibilitou desenvolver um panorama da população estudada, verificando, além da origem da formação acadêmica, a experiência profissional e possibilidade da vivência em situações relacionadas à terminalidade.

Responderam ao questionário 82 médicos (20%). Destes, 21 pertencem ao sexo feminino, 60 ao sexo masculino e 01 participante não respondeu ao item “sexo”, como pode ser observado na Figura 1.

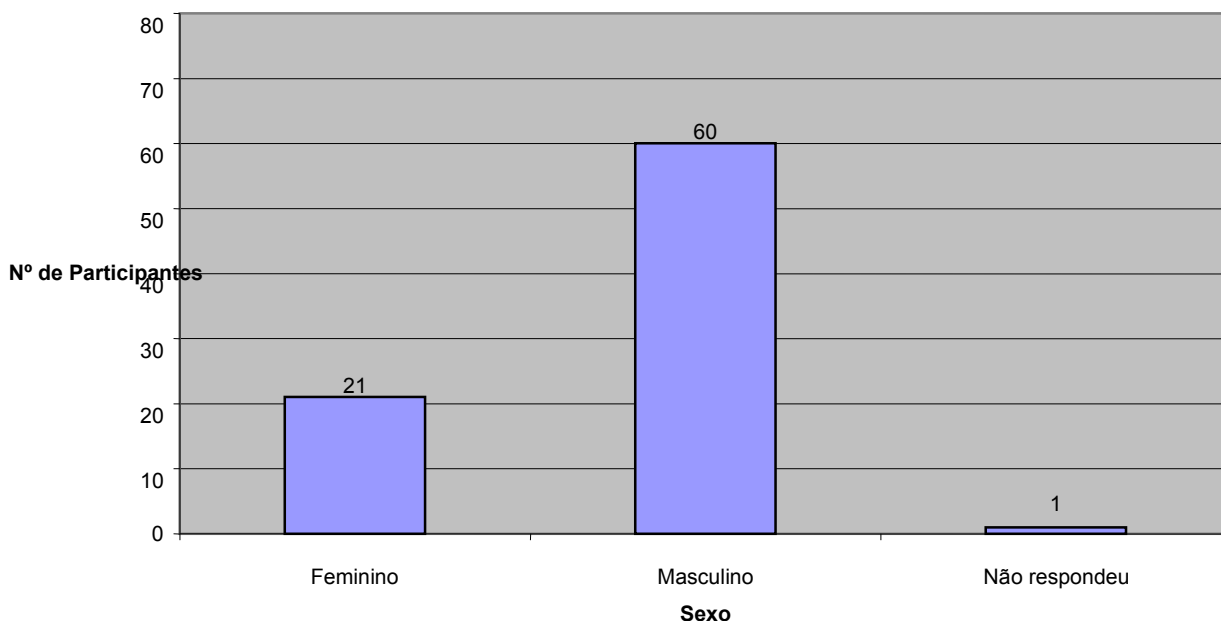


Figura 1 - Distribuição, por sexo, dos participantes da pesquisa “O Médico e a Morte: a Escola prepara o estudante de Medicina para lidar com a morte”? São Paulo, 2006

Em relação à idade, 12 dos 82 entrevistados tinham menos de 30 anos na época da coleta dos dados; 14 estavam na faixa etária de 30 a 40 anos; 30 correspondiam à faixa de 40 a 50 anos; 25 médicos tinham mais de 50 anos e 01 indivíduo não respondeu a este quesito (Figura 2).

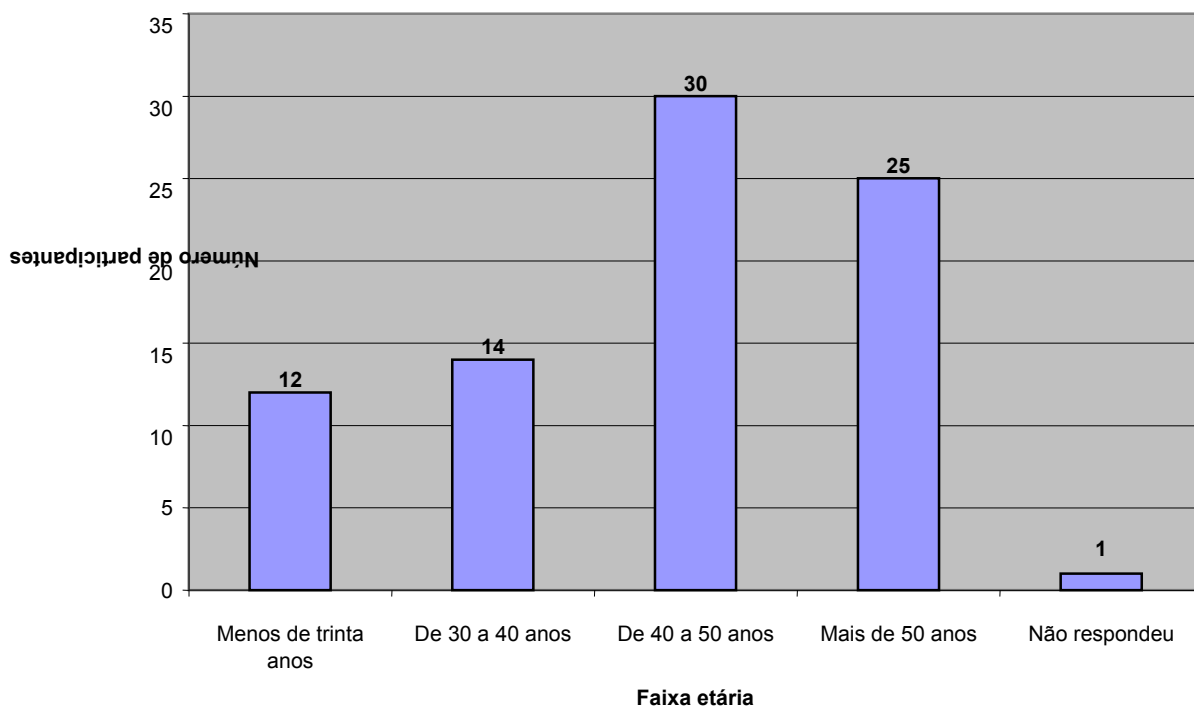


Figura 2 - Distribuição, por idade, dos participantes da pesquisa “O Médico e a Morte: a Escola prepara o estudante de Medicina para lidar com a morte”? São Paulo, 2006.

Analisando o perfil dos participantes em relação ao sexo e idade, observa-se que a maior parte dos sujeitos da pesquisa pertence ao sexo masculino, em uma faixa etária acima de 40 anos (tabela 1).

Nesta tabela não foram inseridos os 02 indivíduos que deixaram de responder aos quesitos idade e sexo.

Tabela 1: Distribuição dos participantes da pesquisa, em relação ao sexo e idade. São Paulo, 2006.

Idade	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Menos de trinta	04	19,05	08	13,56	12	15,00
De 30 a 40 anos	06	28,57	07	11,86	13	16,25
De 40 a 50 anos	07	33,33	23	38,98	30	37,50
Mais de 50 anos	04	19,05	21	35,59	25	31,25
Total	21	100,00	59	100,00	80	100,00

Ao abordar a origem da graduação (Tabela 2), verifica-se que a grande maioria dos médicos participantes deste estudo teve sua formação profissional no Estado de São Paulo (65,9%), mas vários outros estados brasileiros foram mencionados, oferecendo à pesquisa uma diversidade de opiniões. Ressalta-se ainda, a participação de um sujeito com formação médica na Argentina.

Tabela 2: Distribuição dos participantes da Pesquisa, conforme a Unidade federativa da Instituição de Graduação. São Paulo, 2006.

Unidade Federativa da Graduação	N	%
São Paulo	54	65,9
Rio de Janeiro	10	12,2
Pará	05	6,1
Minas Gerais	04	4,9
Alagoas	01	1,2
Rio Grande do Sul	01	1,2
Rio Grande do Norte	01	1,2
Piauí	01	1,2
Paraíba	01	1,2
Mato Grosso	01	1,2
Distrito Federal	01	1,2
Bahia	01	1,2
Argentina	01	1,2
Total	82	100,0

Diversas escolas médicas compuseram a relação de cada Unidade Federativa.

No Estado de São Paulo, apenas para citar como um exemplo, 14 escolas médicas foram responsáveis pela formação dos médicos que responderam à pesquisa (Quadro 1).

Quadro 1 - Escolas Médicas do Estado de São Paulo, formadoras dos participantes da pesquisa. São Paulo, 2006.

Instituição da Graduação
Universidade São Francisco
Escola Paulista de Medicina - UNIFESP
Faculdade de Medicina de Jundiaí
Faculdade de Medicina do ABC
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
Universidade de Mogi das Cruzes
Faculdade de Medicina de Santos
Faculdade de Ciências Médicas de Santos
Faculdade de Medicina de Marília
PUC-Sorocaba
Faculdade de Medicina de Taubaté
FMRP-USP
FMUSP
Faculdade de Medicina de Botucatu

Outro dado pesquisado para a caracterização do perfil da população aqui estudada foi o ano da formatura dos participantes. O resultado deste dado está exposto na tabela 3.

Tabela 3: Distribuição dos médicos entrevistados, segundo o ano da graduação. São Paulo, 2006.

Período	N	%
1971 - 1992	54	65,85
1994 - 2003	23	28,05
Não respondeu	05	6,10
Total	82	100,00

Outra informação útil para delinear o grupo foi a especialidade médica ou área de atuação (tabela 4) e os setores de atuação desde o início da atividade

profissional (Figura 3), permitindo verificar a experiência profissional e a possibilidade da vivência de situações conflituosas relacionadas à morte.

Neste quesito foram permitidas todas as respostas que fizessem jus ao perfil profissional dos entrevistados.

Tabela 4: Experiência profissional dos participantes da pesquisa, segundo as Especialidades médicas/Áreas de atuação. São Paulo, 2006.

Especialidades médicas	N	%
Cirurgia geral	12	14,63
Ginecologia e obstetrícia	11	13,41
Ortopedia e traumatologia	07	8,54
Pediatria	06	7,32
Cardiologia	05	6,10
Cirurgia vascular	04	4,88
Clínica médica	04	4,88
Medicina do trabalho	04	4,88
Dermatologia	03	3,66
Medicina intensiva infantil	03	3,66
Oftalmologia	03	3,66
Saúde pública*	03	3,66
Cirurgia oncológica	02	2,44
Não respondeu	02	2,44
Pneumologia	02	2,44
Administração de serviços de saúde	02	2,44
Alergia e imunologia	01	1,22
Anestesiologia	01	1,22
Cirurgia do aparelho digestivo	01	1,22
Cirurgia pediátrica	01	1,22
Coloproctologia	01	1,22
Diagnóstico por imagem	01	1,22
Farmacologia*	01	1,22
Gastroenterologia	01	1,22
Infectologia pediátrica	01	1,22
Nefrologia	01	1,22
Neonatologia	01	1,22
Neurocirurgia	01	1,22
Neurologia pediátrica	01	1,22
Neurorradiologia	01	1,22
Nutrologia	01	1,22
Oncologia pélvica*	01	1,22
Otorrinolaringologia	01	1,22
Pneumologia pediátrica	01	1,22
Psicologia médica*	01	1,22
Tocoginecologia*	01	1,22
Ultrassonografia	01	1,22
Urologia	01	1,22

Obs: Os termos destacados por asterisco (*) foram os usados pelos sujeitos da pesquisa, apesar de não constarem como especialidades ou áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, segundo os dados colhidos no site (www.cfm.org.br).

Verifica-se que os vários ambientes médico-hospitalares foram freqüentados de forma significativa pelos médicos ouvidos, demonstrando uma grande possibilidade de terem vivenciado experiências relativas à morte e ao processo de morrer.

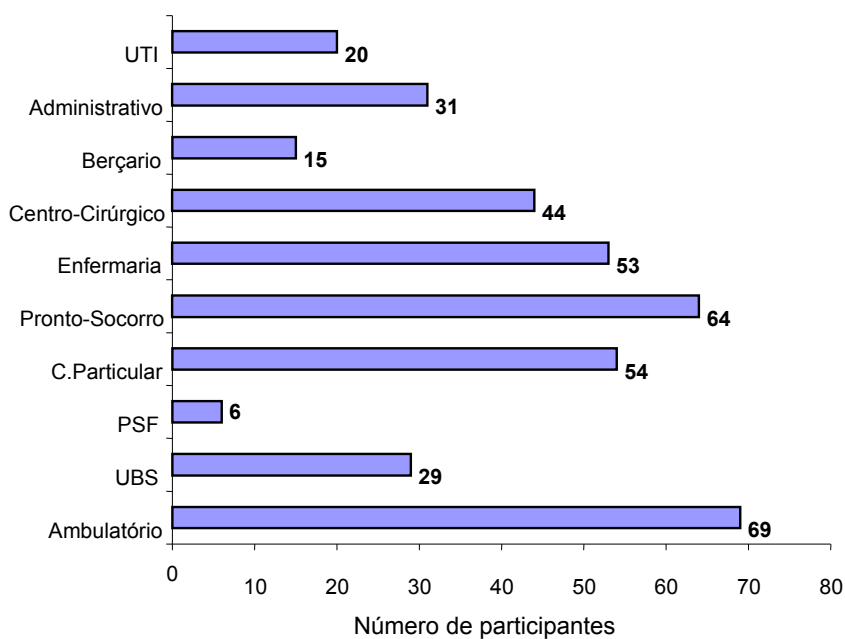


Figura 3 - Setores de atuação, desde o início da atividade profissional. São Paulo, 2006.

5.2 Sobre o Papel do Médico diante da Terminalidade

A pergunta inicial, *qual é o papel do médico no acompanhamento do processo de morte de seus pacientes*, apresentava também respostas com permissão de serem assinaladas múltiplas opções:

- A. Dar atenção e suporte emocional ao paciente.
- B. Dar atenção e suporte emocional à família.
- C. Atenuar a dor e o sofrimento físico do paciente.
- D. Evitar a morte.
- E. Avaliar e acompanhar “tecnicamente” o paciente à morte e/ou após a morte.
- F. Realizar os procedimentos legais relacionados à morte.
- G. Outra resposta. Especifique:

Dos 82 sujeitos da pesquisa, a grande maioria (92,68%) acredita que o principal papel do médico é aquele relacionado ao suporte técnico-científico, ficando, a seguir, apontado a importância ao apoio emocional oferecido aos familiares (80,49%) e ao paciente (78,05%).

O resultado total pode ser analisado na Figura 4, apresentada abaixo:

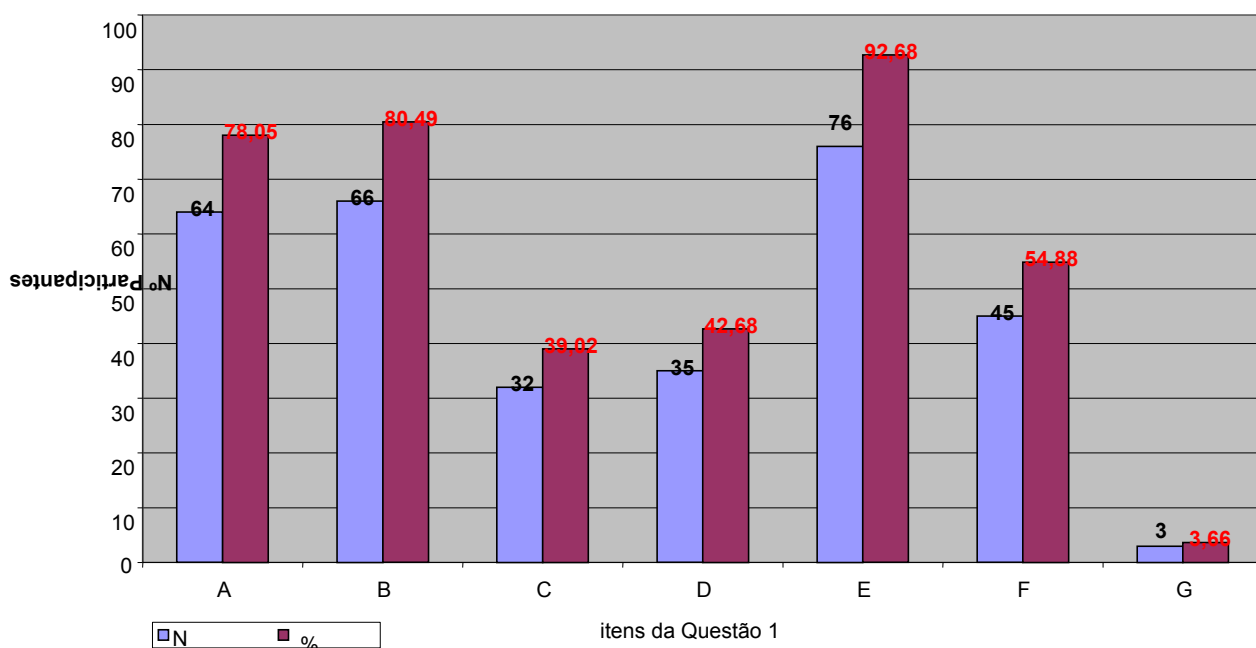


Figura 4 - O papel do médico diante da Terminalidade, segundo os entrevistados. São Paulo, 2006.

Para o item “G” desta pergunta (“outra resposta”), 03 participantes fizeram referência a aspectos científicos, religiosos e emocionais, como pode ser observado nas seguintes respostas:

“Se estiver bem estabelecida a instabilidade da doença, dar suporte e não evitar a morte.”

“Reconhecer que o Criador é um só e que nós somos somente criaturas dele. Não somos deuses e nem devemos tomar o lugar dele.”

“Estar preparado para o evento.”

5.3 Sobre a abordagem do tema Morte na Formação Médica

Com as questões de número 2 a 12 procurou-se verificar se o entrevistado recebeu, durante sua formação, algum tipo de abordagem ao tema “Morte” ou “processo de morte”; em que momento e como ocorreu.

Ao se perguntar sobre a ocorrência de abordagem ao tema, pode-se observar na tabela 5, que a maior parte dos participantes da pesquisa quando recebeu o preparo este foi considerado como pouco.

Tabela 5: Ocorrência de abordagem do tema “Morte” ou “Processo de morte”, durante a Formação médica, segundo os entrevistados. São Paulo, 2006.

Ocorrência de abordagem	N	%
Não	18	21,95
Sim, muita	6	7,32
Sim, pouca	58	70,73
Total	82	100,00

Ao se levantar em qual momento se tratou do assunto durante a sua formação médica, 54,88% dos entrevistados responderam que a abordagem sobre a “Morte” ou sobre o “processo de morrer” ocorreu na disciplina de Medicina Legal ou Ética Médica.

Dos 82 participantes, 12 (14,63%) responderam que em nenhum momento houve abordagem ao tema.

Outros momentos da formação colaboraram no ensino sobre o final da vida, como se pode verificar na tabela 6 apresentada abaixo, onde estão expostos aqueles que foram mais citados pelos sujeitos da pesquisa.

Tabela 6: Momentos da abordagem ao tema "Morte" mais citados pelos entrevistados. São Paulo, 2006.

Momentos da abordagem	N	%
Medicina Legal ou Ética Médica	45	54,88
Internato	13	15,85
Não foi abordado	12	14,63
Residência médica	10	12,20
Psicologia médica	9	10,98
Psiquiatria	3	3,66
Oncologia	2	2,44

Em outras ocasiões, disciplinas curriculares e em cursos de especialização, o assunto foi levantado. Assim, merece menção a Antropologia médica, Cardiologia, Clínica médica, Propedêutica médica, Hematologia, Medicina Preventiva, Medicina social, Patologia, além de cursos como Curso de Bioética, Curso de captação de órgãos, Curso de Medicina Legal, Curso de Medicina Psicossomática e Curso de Psicologia médica.

Ao inquirir sobre o tipo de abordagem oferecida pela escola, quase metade dos entrevistados (48,78%) recebeu preparo sobre o tema de forma apenas teórica, ficando, a seguir a abordagem teórico/prática (26,83%).

Dez participantes responderam o item "D", ou seja, optaram por *outra resposta*, sendo que 09 apontaram-na como "o tema não foi abordado" e 01 colocou que a "abordagem foi somente quanto à causa da morte".

Na Figura 5, o resultado referente às respostas dadas a esta questão pode ser visualizado:

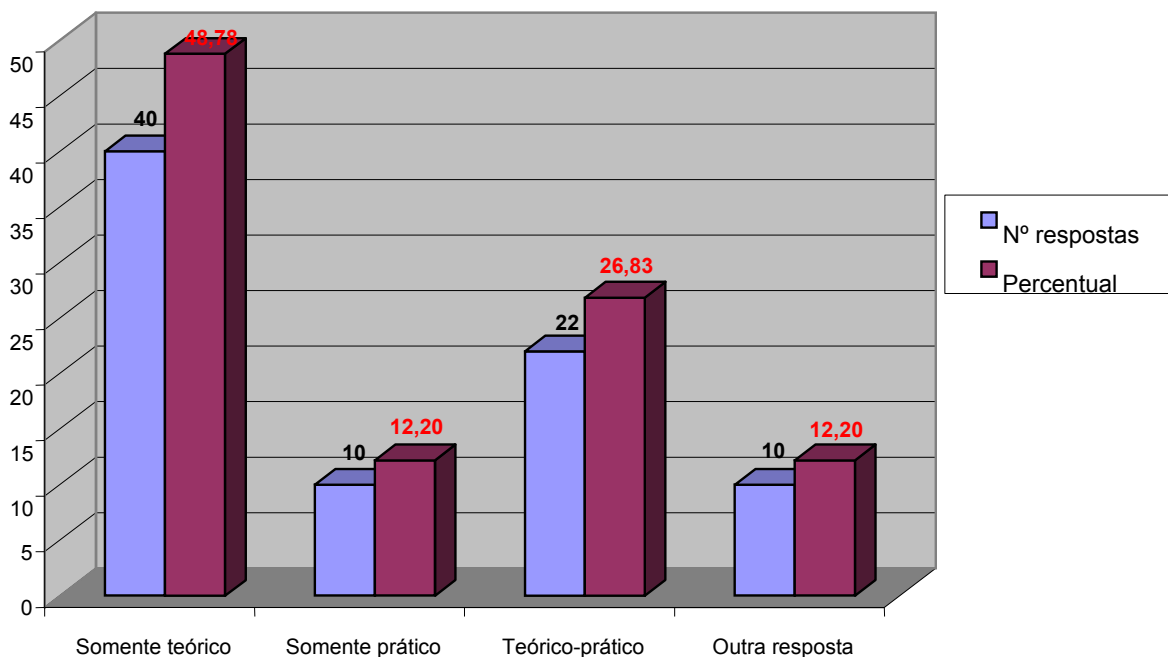


Figura 5 - Tipo de abordagem dada ao tema, durante a Formação médica, segundo os participantes da pesquisa. São Paulo, 2006.

A questão sobre o conteúdo da abordagem possuía respostas com permissão para serem apontadas várias opções:

- A. *Legislação quanto à morte (Código de Ética e outros códigos legais).*
- B. *Conceito/ Diagnóstico da morte.*
- C. *Atestado de Óbito.*
- D. *Condutas e terapêuticas para evitar a morte.*
- E. *Acompanhamento do paciente durante o processo de morrer.*
- F. *Acompanhamento dos familiares do paciente durante ou após o processo de morrer.*
- G. *Reflexões quanto ao processo de morrer.*
- H. *Reflexões sobre o seu sentimento diante da morte.*
- I. *Outra resposta. Especifique:*

Para os sujeitos da pesquisa, os assuntos mais abordados ao se tratar da Morte ou do Processo de morrer referem-se ao diagnóstico, causa e à legislação quanto à morte.

Na tabela 7 encontram-se os dados detalhados sobre esta questão.

Para uma melhor apresentação dos dados, as respostas foram caracterizadas pelas letras dos itens correspondentes, como representado acima.

Tabela 7: Conteúdo da abordagem sobre a Morte ou o Processo de Morrer, durante a formação médica, segundo os entrevistados. São Paulo, 2006.

Assuntos abordados	N	%
B	63	76,83
C	61	74,39
A	55	67,07
D	29	35,37
E	24	29,27
F	17	20,73
H	17	20,73
G	15	18,29
I	7	8,54

Quando foi perguntado sobre o que os médicos acharam da abordagem sobre os temas de morte na faculdade utilizou-se a seguinte classificação:

- A. Satisfatória – 7 a 10.*
- B. Pouco satisfatória – 4 a 6.*
- C. Insatisfatória – 1 a 3.*
- D. Indiferente – 0.*

Tabela 8: Avaliação feita pelos entrevistados quanto à abordagem do tema “Morte” ou “processo de Morrer” oferecida pela Escola. São Paulo, 2006.

Avaliação	N	%
Satisfatória	20	24,39
Pouco satisfatória	38	46,34
Insatisfatória	16	19,51
Indiferente	4	4,88
Não respondeu	4	4,88
Total	82	100,00

Observou-se que 46,34% dos entrevistados consideraram o preparo que receberam como pouco satisfatório, enquanto 19,51% deles não ficaram satisfeitos com a abordagem oferecida na formação médica.

Apenas 24,39% da população estudada ficou totalmente satisfeita com a condução do tema. Este resultado pode ser apreciado na tabela 8.

Ao se perguntar sobre o despertar do interesse sobre o tema após a abordagem recebida, pode-se observar na Figura 6 que 53,66% dos participantes da pesquisa tiveram um pouco mais de interesse em aprofundar seu conhecimento sobre o assunto, após a abordagem oferecida pela Escola, enquanto 17,07% relataram que se interessaram muito.

Entretanto 23,17% dessa população não teve nenhum interesse em aprofundar seus conhecimentos sobre a Morte ou o Processo de morrer.

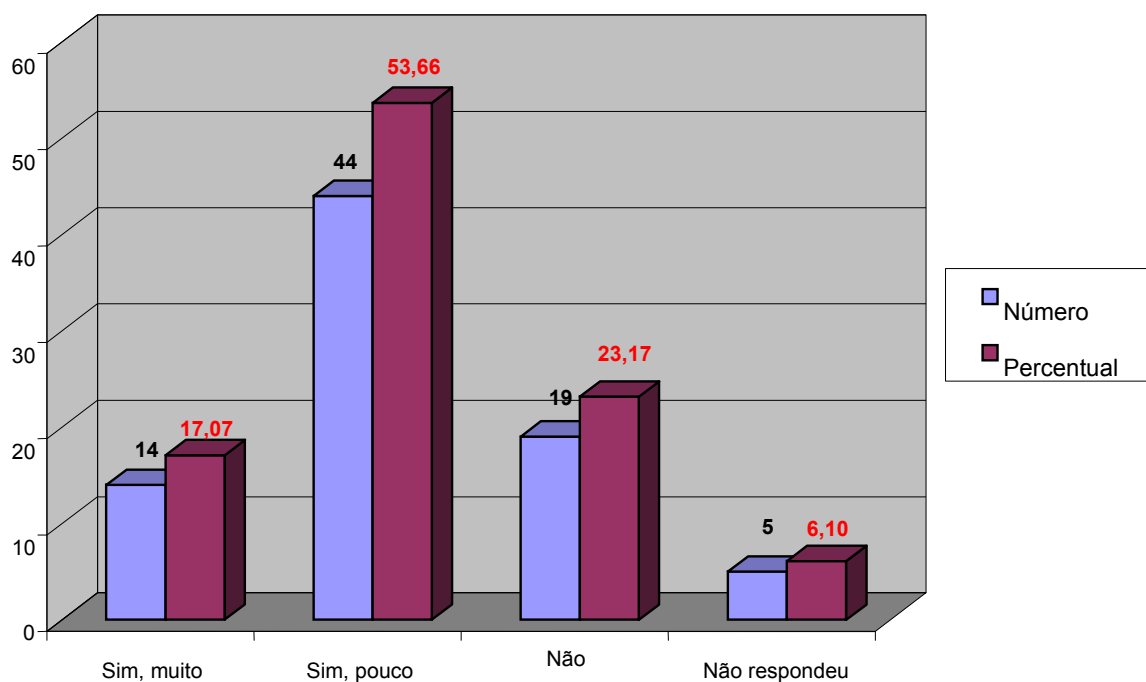


Figura 6 - Grau de interesse dos participantes da pesquisa, após abordagem do tema durante a Formação profissional. São Paulo, 2006.

Sobre o primeiro contato com a morte de um paciente, obteve-se o resultado de que dos 82 sujeitos de pesquisa, 45 (54,88%) vivenciaram a morte de um paciente na ocasião da formação clínica ou no internato, o que corresponde ao período do 3º ao 6º ano da graduação.

A tabela 9 apresenta os resultados levantados para todos os períodos.

Tabela 9: Ocasião de seu 1º contato com a morte de um paciente, segundo os entrevistados. São Paulo, 2006.

Ocasião	N	%
Antes de iniciar o curso	9	10,98
Durante a fase pré-clínica	19	23,17
Durante a fase clínica	45	54,88
Na residência médica	7	8,54
Não respondeu	1	1,22
Após início da atividade profissional	1	1,22
Total	82	100,00

Ao se levantar a classificação dada pelo entrevistado sobre a primeira experiência com a morte de um paciente que estivesse aos seus cuidados, grande parte dos sujeitos (73,17%) referiu o sentimento de angústia ao deparar-se pela primeira vez com a situação de morte de um paciente aos seus cuidados (tabela 10).

Tabela 10: Sentimentos relatados pelos entrevistados diante da 1ª experiência de morte de um paciente aos seus cuidados. São Paulo, 2006.

Respostas	Número	Percentual
Angustiante	60	73,17
Traumatizante	18	21,95
Enriquecedora	13	15,85
Outra resposta	11	13,41

Destacaram-se nesta questão, os outros sentimentos relatados pelos entrevistados no item “outra resposta”, principalmente no montante de vezes em que o sentimento de impotência foi enumerado, como se pode observar na tabela 11.

Dos 11 sujeitos da pesquisa que optaram por uma outra resposta, 05 apontaram a impotência diante da situação de morte como o sentimento que os dominou. Além deste, outros 04 tipos de sentimentos foram lembrados e 01 participante declarou que não teve a experiência enunciada.

Portanto, excluindo a resposta “não teve a experiência”, fica evidente que dos 10 médicos que relataram outros sentimentos, 05 (50%) afirmaram ser a sensação de impotência aquela que os afetou.

Tabela 11: Outros sentimentos relatados na opção “outra resposta” da questão 9. São Paulo, 2006.

Sentimentos	N	%
Impotência	5	50,00
Auto-cobrança	1	10,00
Reflexão	1	10,00
Tristeza	1	10,00
Tranquilizante/Reconfortante	1	10,00
Exercício do auto-controle emocional	1	10,00
Total	10	100,00

Ao indagar se foi recebida alguma preparação para dar uma notícia de morte, pode-se notar, na Figura 7, que mais da metade dos médicos entrevistados não receberam, durante sua formação profissional, preparação para a comunicação junto à família.

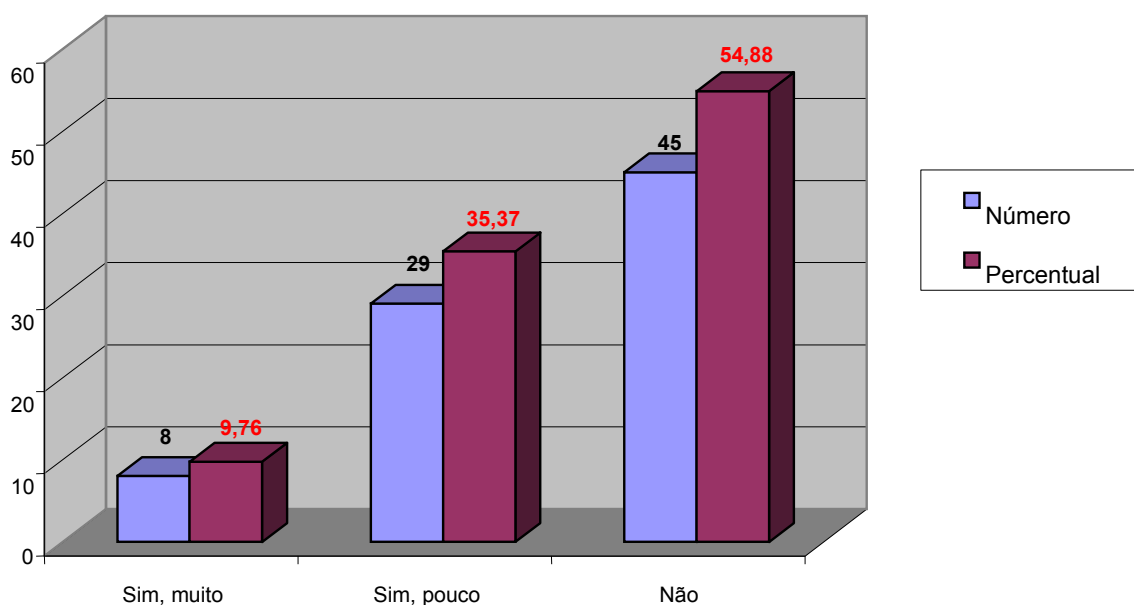


Figura 7 - Obtenção de preparo, durante a Formação médica, para comunicação da morte aos familiares. São Paulo, 2006.

Ao se perguntar se o entrevistado recebeu algum ensino para ajudar aos familiares do paciente à lidar com a morte, observa-se que, também para o trabalho junto à família durante o processo de morte do paciente, a maioria (57,23%) dos sujeitos da pesquisa não recebeu preparação (Figura 8).

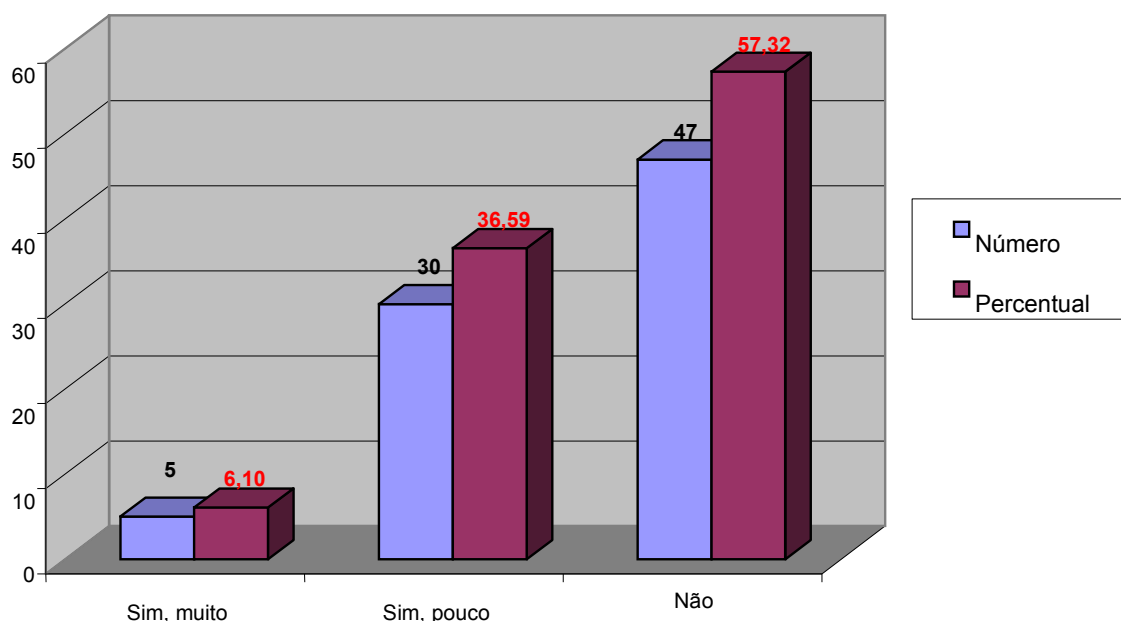


Figura 8 - Obtenção de preparo, durante a Formação médica, para lidar com os familiares de pacientes em processo de morte. São Paulo, 2006.

Questionados sobre o recebimento de preparação para trabalhar com a morte e o processo de morrer durante sua formação profissional, os resultados observados na Tabela 12 anunciaram que a maior parte dos entrevistados (54,88%) reconheceu que recebeu preparo para lidar com a morte, mas este foi considerado aquém do que considera hoje necessário.

Tabela 12: Obtenção de preparo, durante a Formação médica, para lidar com a "Morte" ou com o "processo de morte". São Paulo, 2006.

Obtenção de preparo	N	%
Sim, muito	5	6,10
Sim, pouco	45	54,88
Não	32	39,02
Total	82	100,00

Entretanto, 39,02% dos médicos argüidos relato que não obteve preparação para trabalhar com o tema proposto nesta pesquisa.

Dos 82 participantes da pesquisa, apenas 05 afirmaram que receberam preparo suficiente.

5.4 Sobre as competências diante da Morte na Prática Médica

Ao se perguntar “*Você sabe qual é o conceito médico atual de morte?*”, Pode-se verificar abaixo (tabela 13), que 58,54% dos entrevistados responderam “Morte encefálica”, estando de acordo com o atual conceito de morte.

Definindo a morte como “Morte cerebral”, observa-se 26,83% dos participantes.

Destaca-se a opção de “Parada cardíaco-respiratória” sendo apontada por 05 sujeitos da pesquisa.

Tabela 13: Conceito atual de Morte, segundo os entrevistados. São Paulo, 2006.

Conceito	N	%
Morte cerebral	22	26,83
Morte encefálica	48	58,54
Parada cardíaco-respiratória	5	6,10
Não sei	3	3,66
Outra resposta	4	4,88
Total	82	100,00

O quadro 2 descreve as definições de morte levantadas na opção “outra resposta”:

Quadro 2: Outras definições de morte dadas pelos participantes da pesquisa. São Paulo, 2006.

Outras definições

Interrupção irreversível das funções vitais

Todas as anteriores

Morte cerebral e morte encefálica

Sem vida, sem pulso, sem atividade encefálica.

Foi levantada a existência dificuldade de conhecimento técnico para diagnosticar a morte de paciente em parada cardíaco-respiratória, sendo que dos 82 médicos participantes, 55 (67,07%) afirmaram não terem nenhuma dificuldade para este diagnóstico.

Porém, 26 (31,71%) dos entrevistados reconheceram que possuem dificuldade técnica para este procedimento em maior ou menor grau (2,44% e 29,27%, respectivamente).

Pode-se verificar estes resultados na tabela 14 apresentada abaixo.

Tabela 14: Existência de dificuldade técnica para diagnosticar a parada cardíaco-respiratória, segundo os entrevistados. São Paulo, 2006.

Existência de dificuldade	N	%
Sim, muito	2	2,44
Sim, pouco	24	29,27
Não	55	67,07
Não respondeu	1	1,22
Total	82	100,00

Foi perguntado a seguir, se havia dificuldade de conhecimento técnico

Tabela 15: Existência de dificuldade no diagnóstico de Morte encefálica, segundo os participantes da pesquisa. São Paulo, 2006.

Existência de dificuldade	N	%
Sim, muito	28	34,15
Sim, pouco	27	32,93
Não	25	30,49
Não respondeu	2	2,44
Total	82	100,00

para diagnosticar a morte encefálica, segundo os critérios mínimos estabelecidos no Termo de Declaração de Morte Encefálica (Resolução do CFM nº 1.480/ 97).

Já nesta questão os médicos entrevistados inverteram a relação da questão anterior, como pode ser verificado na tabela 15.

Apenas 30,49% deles afirmaram não sentir dificuldade para realizar o diagnóstico de morte encefálica, segundo os critérios legais.

Em contra partida, 67,08% admitiu possuir dificuldade para diagnosticá-la.

Indagando sobre a existência de alguma dificuldade para comunicar a morte do paciente aos seus familiares, obteve-se resultado com uma diferença insignificante entre aqueles que sentem e os que não sentem dificuldade de comunicar a morte, como se pode verificar na tabela a seguir (Tabela 16).

Tabela 16: Existência de dificuldade para comunicar a morte aos familiares, segundo os entrevistados. São Paulo, 2006.

Existência de dificuldade	N	%
Acho que não, apesar de não ter a experiência.	1	1,22
Acho que sim, apesar de não ter a experiência.	3	3,66
Não sei, pois nunca passei por esta experiência.	1	1,22
Não.	38	46,34
Sim.	34	41,46
Outra resposta.	4	4,88
Não respondeu.	1	1,22
Total	82	100,00

Algumas observações e afirmações oferecidas no item “outra resposta” encontram-se demonstradas no Quadro 3.

Quadro 3: Outras respostas e observações feitas pelos participantes da pesquisa quanto à existência de dificuldade para comunicar a morte aos familiares. São Paulo, 2006.

Dependendo da família e do seu emocional para a notícia, me preparo um pouco no intuito de amenizar as pressões.
Depende da situação, causa mortis, idade do paciente, dinâmica da família.
Depende do caso e se estou acompanhando o paciente.
No início da carreira, sim. Depois, com a experiência, diminuiu a dificuldade.
É sempre difícil, porém faz parte da nossa atividade.
Deveria haver preparo nos hospitais-escola.

O quesito seguinte perguntou sobre o tipo de dificuldade encontrada para a comunicação da morte, mas muitos dos entrevistados apontaram resposta divergente ao respondido na questão anterior. Assim, optou-se por desconsiderá-lo, ao ser observado, durante a análise, que havia indícios de incompreensão da pergunta por parte dos sujeitos da pesquisa.

A última questão contemplou o assunto que motivou este estudo, sendo levantada a existência de alguma dificuldade para fornecer o Atestado de Óbito a um paciente com diagnóstico de morte encefálica, mas que mantivesse os batimentos cardíacos.

O resultado deixou evidente que mais da metade dos médicos entrevistados relataram que tem dificuldade em fornecer o atestado de óbito na situação exemplo, como pode ser visualizado na tabela 17.

Tabela 17: Existência de dificuldade em fornecer atestado de óbito para paciente em morte encefálica, mas com manutenção dos batimentos cardíacos. São Paulo, 2006.

Existência de dificuldade	N	%
Sim	44	53,66
Não	26	31,71
Não sei	10	12,20
Não respondeu	2	2,44
Total	82	100,00

6 Discussão

6 Discussão

6.1 As dificuldades na coleta dos dados da pesquisa

As dificuldades encontradas na coleta dos dados durante o desenvolvimento da coleta dos dados referiram-se a pouca adesão à pesquisa por parte dos médicos, tanto no hospital quanto na faculdade. A maior dificuldade foi observada junto ao Hospital Geral de Taipas.

As alegações mais freqüentes foram quanto à indisponibilidade de tempo para participação do inquérito. A negativa ocorreu ainda no momento do convite, antes mesmo da entrega do questionário.

Em outras ocasiões, houve a aceitação, mas após leitura rápida do instrumento da pesquisa, foi solicitado que o preenchimento fosse feito em outro momento, com a entrega posterior. Na maioria desses casos não houve o seu retorno.

Outro fator de dificuldade foi relativo ao tempo disponível para que a pesquisadora pudesse estar pessoalmente com todos os sujeitos da pesquisa. Assim, foi feito contato com os médicos chefes de equipe e outros responsáveis pelos turnos e setores de trabalho, sendo-lhes solicitado auxílio na divulgação e recebimento dos questionários, entretanto, esta estratégia não teve sucesso.

Tentou-se uma estratégia de sensibilização, sendo confeccionados pequenos cartazes onde foi solicitada a participação dos médicos, sendo informada a importância do trabalho para a melhoria na formação médica. Esses cartazes foram fixados em pontos estratégicos para sua visualização, como na sala de repouso médico e nas salas dos supervisores de serviço. Mais uma vez não se conseguiu obter aumento da participação dos colegas médicos.

Portanto, apenas 82 questionários foram respondidos e devolvidos.

Vários trabalhos envolvendo médicos como sujeitos de pesquisa descrevem sobre dificuldades para a obtenção de respostas aos questionários (CARNEIRO; GOUVEIA, 2004; GOUVEIA *et al*, 2005; SOBRINHO *et al*, 2006; NASSAR JR. *et al*, 2005).

Pode-se levantar algumas reflexões sobre as possíveis causas para as “recusas” à participação de pesquisas:

- Será que a causa seria apenas por falta de interesse no tema pesquisado?
- Será que foi devido a algum aspecto metodológico, como questionário extenso,

A insegurança no tratar de assuntos que expõem seus conflitos internos, comportamentos e condutas pessoais, que muitas vezes não são exatamente aqueles os esperados pela sociedade, pode ser um fator importante para a negativa da participação.

Schraiber (1995) ao abordar a metodologia qualitativa em estudos sobre a profissão médica descreve sobre a dificuldade do médico em falar sobre si mesmo e sobre sua prática profissional.

Os médicos, em geral, não são concebidos e não se autoconcebem exatamente na categoria de homens-comuns, mas como grupo muito especial de sujeitos sociais, cujo trabalho, além disso, funda-se na concepção do segredo profissional. Assim, se por um lado, podem entender a necessidade do relato ou a relevância da pesquisa, por outro, detêm a noção de que seus procedimentos, principalmente os da dimensão técnica, não devem ser do conhecimento público. Estão dispostos, pois, a falar sobre a medicina, talvez até sobre a prática de outros, preferencialmente anônimos... Porém, usualmente, a não ser entre pares (médicos), não falam de si ou de seus cotidianos. (SCHRAIBER, 1995)

Outro aspecto que deve ser levado em consideração, e que foi usado como argumento pelos médicos que recusaram a participação nesta pesquisa, é a indisponibilidade de tempo para responder ao questionário.

Sobrinho *et al* (2006) relata que existe uma grande dificuldade na obtenção de respostas a pesquisas realizadas com médicos. Em sua pesquisa sobre as condições de trabalho e saúde dos médicos, realizada em Salvador, obteve 42,3% de recusas à participação. Declara que a pesquisa que compôs o “perfil dos médicos no Brasil” houve um percentual de 48% de perdas e recusas entre os médicos brasileiros. Encontrou ainda outro trabalho sobre a atenção que os médicos dedicam a sua própria saúde, realizado em Barcelona, onde este percentual foi de 66%.

Estes estudos demonstram que há grande demanda de pacientes a serem atendidos, principalmente nos serviços de urgência e emergência, fazendo com que os profissionais médicos tenham de exercer suas atividades com rapidez, mas mantendo o cuidado necessário para com toda a responsabilidade profissional. Precisam, ainda, correr de um emprego para o outro a fim de suprir o seu sustento e

de sua família, assumindo, por vezes, 3 a 4 atividades profissionais. Atuam em ambientes tanto físico quanto emocionalmente desgastantes, onde as pressões externas (administrativas, estruturas precárias de trabalho e cobrança da própria sociedade) são fatores agravantes para as inadequadas condições de manutenção do equilíbrio mental. Assim, os médicos não raramente apresentam distúrbios psíquicos e emocionais relacionados às suas atividades laborativas.

6.2 Sobre o papel do médico diante da Terminalidade

A primeira questão abordou a opinião pessoal do participante da pesquisa sobre o papel do médico em relação ao final da vida e permitiu que fossem assinaladas todas as respostas que lhe coubesse.

A intenção desta pergunta foi de introduzir o entrevistado ao tema, fazendo-o refletir sobre a postura médica diante da Terminalidade.

O resultado obtido mostra a tendência dos profissionais entrevistados em dar uma maior importância à competência técnico-científica (92,68% responderam que é papel do médico avaliar e acompanhar tecnicamente o paciente à morte). Esta tendência é corroborada por diversos autores já citados, quando relatam em seus trabalhos que esta supervalorização vem ocorrendo na história da Medicina, aliada ao avanço científico e às grandes descobertas tecnológicas desde o século XIX. As escolas médicas aderiram a este fascínio, seguindo o paradigma Flexneriano, inculcando nos jovens alunos a paixão pelo saber mecanicista, limitado à ciência e à tecnologia, como descrito no capítulo 3.7 da seção 3.

Entretanto, pode-se observar também pelo resultado exposto que existe a expressão da atenção médica ao paciente moribundo e sua família, quando um percentual significativo dos entrevistados aponta ser um importante papel do médico oferecer esta atenção (78,05% e 80,49%, respectivamente).

Falcão e Lino (2004) realizaram um estudo sobre o preparo para lidar com a morte com estudantes de medicina do 1º e 5º anos. Mostraram que a percepção dos alunos parece sofrer alterações no decorrer do curso médico. No início, os alunos tendem a considerar como fundamental dar atenção ao paciente que se encontra em processo de morte. Para os alunos do 5º ano, este olhar se desloca para a família, além de sobressair a questão técnica. Verificaram que os iniciantes

têm grande expectativa de receber ampla formação sobre o assunto, mas observaram através da análise dos estudantes do final do curso, que esta não foi atendida. Consideram compreensível, devido à falta de preparo, os estudantes fugirem de lidar com situações tão “complexa e dolorosa”. Levantando a questão, convidam as faculdades de medicina e as instituições hospitalares para reflexão, em face de seu importante papel na formação médica.

Observando o perfil da população estudada (maior parte acima de 40 anos, com considerável tempo de atividade médica e vivência em diversos setores hospitalares), pode-se verificar que trata-se de um grupo detentor de certa maturidade pessoal e profissional. Esta maturidade, que *a priori*, marca a população estudada nesta pesquisa pode ser analisada segundo a explanação feita por Teixeira (2005), sobre a evolução da competência do Médico.

Este autor relata que esta competência está fundamentada sobre um alicerce de 03 pilares: a eficiência, a experiência e a ética, sendo que o primeiro valor compreende o conhecimento médico, as habilidades e as atitudes. O segundo valor significa a vivência profissional e dá ao médico o aperfeiçoamento da arte, do talento na utilização de recursos e habilidades pessoais em prol de seus pacientes. O terceiro valor é baseado nos princípios éticos, no respeito à justiça, aos direitos do ser humano à vida digna (grifo nosso) e à autonomia, na compaixão e amor ao próximo, e ainda no altruísmo. Afirma que este último valor deve balizar o comportamento do médico.

Faz consideração aos objetivos da Medicina, os quais todos os profissionais devem ter como fundamento:

A medicina existe para proporcionar ao ser humano um nascimento seguro e uma morte confortável, para proteger o sadio, curar o doente quando possível, aliviar o seu sofrimento e confortá-lo, e, ainda, para cuidar do deficiente durante sua vida. (MCKEOWN, 1980, *apud* TEIXEIRA, 2005).

Ainda segundo Teixeira, a aprendizagem em Medicina é lenta e progressiva. São fases que o médico percorre desenvolvendo competência cada vez maior para o exercício da Arte.

A primeira fase, chamada por ele de *Infância Profissional ou Percepção linear*, inicia com a entrada do estudante ao mundo do conhecimento médico, quando progressivamente assimila os ensinamentos transformando o conhecimento leigo em saber científico, mas sem uma capacidade de avaliação crítica. Evolui com

a vivência nos ambientes de trabalho, descobrindo as responsabilidades e as dificuldades de seu ofício, além de perceber a necessidade de aperfeiçoamento. Caminha pela Residência médica buscando aprimorar o conhecimento técnico e científico. Nesta fase, o médico pode “conhecer bem a doença, mas freqüentemente negligencia o doente”. Esta é a base necessária para que se processe a evolução profissional, embora alguns permaneçam estacionados nesta fase por tempo indeterminado.

Na fase seguinte (*Maturidade Profissional ou percepção humanística*), o profissional já traz alguma experiência na Medicina, aproveitando-a para aprimorar seu conhecimento e habilidades, demonstrando mais consciência e aprofundando suas reflexões para adotar as condutas pensando no bem de seu paciente como um todo. Não visa apenas erradicar a doença.

Teixeira (2005) ressalta que esta fase depende das “características individuais da personalidade do médico”.

A próxima etapa da evolução da competência do médico é a denominada *Excelência Profissional ou Percepção holística*. É nesta fase em que o médico assume a “manifestação máxima de ser humano e de cientista. Domina a utilização do conhecimento, da coerência e da sabedoria”, ou seja, manifesta a integração da ciência, de forma consciente, com a natureza, demonstrando a evolução de sua “eticidade” (SEGRE; COHEN, 2002).

Teixeira (2005) afirma que ao atingir este nível de competência, a atividade e a consciência do médico suplantam aquelas das fases de percepção linear e de visão humanística, adquirindo o olhar abrangente do Universo onde o ser humano está inserido. Declara que poucos conseguem alcançar este estágio.

6.3 Sobre o preparo do estudante de Medicina para lidar com a morte, durante a formação acadêmica

6.3.1 A abordagem ao tema Morte ou Processo de morrer

Um dos itens que se procurou verificar nesta pesquisa foi sobre o tratamento dado à “Morte” junto aos alunos, durante a fase de sua formação (a ocorrência, o momento e a forma de abordagem do assunto). Pretendeu-se ainda,

observar se este atingiu a expectativa, numa análise pessoal e retrospectiva do médico já em plena atividade profissional.

Este estudo observou que 70,73% dos entrevistados relataram que o tema foi pouco abordado durante a formação, para 21,95% não foi discutido e apenas 7,32% afirmou que foi um assunto muito abordado.

Siqueira (2005) afirma que no curso médico aprende-se muito sobre as tecnologias de ponta e muito pouco sobre a ética da vida e da morte. Descreve o resultado de um estudo publicado no Archives of Internal Medicine em 1995 onde foi verificado que “apenas 05 entre 126 escolas médicas norte-americanas ofereciam ensinamentos sobre a terminalidade humana”. Mostrou ainda que, raramente, o tema é discutido nas reuniões científicas dos programas de residência médica.

Esta falta de preparo traz sérios problemas para o médico, pois tendo a enorme responsabilidade de “curar”, maior será o sentimento de fracasso diante da inevitável morte do paciente. A obsessão de manter a vida biológica, somada à falta de maturidade para reflexão sobre as reais possibilidades de tratamento, podem conduzir o médico à obstinação diagnóstica e terapêutica. Portanto, os problemas não acometem apenas o médico. O paciente em situação de processo de morte passa a ter sua dignidade desrespeitada, sendo-lhe imposto um prolongamento inútil do sofrimento. (SIQUEIRA, 2005)

Quintana, Cecim e Henn (2002) analisaram o modo como as escolas trabalham o tema morte e observaram que não abordar o assunto é, na realidade, uma forma de preparar o estudante a lidar com este problema por meio do mecanismo de negação. Entretanto, esta forma de defesa contra as angústias geradas pelo convívio com a morte e com o morrer mostrou-se ineficiente.

Ao verificar o momento quando ocorreu a abordagem da Morte ou do Processo de morrer oferecida pelos aparelhos formadores, este estudo observou que para a maioria dos participantes, a morte, quando explorada, foi na disciplina de Medicina Legal ou Ética médica (54,88%). A forma do tratamento foi somente teórica para aproximadamente metade dos entrevistados (48,78 %), sendo que os assuntos mais citados foram o conceito / diagnóstico da morte, o atestado de óbito e a legislação quanto à morte contida no Código de Ética Médica ou nos Códigos Legais. A avaliação feita sobre a abordagem da Morte oferecida durante a graduação mostrou que para a maioria foi insatisfatória ou pouco satisfatória (19,51% e 46,34%, respectivamente). Mostrou, ainda, que o interesse sobre o

assunto aumentou, após a abordagem, para mais da metade dos participantes (53,66%).

Não é de se estranhar que o tema Morte tenha ocorrido na disciplina de Medicina Legal, pois este assunto está muito inserido no campo jurídico. Um dos maiores tópicos da Medicina Legal é a Tanatologia e “estuda a morte e todas as suas repercussões na esfera jurídico-social” (FRANÇA, 2004. p. 327). São abordados neste tópico, conceituação da morte, critérios para o diagnóstico, as causas jurídicas e toda a legislação relacionada com o tema, seja ela ético-profissional, jurídica, ou sanitária. Isto explica o conteúdo oferecido aos participantes e citado nesta pesquisa.

Deve-se salientar que todo o conhecimento relacionado com os aspectos legais da morte é necessário para a formação do médico, uma vez que ele é o responsável por seu diagnóstico e esclarecimento clínico de sua causa e pela emissão do atestado de óbito. A partir da constatação médica da morte, diversas repercussões são geradas como a inumação, doação de órgãos para transplantes, início de procedimentos sucessórios, etc. É o médico que dá a prova incontestável do desaparecimento do indivíduo. (CARVALHO, 1987).

Além de todas estas implicações legais da morte, não se pode esquecer que a situação de morte ou do processo de morrer leva ao desenvolvimento de vários dilemas éticos envolvendo a consciência profissional, diferenças morais, culturais e religiosas, assim como repercussões emocionais para médico, paciente e familiares. Portanto, a finitude é um tema que deveria estar indiscutivelmente presente na ética médica. (SIQUEIRA, 2005b).

Siqueira, Sakai e Eisele (2002) realizaram um estudo na Universidade de Londrina, junto aos egressos do curso de medicina, divididos em período A (relativo ao ensino da ética junto à Medicina Legal e Deontologia - 1968 a 1995) e período B (referente ao ensino da ética pela disciplina de Deontologia e Bioética, introduzida em 1996), comparando a formação ética entre os dois modelos.

Quando solicitado apontar temas e áreas do conhecimento que consideravam necessários para a prática médica, mas que não tinham sido incluídos na graduação, observou-se que para os egressos do período A, 38,5% indicaram a ética; 33,8%, a área das ciências humanas; 29,4%, a relação médico-paciente e 29,1%, referiram as questões relacionadas à morte.

Quanto à avaliação que fizeram sobre a formação ética oferecida, o resultado do período A revelou um significativo grau de insatisfação (81,6%).

Estes mesmos autores ainda citam o estudo conduzido por Meira em 1992, onde foi avaliado o ensino da Ética em 79 escolas médicas brasileiras, mostrou que este ensino é quase exclusivamente dedicado à Deontologia (direitos e deveres do médico), com um percentual de apenas 0,6% do total da carga horário do curso e, em 90% das escolas é realizado pela disciplina de Medicina Legal.

Outro estudo realizado em 2001, com o mesmo objetivo de avaliar o ensino da Ética nas Faculdades de Medicina do Brasil, chegou à conclusão de que em quase 10 anos não houve mudança significativa desse cenário, mas acenou uma tendência de melhoria no que se refere à filosofia desse ensino e ao conteúdo programático. Na maioria das escolas os métodos de ensino são através de aulas magistrais, mesas redondas e seminários e mais de 85% delas afirmaram abordar o tema de ética no final da vida (MUÑOZ, D; MUÑOZ, R.D., 2003).

O quadro 3, mostrado a seguir, faz uma comparação entre as informações colhidas nesta pesquisa sobre o ensino para lidar com a Terminalidade e os resultados dos estudos realizados sobre o ensino da Ética nas escolas médicas brasileiras em 1992 e em 2001.

Quadro 3 - Comparação entre este estudo sobre o ensino da Terminalidade (visão ética) e os trabalhos citados sobre o ensino da Ética. São Paulo, 2006.

	Terminalidade (2006)	Ética - Meira (1992)	Ética - Muñoz (2001)
Ocorrência	Pouca abordagem	Pequena carga horária (50h).	Discreto aumento da carga horária (60h).
Momento	Medicina Legal.	Medicina Legal.	Medicina Legal.
Método	Teórico.	Teórico.	Teórico/ Reflexivo.
Conteúdo	Médico-legal e normativo.	Deontológico (normas)	Deontológico e Introdução de alguns temas éticos.

Considerando o período da graduação dos médicos participantes do trabalho aqui apresentado (tabela 3), onde mais da metade (65,85%) tiveram sua formação acadêmica anterior a 1992, pode-se aventar que os resultados sobre a abordagem do tema Morte oferecida aos estudantes espelham os resultados obtidos por Meira ao tratar da educação ética.

Devido ao caráter ético do tema Morte, este deveria ser abordado no ensino da ética. Portanto, como a ética era praticamente inexplorada no curso médico, os dados desta pesquisa aponta o pouco desenvolvimento do assunto no conteúdo programático do curso, sendo dedicado aos aspectos médico-legais, sem ou com pouca abrangência ética do tema.

Ao verificar a época de graduação dos demais entrevistados (1994 – 2003), nota-se que os resultados menos expressivos da pesquisa parecem mostrar uma relação com o estudo realizado em 2001.

Aqui aparecem informações sobre a ocorrência da abordagem da Terminalidade em disciplinas diversas à Medicina Legal, abrem-se espaço para o método teórico/prático, com reflexões sobre o processo de morte, mas mantendo pouca expressão. Estes resultados podem estar relacionados com a discreta melhoria do ensino da ética nas faculdades de medicina mencionada por Muñoz.

6.3.2 O preparo para a prática médica em situação de Morte ou Processo de morrer: desenvolvimento de habilidades

Neste estudo procurou-se explorar se houve momentos, durante a formação médica, que ajudassem os estudantes a desenvolver habilidades cognitivas e afetivas para lidar com situações de Terminalidade.

Ao ser indagado em que momento ocorreu o 1º contato com a morte de um paciente, a grande maioria (54,88%) dos entrevistados respondeu que foi na fase clínica do curso, ou seja, do 3º ao 6º ano da graduação. Outros (23,17%) vivenciaram a situação na fase pré-clínica, correspondendo do 1º ao 2º ano. E, 8,54% tiveram esta experiência apenas na época da residência médica.

Este primeiro contato trouxe repercussões afetivas aos médicos aqui ouvidos, sendo que o sentimento de angústia foi o mais declarado (73,17%). A situação foi traumatizante para 21,95% e enriquecedora para 15,85% dos participantes. Outros 13,41% forneceram outras respostas, sendo que para 50% desses, o sentimento de impotência foi o que os afetou.

Como já citado em outros momentos deste trabalho, a vivência de situações de morte ou do processo de morte traz vários desafios principalmente para os médicos que além da grande possibilidade confronto diário com tais situações, são e se sentem responsabilizados de salvar vidas ou de curar, mesmo quanto não

há mais condição de salvar ou curar. Conviver com estas situações e pressões sem a devida preparação emocional culminam em distúrbios emocionais e de comportamento, demonstrando a vulnerabilidade psicológica do médico (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

Ramos-Cerqueira e Lima (2002) falam sobre formação psicológica do médico, sua “Identidade Profissional”, que se inicia na entrada do estudante no hospital, sem ainda estar preparado para lidar com a dor, sofrimento e morte, tendo que enfrentar estas situações. Ele estará de frente a poucas opções: “lidar com seus sentimentos, fragilizando-se e buscando ajuda ou começar a construir defesas - modeladas pelos mais velhos – distanciando-se do paciente, refugiando-se na racionalidade, na técnica, no organicismo”.

Redinbaugh *et al* (2003) em seu trabalho sobre as reações emocionais de médicos e estudantes diante da morte, afirma que “a maioria destas histórias reflete sentimentos de tristeza, culpa e tensão causadas pelo cuidado ao paciente. Estas reações foram associadas à Síndrome de Burnout, podendo levar os médicos a doenças psiquiátricas”. Seu estudo, descrito no parágrafo 14 do capítulo 3.8, mostra que os médicos e em especial os alunos internos são fortemente afetados pela morte do paciente, principalmente quando existe uma relação mais prolongada. Relata sobre a importância de se aproveitar as oportunidades, durante o treinamento médico, para a discussão e reflexão sobre os sentimentos aflorados pela experiência do cuidado ao paciente diante da morte.

Vários trabalhos que analisam a saúde mental de médicos e estudantes de medicina (NOGUEIRA-MARTINS, 1996; NOGUEIRA-MARTINS e JORGE, 1998; MELEIRO, 1998; NOTO *et al*, 2001; NOGUEIRA-MARTINS, 2002; RAMOS-CERQUEIRA e LIMA, 2002; REDINBAUGH, E.M *et al*, 2003) concordam que a Medicina é uma área fascinante por vários aspectos, inclusive pelo “poder” sobre a vida e a morte que lhe foi atribuído desde os primórdios da profissão pela cultura sociedade ocidental. Sendo perpetuado nas escolas médicas e fortalecido pelos grandes avanços técnico-científicos. Isto cria expectativas e desejos que muitas vezes não encontram sustentação diante da realidade. São, então, experimentadas as limitações e sem a devida ajuda, os estudantes começam a utilizar de mecanismos de defesa contra os sentimentos de culpa pelo fracasso, da perda da “onipotência” e frustrações. Muitas vezes estes sentimentos levam à distúrbios emocionais e psiquiátricos, sendo causa freqüente para o alto índice de suicídios,

uso de drogas, descuido com a própria saúde, etc. Tanto na Formação quanto no exercício profissional da Medicina, lidar com a dor, com o sofrimento e com a morte é importante fator de estresse associado à prática médica. Afirmam que existem fatores predisponentes de vulnerabilidade psicológica do médico e concordam ainda que as Faculdades de Medicina precisem oferecer suporte para a elaboração dos sentimentos e superação dessas pressões. Algumas medidas preventivas e experiências são descritas, demonstrando como o apoio psicopedagógico ao aluno de medicina pode e deve ser desenvolvido.

Quintana *et al* (2002) afirmam que as estratégias usadas pelas escolas médicas na tentativa de proteger o estudante, acabam por provocar-lhes um mal maior no futuro:

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 deparar com o óbito de seu paciente, surgirão, inevitavelmente, sentimentos de impotência, ansiedade e depressão.

Sobre o preparo para dar uma notícia de morte, os participantes da pesquisa aqui apresentada responderam, em sua maioria (54,88%), não ter recebido qualquer instrução por parte da escola e 35,37% deles afirmaram que a receberam em pouca quantidade.

Quanto ao desenvolvimento de habilidades para oferecer apoio aos familiares que vivenciam a perda da pessoa querida, também a maior parte dos entrevistados não teve (57,23%) ou teve poucas (36,59%) oportunidades de exercitá-las.

Este resultado corrobora com o estudo realizado por Starzewski Júnior, Rolim e Morrone (2005), onde foi avaliada a comunicação da morte aos familiares em um grande hospital-escola. Verificaram que a maior parte dos médicos entrevistados classificou a preparação para comunicar a morte, obtida na formação acadêmica, como inadequada (52,8%), pouco adequada (8,3%) e 18,9% considerou-a adequada. Observaram também que os profissionais encontram maiores dificuldades para a comunicação da morte quando esta ocorre em quadros agudos, nos casos de pacientes jovens e nas situações onde os familiares têm dificuldades para entender as explicações e a gravidade do quadro clínico.

Comentando o estudo acima citado, Del Giglio (2005) declara a importância do relacionamento médico com a família do falecido:

O ato de especificamente avisar uma família acerca de um óbito de um parente, ainda que por telefone, permite que o médico dedique a estas pessoas alguns minutos de seu tempo e demonstre, assim, a sua atenção e compaixão para com elas. É esta a mágica da relação médico-paciente que se estende de forma similar aos seus parentes: dedicação, atenção e compaixão. Ao enxergar a família de um ente falecido sob uma ótica humana, o médico evita a despersonalização da sua prática médica e consegue, desta forma, edificar um verdadeiro relacionamento humano que vislumbra o outro ser na sua totalidade, envolvendo suas emoções e espiritualidade. (Del Giglio, 2002 *apud* Del Giglio, 2005).

Complementa dizendo que acredita que o exemplo e a supervisão docente durante situações de morte poderiam ser mais úteis do que qualquer literatura sobre o assunto.

Finalmente, os médicos participantes da pesquisa aqui apresentada, avaliaram a preparação para lidar com a morte recebida durante a formação profissional, sendo que 54,88% a consideraram insuficiente, 39,02% relataram que não foram preparados e apenas 6,10% afirmaram que receberam muito preparo. A consideração feita pelos entrevistados reflete bem toda a discussão feita até o momento e consubstancia os estudos e opiniões dos vários autores que abordam este tema.

6.4 Sobre a competência obtida e seu reflexo na prática clínica

Um dos dilemas vividos por médicos é relativo ao conceito de morte, uma vez que recentemente (final da década de 60) surgiu a sua nova definição médico e legal. A morte deixou de ser definida pela tradicional parada cardíaco-respiratória, passando a ser estabelecida através da morte encefálica.

Assim, procurou-se verificar a repercussão dessa mudança para o médico, levando em consideração o conflito desenvolvido entre o científico e o cultural.

A maioria dos participantes da pesquisa (58,54%) quem o conhecimento de que o conceito atual de morte é a morte encefálica, mas para 26,83% o final da vida é caracterizado pela morte cerebral e para outros 6,10% é pela parada cardíaco-respiratória.

Este resultado sugere que possa existir, no próprio meio médico, uma confusão no entendimento semântico entre morte cerebral e morte encefálica, ou ainda que reflita a própria controvérsia que existe em relação à demarcação do

momento exato que deixa de existir a vida no ser humano como já citado no capítulo 3.6.

"A principal discórdia, do ponto de vista científico, é conceitual e não técnica. [...]". (MANREZA, L. A., [?] *apud* GOGLIANO, D., 1993).

Quanto à existência de dificuldade técnica para diagnosticar a morte encefálica, 67,08% dos entrevistados declararam sua dificuldade, contra os 67,07% que afirmaram não ter dificuldade para o diagnóstico de morte por parada cardíaco-respiratória.

Observa-se que do ponto de vista prático, um número expressivo dos médicos aqui abordados tem o conhecimento técnico e competência para determinar a morte pela parada cardíaco-respiratória, mas o mesmo não acontece com a morte encefálica.

Embora possa ser feito por critérios clínicos neurológicos, este diagnóstico precisa ser minucioso e exato, necessitando do cumprimento metódico de protocolos e de exames complementares fidedignos. Neste aspecto deve-se chamar a atenção para a especificidade de equipamentos, do pessoal capacitado para a realização dos exames complementares e dos conhecimentos e experiência médica para a determinação segura da morte encefálica (LUCCAS *et al*, 1998; TREVISOL-BITTENCOURT *et al*, 2003; CASELLA, 2003), pois como diz Trevisol-Bittencourt, "apenas um lapso de tempo o separa das condições do diagnosticado".

Esta competência é dominada geralmente pelos profissionais que trabalham em unidades de terapia intensiva, neurologistas ou áreas afins.

Considerando a cultura de especializações na profissão médica, os médicos que não atuam nesta esfera não possuem o conhecimento técnico e a experiência necessários para realizar este diagnóstico, apesar de existir resolução do Conselho Federal de Medicina definindo e orientando os critérios para determinação de morte encefálica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).

Quando avaliada nesta pesquisa a comunicação da morte aos familiares, praticamente não se observa diferença entre os médicos que têm dificuldade neste relacionamento (41,46%) e aqueles que não a tem (46,34%).

O que se destaca nesta situação é a incoerência dos relatos dos entrevistados quanto à deficiência de preparo para comunicar a morte à família oferecida pela Escola (54,88% não tiveram esta orientação e 35,37% recebeu pouco

preparo) e a observação da falta de dificuldade para transmitir tal notícia na atividade profissional.

Este fato sugere que houve o médico adquiriu esta habilidade durante a prática clínica, sem o devido preparo, o que levanta o questionamento sobre a qualidade desta habilidade e o desgaste emocional para desenvolvê-la. Isto coloca em risco a saúde mental tanto do médico quanto dos familiares, como pode ser analisado nas afirmações abaixo:

O médico exerce um importante papel junto a cônjuges, parentes e amigos enlutados. Primeiramente, ele pode ter que preparar a família para a possível morte de um ser amado. Na ocasião da morte da pessoa, o clínico deve encorajar a ventilação dos sentimentos. Se esta expressão emocional for inibida, muito provavelmente estes sentimentos serão expressos de um modo mais intenso, posteriormente. As conseqüências de uma perda serão mais favoráveis se a pessoa puder interagir com outros que compartilhem e empatizem com seus sentimentos. [...]

[...] Alguns profissionais têm atitudes disfuncionais com relação à morte, que podem ser reforçadas por seu treinamento médico. Quando o treinamento focaliza-se quase que inteiramente no controle e erradicação da doença, à custa do atendimento e conforto da pessoa portadora da enfermidade, a morte transforma-se em inimiga a ser enfrentada. Em outras palavras, a morte pode equacionar-se com fracasso e podem, assim, refletir a inadequação e limitações do médico (KAPLAN, 1997 *apud* STARZEWSKI JÚNIOR *et al*, 2005)

Na última questão a ser apreciada pelos médicos respondentes colocou-se de forma clara, a situação que despertou todo este estudo. Corroborando a situação real, a maioria dos entrevistados (53,66%) declarou sua dificuldade em atestar o óbito de um paciente com diagnóstico de morte encefálica enquanto este estivesse com o coração batendo.

Cabe ressaltar alguns pontos desta pesquisa: 58,54% dos pesquisados afirmaram, em pergunta anterior, ter ciência do conceito atual de morte, ou seja, a morte encefálica; 67,08% reconheceram que possuem dificuldade de conhecimentos técnicos para o diagnóstico de morte encefálica.

Esses dados demonstram que mesmo sabendo que o paciente encontra-se legalmente e cientificamente morto, o médico tem resistência em declarar a morte, preenchendo o atestado de óbito, se ainda persistir batimento cardíaco. Revela-se, assim o conflito ético frente a uma tomada de decisão, de responsabilidade exclusivamente médica, por atribuição ética e legal (MS; CFM, 2006):

A emissão da DO é ato médico, segundo a legislação do País. Portanto, ocorrida uma morte, o médico tem obrigação legal de constatar e atestar o óbito, usando para isto o formulário oficial "Declaração de Óbito". (p. 9).

Braga Filho ainda comenta:

[...]. A materialização da morte é oferecida pela declaração de óbito, onde uma de suas partes é denominada de atestado.[...]. O atestado é um documento que afirma a veracidade de um fato, sendo uma parte da declaração de óbito, que ao ser registrada em cartório será denominada de certidão de óbito; portanto documento revestido de formalidades legais. A declaração e o atestado obrigatoriamente devem ser preenchidos pelo médico, sendo inaceitável qualquer delegação, pois é ato de exclusiva competência do médico.

O conceito de morte como sendo a morte encefálica, apesar de ser o conceito médico atualmente aceito, não o é de forma unânime. Isto ocorre devido ao fato de que as certezas acerca da morte estão intimamente relacionadas aos fatores religiosos e culturais. As discordâncias ficam mais evidentes quando o indivíduo é declarado morto (por morte encefálica) sem estar em parada cardíaca. A imagem da vida representada pela atividade do coração ainda está muito arraigada na sociedade ocidental. A ciência médica evoluiu e demonstrou o automatismo do coração, provando que a atividade simplesmente cardíaca não significa condição suficiente para a manutenção da vida, estando o encéfalo irreversivelmente inativo Muñoz (2006). Assim, cientificamente, o conceito tradicional baseado na função cárdio-respiratória deixou de ser o mais adequado, sendo substituído pelo conceito fundamentado na função encefálica, como descrito no capítulo 3.3.

Muñoz (2006) apresenta uma situação que evoca o dilema ético vivido pelo médico diante da morte na atualidade: "O senhor mandaria enterrar seu paciente com o coração batendo?".

Pode-se observar que, para o médico, este se torna um momento deveras conflitante.

Um dos principais motivos para a escolha de ser médico é o desejo de curar, ajudar, salvar ou cuidar de outros seres humanos (GROSSEMAN; PATRÍCIO, 2004). Durante a graduação aprende-se a combater as doenças e a morte, usando todo o conhecimento científico e o arsenal tecnológico disponível (SIQUEIRA, 2005).

No estudo feito pelo Conselho Federal de Medicina sobre o Médico e seu trabalho (2004), foi demonstrado que o médico brasileiro, ao contrário do que muitos autores afirmam, guia-se por valores sociais (CARNEIRO; GOUVEIA, 2004):

[...] os médicos têm os valores de orientação social como princípios que guiam suas atitudes, crenças e comportamentos. É possível que em detrimento desta orientação, eminentemente fundamentada em metas intrínsecas (Ryan & Deci, 2000) e, por que não dizer, convencionais e controladoras, sentem-se satisfeitos com suas vidas. Portanto, sua satisfação pode transcender condições puramente objetivas e materiais; por exemplo, ocorre inclusive com a perda do seu poder aquisitivo e do aumento de atividades laborais, [...] (p. 127).

Se a base da relação médico-paciente é a confiança, e o paciente confiou a sua vida ao médico, este carregará a responsabilidade por fazer de tudo para salvá-la. Aceitar e declarar a morte com o coração ainda batendo, principalmente quando a família desconhece e não admite esta possibilidade, levará ao sentimento de culpa e frustração por não ter conseguido derrotar a morte, além do medo de que seja responsabilizado legalmente pelos familiares.

Outro aspecto importante a ser mencionado é que a morte de um paciente faz com que o médico pense em sua própria morte.

O conhecimento da morte é necessário para que possamos buscar o amadurecimento e a evolução psíquica. Entretanto, a elaboração de nossa própria morte é algo sempre em aberto e passível de mobilização através do contato com a morte de outros. Assim, a perda de um paciente recorda ao médico a possibilidade de sua própria morte e pode gerar ansiedade, culpa, depressão e outros dolorosos sentimentos. (EISSLER, 1995 *apud* QUEIROZ. A., 2004).

Existe ainda, a sensação de incerteza do diagnóstico da morte encefálica, diante da dificuldade de conhecimentos técnicos especializados, como observado pelos médicos respondentes, assim como pela possível deficiência da infra-estrutura exigida, de forma que promova segurança para o médico na realização desse procedimento (GOGLIANO, 1993; LUCCAS *et al*, 1998; TREVISOL-BITTENCOURT *et al*, 2003; CASELLA, 2003). Com a ocorrência da parada cárdio-respiratória, o diagnóstico de morte se torna evidente tanto para o médico quanto para os familiares, mesmo que se mantenha ainda difícil a sua aceitação, por todos os motivos já descritos.

6.5 Sobre a vulnerabilidade do Médico

Confrontando a literatura levantada na seção 3.9 deste trabalho com os resultados obtidos no estudo aqui apresentado, observa-se que a pouca atenção dada ao preparo dos entrevistados para lidar com os seus limites emocionais ou científicos, quando em situações relativas à terminalidade, os expõe a riscos de ordem psíquica, física, deontológica e até legal. Revela-se dessa forma a vulnerabilidade ética (ANJOS, 2006) dos profissionais da Medicina por se tratar de falta de condições que afetam a qualidade ética do exercício de sua profissão e de suas opções de vida. Deve-se ainda levantar a questão sobre a vulnerabilidade da população que se encontra sob os cuidados de um médico vulnerabilizado, uma vez que, sem a devida condição emocional, técnica ou científica para exercer seu papel, poderá também de forma impensada agir como sujeito vulnerante. Reagindo a esta situação, a população vulnerada agride o médico, vulnerando-o. Dessa forma cria-se um desastroso e contínuo impasse, onde vulneráveis tornam-se vulneradores.

Seria justo responsabilizá-los por este ato, no contexto apresentado?

Os resultados do trabalho aqui apresentado sugerem que o médico não é preparado adequadamente para lidar com as situações da sua prática profissional relacionadas com o final da vida, mas ao somar-se e corroborar outros estudos realizados sobre o assunto, demonstram a fragilidade não só do paciente, mas também daquele que se dedica para fazer o melhor, sem estar devidamente habilitado para refletir sobre os dilemas éticos ou para elaborar seus sentimentos e conflitos.

É importante observar que a vulnerabilidade do médico necessita ser melhor estudada, apreciada e reconhecida, pois a defesa por condições pessoais mais favoráveis desse profissional proporcionará o desenvolvimento de um cuidado mais eticamente adequado à saúde do ser humano. O médico é um ser humano e como tal necessita viver com dignidade.

7 Conclusão

7 Conclusões

A morte é um fato da vida que a sociedade ocidental não consegue lidar facilmente. Esta dificuldade é influenciada por transformações culturais, sociais e pelo progressivo avanço do conhecimento tecnológico e científico. A relutância na aceitação da morte teve maior expressão a partir do século XX, época em que a Medicina apresentou um enorme impulso técnico-científico. O médico, antes consciente de seus limites, impostos pela ciência ainda pouco explorada, aceitava melhor a possibilidade e o fato da morte de seu paciente. A atitude do médico mudou, acompanhando as transformações da sociedade e da Medicina. Atualmente a morte é vista pelo médico como inimiga a ser vencida, como um fracasso profissional. Também a sociedade imputa ao médico a responsabilidade pelo insucesso diante da morte. O progresso da Medicina possibilitou a prevenção de muitas moléstias, diagnósticos precoces e precisos, além de tratamentos mais eficientes. A cura de doenças anteriormente fatais, a possibilidade do alívio da dor e a melhora na qualidade da saúde humana são méritos inegáveis dessa evolução.

Esta pesquisa apesar de ter encontrado dificuldade para a coleta dos dados, não podendo ser generalizada para toda a classe médica, identificou, junto aos entrevistados, que durante a formação profissional houve pouca ou nenhuma abordagem do tema morte ou o processo de morrer. O tema foi tratado, mais comumente, de forma teórica, nos programas da disciplina de Medicina Legal ou Ética Médica, que geralmente dispõe de pequena carga horária para o desenvolvimento de grande conteúdo programático. Nesta abordagem foram explorados os seus aspectos mais técnicos (conceito / diagnóstico da morte, o atestado de óbito e a legislação quanto à morte contida no Código de Ética Médica ou nos Códigos Legais). Para a maior parte dos entrevistados o conhecimento sobre o tema morte foi insuficiente ou pouco satisfatório. Estes resultados apontam para a pouca atenção dada pela escola médica ao assunto.

Pode-se verificar que apesar de ter recebido o conhecimento técnico sobre a morte o médico mostra dificuldades para diagnosticá-la, segundo o seu atual conceito (morte encefálica), não se observando grande dificuldade para o diagnóstico de morte por parada cardíaco-respiratória.

Mesmo não sendo instruído para comunicar a morte e se relacionar com os familiares do paciente falecido, a maioria dos médicos não referem obstáculos para esta comunicação.

Embora tenha ciência da atual definição médica e legal de morte, caracterizada pela morte encefálica, a maior parte dos médicos demonstrou dificuldade e insegurança em atestar o fato, ao deparar-se com situação que contrapõe o tradicional conceito.

Os resultados do estudo aqui descrito sugerem que o médico não é adequadamente preparado pelo aparelho formador para lidar com situações relacionadas à morte. Observou-se que existem dilemas éticos gerados pelos conflitos evidentes diante das ocasiões de terminalidade. Indica que o médico não orientado para enfrentar estes e tantos outros conflitos existentes em grande parte da prática médica.

Diante do despreparo para reconhecimento de seus limites emocionais, técnicos, científicos e das condições de trabalho, o médico assume responsabilidades que o expõe a diversas situações de risco à saúde, profissional e legal. Analisando a situação do médico diante da morte e de sua prática cotidiana sob a luz da Bioética, pode-se aventar a vulnerabilidade desse profissional.

Tomando por base os resultados deste e de outros estudos sobre a preparação do estudante de medicina para lidar com a morte, nota-se que existe uma necessidade premente de que as escolas médicas passem a oferecer uma maior e mais adequada orientação ética, associada ao saber técnico-científico, a fim de formar médicos ajustados às exigências do cotidiano profissional. Outros estudos, mais aprofundados, preferencialmente de abordagem qualitativa devem ser realizados a fim de explorar melhor as condições que levam o médico às situações vulnerantes e suscitar propostas preventivas para o enfrentamento dos diversos tipos de conflitos existentes na prática médica.

Observa-se que surgem esforços no campo da Educação Médica para desenvolver profissionais saudáveis, competentes, críticos, reflexivos, éticos e humanísticos. A necessidade do desenvolvimento de discussões éticas sobre os dilemas que abarcam a atividade médica e do preparo emocional dos estudantes de Medicina para lidar com as situações reais já está sendo percebida pelo aparelho formador. Soluções começam a ser discutidas para sanar o problema. Uma das

medidas levantadas é o fomento da formação ética e da bioética durante o período da educação profissional.

Fica claro que os médicos necessitam e têm interesse de uma melhor preparação de sua função, indo muito além do campo técnico científico. A ética e a bioética em muito poderão contribuir para que o exercício da medicina seja plenamente realizado na sua essência humana trazendo grandes benefícios tanto para os próprios médicos como para toda a sociedade que deles necessitam.

**Referências
bibliográficas**

Referências Bibliográficas

ANJOS, M. F. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 2, p. 173-186, 2006.

ARIÈS, P. História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias. Tradução de Siqueira P. V. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BERTRAN, R. História do Pensamento Ocidental. Tradução de Laura Alves e Aurélio Rebello. 3. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BOAVENTURA, C.; ATHANÁSIO, R.; MENEZES, C.; NEVILLE, I.; NEVES, N. A relação do estudante de Medicina da EBMSP perante o tema morte e morrer. In: COBEM, 52., 2004, Vitória. **Anais...** Disponível em < <http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/anais/index.htm> >. Acesso em: 19 mai. 2006.

BRAGA FILHO, C. E. Atestado de óbito: quem é o responsável pelo preenchimento? CRMPR: Paraná, 2005. Disponível em < <http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=337&portal=PR> >. Acesso em: 20 jul. 2007.

BRASIL. Presidência da República Federativa do Brasil. **Lei nº 9.434**, de 04 de fevereiro de 1997. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/>. Acesso em 05/11/2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. Declaração de óbito: documento necessário e importante. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 40 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAIRUS, H. F.; RIBEIRO JR, W. A. Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

CAMARGO, M. C. V.Z.A. O Ensino da Ética Médica e o Horizonte Bioética. **Revista Bioética**. CFM; v. 4, n. 1, 1996
Disponível em: < <http://www.portalmedico.org.br/revista/ind1v4.htm> >.
Acesso em: 17 abr. 2006.

CARVALHO, H. V. et al. Compêndio de Medicina Legal. São Paulo: Saraiva, 1987. p. 236 – 237.

CARNEIRO, M.B.; GOUVEIA, V.V. (Coord.). O médico e o seu trabalho : aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004. Disponível em < http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/medico_e_seu_trabalho/trabalho.PDF >. Acesso em: 12 dez. 2006.

CASELLA, B. V. Morte encefálica e neonatos como doadores de órgãos. **Pediatria**, São Paulo, v. 25, p. 184-190, 2003. Disponível em: < <http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/index.php?p=html&id=596> >.

Acesso em: 30 set. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.480/97. Disponível em: < http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm >.

Acesso em: 04 nov. 2005.

_____. RESOLUÇÃO CFM nº 1.246/88. **Código de ética médica**. Disponível em: < <http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=codigoetica&portal> >.

Acesso em: 26 ago. 2005.

DASTUR, F. A morte: ensaio sobre a finitude. Tradução de Maria Tereza Pontes. Rio de Janeiro: DIFEL, 2002. (Coleção Enfoques. Filosofia).

DEL GIGLIO, A. "O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte". **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 1, 2005.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000100011&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 26 nov. 2006.

ELIAS, N. A Solidão dos Moribundos: seguido de Envelhecer e Morrer. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

FALCÃO, E. L.; LINO, G.G. O Paciente Morre: eis a questão. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 106 -118 mai./ago. 2004.

FÁVERO, F. Medicina Legal: introdução ao estudo da medicina legal, identificação, traumatologia. 12. ed. Belo Horizonte: Villa Rica, 1991.

FLORENZANO, M. B. Nascer, viver e morrer na Grécia antiga. São Paulo: Atual, 1996. (Discutindo a História).

FRANÇA, G V. Medicina Legal. 7. ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2004. p. 327 – 332.

GALLIAN, D. M.C. A (re) humanização da Medicina. **Psiquiatria na prática**. Unifesp/EPM. v. 33, n. 2., abr./ jun. 2000.

Disponível em < <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm#1> >.
Acesso em: 16 fev. 2006.

GOGLIANO, D. Pacientes Terminais: Morte encefálica. **Revista Bioética**. CFM, v. 1, n. 2, 1993. Disponível em < <http://www.portalmedico.org.br/revista/ind2v1.htm> >.
Acesso em: 22 jun. 2003.

HORTA, M. P. Eutanásia: Problemas éticos da morte e do morrer. **Revista Bioética**. CFM, v. 7, n.1, 1999.

Disponível em < <http://www.portalmedico.org.br/revista/ind1v7.htm> >.
Acesso em: 30 set. 2005.

HOSPITAL GERAL DE TAIPAS. **Sobre o Hospital**.

Disponível em < <http://www.hgtaiipas.com.br> >. Acesso em: 05 jun. 2006.

JAEGER, W. Paidéia: A Formação do Homem grego. Tradução de Artur M. Parreira. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LAMBERT, J.B. Na Transição paragnática da Educação Médica: O que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado. **Cadernos da ABEM**. 2004. Disponível em < http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/cadernos_abem/pdf/jadete_final.pdf >. Acesso em: 21 abr. 2006.

LIMA, C. Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos. **Rev. Medicina Interna**. 2005. Disponível em < http://www.spmi.pt/revista/vol12/vol12_n1_2005_06-10.pdf >. Acesso em: 19 mar. 2006.

LUCCAS, F. J. C.; BRAGA, N. I. O.; SILVADO, C. E. S. Guidelines for electroencephalogram (eeg) recording in suspected brain death. **Arq. Neuro-Psiquiatr**. São Paulo, v. 56, n. 3B, 1998. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1998000400030&lng=es&nrm=iso >. Acesso em: 19 jul. 2007.

MACHADO, J.L.M. (Coord.). Projeto Pedagógico: curso de Medicina - Unicid. São Paulo: [s.n.], 2002. 131p.

MELEIRO, A.M.A.S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev. Ass. Méd. Brasil**, v. 44, n. 2, p. 135- 140, 1998.

MUÑOZ, D.; MUÑOZ, R.D. O Ensino da Ética nas Faculdades de Medicina do Brasil. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.114-124, maio/ago., 2003.

MUÑOZ, R.D. O senhor mandaria enterrar seu paciente com o coração batendo? **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 30, n. 3, p. 480-481, julho/set., 2006.

NEVES, M. P. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**, v.2, n.2, p. 157-172, 2006.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. **Psychiatry On-line Brazil**. v. 7, abr., 2002. Disponível em < http://www.polbr.med.br/arquivo/artigo0402_a.htm >. Acesso em: 26 abr. 2007.

_____, Saúde Mental do Médico e do Estudante de Medicina. **Psychiatry On-line Brazil**. v. 1, jul., 1996. Disponível em < <http://www.polbr.med.br/arquivo/saudment.htm> >. Acesso em: 26 abr. 2007.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A.; JORGE, M.R. Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica. **Rev. Ass. Méd. Brasil**, v. 44, n.1, p. 28-34, 1998. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v44n1/2005.pdf> >. Acesso em: 26 abr. 2007.

NOTO, J.R.S. *et al.* Atenção à Saúde Mental do Estudante de Medicina. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan./abr. 2001.
PAZIN-FILHO, A. Morte: considerações para a prática médica. **Revista Medicina**. Ribeirão Preto, v. 38, n. 1, p. 20-25, 2005.

PEREIRA, O. P.; ALMEIDA, T. M. C. Medical education according to a resistance pedagogy, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.69-79, set.2004/fev. 2005.

PESSINI, L. Eutanásia. Por que abreviar a vida? São Paulo: Loyola / Centro Universitário São Camilo, 2004.

_____, Distanásia: até quando investir sem agredir? **Revista Bioética**. CFM, v.4, n.1, 1996. Disponível em <
<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v4/distanasia.html> >.
Acesso em: 05 jun. 2006.

_____. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Rev. Bioética**, CFM, 2002, v.10, n. 2. Disponível em<
<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio10v2/Simposio1.pdf> >.
Acesso em: 28 mai. 2006.

_____. Desafios éticos na terminalidade da vida.In: WORKSHOP INTERNACIONAL BRASIL-CANADÁ “Qualidade de cuidados no final da vida: questões e desafios”, 2006. **Anais...** São Paulo: São Camilo, 2006. 1 CD-ROM.

PESSOTTI, I. A Formação Humanística do Médico. **Rev. Medicina**, Simpósio: *ENSINO MÉDICO DE GRADUAÇÃO*. Ribeirão Preto, out./dez. 1996; 29: 440-448.

PITA, F, CARMONA C. Morte Cerebral – Do medo de ser enterrado vivo ao mito do doador vivo. **ACTA MÉDICA PORTUGUESA**, Ética Médica; v.17, p. 70-75, 2004.

PORTO, D. Tecnologia & ideologia: os dois lados da moeda que produz vulnerabilidade. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, SBB, v. 2, n. 1, p. 63-86, 2006.

QUINTANA, A.M. ; CECIM, P.S. ; HENN, C.G. *O Preparo para Lidar com a Morte na Formação do Profissional de Medicina*. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.26, n. 3, set./dez. 2002.

QUEIROZ, A. A Psicossomática na prática médica. O médico diante do paciente crônico e da morte. 2004. Disponível em <
http://www.decio.tenenbaum.com/psicologiamedica/textos/pac_cronico_morte.pdf >.
Acesso em: 20 jul. 2007.

QUEIROZ, M. S. The "mechanistic" paradigm of modern western medicine: an anthropological perspective. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 4, 1986. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101986000400007&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 17 ago. 2007.

_____. Theoretical perspectives on medicine and the medical profession: an anthropological approach. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 4, 1991. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000400012&lng=en&nrm=iso >.

Acesso em: 17 ago. 2007.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A., LIMA, M. C. La Formación de la identidad médica: implicaciones para la enseñanza de graduación en Medicina. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n.11, p.107-116, 2002.

REDINBAUGH, E.M *et al.* Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of Hospital doctors. **Rev BMJ**. v. 327, p. 185, 26 July 2003.

Disponível em < <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7408/185> >

Acesso em: 22 out. 2005.

REZENDE, J. M. O Uso da tecnologia no diagnóstico médico e suas conseqüências. Caminhos da Medicina. 2002.

Disponível em: < <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende> >. Acesso em: 15 fev. 2006.

RIBEIRO, J. M.; SCHARAIBER, L. B. Autonomy and work in medicine. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 1994. Disponível em: <

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000200006&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 17 ago. 2007.

RIBEIRO JR., W.A. **Hades**. Portal Grécia Antiga, São Carlos.

Disponível em < <http://greciantiga.org/mit/mit09-3.asp> >. Acesso em: 16 jan. 2006.

_____. **Introdução à Religião grega**. Portal Grécia Antiga, São Carlos.

Disponível em < <http://greciantiga.org/fil/fil09.asp> >. Acesso em: 16 jan. 2006.

_____. **Introdução à medicina grega**. Portal Graecia Antiqua, São Carlos.

Disponível em < <http://greciantiga.org/cie/cie02.asp> >. Acesso em: 16 jan. 2006.

_____. **A divina medicina**. Portal Grécia Antiga, São Carlos.

Disponível em < <http://greciantiga.org/cie/cie02a.asp> >. Acesso em: 16 jan. 2006.

_____. **As guerras médicas**. Portal Grécia Antiga, São Carlos.

Disponível em < <http://greciantiga.org/cie/cie02b.asp> >. Acesso em: 12 fev. 2006.

SÁ, M. R. C. A Modernidade Desencantada, a Crise da Medicina e o Imaginário Institucional. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 46-52, out./dez. 2000.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, 1995.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000100010&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: Acesso em: 21 abr. 2006.

SCHRAMM, F.R. Bioética e Comunicação em Oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 1, p. 25-32, 2001.

SEGRE, M.; COHEN, C. Bioética. 3. ed. São Paulo: Udup, 2002. p.17-26.

SIQUEIRA-BATISTA, R., SCHRAMM, F.R. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004.

Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100004&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 22 dez. 2005.

_____. Eutanásia e compaixão. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 50, n. 4, p. 334-340, 2004.

SIQUEIRA, J.E. A terminalidade da vida. **Rev. Bioética**, CFM, 2005, v.13, n. 1.

Disponível em < <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio13v1/index.htm> >.

Acesso em: 08 dez. 2006.

_____, A Arte perdida de cuidar. **Rev. Bioética**, CFM, 2002, v. 10, n. 2.

Disponível em < <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio10v2.htm> >.

Acesso em: 16 abr. 2006.

_____, Sobre a morte e o morrer: tecnologia ou humanismo? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 1, 2003.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000100010&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 28 abr. 2006.

_____, Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. Simpósio, **Rev. Bioética**, CFM, v. 13, n. 2, 2005.

Disponível em < <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio13v1/index.htm> >.

Acesso em: 24 fev. 2007.

SIQUEIRA, J.E; SAKAI, MH; EISELE, RL. O Ensino da Ética no Curso de Medicina: a experiência na Universidade Estadual de Londrina (UEL). **Rev. Bioética**, CFM, v. 10, n. 1, 2002.

Disponível em < <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio10v1.htm> >.

Acesso em: 16 abr. 2006.

SOBRINHO, C. L. N.; CARVALHO, F. M.; BONFIM, T. A. S.; CIRINO, C. A. S.; FERREIRA, I. S. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Bahia.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n2/a19v52n2.pdf> >.

Acesso em: 06 jun. 2007.

SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO. Grupo de estudios de ética clínica.

Diagnóstico de Muerte. *Rev. Méd. Chile*; v. 132, p. 95 -107, 2004.

SOCIEDADES CHILENAS DE NEFROLOGÍA Y DE TRASPLANTE. Grupo de estudios sobre muerte encefálica. Muerte encefálica bioética y trasplante de órganos – *Rev. Méd. Chile*; v. 132, p. 109 -118, 2004.

STARZEWSKI JÚNIOR, A.; ROLIM, L. C.; MORRONE, L. C. The academic background of the physician and the communication of a patient's death to family members. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 1, 2005. Available from: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000100013&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 23 nov. 2006.

TEIXEIRA, T. Competência em Medicina. **Rev. Electron Biomed.** v.1, p. 12-21, 2005. Disponível em < <http://biomed.uninet.edu/2005/n1/teixeira.html> >. Acesso em: 19 dez. 2005.

TREVISOL-BITTENCOURT; P. C., MIN, L.S.; MIN, L.L.; MARDAUS, T.; COLLARES, C. F. **CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE MORTE ENCEFÁLICA**, 2003. Disponível em < <http://www.neurologia.ufsc.br/artigos/pdfs/outros/criterios.pdf> >. Acesso em: 10 mar. 2004

UNESCO. **Declaração universal sobre bioética e direitos humanos**. Tradução de Cátedra UNESCO de Bioética da UNB. Sociedade Brasileira de Bioética. Paris: UNESCO, 2005. Disponível em < <http://www.sbbioetica.org.br/destaque/146180PODeclaraçãoR.pdf> > Acesso em: 08 jun. 2007.

UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO. **Histórico**. São Paulo: [s.n.], 2005. Disponível em: < <http://www.unicid.br> >. Acesso em: 16/04/2006.

VIANNA, A.; PICCELLI, H. The student, the medical doctor and the teacher of medicine facing death and terminal patients. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 44, n. 1, 1998. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000100005&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 10 mar. 2006.

Apêndices

Apêndices

APÊNDICE A – Instrumento da pesquisa

O Médico e a Morte: A Escola prepara o estudante de Medicina para lidar com a Morte?

I. Dados Pessoais:

Idade:

- Menos de 30 anos De 30 a 40 anos
 De 40 a 50 anos Mais de 50 anos.

Sexo: Masculino Feminino.

Instituição de Graduação: _____

Local e Ano de Formatura: _____, no de ano _____

Instituição (Instituições) de Pós-graduação/ Residência Médica: _____

Especialidade (s): _____

Setor (es) onde atuou como médico, a partir da sua formação, até o momento:

- Ambulatório. Enfermaria.
 UBS Centro cirúrgico.
 PSF Berçário.
 Consultório particular. Administrativo.
 Pronto-Socorro. UTI.
 Outros. Especifique: _____

Observação: Todas as questões podem ter mais de uma resposta.

1. Na sua opinião, qual é o papel do médico no acompanhamento do processo de morte de seus pacientes?
- Dar atenção e suporte emocional ao paciente.
 Dar atenção e suporte emocional à família.
 Atenuar a dor e o sofrimento físico do paciente.
 Evitar a morte.
 Avaliar e acompanhar “tecnicamente” o paciente à morte e/ou após a

morte.

Realizar os procedimentos legais relacionados à morte.

Outra resposta. Especifique: _____

II. **Questões sobre sua Formação:**

2. Você teve, durante sua formação médica, algum tipo de abordagem aos temas “A Morte” ou “Processo de Morrer?”.

Não Sim, pouca Sim, muita

3. Em qual momento o tema foi abordado?

Na disciplina de Medicina Legal ou Ética Médica.

Em outras disciplinas: Quais? _____

No Internato.

Na Pós-graduação. Qual? _____

O tema não foi abordado.

4. Como foi a abordagem ao tema?

Somente Teórico

Somente Prático (acompanhamento de pacientes terminais ou que morreram; discussão em sala de aula sobre casos vivenciados por algum estudante; diante do cadáver; necrópsias, etc).

Teórico/ Prático.

Outra resposta. Especifique: _____

5. O que foi abordado?

Legislação quanto à morte (Código de Ética e outros códigos legais).

Conceito/ Diagnóstico da morte.

Atestado de Óbito.

Condutas e terapêuticas para evitar a morte.

Acompanhamento do paciente durante o processo de morrer.

Acompanhamento dos familiares do paciente durante ou após o processo de morrer.

Reflexões quanto ao processo de morrer.

Reflexões sobre o seu sentimento diante da morte.

Outra resposta. Especifique: _____

6. O que você achou sobre esta abordagem? Em uma escala de 0 a 10:

Satisfatória – 7 a 10. Pouco satisfatória – 4 a 6. Insatisfatória – 1 a 3.

Indiferente – 0.

7. Após a abordagem do tema, seu interesse foi despertado para aprofundar seu conhecimento sobre a morte e o morrer?

Sim, muito Sim, pouco Não

8. Quando você teve seu primeiro contato com a **morte de um paciente**?

Antes de iniciar o curso de Medicina.

Durante a fase pré-clínica (1º ao 4º semestre).

Durante a fase clínica/ Internato (5º ao 12º semestre).

- () Durante a Residência Médica.
() Após início de minha atividade profissional.
() Não tive contato.
9. Como você classifica a sua primeira experiência com a morte de um paciente que estivesse aos seus cuidados?
() Angustiante. () Traumatizante. () Enriquecedora.
() Indiferente. () Outra resposta. Especifique: _____
10. Você recebeu alguma preparação para dar uma notícia de morte?
() Sim, pouca. () Sim, muita. () Não.
11. Você recebeu algum ensino para ajudar os familiares a lidar com processo de morrer do paciente?
() Sim, pouca. () Sim, muita. () Não.
12. Você teve alguma preparação para trabalhar com a morte e o morrer durante sua formação médica?
() Sim, pouca. () Sim, muita. () Não.

A partir das próximas questões, responda com base em sua concepção atual.

13. Você sabe qual é o conceito médico atual de morte?
() Parada cardíaco-respiratória. () Morte cerebral. () Morte encefálica.
() Não sei. () Outra resposta. Especifique: _____
14. Você tem dificuldade de conhecimento técnico para diagnosticar a morte de paciente em parada cardíaco-respiratória?
() Sim, um pouco. () Sim, muita. () Não tenho dificuldade.
15. Você tem dificuldade de conhecimento técnico para diagnosticar a morte encefálica, **segundo os critérios mínimos estabelecidos no Termo de Declaração de Morte Encefálica (Resolução do CFM nº 1.480/ 97)**?
() Sim, um pouco. () Sim, muita. () Não tenho dificuldade.
16. Você tem alguma dificuldade para comunicar a morte do paciente aos seus familiares?
() Sim.
() Não.
() Não sei, pois nunca passei por esta situação.
() Acho que sim, apesar de não ter passado por esta experiência.
() Acho que não, apesar de não ter passado por esta experiência.
() Outra resposta. Especifique: _____
17. Qual seria o tipo de dificuldade?
Técnica. () Emocional. () Ambas ()

18. Você teria alguma dificuldade para fornecer o Atestado de Óbito a um paciente com diagnóstico de morte encefálica, mas que mantivesse os batimentos cardíacos?

() Sim. () Não. () Não sei.

Observação: Caso tenha respondido “**Sim**” ou “**Não sei**”, justifique a sua resposta

Obrigada!!!

Carta convite

Pesquisa: O Médico e a Morte: A Escola prepara o estudante de Medicina para lidar com a Morte?

Caro colega,

Este Questionário faz parte de uma pesquisa para embasar minha Dissertação de Mestrado em Bioética, cujo tema é Morte. O estudo tem por objetivo avaliar a abordagem e a preparação do médico para lidar com a Morte, durante sua Formação Profissional.

Assim, solicito sua colaboração, participando desta pesquisa.

Caso aceite, por favor, preencha o Questionário abaixo, leia e assine as duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que se encontra anexado no final do mesmo. Uma cópia do TCLE deverá ficar anexada ao Questionário e a outra cópia é sua, guarde-a.

Peço, ainda, a gentileza de deixar o Questionário preenchido, na Diretoria do Hospital (HGT) – aos meus cuidados, com a Neide ou com a secretária da Dr^a Andréia - para que seja recolhido posteriormente. O prazo final para entrega é **08/12/2006**.

Observações:

1. Cada questão do Questionário (exceto a questão 13) poderá ter tantas respostas quanto você achar que se adequem ao seu caso.
2. Nos seus dados pessoais, onde é solicitado “Setor (es) de sua atividade profissional”, entende-se: todos os setores onde você teve alguma atividade, durante sua vida profissional.
3. As questões de 2 a 12 devem ser respondidas em relação ao seu período de Formação Profissional.
4. As questões de 13 a 18 correspondem ao seu entendimento sobre o tema no momento atual.

Desde já, agradeço imensamente a sua colaboração e coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Adriane Baião Guilhermino

Mestranda em Bioética / Centro Universitário São Camilo.

E-mail: driguil@terra.com.br ou aguilhermino@ciudadesp.edu.br

Carta convite

Pesquisa: O Médico e a Morte: A Escola prepara o estudante de Medicina para lidar com a Morte?

Caro colega,

Este Questionário faz parte de uma pesquisa para embasar minha Dissertação de Mestrado em Bioética, cujo tema é Morte. O estudo tem por objetivo avaliar a abordagem e a preparação do médico para lidar com a Morte, durante sua Formação Profissional.

Assim, solicito sua colaboração, participando desta pesquisa.

Caso aceite, por favor, preencha o Questionário abaixo, leia e assine as duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que se encontra anexado no final do mesmo. Uma cópia do TCLE deverá ficar anexada ao Questionário e a outra cópia é sua, guarde-a.

Peço, ainda, a gentileza de deixar o Questionário preenchido, na Secretaria do curso de Medicina – aos meus cuidados, Adriana, Fabiana ou Gabriela - para que seja recolhido posteriormente. O prazo final para entrega é **30/11/2006**.

Observações:

5. Cada questão do Questionário (exceto a questão 13) poderá ter tantas respostas quanto você achar que se adequem ao seu caso.
6. Nos seus dados pessoais, onde é solicitado "Setor (es) de sua atividade profissional", entende-se: todos os setores onde você teve alguma atividade, durante sua vida profissional.
7. As questões de 2 a 12 devem ser respondidas em relação ao seu período de Formação Profissional.
8. As questões de 13 a 18 correspondem ao seu entendimento sobre o tema no momento atual.

Desde já, agradeço imensamente a sua colaboração e coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Adriane Baião Guilhermino

Mestranda em Bioética / Centro Universitário São Camilo.

E-mail: driguil@terra.com.br ou aguilhermino@ciudadesp.edu.br

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____
do sexo _____, de _____ anos, residente à _____

Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido sobre os objetivos e intenções deste estudo, além de receber orientações para o preenchimento do questionário, através da carta-convite anexa ao mesmo.

Recebi garantias de total sigilo sobre todas as declarações dadas e sobre meus dados pessoais, que ficarão sobre a responsabilidade da Dr^a Adriane Baião Guilhermino. Recebi, ainda, a garantia de obter esclarecimentos sempre que desejar por meio de contato pessoal com a pesquisadora responsável (E-mail: driguil@terra.com.br)

Sei que minha participação está isenta de despesas.

Concordo em participar voluntariamente deste estudo e sei que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento.

Sujeito da Pesquisa.

____ / ____ / ____

Testemunha.

____ / ____ / ____

Eu, Adriane Baião Guilhermino, responsável pelo projeto **“O Médico e a Morte: a Escola prepara o estudante de Medicina para lidar com a morte?”**, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito da Pesquisa ou de seu representante legal.

Adriane Baião Guilhermino.

____ / ____ / ____

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)