

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**O MÉDICO DIANTE DA MORTE NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:
REFLEXÕES SOBRE O “SER” MÉDICO**

Gina Gomes Quirino

**Natal
2007**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

GINA GOMES QUIRINO

**O MÉDICO DIANTE DA MORTE NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:
REFLEXÕES SOBRE O “SER” MÉDICO**

Dissertação elaborada sob a orientação da Prof^a Dr^a Elza Maria do Socorro Dutra e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

**Natal
2007**

A dissertação “O médico diante da morte na urgência e emergência: reflexões sobre o ‘ser’ médico”, elaborada por Gina Gomes Quirino, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA.

Natal, RN, ____ de Abril de 2007.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Elza Dutra _____

Profª Drª Isabel Fernandes _____

Profª Drª Maria Helena P. Franco _____

AGRADECIMENTOS

Aos meus **pais** e **irmãos**, por me apoiarem em relação as minhas escolhas, mesmo que elas tenham significado em estar distante deles.

À minha prima **Ana Morena**, ao meu primo **Rominho** e a minha tia **Clotilde Tavares**, por terem sido meu apoio familiar em Natal nos momentos em que mais precisei.

Às minhas colegas de mestrado, em especial **Virgínia** e **Carina**, por me ensinarem que os momentos de aprendizagem são melhor aproveitados quando podemos contar com a convivência da verdadeira amizade. E que ser amigo de verdade é viver a vitória do outro como se fosse sua.

Ao carinho de **Deliane**, **Marina**, **Janaína** e **Tereza** (*in memoriam*), por terem sido uma verdadeira família que tive no período em que morei em Natal e por me ensinarem que a amizade que persiste depois da convivência diária é para a vida toda.

Às minhas amigas **Célia** e **Lilian**, por terem me dado o apoio e por acreditarem na minha capacidade, mesmo nos momentos em que duvidei dela.

À **Sílvia Moraes**, minha orientadora do estágio docência, amiga de abordagem e da vida, mais uma bela pessoa que o mestrado me possibilitou conhecer.

A **Breno**, pelo amor, paciência e carinho com o qual dividiu nossos poucos momentos juntos com as minhas responsabilidades em relação a esse trabalho.

À minha orientadora **Dra. Elza Dutra**, por todos os ensinamentos, por me possibilitar conhecer a fenomenologia, um modo de pesquisar

diferente e com o qual me identifico, e pela paciência nos momentos mais difíceis.

Às professoras da banca **Maria Helena Franco** e **Isabel Fernandes**, pela disposição em contribuir com meu trabalho.

Aos **funcionários** do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, por terem me permitido participar de suas rotinas de trabalho de modo a conhecer um pouco da sua realidade diária.

Aos **médicos** que participaram do nosso estudo, por nos compartilharem um pouco das suas vidas e por nos deixarem aproximar de questões muitas vezes difíceis de serem colocadas.

A **Cilene**, secretária do mestrado, que sempre se mostrou solícita e disponível a nos ajudar nos aspectos burocráticos.

Ao **CNPq**, pelo apoio financeiro à minha pesquisa, uma vez que sem ele não teria sido possível.

Agradeço a todos que fizeram parte da realização do meu sonho de me tornar mestre!

Dedico esse trabalho a **Tereza Cristina**, amiga presente, em vida, no início da realização deste trabalho, e em meus pensamentos, no final desta jornada. A ela, que não chegou até à Urgência e Emergência em tempo de ter a vida salva, e que me ensinou que não devemos deixar de lutar por aquilo em que acreditamos.

Um dia, entre os cadáveres em que aprendíamos a salvar vidas, imitando cirurgias, encontrei uma jovem, que atendera semanas antes, viva, em seu leito, e que passara a um colega, melhorada. Impressionara-me sua beleza, beleza de moça pobre, desnutrida, beleza mais de alma, de olhar, que de pele ou de toque. Estava bela também na morte, mas só bela para mim, que a conhecera. Para todos era apenas um monte de tecidos, de órgãos e matérias. Nesse dia chorei: o choro que em quatro anos havia contido. Mas, tive de chorar escondido, envergonhado por ser humano. (Cassorla, 1992a, pg. XIX)

SUMÁRIO

RESUMO _____	10
ABSTRACT _____	11
APRESENTAÇÃO _____	12
INTRODUÇÃO _____	14
1. CORRENDO CONTRA O TEMPO: O SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA _____	19
1.1 – Uma manhã na Urgência e Emergência _____	19
1.2 – Os Serviços de Urgência e Emergência _____	23
1.3 – Definindo Urgência e Emergência _____	26
1.4 – Descrevendo a realidade estudada _____	30
2. O SER MÉDICO _____	33
2.1 – A escolha pela medicina _____	35
2.2 – Ferida Narcísica _____	42
2.3 – Sofrimento dos médicos _____	44
2.4 – Sofrimento na urgência e emergência _____	49
3. O MÉDICO E A QUESTÃO DA MORTE _____	51
3.1 – O que é a morte _____	51
3.2 – O homem diante da morte _____	53
3.3 – Da finitude e angústia do Ser _____	58
3.4 – O médico diante da morte _____	61
3.5 – A morte na urgência e emergência _____	67
4. MÉTODO: O CAMINHO PERCORRIDO _____	70
4.1 – Introduzindo a Fenomenologia _____	70
4.2 – A Estratégia Metodológica _____	76
4.2.1 – <i>Participantes</i> _____	76
4.2.2 – <i>Instrumento</i> _____	77
4.2.3 – <i>Procedimentos de coleta e análise de dados</i> _____	79
5. APROXIMANDO-SE DO VIVIDO _____	82
5.1 – Urgência e Emergência: <i>Você resolve na hora ou o paciente morre!</i> _____	83
5.2 – Escolher quem vai ser salvo primeiro: <i>Um dos dilemas do médico do Pronto Socorro.</i> _____	85
5.3 – Diante da morte: <i>Eu sinto, mas eu vou tocando a vida.</i> _____	88

5.4 – Quando a morte afeta: <i>Porque os outros não seguram muito na sua mão na hora em que morrem.</i>	94
5.5 – A naturalidade da morte: <i>Você vê a morte e aquilo é uma coisa natural, é do acontecimento diário.</i>	100
5.6 – Estresse: <i>Ninguém agüenta essa rotina.</i>	102
5.7 – Formação: <i>É muito técnica na questão de lidar com a morte.</i>	107
5.8 – Salvar a vida: <i>não é só história sem final feliz não.</i>	109
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS	116

RESUMO

A literatura aponta que a forma como as pessoas encaram a morte vem sofrendo mudanças no decorrer dos séculos e hoje o que se percebe é que, cada vez mais, o ser humano tem dificuldades para lidar com a morte. Em razão de o médico ter como função primordial salvar a vida dos seus pacientes, e sendo essa responsabilidade agravada pela responsabilidade de tomar decisões rapidamente, já que precisa lidar com o inesperado das situações de urgência e emergência, muitas vezes esse profissional tem que enfrentar situações de impotência e fracasso diante da perda de um paciente. O objetivo principal deste estudo foi compreender a experiência de médicos que trabalham em urgência e emergência diante da morte. Justifica-se tal questionamento pelo fato de que, apesar das questões da vida e da morte fazerem parte do cotidiano desses profissionais, os médicos não têm, muitas vezes, espaço para expressarem o seu sofrimento e angústia sobre as questões relacionadas à morte em sua rotina de trabalho. Verifica-se ainda na literatura um apontamento da necessidade de se incluir nos currículos das universidades de medicina disciplinas que abordem tais questões. A metodologia utilizada foi de caráter fenomenológico-existencial, utilizando como instrumento a observação participante, a fim de conhecer a rotina da urgência e emergência, e a entrevista semi-aberta. Foram entrevistados seis médicos que trabalham na urgência e emergência do maior hospital da rede pública de Natal-RN. Os resultados mostraram que, apesar dos médicos relatarem ter momentos de estresse e das dificuldades encontradas por eles no serviço público, esses profissionais sentem prazer em trabalhar na urgência e emergência. Embora a morte seja considerada um fenômeno que faz parte de sua rotina de trabalho, em alguns momentos ela é mais difícil de ser encarada. Muitas vezes as perdas geram sentimentos de impotência e culpa, bem como questionamentos sobre suas atuações durante as tentativas de salvar vidas. Verificamos, a partir desse estudo, a importância da existência de algum tipo de intervenção na emergência, a fim de que os médicos possam elaborar as questões sobre a morte e o morrer surgidas em seu trabalho. Consideramos ainda que este estudo confirma as discussões acerca da importância dessa temática ser abordada de forma mais efetiva no momento da formação desses profissionais, bem como a importância dos órgãos públicos investirem de forma mais eficaz na área de urgência e emergência, de modo a tornar o trabalho desses profissionais menos danoso à sua saúde.

Palavras-chave: médico da urgência e emergência; morte; fenomenologia; pesquisa fenomenológica.

ABSTRACT

The literature pointed that the way which people deal with death have been changing along centuries, and nowadays what is realized it is that, each time more, the human being have difficulties to deal with death. Due to the fact that the main function of the physician is to save their patients' lives; responsibility that is aggravated by the necessity of to take decisions quickly, once he need to deal with the unexpected situations of the urgency and emergency, many times these professional have to face of impotency and fail situations, when he lose a patient. The main goal of this study was to understand the experience of physicians that work in the urgency and emergency, in front of death. These questioning it justified by the fact of the physicians do not have, many times, a space to express their suffering and anguish about the issues related to death in their work routine, despite life-death question to be often present their everyday. It is still possible to verify in the literature, an appointment of the necessity of to include in the curriculum of Medicine courses, subjects that approach such questions. The method used was based on the existential-phenomenological perspective, using as instrument the participant observation, to the intent of understand the routine in the urgency and emergency context, and semi-structured interview. It was interviewed six physicians that work in the urgency and emergency of the most important hospital of public health system of Natal-RN. The results showed that the physicians reported pleasure in work in the urgency and emergency, despite of they presented stress and the difficulties that they deal with in the public system. Despite of the fact that the death to be considered as a phenomenon that make part of the physician's routine, sometimes, deals with these one is more difficult. Many times losses generate an impotency and guilty feeling, as well as questionings about their performance during the attempts to save lives. We verified, from this study, the importance of the existence of some kind of intervention in the emergency, in order to the physicians can elaborate the questions about death and die emerged in their work. We consider yet that this study corroborates and reiterates the discussions concerning the importance of this thematic to be approached in a more effective way, during the academic formation of these professionals, as well as, the importance of a larger investment from the part of Government in the urgency and emergency sector, in order to propitiate to these professionals a work that brings less harmful for their health.

Key-Words: urgency and emergency physician; death; Phenomenology; phenomenological research.

APRESENTAÇÃO

A experiência de estágio no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel (HMWG¹) em Natal-RN realizado a partir do curso de especialização em Psicologia Clínica Fenomenológico-Existencial na UFRN trouxe um repertório de vivências de fatos que só havia visto antes nos noticiários da mídia.

Lembro-me do impacto inicial ao deparar com a realidade do setor de urgência e emergência: grande número de pacientes sendo atendidos, muitos funcionários circulando, pacientes nos corredores e uma diversidade de problemas acontecendo naquele setor. Pude então perceber como, no ambiente hospitalar, o sofrimento do humano é evidente: cortes, escoriações, paradas cardíacas, atropelamentos e muita dor estampada nos rostos dos pacientes.

A função das estagiárias do curso era fazer uma escuta clínica neste momento de dor, já que esta função não era exercida nem pelos enfermeiros, nem pelos médicos, e nem mesmo pela própria psicóloga do hospital, uma vez que a mesma concentrava a sua atuação em outro setor. Lembro-me bem de que, quando me encontrava na sala de Politrauma, cada vez que a porta se abria uma das questões que me fazia era de que tipo de emergência se tratava, se o paciente estava em risco de vida e se os médicos conseguiriam salvar aquele paciente. Lembro-me do impacto que tinha em mim, como cuidadora, a questão da iminência da morte presente naquele setor, aliada ao alívio de saber que não cabia a mim a responsabilidade por salvar as vidas em risco. Toda essa configuração fez-me pensar em como seria para o médico lidar com a questão da morte, uma vez que era dele a responsabilidade de salvar vidas.

¹ De agora em diante usaremos esta sigla sempre que fizermos referência a essa instituição

Voltando um pouco no tempo, pude perceber que não era a primeira vez que essa temática chamava minha atenção. Durante a minha graduação em Psicologia, ao cursar a disciplina Psicologia Aplicada à Saúde, tive a oportunidade de escrever um trabalho sobre a relação médico-paciente. A partir desse, passei a entender algumas características do trabalho médico, bem como a necessidade de, em alguns momentos, o médico se colocar aparentemente distante de seus pacientes, uma vez que se agisse de forma diferente não conseguiria realizar alguns procedimentos. Concluí que a frieza atribuída a esses profissionais, muitas vezes, era resultado da demanda causada pela própria profissão. Essa constatação seria a primeira de uma série de questionamentos que me acompanhariam até esse momento e que deram origem a este trabalho.

INTRODUÇÃO

Com o crescimento dos centros urbanos, cresce também o número de vítimas da violência e de acidentes de trânsito e, conseqüentemente, o número de pacientes atendidos pelos setores de urgência e emergência. Esse aumento da demanda gerou uma necessidade de revisão das políticas de assistência à saúde, uma vez que a forma como o setor estava organizado não dava mais conta dessa nova realidade. Entretanto, é importante lembrar que os serviços ainda não estão bem estruturados, havendo um inchaço nos hospitais de urgência e emergência. Isso acontece porque a rede básica não tem absorvido bem a demanda que surge, levando a população a procurar os serviços de urgência e emergência, mesmo nos casos que não se caracterizam como tal, por saberem que lá as pessoas são, de fato, atendidas. Esse inchaço do setor provoca sobrecarga de trabalho aos profissionais de saúde, sejam enfermeiros, médicos e outros, os quais não podem ser negligentes com a população que necessita daquele serviço.

A Unidade Geral de Urgência e Emergência é uma “Unidade de Saúde isolada, não vinculada a hospital, que presta assistência a pacientes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato” (Ministério da Saúde, 1999). O setor de emergência é o local mais crítico de um hospital, pois se trata do lugar onde são feitos os primeiros procedimentos ao paciente que chega em situação de urgência e emergência. Os profissionais que atuam nesse espaço têm que lidar com a emergência crítica do problema, uma vez que os pacientes ali atendidos estão, muitas vezes, correndo risco de vida.

Nesse contexto tem-se a figura do médico, que é o profissional que dá a palavra final sobre os procedimentos a serem aplicados ao paciente, o que termina por colocá-lo em posição de grande responsabilidade pela sua vida, Essa responsabilidade é, além disso, agravada pelo fato dele ter que tomar as decisões rapidamente, já que se trata de iminência de morte.

Assim sendo, os médicos atendem os pacientes focalizando os aspectos técnicos dos procedimentos, já que existe, freqüentemente, uma grande quantidade de pacientes à sua espera os quais, muitas vezes, estão em situação de risco de vida. O médico que atua no setor de urgência e emergência tem que lidar com o inesperado e agir de forma rápida, a fim de que o problema seja sanado e que a vida do paciente seja salva. Para que seu trabalho seja eficaz neste contexto, seu preparo técnico deve ser o melhor possível, uma vez que em situações de urgência e emergência, como foi dito anteriormente, as decisões devem ser tomadas rapidamente, o que aumenta a probabilidade de erro, e um erro que pode resultar em danos irreversíveis, como a morte do paciente.

A despeito dessa realidade, ou seja, da convivência com a iminência da morte em seu cotidiano de trabalho, os médicos geralmente não têm, durante a sua graduação, disciplinas que focalizem a questão da morte, da dor ou do sofrimento de seus pacientes. Principalmente, disciplinas ou espaços que os ajudem a refletir sobre as suas dúvidas, questões e angústias que são despertadas por todas essas dimensões do processo saúde-doença, vida-morte. Enfim, esses profissionais não contam, em geral, principalmente depois da formação, com um espaço para falarem a respeito de seus sentimentos e sofrimentos surgidos no seu cotidiano de trabalho, bem como das questões que perpassam a sua atuação. Neste sentido, verifica-se, na literatura, um

apontamento da necessidade de se incluir nos currículos das universidades de medicina disciplinas que abordem tais questões (Souza, 2001).

O médico atua diante do outro em uma relação onde ele é o responsável por restabelecer a saúde e salvar a vida de seu paciente. Existe, então, no seu cotidiano de trabalho, além da técnica e dos procedimentos a serem realizados, a questão da relação médico-paciente e todas as significações que permeiam essa relação. Ambos, médico e paciente, são afetados nessa relação.

A morte é uma das certezas que o ser humano tem e, em geral, as pessoas evitam pensar e falar a respeito dela. A maneira como o ser humano encara a questão da morte sofreu mudanças no decorrer dos séculos e hoje, com o avanço da medicina e com o surgimento de técnicas que atuam no sentido de prolongar a vida, o ser humano, de um modo geral, e o médico, particularmente, têm se deparado com novas questões relacionadas ao processo de morrer, o que acabou repercutindo na maneira de encarar a morte.

Considerando então o cotidiano de trabalho dos médicos na urgência e emergência, onde eles têm que lidar com a morte, bem como o fato de ser exigido desses profissionais um forte poder de decisão sobre as questões relativas à vida de seus pacientes, e sendo a emergência um setor marcado pelo risco, pela iminência da morte e pela imprevisibilidade, este estudo foi norteado pelas seguintes questões: Como é para o médico lidar com a morte em seu cotidiano de trabalho? Como ele é afetado por essa realidade? Como foi abordada essa questão durante a sua formação? Como a presença da morte na sua rotina de trabalho repercute na sua vida?

A partir de tais questionamentos, este trabalho tem o objetivo principal de compreender a experiência de médicos que trabalham na urgência e

emergência do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel – HMWG – diante da iminência da morte. E para isso, esse trabalho está organizado da seguinte forma:

No primeiro capítulo, intitulado **Correndo contra o tempo: o setor de Urgência e Emergência**, apresentamos o relato de um dia de trabalho do médico no setor de urgência e emergência, o que preconiza a lei em relação aos serviços de emergência e o porquê da sua implementação. Apresentamos ainda a caracterização do HMWG, local de trabalho dos participantes de nossa pesquisa.

No capítulo seguinte, intitulado **O Ser médico**, tratamos sobre o que é ser médico, bem como sobre a escolha do profissional pela medicina. Abordamos ainda o sofrimento dos médicos e as doenças que em geral acometem esses profissionais.

Dando continuidade, apresentamos o terceiro capítulo intitulado **O Médico e a questão da Morte**, a partir do qual nos debruçamos sobre a morte e as maneiras de enfrentamento do homem e do médico em relação a tal fenômeno. Tratamos ainda da morte e a sua iminência no setor de urgência e emergência

No capítulo seguinte, intitulado **Método: O caminho percorrido**, apresentamos o nosso percurso metodológico, os recursos utilizados e passos percorridos para chegarmos ao objetivo de nosso estudo.

No quinto capítulo, intitulado **Aproximando-se do vivido**, apresentamos os resultados do estudo, bem como nossas interpretações à luz da pesquisa bibliográfica.

Enfim, no sexto capítulo, intitulado **Considerações Finais**, tecemos considerações sobre as conclusões e impressões que tivemos a partir do nosso estudo, bem como sobre sua utilidade, e fazemos apontamentos para estudos posteriores.

1. CORRENDO CONTRA O TEMPO: O SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Um homem é encontrado na rua de um bairro da zona norte da cidade. O serviço de SAMU é chamado, pois o mesmo estava se debatendo, caído na calçada. O resgate chega e ninguém sabe informar nada sobre aquele homem. Ele então é colocado na maca e levado ao Hospital de Urgência e Emergência. Chegando lá, apesar de ninguém saber seu nome e idade, ele é atendido na sala de reanimação.²

O caso relatado acima poderia ter acontecido com qualquer uma de nós pesquisadoras e com você, leitor, uma vez que as situações de urgência e emergência não escolhem onde, quando e nem com quem irão acontecer. Elas podem acontecer com qualquer um. O paciente do caso acima relatado trata-se de um senhor atendido no setor de Urgência e Emergência do HMWG, mais especificamente na sala de reanimação. A fim de que o leitor compreenda um pouco acerca da rotina em uma das salas da urgência e emergência do referido hospital, apresentamos o relato de uma das observações feitas durante a realização do nosso estudo.

1.1 – Uma manhã na Urgência e Emergência

Chegamos à sala de reanimação da urgência às 07:45. A enfermeira do plantão da noite passada ainda estava lá. Relatou-nos que havia parado para descansar apenas da meia-noite às três da manhã e que iria trabalhar até o meio dia. Havia doze profissionais na sala, entre eles duas residentes, quatro estudantes de medicina e o restante eram auxiliares e técnicos, além de seis

² Fato ocorrido durante uma das observações feitas pela pesquisadora.

pacientes. Conversamos com a enfermeira sobre a paciente da noite anterior que estava fazendo hemodiálise e ela nos comunica que a mesma não tinha resistido, vindo a falecer.

A médica chega por volta das 08:15 e conversa com os residentes e estudantes. Depois de algumas orientações, ela começa a atender os pacientes. Conversa com um paciente tetraplégico com distrofia muscular³, que estava também na noite passada. Explicando que não podia desentubá-lo, pois no dia anterior ele havia pedido e quase que morrera, que tinha ficado “roxinho” (SIC). A médica fala: *Você quer ir pro céu? Então, não posso tirar* – a médica fala de maneira descontraída. A médica passa então para o paciente ao lado. Trata-se de um paciente que teve morte cerebral. Ela conversa com os estudantes e fala que, na opinião dela, não havia mais o que ser feito e que, como se tratava de um paciente atendido por outro médico, era aguardar a visita dele, e que nada podia ser alterado, que o paciente iria continuar sendo mantido vivo pelos aparelhos. A médica visita então outros pacientes que estão em momento de banho e limpeza. As auxiliares de enfermagem fazem higienização dos pacientes nas próprias macas.

Chega à sala um senhor que se dirige à médica, pedindo para ela assinar uma solicitação de um exame de eletrocardiograma para seu filho, pois ele tinha sido atendido em outro hospital, cujo aparelho estava quebrado. Não ouvimos o restante da conversa. Porém, passados alguns minutos, o senhor retorna com seu filho e se dirige à médica que começa a auscultar a criança. A médica então se volta para o nosso lado e diz: *Olhem aqui Psicólogas, o que o médico passa* (SIC). E relata que o senhor queria solicitar o exame sem que ela tivesse examinado o paciente, e que isso era uma

³ Degeração progressiva do tecido muscular.

deselegância com o profissional. *Já pensou você parar um advogado no meio da rua pedindo para ele assinar uma petição? Eu mandei você trazer o paciente para não dizer um não na sua cara* (SIC). Ela assina o pedido, e o senhor e seu filho saem da sala.

Em determinado momento a médica conversa com os estudantes sobre o cuidado ao assinar documentos dentro do hospital, e relata que eles podem responder legalmente pelas assinaturas que fazem em prontuários de pacientes. Entram na sala os responsáveis pela limpeza do chão e dos móveis, bem como os profissionais do laboratório. A enfermeira pede para a médica fazer uma subclávia⁴ em um dos pacientes. A médica então pede para preparar e, quando está tudo pronto, ela pergunta para as residentes qual delas vai fazer e uma delas se pronuncia. A médica pede para a enfermeira uma bata própria para o procedimento, uma vez que o risco de se sujar é grande, e a mesma diz que não tem, e que já tinha guardado uma para o setor várias vezes, mas que sempre sumia. A residente começa a anestésiar o local onde será feito o procedimento. A médica diz para anestésiar bem, pois o paciente está inconsciente, mas que ele não deixa de sentir dor e que a dor é registrada pela memória. A residente tenta fazer o procedimento e a médica a ajuda a terminar.

Em determinado momento chega uma nova paciente na sala. *“Paciente novo!”*, alguém grita. A enfermeira se dirige para a maca e pergunta o que houve com a paciente e pergunta pela ficha dela. Ninguém sabe informar. Ela pede para chamar o parente que ficou fora da sala. Um médico entra na sala – neste momento a médica do setor não se encontrava ali. A filha da paciente fala o nome dela e diz que tem pressão alta, que estava tomando a medicação

⁴ Acesso à veia subclávia para injetar medicamentos ou realizar outros procedimentos.

regularmente e que desde o dia anterior tinha deixado de falar. O médico então diz que a paciente deve ser encaminhada para a cirurgia naquele momento. O maqueiro aparece e leva à paciente.

Ficamos sabendo que o horário de visitas é às 11 horas. O horário de visitas nessa sala de emergência se explica, pois todos os pacientes que se encontram ali aguardam uma vaga na UTI para serem transferidos. Os parentes começam então a chegar. A mãe do paciente com morte cerebral se aproxima do leito e ficamos observando de longe. Escutamos ela dizer “*Mamãe está aqui, você está me ouvindo?*” Ela passa a mão na sua cabeça e se dirige para os residentes que estão sentados no balcão e pergunta quem é a médica dele. A residente informa que ela não se encontra no momento, mas em que pudessem ajudar elas o fariam. A mãe pergunta sobre o quadro do filho. A residente explica que é muito grave, que ele está sem atividade cerebral e mantido vivo por aparelhos e medicação. A mãe escuta a explicação e sai da sala. Neste momento nos perguntamos se a mãe entendia o que significava “morte cerebral”, mas a nossa dúvida não pôde ser esclarecida. Menos de um minuto depois, o rapaz, até então inerte, começa a mexer os braços e as pernas descontroladamente. Um dos estudantes arregala os olhos e fala “*Como isso é possível? Ele teve morte cerebral?*”. As enfermeiras aproximam-se do leito e contêm o paciente.

As visitas prosseguem e percebemos que a médica não se encontra na sala, então nos questionamos o porquê dela ter saído justamente no horário da visita. Concluimos, a partir de outras observações, que o fato de não estar ali naquele momento não era algo comum. Alguns familiares procuram informações sobre os pacientes, só que cada um deles tem um médico responsável que não se encontra na sala. Eles terão então que procurá-lo.

Depois de um determinado momento a médica do setor entra na sala desesperadamente falando que estourou uma torneira em uma sala vizinha. Ela pega o telefone e liga para o setor de manutenção para consertarem, senão ia alagar tudo. Decidimos então ir embora, uma vez que o tempo a que nos propusemos a permanecer naquele dia havia terminado.

Apresentamos o relato acima a fim de que o leitor tivesse uma amostra de como é uma manhã na sala de urgência e emergência e, conseqüentemente, um pouco da realidade que enfrentam os profissionais em seu dia-a-dia de trabalho. Podemos perceber como funciona a dinâmica dessa sala: vários profissionais atuando, cada um dentro da sua especificidade, a médica ensinando os alunos a realizarem procedimentos, a chegada de novo paciente na sala, bem como as limitações materiais que os médicos e outros profissionais enfrentam em seu cotidiano. Observamos, ainda, a ocorrência do caso do paciente com morte cerebral, que gerou espanto nos estudantes, por acharem que era impossível dele se mexer em virtude de seu quadro. Este fato serve como um bom exemplo da iminência da morte na rotina de trabalho na urgência e emergência.

1.2 – Os Serviços de Urgência e Emergência

O significativo crescimento do número de acidentes e da violência urbana nos últimos anos gerou o aumento de atendimento na área de Urgência e Emergência, fazendo desta uma área importante da assistência à saúde. Esse aumento de demanda, aliado à má estruturação da rede, contribuiu para a sobrecarga desses serviços disponibilizados para o

atendimento da população, gerando um problema sério dos Sistemas de Saúde a ser resolvido (Ministério da Saúde, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde (2003), tradicionalmente, o atendimento às urgências se dava predominantemente nos tradicionais pronto-socorros, tendo estes uma estrutura adequada ou não para tais atendimentos. Funcionavam 24 horas por dia, atendendo não só pacientes em situação de urgência propriamente dita, como também aqueles sem atenção primária e especializada e com demanda de urgências sociais, tornando o setor de urgência e emergência uma “porta-de-entrada” do sistema de saúde. A desorganização na prestação dos serviços de saúde levava as pessoas a procurarem o setor de urgência e emergência com a expectativa de serem, de fato, atendidas, o que gerou uma superlotação, comprometendo a qualidade da assistência prestada à população.

Outro ponto importante é que os serviços de emergência tradicionalmente eram, em geral, desorganizados. Faltava, por exemplo, triagem de risco, fazendo com que o atendimento fosse realizado por ordem de chegada, ficando, muitas vezes, emergências mais sérias para serem atendidas tardiamente. O que acontecia corriqueiramente é que as urgências “sangrantes” e gritantes eram priorizadas, deixando, freqüentemente, pacientes com quadros mais graves, porém não aparentes, esperando horas para serem atendidos. Outra questão que preocupava os responsáveis pelo sistema de saúde era o aumento das unidades de “pronto atendimento” que ofereciam atendimento médico 24 horas, porém sem condições necessárias para diagnóstico e atenção às urgências, oferecendo atendimento de baixa qualidade e resolutividade (Ministério da Saúde, 2003).

Utilizando os problemas supracitados como justificativa para implementação da portaria n.º 2048/GM, publicada no dia 5 de novembro de 2002, o Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios, adotaram diversas medidas para reverterem tal quadro, das quais podemos destacar aquelas reunidas no Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência. São feitos investimentos em capacidade física e em equipamentos dos serviços que integram estas redes, na área de assistência pré-hospitalar, nas Centrais de Regulação e são promovidos cursos de capacitação dos profissionais a fim de que sejam possibilitadas a organização e a estruturação das redes assistenciais na área de urgência e emergência.

Diante de toda a problemática do setor, surgiu a necessidade de se estruturar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, de forma que em toda a rede assistencial cada setor seja responsável pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência. Tem-se então, desde a rede pré-hospitalar, (unidades básicas de saúde, programa de saúde da família (PSF), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares), serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate, ambulâncias do setor privado, etc.), até a rede hospitalar de alta complexidade (Ministério da Saúde, 2003).

Mesmo após a implementação da portaria n.º 2048/GM, encontramos ainda algumas falhas no funcionamento do sistema, uma vez que parte dele continua funcionando precariamente, sobrecarregando outros setores. É o que acontece com os hospitais responsáveis por situações de urgência e emergência e que ainda atendem casos que deveriam ser absorvidos pela rede básica.

Até o momento nos voltamos para a implementação dos serviços de Urgência e Emergência proposto pelo Ministério da Saúde, bem como as justificativas da necessidade desse tipo de assistência à saúde. Agora convém explicarmos o que significa uma situação de Urgência e Emergência.

1.3 – Definindo Urgência e Emergência

De acordo com o primeiro e segundo parágrafos do artigo 1º da resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina, define-se por Urgência “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” e por Emergência “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”. Desta forma, tem-se por urgência uma situação mais ampla da situação de risco, podendo vir esta a se complicar mais e passar a se configurar como uma situação de emergência, em que o risco do paciente vir a falecer é mais presente (CFM, 1995).

A definição do quadro de urgência e emergência precisa ser realizada, uma vez que há uma necessidade de que haja uma priorização dos casos mais graves para serem atendidos. Essa classificação dos casos atendidos no setor é feita, geralmente, pelos serviços de triagem. Segundo o dicionário Houaiss (2002a), Triagem é o “ato ou efeito de triar, de separar, de selecionar; separação, seleção, escolha”. Na própria definição do termo tem-se a grande dificuldade dessa etapa no atendimento das urgências e emergências: escolher qual paciente terá prioridade. Nas emergências não existe a questão da fila por

ordem de chegada, mas a priorização em função do risco. E essa escolha gera uma série de problemas uma vez que a população que busca esses serviços acredita que será prontamente atendida.

Existe muito debate acerca da conceituação da triagem nos serviços de emergência dos EUA e Canadá. Nestes países, era utilizado um sistema típico de triagem que classificava os casos em três ou quatro categorias, referidas, com frequência, como emergente, urgente, semi-urgente e não urgente. Hoje, no Canadá e na Austrália, a classificação utilizada por médicos e enfermeiros, aprovada pelos respectivos conselhos, contém cinco níveis, listados em ordem decrescente de gravidade: ressuscitação, emergência, urgência, semiurgência e não-urgência. (David, 2003).

Um estudo feito por David (2003), mostrou que não havia, até então, uma conceituação clara em termos de legislação do que seria uma situação de urgência e emergência. Porém, em 2004, o ministério da Saúde publicou uma cartilha intitulada “Acolhimento com avaliação e classificação de risco” como parte do Programa Nacional de Humanização e do projeto Humaniza SUS. O objetivo da criação de tal cartilha foi orientar as práticas dos atores envolvidos no processo do atendimento às urgências e emergências no que tange à classificação e acolhimento às situações de risco, de modo que todos os usuários tenham acesso ao atendimento adequado, de acordo com sua situação de risco, independente da ordem de chegada. Essa cartilha classifica as situações de risco de acordo com sua gravidade e determina possíveis encaminhamentos. Apresentamos a seguir os níveis de classificação de risco preconizados nessa cartilha a respeito das situações de urgência e emergência no Brasil (Ministério da saúde, 2004):

- Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato. São os casos onde o risco de morte está presente. Como exemplos de queixas enquadradas neste nível de prioridade têm-se: politraumatizado grave; desconforto respiratório grave; intoxicações exógenas; hemorragias não controláveis;
- Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido que possível. Estes pacientes são encaminhados à sala de consulta de enfermagem para triagem. Como exemplos de queixas têm-se: diminuição do nível de consciência; alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental; dor torácica intensa; crise asmática; dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais;
- Verdes: prioridade 2 – não urgente. Exemplos de queixas: idade superior a 60 anos; gestantes com complicações da gravidez; pacientes escoltados; retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro; dor abdominal sem alteração de sinais vitais;
- Azuis: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – o atendimento é feito seguindo a ordem de chegada. Queixas crônicas sem alterações agudas, procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas.

É importante que seja feita a classificação de risco, principalmente nos dias de hoje, em que os números de acidentes e da violência aumentaram e, conseqüentemente, a demanda das emergências. Com a classificação de risco pretende-se: avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto-Socorro, tornando o atendimento humanizado; descongestionar o Pronto-Socorro;

reduzir o tempo do atendimento médico; determinar a área de atendimento primário, encaminhando o paciente diretamente às especialidades conforme protocolo; informar os tempos de espera; levar informação sobre o serviço aos usuários; e retornar informações a familiares (Ministério da Saúde, 2004).

Após o atendimento inicial, o paciente é então encaminhado para o consultório de enfermagem no qual a classificação de risco (triagem) é feita baseada nos seguintes dados (Ministério da Saúde, 2004):

- Situação/Queixa/ Duração;
- Breve histórico do caso relatado por acompanhantes ou pelo paciente;
- Sobre o uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma, caso seja necessário.

No caso do Hospital de Urgência e Emergência onde fizemos nosso estudo, há duas formas do paciente dar entrada no hospital: uma pela porta vermelha e outra pela amarela. Nos casos onde a emergência é aparente, como, por exemplo, facada, atropelamento, espancamento, estes dão entrada pela porta vermelha, onde o paciente encontra os setores de Reanimação e Politraumatizado, de acordo com sua necessidade. Os demais casos, onde o risco é menor, entram pela porta amarela e são classificados de acordo com as cores: verde, azul, amarelo ou até mesmo vermelho. Nesse setor é feita uma triagem através de uma equipe com um enfermeiro, um auxiliar, um assistente social e um psicólogo. Os casos que inicialmente não são classificados como emergência do tipo vermelha são finalmente encaminhados para o setor responsável e os demais são atendidos ali de acordo com sua necessidade.

Os pacientes, depois do atendimento, ou ficam em observação ou recebem alta ou são internados. Cabe destacar que muitos dos casos que chegam ao hospital através dos serviços de ambulância, como o SAMU, já vêm com a classificação de risco feita, sendo então encaminhados para o setor adequado.

1.4 – Descrevendo a realidade estudada⁵

Localizado na cidade de Natal, no Rio Grande do Norte, em uma das principais avenidas da cidade, o Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel foi inaugurado em 1971 e começou a funcionar em 1973. Formado pelo Pronto Socorro Clóvis Sarinho, pelo Hospital João Machado e pelo Hospital Médico Cirúrgico, possui ao todo 310 leitos, sendo 39 destes destinados a pacientes críticos, 19 de UTI, 12 de unidade semi-intensiva e 4 de pós-operatório no Pronto Socorro Dr. Clóvis Sarinho e 4 de UTI geral no anexo do Hospital Médico Cirúrgico.

O Complexo realiza 440 cirurgias e atende uma média de 21 mil pacientes por mês, advindos de todo o estado do Rio Grande do Norte. Para seu funcionamento, conta com uma equipe de 1.800 funcionários, sendo 200 advindos de empresas que terceirizam serviços de vigilância e higienização. A equipe permanente de plantão conta com 30 médicos por turno, bem como

⁵ Os dados apresentados neste tópico foram colhidos no *website* da própria instituição, o qual é mantido pelo Governo do Estado do Rio Grande do Norte (2006).

uma equipe de profissionais que, a qualquer momento, pode ter seus serviços solicitados.

O Pronto Socorro Dr. Clóvis Sarinho foi inaugurado no dia 08 de fevereiro de 2001, como parte integrante ao complexo hospitalar do HMWG. O Clóvis Sarinho é referência no atendimento às emergências de todo Estado do Rio Grande do Norte. A estrutura física é composta, ao todo, por 62 leitos, sendo nove destes da UTI geral, 5 da UTI pediátrica, 9 do Centro de Recuperação de Operados, 12 da Unidade Semi-intensiva, 8 do setor de Politrauma, 4 do setor de reanimação e 15 da pediatria. O Pronto Socorro Dr. Clóvis Sarinho conta ainda com o Centro Cirúrgico do HMWG, que contém 5 salas cirúrgicas e capacidade de expansão para 7, e o Centro de Esterilização de Materiais. Além disso, conta com os Serviços Auxiliares de Diagnóstico, que compreendem: Laboratório de Análises Clínicas; Endoscopia Digestiva, com exames de endoscopia digestiva alta e colonoscopia; Ultra-sonografia e Radiologia, com dois equipamentos de Raios-X e aparelho para realização de tomografia computadorizada.

A equipe do Pronto Socorro é formada por cerca de 30 médicos em regime de plantão permanente, abrangendo as especialidades: clínica, pediátrica, cirurgia, intensivista, anestesia, neurocirurgia e cirurgia vascular e plástica. Fazem parte também do quadro de funcionários do Pronto Socorro assistentes sociais permanentes em escala de plantão, policiais militares, “Posso ajudar?” (pessoal que presta informações e orienta pacientes na sala de espera), bem como os responsáveis pelo serviço de triagem.

Encontramos na mídia alguns problemas relacionados ao funcionamento do HMWG: constantes greves devido a reajustes salariais; reclamações sobre a superlotação do hospital, e conseqüentemente existência

de pacientes em macas nos corredores; a existência de filas na sala de espera, uma vez que em hospitais de urgência e emergência não deveria haver fila de espera, mas como a rede básica não dá conta da demanda, a população superlota o hospital com o intuito de ser atendida. Apesar desses problemas, o complexo hospitalar atende uma média de 700 pacientes por dia e é, hoje, uma referência no Estado para atendimento de urgência e emergência. Toda essa situação interfere no atendimento prestado pelo hospital à população, e conseqüentemente, no atendimento prestado pelos médicos.

Dentro do cenário da Urgência e Emergência evocamos o médico, foco do nosso estudo, como figura de presença obrigatória nos casos que necessitam de suporte avançado à vida.

2. O SER MÉDICO

A profissão médica traz consigo certas características que a diferenciam das demais. Ser médico significa trabalhar mais horas por semana, em alguns casos com risco de contaminação, lidar com dor, sofrimento, lidar com limitações em seu dia-a-dia de trabalho (de recursos materiais, em se tratando do serviço público, e de autonomia em se tratando de assistência através de convênio); trabalhar em escala de plantão, e ainda ter que acompanhar todo o avanço científico da Medicina.

Apenas o médico pode praticar o seu ofício e todo aquele que usar dessa prática, sem a formação necessária, o faz dentro da clandestinidade. Segundo Machado (1997), esse monopólio da Medicina foi adquirido historicamente. A profissão médica detém a capacidade de regular o próprio trabalho, uma vez que: 1º) alcançou o crédito social, colocando seus serviços como 'bens sociais'; 2º) fundou seu conhecimento e sua prática profissional a partir de bases científicas; 3º) apóia-se na autoridade técnica do médico, no conhecimento especializado, ao mesmo tempo em que tem sua prática alicerçada em um código de atitudes profissionais que rege o ato médico (Machado, 1997).

A medicina é uma profissão de grande *status* em todo o mundo, o que a torna numa profissão com bastante adesão por parte de seus membros, pois raramente abandona-se o ofício. Fato este que ainda persiste atualmente, uma vez que 98,3 % dos médicos do Brasil estão em atividade; dos inativos, apenas 9% declaram ter abandonado a profissão, e os demais, estão desempregados, aposentados ou afastados temporariamente (Carneiro, Gouveia & Pimentel, 2005).

Na década de 1970 houve um grande número de escolas de medicina abertas, escolas estas que não tinham uma boa estruturação curricular e que “jogaram” no mercado de trabalho um grande número de profissionais com uma formação considerada inadequada na época. Esses médicos foram se espalhando de forma desigual pelo país, resultando em uma má distribuição nos serviços de saúde e, conseqüentemente, no acesso da população a esses serviços. Na década de 1980 passa a haver uma divisão do mercado de trabalho, dividido em público, assalariado e conveniado, bem como uma forte expansão dos serviços privados de saúde. A existência de um intermediário do serviço médico resultou em uma perda da autonomia do exercício profissional e, conseqüentemente, numa baixa remuneração (Machado 1997).

Segundo Machado (1997), tradicionalmente, os honorários dos médicos eram tratados diretamente entre eles e o paciente; hoje o pagamento do seu serviço é intermediado por empresas, sejam elas do setor público, privado, ou de convênios, o que retira a autonomia do profissional sobre o valor final de seu serviço. Em consonância com esta afirmação, a pesquisa realizada pelo Datafolha em 2002 aponta que 93% dos médicos entrevistados afirmam que os planos de saúde interferem em sua autonomia (Associação Médica Brasileira, 2002).

Apesar dos médicos terem perdido de certa forma o controle sobre seu trabalho e remuneração, a profissão não deixa de ocupar uma posição de destaque. Segundo Machado (1997), pode-se dizer que a Medicina possui algumas características que a diferenciam da maioria das profissões especializadas, pois tem um projeto profissional muito bem sucedido: de um lado ela fez aliança com o Estado (que lhe concedeu prerrogativas legais para o seu exercício exclusivo) e do outro com a elite (que compra seus serviços).

Outro ponto é que ao longo da sua história, com o aumento do conhecimento empírico e científico, ela adquiriu cada vez mais o *status* de ciência específica. Esses fatores mostram o espaço particular ocupado pela profissão médica e, conseqüentemente, pelos profissionais que a escolhem como carreira. Os fatores externos contribuem muito fortemente para a escolha da profissão, porém, fatores internos como habilidades e motivações igualmente interferem nessa escolha. Vejamos um pouco destas questões no tópico a seguir.

2.1 – A escolha pela medicina

O curso de medicina é um dos mais concorridos no Brasil e o grande número de pessoas que buscam essa carreira traz algumas implicações. Como dissemos anteriormente, ser médico no Brasil ainda é uma profissão que representa muito *status* social; e, apesar de que em muitos casos se tenha baixas remunerações, o médico tem maior renda se comparado a outros profissionais dentro da área da saúde.

O fato de ser uma profissão que tem como uma das funções a de salvar vidas atrai um determinado tipo de pessoas interessadas em tal formação. E que pessoas são essas? Existiria um perfil mais ou menos adequado à profissão?

Em uma pesquisa realizada com estudantes de medicina Bellodi (2001) concluiu que existem algumas diferenças de personalidade entre residentes que escolhem a área de cirurgia e os que escolhem a área clínica. Para essa autora, sendo cada uma dessas especialidades portadora de características

bem delimitadas, exigirá certos tipos de habilidades e aptidões por parte daqueles que a praticam.

A partir de uma revisão bibliográfica a respeito da escolha profissional de estudantes de medicina, Bellodi (2001) verificou que:

- Os estudantes de medicina que optam pela área clínica, o fazem: pela intensidade e qualidade na relação com o paciente; pelo tipo de paciente; pela oportunidade de acompanhamento a longo prazo; pelo desafio na questão do diagnóstico e pelo conteúdo intelectual; pelo prazer com o aprofundamento do estudo do paciente; por ser uma prática ambulatorial; por considerar a prática clínica como a única possível de ser praticada dentro da medicina: ser médico é ser clínico; por poderem se envolver com aspectos psicossociais da medicina; pela contribuição à comunidade; por valorizarem menos a remuneração e pelo estilo de vida;
- Os estudantes de medicina que optam pela área de cirurgia justificam sua escolha: pela oportunidade de fazer procedimentos e de operar; pelo interesse em atendimento emergencial; pelos resultados efetivos; pelo limite de problemas que o paciente apresenta; pela aplicação prática dos conhecimentos científicos; pela oportunidade de se trabalhar com pesquisa; por ser uma prática, em geral, realizada em hospitais; pelo prestígio proporcionado pela área dentro da profissão médica; pela oportunidade de liderar e pelo desejo de exercer a autoridade; pelo interesse maior em diagnóstico e tratamento do que nos aspectos interpessoais do cuidado do paciente; pela maior remuneração; pela maior chance de certeza no diagnóstico; pela maior consideração como residente;

- Os alunos que escolhem as chamadas “especialidades tecnológicas” (radiologia, anestesiologia, patologia, etc.), o fazem: pelo estilo de vida; pela previsibilidade da carga horária de trabalho e por terem mais tempo de lazer com a família; por exigir menos esforço; pelo fato da residência se dar em menor tempo; pela maior certeza no diagnóstico; pela oportunidade de trabalhar com novas tecnologias; por não se sentirem confortáveis com a relação médico-paciente; por lidar com pacientes saudáveis; pela remuneração.

A pesquisa de Bellodi nos mostra como as pessoas que procuram o curso de medicina têm interesses diversos, os quais determinam a escolha pela área dentro do curso, dentre aquelas que atendam tais interesses. Bellodi (2001) ainda nos traz algumas características levantadas por Xu e Veloski (1991) ⁶ em relação aos alunos que optam por trabalhar em Emergência ou Pronto Socorro. Segundo os autores, são alunos que entram mais tarde na faculdade e, em geral, são do sexo masculino; têm bom desempenho na faculdade; pretendem dispor de um maior tempo no hospital; têm o desejo de maior remuneração futura; estão dispostos a dedicar parte do seu tempo de trabalho para pacientes com baixo poder aquisitivo; têm características semelhantes aos que escolhem a clínica médica, no que tange ao aspecto de lidar com variedade de doenças dos pacientes.

Destarte, verifica-se que vários fatores estão envolvidos no momento da escolha profissional, sejam eles advindos de motivos externos ou internos. É bem verdade que alguns são mais determinantes que outros, mas o que ocorre

⁶ Xu, G. Veloski, J. J. (1991). A comparison of Jefferson Medical College graduates who choose other specialties. Acad. Med. V. 66, P. 366-368.

é uma conjugação de fatores que contribuem para que a escolha aconteça e, o fato de que a escolha seja feita não resulta sempre em sucesso. A respeito disso Bellodi (2001) nos fala que uma boa escolha profissional envolve a congruência de determinantes externos e internos, como as habilidades, os interesses, bem como as características de personalidade.

Entretanto, é válido salientar que em muitos casos as escolhas são determinadas por fatores externos, ficando as habilidades pessoais um pouco de lado. E isso repercute na atuação do profissional, pois, muitas vezes, este vai deparar-se com situações delicadas no seu cotidiano de trabalho, mais difíceis de serem contornadas caso o médico esteja atuando em área muito distante da correspondente às suas habilidades. Embora seja importante a existência da conjugação dos fatores internos e externos na escolha da profissão, um outro ponto deve ser levado em consideração para que se tenha uma atuação profissional bem sucedida: a formação. Como ocorre, na prática, a formação desses jovens com interesses tão diferentes em relação à sua profissão?

Os jovens entram no curso com determinada expectativa em relação à aquisição do diploma de medicina, expectativas essas que serão atendidas ou não. Mas será que o curso de medicina prepara esses jovens de fato para o que eles vão encontrar no campo de trabalho? Os cursos de medicina tradicionalmente são voltados para a formação técnica dos estudantes. Os alunos aprendem sobre o funcionamento do corpo humano, sistemas, órgãos e células, bem como sobre as doenças, o uso de medicamentos e diagnósticos. Mas nos perguntamos se a formação médica favorece a habilidade dos profissionais para lidarem com as implicações psicológicas de se trabalhar com a dor, a morte e a impotência do médico perante a morte.

Segundo Caprara e Franco (1999), o modelo biomédico, tradicionalmente, se baseia em concepções que consideram a doença como um desvio da norma, havendo uma separação entre mente e corpo, considerando-se o corpo como uma máquina e os aspectos psicológicos, sociais e comportamentais minimizados. Pouco se aborda questões como a relação médico-paciente, lidar com a família, enfrentamento da morte, etc. Uma prova dessa lacuna da formação médica é o movimento de Humanização da saúde, como uma tentativa de se fazer um resgate das relações entre profissionais e pacientes, uma vez que um dos problemas que ocorre na assistência à saúde é o “despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção” (Ministério da Saúde, s.d.).

O primeiro paciente que o estudante de medicina tem durante sua formação é na aula de anatomia. “Oferecem-lhe o cadáver, como se dissessem: estude este corpo sem alma, este é seu material de trabalho” (Mello filho, 1978⁷ citado por Rocco, 1992, p.49). O estudante se vê, então, diante de corpos sem vida, algumas vezes inteiros, algumas vezes em pedaços. Realizam neles procedimentos, aprendem sobre a anatomia do corpo humano, porém são corpos que não sentem dor, que não podem morrer, que não sofrem. Este paciente fica então como “um modelo ideal: não incomoda, não se queixa, não interfere e não tem história” (Muniz & Chazan, 1992, p.40).

As aulas de anatomia acabam mostrando toda uma cultura de isolamento das emoções. Uma atitude de apreensão diante do cadáver não é bem vista, levando os estudantes a guardarem as suas dificuldades surgidas

⁷ Mello filho (1978). *Concepção psicossomática: visão atual*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

durante essas aulas. Muniz e Chazan (1992) vão ao encontro dessa idéia no momento em que citam o relato de uma aluna do curso sobre sua dificuldade na aula de anatomia por não conseguir estudar devido ao envolvimento emocional com a situação, o que a levou a procurar orientação com o professor que lhe recomendou “ver o cadáver como um livro” (p.41).

Os estudantes têm seus primeiros pacientes de fato quando começam a estagiar, e como não são bem preparados para lidar com o paciente vivo, de certa forma, levam consigo tais dificuldades quando começam a atuar no mercado de trabalho. Não é uma questão da pessoa, de suas características particulares, que não consegue ser sensível ao sofrimento alheio. O que acontece é que, por não saber lidar com as questões interacionais que fazem parte do seu cotidiano de trabalho, o médico acaba, muitas vezes, dissociando a doença do doente. Assim, a medicina usa o isolamento das emoções como uma forma de lidar cotidianamente com questões como a morte, por exemplo, (Quintana, Cecim & Henn, 2002).

Ser médico é estar, em muitos momentos, lidando com questões emocionais, sem nenhum aporte em termos de formação e sem nenhum suporte psicológico no ambiente de trabalho, e ele tem que fazer, tem que curar, tem que amenizar o sofrimento, pois é capacitado tecnicamente para fazer os procedimentos e obedecer a um código de ética.

Para ilustrarmos um pouco a responsabilidade do ser médico apresentamos a seguir o juramento do médico:

Juramento do Médico⁸

“No momento de me tornar
um profissional médico:

Prometo solenemente **dedicar a minha
vida a serviço da Humanidade.**

Darei aos meus Mestres o respeito e o reconhecimento que lhes são devidos.
Exercerei a minha arte com consciência e dignidade.

A saúde do meu paciente será minha primeira preocupação.

Mesmo após a morte do paciente, respeitarei os segredos que a mim foram
confiados.

**Mantereí, por todos os meios ao meu alcance, a honra da profissão
médica.**

Os meus colegas médicos serão meus irmãos.

Não deixarei de exercer meu dever de tratar o paciente em função de idade,
doença, deficiência, crença religiosa, origem étnica, sexo, nacionalidade,
filiação político-partidária, raça, orientação sexual, condições sociais ou
econômicas.

Terei respeito absoluto pela vida humana e jamais farei uso dos meus
conhecimentos médicos contra as leis da Humanidade.

Faço essas promessas solenemente, livremente e sob a minha honra”.

(grifos nossos)

No juramento acima encontramos trechos que falam da
responsabilidade, da honra da profissão, em dedicar a vida, o que nos mostra
uma indicação das implicações do ser Médico. Certamente não se tem em
mente esse juramento o tempo todo, mas falamos de uma cultura que norteia
a atuação médica e através da qual se espera que ela seja orientada. Na
atuação do médico, de um lado temos o paciente, sofrendo, necessitando de
socorro e de atenção à sua saúde; do outro, temos o médico, personagem
sobre o qual são depositadas expectativas de que os problemas serão sanados.
Como se posiciona então o médico nesse processo?

⁸ Declaração de Genebra - Adotada em 1948 e revista em 1994 pela Assembléia Geral da
Associação Médica Mundial)

2.2 – Ferida Narcísica

Conta a lenda que Narciso, um homem muito belo por quem todos se apaixonavam ao ver sua imagem, e que costumava ignorar o amor das pessoas que se apaixonavam pela sua beleza. Um dia, ouviu a profecia de um oráculo que dizia que ele teria vida longa, desde que não visse o seu próprio reflexo. Como castigo por ter rejeitado o amor de Eros, foi ferido em uma batalha e teve que se refrescar em um lago, onde acabou vendo sua imagem refletida; e morreu, tendo seu corpo transformado em uma bela flor, que foi chamada narciso. Na verdade, Narciso rejeitava aquilo que ele mais temia, que era ver sua imagem refletida nos rostos daqueles que se apaixonavam por ele, pois isso significaria ver a sua finitude e encontrar-se com ela (Coelho, 2006).

Fazendo uma analogia entre a análise da lenda de Narciso, feita por Coelho (2006), e a realidade do médico e seu cotidiano de trabalho, temos no médico a figura de narciso que tem características que encantam a todos – os pacientes admiram o médico por ele ter o poder de salvar vidas e de sanar os problemas de saúde. Só que o médico também é humano e pode sofrer e adoecer. Assim como o Narciso temia ver sua imagem refletida nos rostos de quem se encantava por ele, para o médico, estar diante do paciente que sofre e adoecer significa entrar em contato com sua própria finitude. “O paciente passa a ser visto como um espelho que devolve ao médico sua verdadeira imagem de pequenez diante da doença e da morte” (Quintana , Cecim & Henn, 2002, p.4).

Não é raro o paciente que se encontra fragilizado por sua doença depositar no médico as expectativas de que ele tem a capacidade de sanar e reparar a sua saúde. Isso resulta, muitas vezes, em uma atribuição de características “pouco mortais” aos médicos, fazendo então com que eles

percam sua dimensão humana e que tenham dificuldades em lidar com as questões da vida e da morte. O médico pode vivenciar, então, um certo grau de sofrimento pelo fato de ser exigido dele um padrão de atendimento técnico e interpessoal impossíveis de serem alcançados, caso ele tente corresponder a essa expectativa (Bellodi, 2001).

A respeito dessa tendência dos pacientes depositarem no médico características “poucos mortais”, Meleiro (1998), menciona que se deve ao fato das pessoas desejarem a imortalidade, o que as faz idealizarem um ser onipotente capaz de driblar a ameaça da morte. Simon (1971⁹, citado por Meleiro, 1998) chamou esse ser idealizado de “ser tanatolítico”. O grande problema dessa idealização ocorre quando o estudante de medicina ou médico se identificam totalmente com o “ser tanatolítico”, assumindo características onipotentes.

Assumindo a onipotência, ou seja, ignorando os limites de sua atuação, o médico considera-se culpado pelos seus “fracassos”. A ameaça de morte de um paciente é vivida como uma ferida narcísica da qual ele tenta se defender. Muitos profissionais deixam de visitar um paciente que está prestes a morrer, muitas vezes encaminham-no para outro médico ou para outra instituição, ou praticam medidas que não tenham mais sentido (Quintana & Cols., 2002)

Todo esse peso de responsabilidade que alguns médicos atribuem a si mesmos, aliado às questões que envolvem o seu cotidiano de trabalho, pode se tornar um terreno fértil para a instalação de doenças nesse grupo de profissionais, sobre as quais falaremos um pouco no tópico a seguir.

⁹ Simon (1971). O complexo tanatolítico – justificando medidas da psicologia preventiva para estudantes de medicina. *Bol Psiq*, 4(4): 113-5.

2.3 – Sofrimento dos médicos

O médico, como qualquer ser humano, adocece e sofre. Pertencer a tal classe significa ter uma demanda específica de problemas de saúde. Como foi dito anteriormente, algumas características particulares da profissão do médico geram situações de estresse e de sofrimento para esses profissionais, tais como a rotina de trabalho, na qual tem que lidar com o sofrimento de pacientes; longas horas de plantão; ter que trabalhar em diversos locais são algumas delas.

Segundo Clever (1990), os médicos trabalham mais do que os outros profissionais (uma média de 15 horas a mais por semana), gozam menos tempo de férias, (a metade em relação a outros profissionais); e trabalham por mais anos do que a população geral.

Uma das situações de estresse que pode acometer esses profissionais é o *burnout*, definido por Tamayo, Argolo & Borges (2005) como:

uma síndrome psicológica decorrente da tensão emocional crônica vivenciada pelos profissionais cujo trabalho envolve relacionamento intenso freqüente com pessoas que necessitam de cuidado e/ou assistência. É um constructo compreendido pelas dimensões Exaustão Emocional, Despersonalização e Diminuição da Realização Pessoal (p. 224).

A Exaustão Emocional caracteriza-se por sentimentos de fadiga que causam esgotamento energético emocional. A Despersonalização refere-se a atitudes de dureza e distanciamento em excesso que os profissionais têm em relação aos usuários de seus serviços. E a Diminuição da Realização Pessoal caracteriza-se pelo sentimento de incompetência e insatisfação com seu desempenho no trabalho (Tamayo, Argolo & Borges, 2005).

Esses autores realizaram uma pesquisa com profissionais de saúde com o objetivo de investigar aspectos relacionados ao *Burnout*. Os resultados encontrados mostraram que o grupo dos médicos foi aquele que apresentou escore mais alto na dimensão despersonalização, o que mostra que os médicos apresentam maior distanciamento e frieza no atendimento aos pacientes.

Segundo estudos realizados por Leiter e Maslach (citado por Silva, Argolo & Borges, 2005), o esgotamento físico e emocional no ambiente de trabalho ocorre devido às características próprias desse ambiente e não às características de personalidade dos profissionais. Na cidade de Natal, em pesquisa realizada em cinco hospitais diferentes, Silva, Argolo e Borges (2005) constataram que a média do fator exaustão emocional foi maior por parte dos profissionais de um dos hospitais, o que significa que os profissionais desse hospital sentem muito mais fadiga, se comparados aos profissionais dos outros hospitais. Dessa forma, se o sofrimento está associado ao lugar onde esses profissionais trabalham, esse tipo de problema poderia ser reduzido se fossem tomadas medidas institucionais que amenizassem tal sofrimento.

Uma pesquisa foi realizada com médicos da cidade de Salvador-BA, que visava, entre outros aspectos, investigar dois aspectos das situações de trabalho: a demanda psicológica da atividade e o controle da atividade por parte do médico. Esse estudo constatou que, em relação à demanda psicológica dos médicos, estes apresentaram, em ordem decrescente: grande volume de trabalho; pouco tempo para realização das tarefas; ritmo acelerado de trabalho; exposição a demandas conflitantes feitas por outras pessoas; exigência de esforço físico; exigência de rapidez no trabalho; e interromper tarefas antes de tê-las concluído. Esta pesquisa também concluiu que a demanda psicológica influencia mais intensamente a prevalência de distúrbios

psíquicos menores nos médicos do que o controle das atividades por parte destes profissionais (Nascimento, Carvalho, Bonfim, Cirino & Ferreira, 2006). Assim, as atividades que exigem mais controle por parte dos médicos são as que mais causam problemas à saúde destes trabalhadores, fato este evidenciado, por exemplo, pelo dado apresentado por esses autores em relação à associação da prevalência de distúrbios psíquicos menores e a realização de atividades em regime de plantão, pelo fato destes profissionais terem apresentado maior prevalência desses distúrbios psíquicos do que outras categorias profissionais.

Outro resultado relevante, encontrado a partir da pesquisa de Nascimento e Cols. (2006), refere-se à questão do uso de bebida alcoólica pelos médicos. Os dados da pesquisa revelaram que 49,1% dos médicos alegaram consumir álcool, e que um teste utilizado para medir e classificar os tipos de consumidores de álcool revelou, na amostra, que 5,8% dos médicos foram classificados como bebedores-problema, o que aponta para um grande risco que essa categoria sofre, pois esse índice é maior quando comparado aos encontrados em outras profissões. Em relação às queixas relacionadas à saúde mental dos médicos, estes apresentaram: cansaço mental (54,1%), sonolência (37,5%), esquecimento (30,8%), nervosismo (28,4%), insônia (25,1%) e sofrimento psíquico (11,7%) (Nascimento & Cols., 2006).

Outro ponto que contribui para agravar o quadro de sofrimento dos médicos é o fato destes não conseguirem acompanhar tudo o que há de novo e atual na área médica, aliado ao fato de que os pacientes de hoje têm mais acesso às informações, e assim, mais possibilidades de questionar a prática desses profissionais, o que os leva a adotar uma postura defensiva (Bellodi, 2001).

O trabalho no serviço público, no qual o médico atua com poucos recursos instrumentais e diante de situações insalubres de trabalho, trabalho esse que é muitas vezes realizado em escala de plantão para complementação da renda, pode, segundo Dutra (2005), desencadear mecanismos não muito saudáveis para superação do sofrimento, como apatia, desesperança, baixa auto-estima, entre outros quadros que podem resultar em comportamentos autodestrutivos.

Segundo Meleiro (1999), os médicos se matam cinco vezes mais que a população em geral. Segundo a autora, isto se deve à característica estressante da profissão e pela maneira racional como a morte é encarada, levando essas pessoas a tratarem com frieza a possibilidade da sua morte. Um outro ponto que a autora destaca é o fato de que os médicos conhecem meios eficazes de cometerem suicídio: medicamentos e arma de fogo – meio mais utilizado por eles – enquanto que na população geral a asfixia por enforcamento e o afogamento são os métodos mais utilizados.

Tais resultados corroboram os achados de Dutra (2005) em pesquisa realizada com profissionais de saúde, a partir da qual se verificou que 5,5 % dos profissionais já haviam tentado cometer suicídio, sendo que destes, 61,5% utilizaram como método a ingestão de medicamentos, o que indica que, além do conhecimento sobre o método mais eficaz, a maior acessibilidade aos medicamentos também pode influenciar no método escolhido para estes profissionais cometerem o suicídio.

Falando ainda da mesma pesquisa, só que com estudantes de medicina, Dutra (2005) verificou que apenas 0,7 % dos estudantes haviam tentado cometer suicídio. Apesar de haver um menor número de casos de tentativa de suicídio de estudantes de medicina em relação aos profissionais de saúde, os

dados revelaram que 34,9% dos estudantes afirmaram ter vontade de morrer, sendo que destes, 34% escolheram o auto-extermínio como forma mais desejada de morte. Tais resultados mostram o risco que corre essa população, uma vez que enquanto estudantes eles têm o desejo de morrer, será que quando eles estiverem atuando – quando então estarão expostos às situações desgastantes do trabalho, lidando com a morte e o sofrimento – não poderão tentar o suicídio?

Segundo Nogueira-Martins (2003), 80% dos médicos do Brasil consideram a profissão como desgastante, sendo os principais fatores desse desgaste: excesso de trabalho/vários empregos; baixa remuneração; más condições de trabalho; responsabilidade profissional; área de atuação/especialidade; relação médico-paciente; cobrança da população; e perda da autonomia.

Pitta (1999) menciona que em profissões como a enfermagem e a medicina há uma forte exposição a situações de dor, perda e morte de seus pacientes e que os sentimentos decorridos dessas situações não têm a chance de serem elaborados pela ausência de oportunidade. A maneira como os médicos resolvem as angústias sofridas diante das situações peculiares da sua profissão é, muitas vezes, através da negação. Este dado poderia explicar de certa forma o fato dos médicos serem considerados frios, como se não tivessem sentimentos, como se não fossem afetados pelo sofrimento do outro.

Se o médico tem que lidar com tantas questões emocionais no seu cotidiano de trabalho, seria pertinente que sua formação abordasse tais questões e não priorizasse apenas os aspectos técnicos da atuação profissional (Franco, 1997).

2.4 – Sofrimento na urgência e emergência

Como pontuado na exposição teórica ora apresentada, a medicina tem encargos diferentes das demais profissões, por se tratar de uma profissão de atenção primária e vital à vida das pessoas. Um exemplo dessa diferença refere-se às atividades de plantão, que trazem consigo uma série de sacrifícios. No Nordeste, o número de médicos que trabalham em regime de plantão representa hoje 62,2% dos profissionais; destes, 65,3% trabalham até 10 anos em regime de plantão, 42,7% com períodos de 25 a 48 horas semanais. Todas essas porcentagens são superiores, se comparadas às do Brasil e às da Região Nordeste (Carneiro, Gouveia & Pimentel, 2005). O trabalho na urgência e emergência acarreta muito desgaste físico e mental aos médicos, pois eles têm que enfrentar longas jornadas de trabalho diante de várias situações de risco que requerem um forte preparo por parte destes profissionais para serem rápidos e eficazes.

Uma lei vigente no Rio Grande do Norte sancionada pela governadora (Governo do Estado do Rio Grande do Norte, 1995), que dispõe sobre a regulamentação da carreira dos servidores da urgência e emergência médica e dá outras providências, traz algumas especificações sobre tempo de serviço, férias e remuneração desses profissionais, por considerar a alta exposição de sofrimento psíquico e físico vivida por parte dos profissionais, em função dessa área de atuação.

De acordo com essa lei, o tempo máximo de atuação dos servidores e médicos na urgência e emergência passa a ser de 20 anos, com direito a 45 dias de férias e jornadas de 36 horas semanais de trabalho “tendo em vista, o alto grau de desgaste mental e físico devido aos plantões e os serviços da

urgência em geral, sofrendo tensões demasiadas que justificam a maior jornada de descanso desses profissionais”. Justifica-se a diferenciação da jornada de trabalho e do tempo de férias desses profissionais em relação aos demais servidores do Estado devido às características particulares da atividade desempenhada.

Como os profissionais que atuam na Urgência e Emergência lidam constantemente com a morte e por esse ser o foco do nosso trabalho, apresentamos o capítulo a seguir.

3. O MÉDICO E A QUESTÃO DA MORTE

A gente começa a morrer no momento em que nasce. (...) As células envelhecem e morrem, o tempo todo, e o processo de pequenas mortes também acontece o tempo todo, na medida em que a gente vai perdendo coisas através da vida (Rosemberg, 1992, p.70).

3.1 – O que é a morte

A morte é um evento que só pode ocorrer com o ser vivo, seja ele uma planta, uma bactéria, um animal e até mesmo o homem. Considerando o aspecto biológico, a morte pode ocorrer para o organismo todo, assim como para parte dele. Porém, uma vez morto, o organismo jamais retorna e todo organismo vivo jamais esteve morto um dia, o que torna a morte um fenômeno irreversível (Kovács, 1992a).

Segundo Kovács (1992a), a morte, em termos de função, é caracterizada pelo término irreversível das funções vitais de um organismo vivo, que ocasiona o desaparecimento da coerência funcional e destruição progressiva das unidades tissulares e celulares. No caso dos seres humanos, a definição de morte se torna mais delicada, pois o corpo humano apresenta sistemas mais complexos e especializados. Com o avanço tecnológico na Medicina, algumas funções podem ser substituídas por máquinas, como é o caso da respiração, o que ocasionou a necessidade de uma melhor definição do que caracteriza a morte de um ser humano.

Existem alguns tipos de morte, cada uma com sua especificidade, que ocorrem em determinado órgão, vital ou não, e classificadas de acordo com as seqüelas deixadas. Siqueira-Batista e Schramm (2004) mencionam que o conceito de morte mais conhecido no senso comum é o da morte clínica (e/ou biológica), porém há outras perspectivas para se conceituá-la, a saber: a morte óbvia, que como o próprio nome indica é aquela que é visível, como em casos de decapitação; a morte encefálica, na qual a lesão do encéfalo é irreversível; a morte cerebral, na qual a respiração permanece funcionando de forma automática; morte jurídica, que se refere à morte estabelecida pelo artigo 10 do código civil; a morte psíquica, na qual a percepção psicológica da morte antecede a morte biológica.

Essas diferentes caracterizações da morte mostram um pouco da complexidade do fenômeno, que gera uma série de incertezas em relação ao que de fato se passa com uma pessoa que está à “beira da morte”. Mas, nem sempre foi assim, uma vez que a tecnologia não foi sempre tão avançada como nos dias de hoje e a morte em poucos casos era evitada.

O homem é o único ser que tem consciência de sua morte. E essa consciência da morte, apesar de sempre estar presente na existência humana, sofreu mudanças no que se refere à maneira como o ser humano vem encarando esse fenômeno no decorrer dos tempos. Essas mudanças se intensificaram cada vez mais, com o avanço da Medicina.

3.2 – O homem diante da morte

Em seu livro *A história da morte no ocidente* Philippe Ariès (1977) traz os resultados de uma pesquisa que tinha o intuito de estudar como as pessoas encaravam a morte no ocidente. Ele usou como fonte de dados os obituários, testamentos, documentos recolhidos em igrejas e cemitérios, dentre outras fontes, que resultou em quatro momentos distintos:

Ao primeiro momento relatado, Ariès chamou de *Morte Domada*. Situado na primeira metade da Idade Média, caracteriza-se por um período no qual a morte era encarada como um fenômeno natural. O aviso da morte era dado por signos ou por intuição. A morte era domada, pois se sabia, na maioria das vezes, que se ia morrer. Quando se contraía a peste ou quando um cavaleiro era ferido em combate, por exemplo, o moribundo sabia que tinha a morte próxima e o que lhe restava fazer era passar as orientações para os seus ritos funerários. A morte era então esperada no leito, havendo espaço para a extrema-unção.

O segundo momento, Ariès chamou de *A Morte do Si Mesmo*, a partir dos séculos XI e XII. A morte também era aceita como uma questão natural, porém, surge um novo elemento: o Juízo Final. É graças à presença desse novo elemento que a questão da morte vai ser diferenciada para cada indivíduo, uma vez que cada um era julgado de acordo com suas atitudes em vida. O Juízo Final traz então à tona a individualidade de cada um. “A morte tornou-se o lugar em que o homem tomou consciência de si mesmo” (Ariès, 1977, p. 25). Nesse período também há a presença de túmulos individuais e de inscrições em lápides com o intuito de conservar a identidade do túmulo e a memória do falecido.

O terceiro momento, que vai do século XVIII até à metade do século XIX, foi denominado de *A Morte do Outro*. É dado à morte um novo sentido, já que ela passa a ser exaltada, dramatizada. A morte de si deixa de estar em foco dando espaço à morte do outro. Surge então a visitação aos cemitérios, motivadas pela lembrança e saudade dos mortos. A morte, que antes era uma ameaça apenas para aquele que a tinha próxima, passa a ser uma ameaça para os que ficam.

O quarto e último momento descrito por Ariès foi denominado de *A Morte Invertida*, que se tornou interdita. Compreende a segunda metade do século XIX até a primeira metade do século XX. “A morte, tão presente no passado, torna-se vergonhosa e objeto de interdição” (Ariès, 1977, p. 53). A verdade sobre a morte passa a ser problemática, pois os parentes começam a esconder do moribundo sua real situação, seja para poupá-lo, seja por não terem coragem de enfrentar o momento de fazer a revelação. Há um distanciamento da morte, uma vez que esse período é marcado por uma valorização da felicidade ou, pelo menos, pela aparência dela. A morte passa a ser mais solitária, uma vez que ela é transferida de casa para o hospital.

O estudo de Philippe Ariès traz conclusões acerca de como as pessoas encaravam a morte apenas até o século XX, bem como acerca da realidade do ocidente em geral, não fazendo especificamente considerações sobre a realidade brasileira ou de outra cultura ou sociedade.

A literatura sobre a morte apresenta algumas considerações sobre como é encarada a partir do século XX. A morte nesse período é vista como um fracasso e não como uma fase do desenvolvimento do ser vivo e, sendo assim, ela passa a ser evitada a todo custo. Antes, a morte era certa quando a pessoa era acometida por determinadas doenças. Com o avanço da Medicina, a

descoberta de curas, criação de vacinas e o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas, muitas mortes, comuns em outras épocas, passaram a não ocorrer mais e, justamente pelo fato dela ser evitada em muitos casos, quando ela acontece considera-se um fracasso médico.

A morte não é mais considerada como um fenômeno natural, e sim um fracasso, impotência ou imperícia, por isso deve ser ocultada. O triunfo da medicalização está, justamente, em manter a doença e a morte na ignorância e no silêncio (...) O local da morte é transferido do lar para o hospital. Tudo isso torna difícil suportar a proximidade com a doença. No século XX a maioria das pessoas não vê os parentes morrerem (Kovács, 1992b, p. 38).

Um outro ponto marcante em relação ao desenvolvimento da Medicina e sua repercussão em relação à morte refere-se à invenção de novos aparelhos que permitem o prolongamento da vida de vários pacientes, e que, como foi dito anteriormente, gerou a necessidade de se conceituar a morte através de várias perspectivas. Esse novo panorama influenciou a maneira como as pessoas encaram o fenômeno da morte, uma vez que ela pode ser adiada em alguns casos.

Com o avanço da tecnologia no campo da Medicina, instalou-se o que Kovács (2004) considerou como o *verdadeiro erro médico*, pois se tenta a todo custo evitar a morte, mesmo que isso acarrete sofrimento para pacientes e familiares. “Combater a morte não é missão dos médicos, a não ser que se acreditem deuses, donos da vida e da morte” (Kovács, 2004, p.15). O que é de fato uma das missões da Medicina é prolongar a vida, como veremos melhor adiante no tópico onde tratamos do médico diante da morte.

Essa nova configuração da morte faz surgir a necessidade de discussões sobre temáticas como eutanásia, a distanásia, o suicídio assistido, e a ortotanásia. De acordo com Siqueira-Batista e Schramm (2004), a eutanásia é

um termo surgido do grego que tem como significado a boa morte ou morte digna; e distanásia seria prolongar a vida através de métodos artificiais sem que haja uma perspectiva de cura ou melhora; o suicídio assistido por sua vez, refere-se ao pedido que uma pessoa faz a outra para morrer por não ter condições de fazê-lo sozinha; e a ortotanásia seria a morte natural, sem que haja as anteriores.

Essas temáticas trazem consigo discussões sobre qual seria o melhor momento de morrer em determinados casos. Citamos, como exemplo, um paciente que tenha uma doença grave incurável que acarreta muita dor e sofrimento por um longo período de tempo e que a Medicina pouco pode fazer para aliviá-lo. Em casos como esse, qual seria a morte mais adequada daquelas citadas por Siqueira-Batista e Schramm? Teria o paciente o direito de decidir por não viver mais? Esses autores destacam que esses casos, em relação aos quais a Medicina pouco pode fazer, apontam para a ferida narcísica dos médicos que tentam vencer a morte, pois se ela acontece significa o fracasso deles enquanto profissionais.

Com o intuito de compreender o fenômeno da morte e o morrer, Elizabeth Kübler-Ross, realizou uma pesquisa com pacientes terminais que resultou em um livro: *Sobre a Morte e o Morrer* (1977/1998), uma referência ainda hoje para quem estuda esse tema. Esse estudo foi pioneiro ao investigar o fenômeno da morte vivido por aqueles que a têm próxima. Certamente não se pode estudar tal fenômeno pelo prisma daqueles que a vivenciaram de fato. Porém, esse estudo é muito relevante, já que traz relatos de pessoas que estavam com a morte muito presente devido à sua situação de saúde, o que possibilita uma compreensão do fenômeno e possíveis reflexões sobre essa

temática relacionada a outras populações, como no caso dos médicos – objetivo do nosso estudo.

Kübler-Ross (1977/1998) apresenta alguns relatos de entrevistas com pacientes terminais os quais mostram um pouco os sentimentos, pensamentos e impressões dessas pessoas diante da morte. Por meio das entrevistas, ela pôde encontrar cinco estágios pelos quais as pessoas que estão diante de sua morte passam, a saber: 1º a negação e o isolamento – caracterizado por uma crença de que o que está acontecendo não seja verdade, e que levam o doente a buscar fatos que justifiquem tal crença; 2º a indignação – caracterizado por uma raiva de tudo e de todos, com comportamento agressivo contra os médicos, amigos e familiares; 3º a barganha – nesse estágio, o paciente pratica ações consideradas por ele como dignas de uma recompensa – a melhora; 4º a depressão – nesse estágio não há espaço para raiva, restando um profundo sentimento de perda; 5º a aceitação – esse estágio não deve ser confundido com o sentimento de felicidade, o paciente pode encontrar paz, ficar mais em silêncio, ele sabe que vai morrer, mas não se desespera.

Kastenbaum e Aisenberg (1983), em seu livro *A psicologia da morte*, apresentam alguns sentimentos e comportamentos mais freqüentes nas pessoas diante da morte, sentimentos e comportamentos estes semelhantes aos encontrados a partir do estudo de Kübler-Ross (1977/1998). Segundo Kastenbaum e Aisenberg (1983), o medo, a tristeza, a superação e a participação foram listados como os padrões de comportamento mais importantes adotados pelo homem no que se refere ao seu enfrentamento da morte. O medo surge como o estado psicológico mais citado quando os médicos e pesquisadores discutem a respeito de atitudes em relação à morte.

Diante de todas essas idéias, é oportuno perguntarmo-nos por que a morte, sendo uma certeza, não é aguardada de forma natural? Para (Kübler-Ross, 1977/1998), as pessoas deveriam conversar mais sobre a morte, e encará-la como um fenômeno que faz parte da vida. Mas será que isso seria realmente possível? Encarar a morte de forma natural, como uma fase como qualquer outra do desenvolvimento?

A questão é que podemos encarar a morte de maneiras diferentes, de modo que ela não nos paralise, porém a angústia diante do fenômeno da morte é sempre presente, uma vez que ela faz parte do “ser”¹⁰, é constitutiva. Podemos assumir diferentes maneiras concretas de expressão do nosso enfrentamento da morte, como, por exemplo, o mecanismo de defesa da negação; porém, o que há subjacente a todos eles é a angústia de sermos seres-para-morte¹¹. Segundo Kovács (1992a), a consciência da finitude é a principal característica que diferencia o homem dos demais animais. A consciência da finitude, portanto, traz implicações profundas para a existência humana.

3.3 – Da finitude e angústia do Ser

O fato de o homem saber que é finito, ou seja, que seu tempo de vida é limitado, aliado ao fato de não saber o dia de sua morte, gera grande desconforto, uma vez que tudo que ele planeja e deseja alcançar, não sabe se de fato o fará. O homem vive, então, entre dois pólos: de um lado, ele tem

¹⁰ O “ser” ao qual nos referimos é diferente de ser um objeto. O “ser” humano é o único que pode se questionar sobre o que ele é, sobre sua experiência de ser (Heidegger, 1986/2005)

¹¹ O termo seres-para-morte refere-se ao que Heidegger (1986/2005) trata da angústia do homem em relação a sua condição de finito, sendo essa angústia onipresente.

conhecimento da sua finitude e tudo o que ele tiver de ser e fazer depende do dia de sua morte; de outro, ele desconhece quando vai morrer e o fato de não saber o coloca em confronto em relação ao porquê de fazer o que planeja se ele não sabe se atingirá sua finalidade, já que não sabe se morrerá antes. Para Heidegger (1986/2005), “o encobrimento da indeterminação também atinge a certeza. Estranha-se, assim, o caráter de possibilidade mais próprio da morte: certa, porém indeterminada, ou seja, possível a cada momento” (p. 41).

É justamente o não saber do dia da morte que coloca o “ser” como inacabado. Como diz Heidegger, *somos seres-para-morte*. E, enquanto ela não chega, o que nos resta é *ser* (Ser e tempo, 1986/2005). Para o autor, a morte é um acontecimento conhecido que ocorre dentro do mundo que nos cerca, porém, ela não nos atinge de imediato, ela corre apenas com os outros; conosco ainda não.

A possibilidade da morte traz consigo um significado para a vida, pois o nosso tempo de vida é limitado e esse limite não deve ser extrapolado, mas sim admitido (Kovács, 1992a). Porém, o que vemos muito nos dias de hoje é a busca pelo rejuvenescimento em clínicas de estética e em salas de cirurgias plásticas, como se as pessoas tentassem retardar o efeito do tempo sobre si.

Segundo Rothschild e Calazans (1992), a morte é um fenômeno do nosso cotidiano, porém sempre a presenciamos como a morte do outro e, como apenas os outros morrem e nós ainda não, pensamos na nossa morte apenas amanhã. Assim, ao presenciar a morte de outros, o homem entra em contato com a sua própria morte, uma vez que ele não morreu, ainda. Seja a morte de alguém desconhecido ou alguém mais próximo, a morte acaba nos colocando diante da nossa condição de sermos finitos, embora não tenhamos vivido a morte de fato.

Como a morte é uma certeza, o que nos resta é convivermos com a possibilidade de sua chegada e esta possibilidade é geradora de angústia. Não só pelo fato da finitude, mas também pelo fato dela ser desconhecida, uma vez que não sabemos o que realmente acontece após sua chegada. Ninguém, por mais que tenha presenciado a morte de outros, viveu a sua própria morte. E esse é um dos motivos pelos quais a morte ainda é considerada como um fenômeno desconhecido, por jamais ter sido vivido de fato por alguém que tenha podido contar em seguida. Apesar de termos a certeza da nossa morte e não saber quando será sua chegada, não deixamos de realizar nossos projetos e de fazer planos. Não podemos ficar o tempo todo pensando na possibilidade de nossa morte, pois isso implicaria viver a morte antecipadamente. Para que isso não ocorra, existem várias possibilidades de ocultamento da morte, sejam elas psicológicas ou culturais (Kovács, 1992b).

Em relação às estratégias de enfrentamento do fenômeno da morte, Ames (2003) coloca que elas são pautadas por dois tipos de atitude: a atitude intelectual, a partir da qual a pessoa considera a morte como uma realidade que não afeta a pessoa nem exige dela uma decisão; e a atitude pessoal-existencial, a partir da qual, ao interpretar a morte, a pessoa interpreta-se a si mesma.

É essencial se compreender a percepção de morte das pessoas que têm, em seu cotidiano de trabalho, que lidar com essa temática, pois, segundo Kastenbaum e Aisenberg (1983), “concepção de morte pode influir no comportamento de muitos modos complexos e remotos” (p.5) e, muitas vezes, alguns comportamentos que, inicialmente, não parecem ter nenhuma influência dessa concepção, podem estar a ela relacionados, como a insônia, por exemplo.

3.4 – O médico diante da morte

Sabemos que a morte é uma característica de todo ser vivo e que o fato dela existir gera angústia, por não sabermos quando e nem como ela vai ocorrer, ou se vamos conseguir realizar aquilo que almejamos, e muito menos sabemos o que acontecerá após o seu momento. Embora se tenha a certeza de que a morte acontecerá, a tendência mais comum entre as pessoas é a de evitá-la, ou, pelo menos, tentar adiá-la. Nesse ponto evocamos a figura do médico, que tem como um dos objetivos profissionais o de salvar vidas e, desse modo, retardar a morte.

Além do objetivo de salvar e prolongar a vida, a medicina tem o de promover e manter a saúde e o de aliviar a dor e o sofrimento (Pessini, 2003). O médico, então, tem como responsabilidade a manutenção de questões muito delicadas para o ser humano. Ele está presente em momentos de dor e sofrimento, o que nos leva a pensar em como ele se posiciona nessas situações. De acordo com Siqueira-Batista e Schramm (2004) é difícil estar em um contexto com tanta dor e sofrimento e com a possibilidade da morte presente sem que seja afetado de alguma maneira.

Apesar de a morte fazer parte da rotina dos hospitais e do trabalho médico, ela não é encarada de maneira tranqüila. De acordo com Campos, Maso, Gianini e Padovan (2005), quando a morte ocorre no contexto hospitalar tenta-se, a todo custo, abafá-la. O corpo é imediatamente retirado, a fim de que a rotina do hospital não seja interrompida e para que os profissionais e os demais pacientes não se sintam fragilizados diante do ocorrido.

Com o intuito de investigar como os profissionais de saúde lidam com situações de morte em seu cotidiano de trabalho, Campos e Cols. (2005) realizaram uma pesquisa com profissionais da área, entre eles, médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e assistente sociais, que tinham contato com situações de perda em sua rotina de trabalho. Em relação aos médicos, esses autores constataram que os mesmos apresentaram algumas dificuldades diante da perda do paciente, a saber: dificuldade no contato com a família, impotência, culpa, fracasso, vergonha e questionamentos acerca dos procedimentos.

Estes sentimentos, muitas vezes, levavam os profissionais de saúde a procurarem ajuda para poder enfrentar esse tipo de situação na rotina de trabalho. Campos e Cols. (2005) apontam aspectos da vida pessoal dos médicos que os ajudam a lidar com os sentimentos gerados nas situações de perda: religiosidade, arte, busca por conhecimento técnico, busca por leituras de auto-ajuda, preocupação com exercícios físicos, necessidade de ter conversas com colegas de trabalho, necessidade de ter conversas com familiares, distanciamento, experiências pessoais de perda e busca de ajuda psicoterápica.

As dificuldades encontradas pelos médicos em encarar a morte ocorrem, muitas vezes, devido a um alto grau de exigência para consigo mesmo em relação a ter o controle de tudo o que vai acontecer com a saúde do paciente. É o que mencionamos, em capítulo anterior, a respeito do '*Ser Tanatolítico*' - aquele que consegue, em qualquer situação, retardar, deter ou anular a ameaça de morte.

Essa onipotência, segundo Kovács (1992a), também está presente no pensamento mágico da criança e faz parte de seu desenvolvimento. A criança

normalmente se pergunta: *se as outras pessoas morrem, eu morro também?* Considerando que alguns médicos apresentam essa onipotência, nos perguntamos então: e no caso da sua própria morte? Considerando que o médico também adoece, como é para eles estar no outro lado da relação, na posição de paciente? Em uma pesquisa realizada por Meleiro (1999) com pacientes-médicos internados por problemas cardíacos, a autora concluiu que esses pacientes são mais difíceis de serem tratados do que os demais pacientes (advogados e engenheiros). Nesta pesquisa, os pacientes-médicos foram considerados como pacientes difíceis pelos fatos de: se sentirem menos motivados a mudarem suas vidas após a doença, criticarem a condução do atendimento médico e pelo hábito de se automedicarem. Essa dificuldade de assumir o lugar de paciente leva os médicos a evitar procurar ajuda de outros profissionais quando estão doentes. O que nos leva a supor que eles também têm dificuldade em procurar ajuda quando o problema envolve questões psicológicas. Um dado que mostra uma provável necessidade de acompanhamento psicológico desses profissionais é o número de suicídios na classe médica. Como dissemos no capítulo anterior, os médicos cometem mais suicídio que a população em geral.

Bellodi (2001), a respeito da relação entre o médico e o paciente, nos fala que o paciente e o médico compartilham da mesma natureza humana, o que pode, em determinados momentos, ocasionar identificações entre quem cuida e quem é cuidado, identificações essas que, se não forem bem manejadas, podem gerar problemas no atendimento médico. Um exemplo de uma dificuldade no manejo de determinado paciente por um médico é encontrado no livro de Kübler-Ross (1977/1998). A autora traz um relato de um caso onde um médico atende um paciente com 51 anos de idade e que

apresentava uma série de complicações gravíssimas, além do fato de não poder falar. Um dos médicos pede a ajuda da psiquiatra, pois precisava de apoio para si. Ele estava impressionado com o sofrimento do paciente e apreensivo com a situação do mesmo, já que a esposa do paciente havia tido esclerose múltipla havia três anos e tinha todos os membros do corpo paralisados. O desejo do paciente de morrer na operação, já que não suportava a idéia de ter dois paralíticos dentro da mesma casa sem poderem se ajudar gerou uma forte ansiedade no médico, já que ele deveria e iria fazer tudo que estivesse ao alcance para salvar a sua vida, embora a vontade do paciente fosse de morrer. Este exemplo citado por Kübler-Ross mostra um dos problemas que o médico pode deparar em sua rotina de trabalho. Como em alguns momentos é difícil para o médico, que tem como um dos objetivos de profissão o de salvar a vida, lutar para salvar a vida de uma pessoa que não quer viver.

A postura do médico diante do paciente pode influenciar bastante na eficácia do seu atendimento. Não se trata apenas de um bom atendimento técnico, mas de uma atitude que dê segurança e tranquilidade ao paciente a fim de que ele possa também ajudar em seu tratamento. Para Kübler-Ross (1977/1998), quando o médico desiste do paciente, este acaba desistindo também, o que coloca o estado emocional do médico como um fator importante na saúde do paciente. O médico é o responsável por ratificar a questão da morte, o que o coloca em uma posição também delicada. É ele quem dá a palavra final se existe ou não procedimentos a serem feitos para evitar a morte.

De acordo com Campos e Cols. (2005), quando há a perda de um paciente, a equipe de saúde passa por vários sentimentos: de choque,

negação, fracasso, tristeza, culpa, auto-recriminação, vergonha e fantasias de naturezas variadas. Em alguns casos, esses sentimentos podem perdurar e interferir no trabalho desses profissionais bem como na vida pessoal.

Cassorla (1992b), a partir de sua experiência clínica, concluiu que é freqüente alguns profissionais escolherem a sua área para lutarem contra a morte, e que há duas maneiras deles se apresentarem: alguns o fazem de maneira criativa e reconhecem suas limitações, e outros se sentem derrotados quando a morte acontece, o que lhes causa bastante sofrimento. Como a morte faz parte da rotina do trabalho dos médicos e como a angústia diante dela é inerente à condição humana, é oportuno que haja reflexões sobre como esses profissionais lidam com essas questões no seu dia-a-dia de trabalho.

A necessidade desse tipo de temática ser abordada nos cursos de medicina mostra-se bastante evidenciada por Souza (2001). A autora menciona a inclusão da disciplina “Reflexão sobre a Prática Médica” em 1992 no currículo do curso de medicina da UFRJ para alunos a partir do 6º período de medicina, já que neste momento do curso eles se deparam com o sofrimento e morte de seus primeiros pacientes, sendo assim, um momento de grande conflito.

Um exemplo destes conflitos é evidenciado na fala de um dos alunos dessa disciplina: “...*porque eu não tenho coragem de continuar esse tratamento nessa paciente, porque eu acho que é muito sofrimento, mesmo que ela saia dessa é muito sofrimento*” (Souza, 2001, p.93).

Conflitos como esses ocorrem porque com a especialização do conhecimento médico, a prática médica passou a ser cada vez mais técnica e fragmentada, deixando de lado a relação ocorrida entre paciente e médico e,

conseqüentemente, fazendo com que os profissionais fiquem sem saber como lidar com questões emocionais surgidas no seu trabalho (Souza, 2001).

Zaidhaft (1990) destaca que os avanços tecnológicos trouxeram várias mudanças para conceitos como saúde, bem estar, sofrimento e até mesmo em relação à morte. Segundo ele, essas mudanças justificam a necessidade de se incluir na formação dos profissionais de saúde disciplinas que discutam as questões ligadas à morte.

O fato de não haver disciplinas que tratem dessas questões não significa que não haja um aprendizado informal. Os conhecimentos são transmitidos através da postura dos professores diante de questões ligadas à morte, através de identificações entre professores e alunos e até a partir de conversas nos corredores das universidades (Zaidhaft, 1990).

Souza (2001) realizou uma pesquisa com estudantes de medicina com o intuito de estudar o discurso do médico responsável pela formação clínica na UFRJ. O discurso era observado através de relatos dos estudantes em suas práticas durante a sua formação. Apresentam-se alguns trechos de relatos dessa pesquisa, no que se refere à questão da morte e do sofrimento:

Eu acho que você se acostuma...Eu acho, eu faço estágio na maternidade. Eu acho que as primeiras vezes que eu vi um, um natimorto, sabe, ou um abortamento ou, sabe, um neném prematuro, muito prematuro nascer inviável (estudante de medicina do 7º período)

Eu acho que existe uma diferença entre se tornar frio e se tornar dolorido. É aquilo...Chega uma hora que você se acostuma à dor também, porque levando tanta pancada, você assimila melhor aqueles golpes. Isso é diferente de se tornar uma pessoa fria (estudante de medicina do 6º período)

As falas acima citadas mostram como alguns médicos acabam se acostumando com questões como a dor e o sofrimento, uma vez que tais

questões fazem parte da rotina de trabalho desses profissionais. O que dizer então dos profissionais que atuam em um setor onde a morte e o sofrimento são tão presentes?

3.5 – A morte na urgência e emergência

A questão da morte na emergência tem uma característica bastante particular, pois, como dissemos em capítulo anterior, os pacientes atendidos na urgência e emergência chegam em situação de risco, precisando de atendimento médico, não podendo aguardar por uma consulta clínica. Alguns desses pacientes chegam com menos risco, e acabam sendo menos priorizados na triagem; outros chegam em situação de risco tão forte, que um segundo pode fazer a diferença entre a vida e a morte. Nesse último caso, principalmente, a iminência da morte está presente.

Segundo o dicionário Houaiss (2002b), iminência refere-se à “qualidade, condição ou característica do que está iminente; ameaça, aproximação, urgência”. Como podemos ver, na própria definição da palavra aparece o termo urgência, e não é à toa. A morte fica, então, à espreita. A qualquer momento ela pode agarrar o paciente e levá-lo consigo sem que mais nada o médico possa fazer.

Tavares (2006), em um artigo publicado no jornal A União, intitulado “A Morte Caetana”, comenta que no Cariri paraibano a morte era comumente chamada de Caetana. Trazemos então um trecho desse artigo para ilustrarmos o que queremos dizer sobre a questão da morte na emergência.

Minha mãe dizia que a Caetana tem duas formas: a moça e a onça. Quando vem no formato de moça nos abraça tão suave, deixa os cabelos caírem por cima da gente e nos agarra tão macio que a gente nem sente. Mas às vezes ela tá virada na onça, e nos morde com seus dentes de pedra e desfia nossas vidas com suas garras, esfolando a gente vivinha ainda (Tavares, 2006).

É justamente para evitar esse ataque da morte que o médico na emergência trabalha. Fazendo uma analogia com a morte descrita por Tavares, a morte na emergência tanto vem em formato de “onça”, de forma que o médico tem que agir rápido, pois o risco do paciente morrer é mais evidente, como pode vir em formato de “moça”, pois o paciente pode inicialmente não estar grave e vir a se complicar depois.

Falando em termos numéricos, citamos Sá e Sousa (1998), os quais realizaram um estudo com o intuito de verificar o número de ocorrência de emergências em Recife-PE, a fim de proporem um sistema de prestação de serviços de Emergência que atendesse à demanda local. Segundo os autores, em apenas um mês do ano de 1998, o Serviço de Atendimento Pré-hospitalar Domiciliar da Cidade de Recife registrou 4.202 ocorrências. Destas ocorrências, 22 resultaram em óbito, antes da chegada da equipe móvel ao local do acidente, e 6 durante o atendimento. Assim, 6 em cada 1000 dos atendimentos feitos pela emergência pré-hospitalar resultaram em óbito antes do paciente chegar à emergência hospitalar. Os autores não apresentam os dados de óbitos ocorridos na sala de emergência, porém mencionam que as pessoas que dão entrada na emergência o fazem em sua maioria por conta própria, o que nos leva a pensar que o número de óbitos é bem maior do que o apresentado.

Em se tratando da realidade da Emergência do HMWG, onde realizamos nosso estudo, são atendidos uma média de 697 pacientes por dia, e o número de óbitos é calculado em torno de 3,4 por dia, o que equivale a quase 0,5%

(SAME, 2006¹²). Esses dados mostram que, sem sombra de dúvida, no setor de Urgência e Emergência a presença da morte é concreta e iminente, ela faz parte do cotidiano dos profissionais desse setor. E, sendo o médico o profissional responsável por salvar a vida, nos perguntamos: como esses profissionais lidam com a questão da morte nas situações de urgência e emergência?

¹² Serviço de Arquivo Médico do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel.

4. MÉTODO: O CAMINHO PERCORRIDO

O método utilizado nesta pesquisa é de caráter fenomenológico. Para uma maior compreensão de tal procedimento metodológico, apresentamos o tópico a seguir.

4.1 – Introduzindo a Fenomenologia

Japiassu (1979) traz algumas discussões acerca da função da ciência psicológica e do psicólogo. Segundo este autor, a Psicologia, enquanto ciência, tentando investigar os fenômenos sociais, mostrou-se incapaz de fazê-lo por não ter conseguido encontrar métodos adequados de investigação. Mas que métodos seriam esses? Será que seriam os mesmos usados pela ciência positivista? Segundo este mesmo autor, a Psicologia acaba por prestar serviços a outras ciências como forma de adaptar o indivíduo à sociedade. Para exemplificar este aspecto, Japiassu menciona a avaliação do Quociente de Inteligência (QI) de um indivíduo. Porém, agindo desta maneira, a Psicologia não leva em consideração o homem como presença no mundo, portanto não considera a sua subjetividade. Acaba-se, então, negando o próprio homem. Japiassu (1979) destaca que existem várias psicologias, como a psicologia psicopatológica e a genética, e não nega a importância delas no sentido de darem conta de diferentes aspectos do homem. Porém, é preciso que elas se unam no sentido de levar em conta o lugar existencial do homem no mundo.

Percebe-se então que a psicologia por tentar dar conta de um fenômeno tão complexo, necessita de um método que considere uma parte do fenômeno que normalmente é deixada de lado.

A fenomenologia surgiu como uma crítica à metafísica e ao paradigma científico que elevou a psicologia, na época da sua constituição, ao status de ciência. Vale ressaltar que a adoção de uma nova perspectiva para estudar determinados conceitos vai de encontro ao caráter imutável da verdade considerado pela metafísica tradicional. Porém, apesar de a fenomenologia ser contrária à visão da verdade considerada pela metafísica, ela não a considera como uma inverdade, mas como uma limitação (Critelli, 1996). Segundo essa mesma autora, ao desconsiderar a fluidez de determinados fenômenos, a metafísica deixa de lado uma grande parcela do fenômeno humano. Enquanto a metafísica “fala de forma lógica do ser, a fenomenologia fala dos modos infundáveis de ser” (p. 15), pois, “viver como homens é jamais alcançar qualquer fixidez” (p.16). Essa não fixidez quer dizer que estamos soltos no mundo, que o mundo não nos dá nenhuma garantia. Para nós, ser-no-mundo é habitar em uma inospitalidade (Critelli, 1996).

A inospitalidade gera angústia, a qual possibilita ao homem conhecer o mundo e representá-lo, pois, a partir da representação, o mundo parece mais seguro, mais controlável. A metafísica tradicional é resultado dessa necessidade de controle. Só que *o sentido de ser* ainda perturba o homem. A quem, então, cabe investigar a questão da existência? A fenomenologia seria uma possibilidade, uma vez que ela “se articula no âmbito da existência” (Critelli, 1996, p.23) enquanto que “a metafísica se articula no âmbito da conceituação” (Critelli, 1996, p. 23).

Partindo das idéias propostas pelo método fenomenológico, como seria, então, a pesquisa que se utiliza dessa perspectiva? Qual seria o seu objeto de estudo?

A pesquisa fenomenológica tem como direcionamento a compreensão de um fenômeno. Desse modo, ela se caracteriza como uma pesquisa do tipo empírica. Nela, “o relato é tomado na sua intencionalidade própria e constitutiva (Amatuzzi, 2002, p. 18)”. Desse modo, o que o pesquisador busca é a experiência intencional vivida pelo indivíduo e não o que há nas entrelinhas, nem as estruturas utilizadas na fala (Amatuzzi, 2002). O pesquisador atua como um facilitador no acesso ao vivido. A sua atuação é de suma importância nesse tipo de pesquisa, pois, muitas vezes, o entrevistado se encontra pela primeira vez falando sobre dada experiência, o que torna esse momento uma vivência de descoberta para ambos.

“A fenomenologia é um método de acesso à realidade concreta do mundo” (Holanda, 2002, p. 36). Ainda segundo esse autor, para se investigar fenômenos humanos deve-se utilizar um método compatível com esse fenômeno e esse método deve valorizar os aspectos da intersubjetividade humana. Pois o que se deseja é “alcançar o significado da realidade e do mundo para um sujeito que é encarado como ator e protagonista de sua própria vivência” (p.38).

Segundo Amatuzzi (2002), para atuar nesse tipo de pesquisa o pesquisador tem que se utilizar de duas condições: a primeira trata-se dele ir para as entrevistas com suas idéias pré-concebidas deixadas de lado – seria a redução fenomenológica; a segunda seria a da relação estabelecida entre o entrevistador e entrevistado. Holanda (2002) acrescenta a essas duas

condições uma terceira: *o retorno ao vivido*, que seria a retomada do mundo vivido pelo pesquisado.

A redução fenomenológica é muito usada em pesquisas em fenomenologia; significa o pesquisador deixar de lado tudo aquilo que sabe sobre o fenômeno estudado a fim de que possa acessá-lo de fato, da maneira mais pura possível. Entretanto, Triviños (1995) menciona que o pesquisador, ao escolher o objeto de estudo, ao entrevistar os participantes, ele está imbricado no tema. Levando em consideração este fato, a redução fica impedida de acontecer totalmente. Assim, o pesquisador deve tentar o máximo possível colocar em suspenso as suas idéias e valores acerca da temática estudada no momento em que ele entrar em contato com o fenômeno estudado; porém, considera-se que se essa suspensão não é completa, sempre haverá uma interferência, embora reduzida, da subjetividade do pesquisador nos dados obtidos. Em relação a essa temática Triviños diz:

(...)mas isso não significa que o pesquisador assuma uma postura neutra; ao contrário, ele é sujeito participante da pesquisa, diretamente implicado na relação pesquisador-pesquisado. (...) O investigador, sem dúvida, ao iniciar qualquer tipo de busca, parte premunido de certas idéias gerais, elaboradas conscientemente ou não. É impossível que um cientista, um buscador ou fazedor de verdades, inicie seu trabalho despojado de princípios, de idéias gerais básicas (Triviños, 1995, p.123).

A princípio, pode ser contraditório adotar a redução e dizer que os valores do pesquisador interferem nos dados obtidos. No entanto, o que estamos querendo dizer é que enfatizamos o fato da redução não ser completa e que a subjetividade do pesquisador interfere de alguma forma na relação entre ele e o entrevistado. Assim, a partir da relação criada na entrevista,

ambos, entrevistador e entrevistado, vão dizer o vivido (Amatuzzi, 20002), e esse “dito” seria um dito diferente se o pesquisador fosse outro.

Bruns e Trindade (2002) vão ao encontro dessa idéia ao discorrerem sobre as contribuições da Ontologia-Hermenêutica de Heidegger para a metodologia fenomenológica, ressaltando que na hermenêutica há um envolvimento da subjetividade de quem interpreta. A hermenêutica consiste no “trabalho realizado pelo pesquisador, no qual ele busca compreender um fenômeno interrogado desvelando-o e, para isso, fazendo uso de interpretação” (Amatuzzi, 2002 p.68).

A fenomenologia, além de ter uma visão de homem com a qual nos identificamos, aborda o vivido do indivíduo diante de determinado fenômeno. E é justamente isto que queremos: aproximarmo-nos da experiência, no sentido de vivência, dos médicos da emergência diante do risco e da iminência da morte.

A importância de se estudar a questão da experiência se dá pelo fato de que, no momento em que utilizamos uma estratégia metodológica mais objetiva, corre-se o risco de acessar apenas conteúdos mais palpáveis e diretos. E o que desejamos é entender como o médico se sente diante da morte em seu trabalho, já que tal sentimento resulta em várias formas dele reagir diante desse fenômeno, seja pela negação ou distanciamento, por exemplo.

Merleau-Ponty (1996) refere-se à importância do mundo vivido. Segundo ele, “tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de minha experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada” (p. 3). É preciso compreender como o médico vê seu trabalho diante da morte para podermos saber como ele se posiciona e como é para ele, enquanto ser também finito, estar diante da

morte. Não se deseja saber o comportamento dos médicos frente à morte, mas como eles se sentem diante disso. Nesta perspectiva de que o mundo é aquilo que nós percebemos, tem-se também que os significados que a ele atribuímos podem mudar, eles são fluidos, uma vez que se considera, nessa perspectiva, que o sentido do ser é sempre em movimento. Assim, se o ser muda, muda também sua percepção do mundo.

Heidegger (1927/2005) considera o homem como inacabado e que a tentativa de explicação do ser jamais deixará de ser uma tentativa, uma vez que é característica do “ser” ser velado e desvelado, uma vez que ele é processo. Ora ele se mostra, ora ele se oculta. E o fato de só se ter acesso àquilo que é revelado, não implica uma inverdade do “ser”. Assim, na nossa pesquisa, ao entrevistar os médicos, consideramos que o que surgirá não será uma verdade absoluta, mas aquilo do “ser” que foi revelado a partir da relação estabelecida entre entrevistador e entrevistado. Ter esta concepção em mente quando se vai ao campo é muito importante, no sentido de que sempre haverá um não-dito, mas que esse não-dito não implica uma inverdade.

Na medida em que contamos algo, entramos em contato com os conteúdos verbalizados, é como se revivêssemos o ocorrido. Dutra (2002) discorre a respeito da narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. A autora traz considerações a respeito da utilização da narrativa como forma de acessar a experiência vivida pelo narrador diante de determinado fenômeno.

A respeito da importância da narrativa Schmidt (1990) menciona:

A narrativa é preciosa, pois conecta cada um à sua experiência, à do outro e à do antepassado, amalgamando o pessoal e o coletivo. E o faz de uma maneira democrática ou, mais precisamente, da única maneira possível para que uma prática social seja democrática – fazendo circular a palavra, concedendo a cada um e a todos o direito de ouvir, de falar e de protagonizar o vivido e sua reflexão sobre ele (p. 51).

Vale destacar a importância da narrativa, no sentido de resgatar algo que se perdeu com o avanço tecnológico. A história narrada é falada e permeada por alguém que a presenciou e que se coloca nessa narração, e se coloca de acordo com aquele que a ouve também. Nesta perspectiva acredita-se que ao narrar, ambos, o entrevistador e o entrevistado vão dizer o vivido. Ao mesmo tempo em que o narrador se torna participante do estudo, “coloca-nos como participantes de sua experiência, fazendo do pesquisador um sujeito dessa experiência” (Dutra, 2002, p. 378). Apesar de a narração corresponder a um fato que já aconteceu, a história “cria um novo formato e se revela de acordo com o total da estrutura existencial das pessoas envolvidas” (Dutra, 2000, p. 128).

4.2 – A Estratégia Metodológica

4.2.1 – Participantes

Foram entrevistados cinco médicos (três do sexo feminino e dois do sexo masculino) que trabalham na emergência do HMWG, com idades variando entre 31 e 52 anos, sendo três especialistas em cirurgia e dois em clínica e todos formados na Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

O tempo que atuam em emergência varia entre 9 e 30 anos, sendo este período praticamente igual ao tempo em que atuam no HMWG. O número de horas semanais de trabalho dos participantes de nosso estudo variou entre 40 e 132 horas.

4.2.2 – Instrumento

A pesquisa foi realizada utilizando-se de duas estratégias: primeiro observamos por cinco dias a rotina do hospital, mais especificamente da sala de emergência; posteriormente, realizamos entrevista individual com cada médico participante da pesquisa.

No primeiro momento, a fim de que pudéssemos compreender melhor como é a rotina do trabalho dos médicos que atuam na urgência e emergência, bem como observar a ocorrência do fenômeno estudado – o médico diante da morte –, utilizamos a observação participante para colhermos dados que complementaram aqueles colhidos através da entrevista semi-aberta.

A Observação participante é definida por Schwartz e Schwartz (1955) como.

o processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto(p.55).

Neste sentido, o pesquisador tem acesso direto à realidade estudada, uma vez que está no exato local e no exato momento em que o fenômeno estudado acontece. No caso do nosso estudo, esse momento se tornou importante, uma vez que tivemos a chance de entrarmos em contato direto

também com os participantes que contribuíram com a segunda parte da nossa pesquisa – a entrevista.

No segundo momento, o instrumento utilizado como via de acesso à experiência dos médicos da pesquisa foi a entrevista semi-aberta, a partir da qual o participante falou sobre como era para ele estar diante da morte na urgência e emergência.

Consideramos o conceito de entrevista proposto por Szymanski (2002) – a entrevista reflexiva – como sendo um encontro entre pessoas, dentro do qual se inclui a subjetividade de ambos, com o objetivo de se construir um novo conhecimento sem que haja uma tendência de horizontalidade de poder e levando-se em conta a recorrência de conteúdos durante a comunicação. A autora ainda menciona que a reflexividade refere-se também à característica de se refletir com o entrevistado o conteúdo relatado por ele a fim de que ele reconheça se o que o pesquisador compreendeu a respeito da sua fala condiz com o que ele realmente quis expressar.

Essa preocupação com a fidedignidade também está presente na narrativa, resgatada por Benjamin (1994) e adaptada para pesquisa por Schmidt (1990). Tal metodologia consiste em o entrevistado responder livremente a uma pergunta disparadora formulada previamente pelo pesquisador de acordo com o objetivo de sua pesquisa. Após a transcrição da entrevista, o pesquisador redige o texto de forma que torne a leitura mais agradável como se o narrador contasse sua história. O texto é então devolvido ao entrevistado para que se tenha certeza de que ele condiz com sua experiência.

No caso do nosso estudo, a entrevista foi norteada, então, pelas seguintes questões: Como é para você trabalhar no serviço de urgência e

emergência? Como é para você quando se vê em uma situação em que tem que atender dois pacientes em risco e só tem você para atender? Como é para você estar diante da morte em seu cotidiano de trabalho na emergência? Fale-me um caso que te marcou em relação à questão da morte. Como foi abordada esta questão durante a sua formação?

4.2.3 – Procedimentos de coleta e análise de dados

Tal como pontuado acima, no primeiro momento, observamos a rotina de trabalho na emergência, focalizando o atendimento médico. A observação foi feita em diferentes dias e horários, a fim de que se tivesse acesso ao trabalho dos médicos em diferentes escalas de plantão, bem como em diferentes situações de volume de trabalho, uma vez que na emergência o número de atendimentos varia de acordo com o dia da semana.

Realizamos as observações nas salas de emergência do Hospital: a sala de reanimação (para onde eram encaminhados pacientes com parada respiratória ou cardíaca) e a sala de politrauma (para onde eram encaminhados os pacientes com escoriações, fraturas, cortes, etc.). Cada um desses dois setores tinha uma enfermeira responsável, com a qual fizemos o contato inicial para explicarmos o objetivo do nosso estudo e para que ela nos apresentasse aos demais funcionários do setor, entre eles, médicos, auxiliares e técnicos.

Durante as observações, circulávamos pela sala procurando não atrapalhar os procedimentos realizados. Poucas anotações foram feitas durante a observação, uma vez que, além de não haver condições físicas para

isso, poderia dar a entender que estávamos fiscalizando o trabalho dos profissionais e, assim, prejudicar a pesquisa.

O segundo momento da pesquisa – as entrevistas – aconteceu no próprio hospital, na sala de descanso dos profissionais, enquanto ela se encontrava vazia, com exceção de uma das entrevistas que foi realizada em outro local de trabalho de um dos participantes. Vale destacar que tentamos marcar um horário para as entrevistas fora do expediente de trabalho dos médicos, mas todos eles preferiram que a entrevista fosse realizada em um de seus plantões, no próprio ambiente de trabalho. Cada um deles escolheu um horário em que comumente havia menor volume de pacientes na emergência e, quando se achou conveniente, a entrevista foi, então, realizada na sala reservada.

Destacamos ainda que, mesmo a entrevista sendo realizada no horário de plantão dos médicos, eles foram avisados para ficarem a vontade para interromperem a pesquisa caso fosse necessário atender a algum chamado. Obtivemos a autorização para realização da pesquisa por parte da direção do hospital, a qual forneceu um crachá de identificação para a pesquisadora a fim de que ela tivesse acesso livre ao hospital durante o período da pesquisa. Cada participante assinou um termo de consentimento para participação da pesquisa, a partir do qual tomou conhecimento sobre os procedimentos que seriam realizados, sendo lhes dado o direito de deixar de contribuir com a pesquisa no momento em que desejassem.

As entrevistas foram gravadas por meio de um *MP3-player* e, posteriormente, transcritas. Os participantes responderam ainda a algumas perguntas sobre dados sócio-demográficos, como sexo, idade, tempo de formação, especialidade médica, tempo que trabalha na emergência, etc. As

entrevistas transcritas passaram pelo processo de literalização, que consiste em tornar o texto claro sem erros, como se o entrevistado estivesse contando uma história. Esse novo texto foi então devolvido aos participantes para que eles conferissem se o mesmo correspondia à sua experiência. Tal texto foi o material utilizado na análise dos dados.

Na perspectiva metodológica, a fenomenológica, a análise dos dados já começa a ser feita no momento do encontro entre entrevistador e entrevistado (Amatuzzi, 2002). No momento em que o entrevistado vai narrando sobre as experiências, o pesquisador vai sendo afetado por essa relação e pelos conteúdos que surgem a partir dela.

Diante das entrevistas literalizadas, continuamos com a interpretação dos dados de acordo com os passos sugeridos por Bicudo e Martins (1994): 1) leitura exaustiva das entrevistas para que cada vez mais ficássemos familiarizados com os conteúdos revelados pelas falas dos participantes; 2) grifamos alguns significados que emergiram nessas falas de acordo com nosso objetivo da pesquisa, bem como os significados que se relacionassem com tal objetivo; 3) tais grifos deram a origem ao que os autores chamam de núcleos significativos, sendo que cada núcleo aborda um tópico diferente, porém, sem deixar de se inter-relacionarem entre si.

Com esses núcleos em mãos, fizemos então a leitura dos dados baseados na revisão de literatura, nos nossos pressupostos teóricos e em nossas impressões. Tais análises encontram-se no tópico a seguir.

5. APROXIMANDO-SE DO VIVIDO

Apresentamos neste capítulo os resultados obtidos a partir do relato dos médicos que fizeram parte do nosso estudo. Achamos pertinente destacar que a nossa presença no hospital, a fim de observar como é a rotina de trabalho na emergência, foi oportuna não apenas para este fim, como também para podermos realizar os primeiros contatos com os participantes da nossa pesquisa. Os médicos que fizeram parte desse estudo mostraram-se bastante solícitos a colaborarem com a pesquisa e assim o fizeram, narrando um pouco da sua afetação diante do fenômeno da morte em seu ambiente de trabalho e em sua vida em geral.

A partir do contato com os participantes nas entrevistas e da leitura exaustiva de suas narrativas, pudemos perceber elementos importantes, como a opinião desses profissionais sobre seu trabalho na urgência e emergência, sua saúde, como eles lidam com a questão da morte em sua rotina de trabalho, bem como se deu a sua formação em relação ao fenômeno da morte. A fim de que suas identidades fossem mantidas em sigilo, seus nomes foram trocados por outros fictícios. Tais resultados foram organizados em núcleos significativos, os quais foram nomeados com trechos das falas dos médicos, a partir dos quais fizemos nossas análises e interpretações as quais apresentamos a seguir.

5.1 – Urgência e Emergência: Você resolve na hora ou o paciente morre!

Percebemos nas narrativas dos médicos muito claramente sua opção pelo trabalho na urgência e emergência e a satisfação que sentem por atuarem nessa área. Chega ao ponto de que a descrição do trabalho na urgência e emergência e as habilidades pessoais se confundem nessas falas.

Camila

*A princípio é uma coisa que eu gosto de fazer. **Eu gosto de tratar, de resolver as coisas rapidamente. E como eu tenho essa personalidade de querer resolver as coisas rapidamente, então é um setor em que eu trabalho com eficiência, eficiência e eficácia.***¹³ *E os nossos colegas têm muito medo desse tipo de atendimento, então eu, por uma questão pessoal também, eu não gosto de saber fazer tudo. Na minha área eu gosto de saber fazer tudo. Pois você trabalhar em um hospital de urgência e não saber fazer urgência... Então foi a necessidade em decorrência do serviço, de trabalhar com urgência.*

Alan

***Eu acho que a pessoa nasce com uma vocação para trabalhar na urgência e emergência, tanto na clínica como na cirurgia.** Eu só acho ruim o plantão antes de chegar. Até eu chegar aqui, por exemplo, eu acho ruim, mas depois que eu chego acho tão bom. Gosto da agitação do PS. Você ter a chance de resolver as coisas rapidamente, de ajudar as pessoas, eu acho muito bom isso. **E essa vontade de querer resolver as coisas foi que me levou à cirurgia. Na cirurgia, diferente da clínica, você consegue dar uma resolubilidade mais rápida.** Ou seja, se tem alguma doença cirúrgica, principalmente nos casos de pronto socorro, você consegue colocar o paciente no centro cirúrgico e resolver o problema. Em duas, três horas, enquanto durar a cirurgia. Tem o pós-operatório, mas aí você, na grande maioria das vezes, consegue resolver o problema. Diminuir a doença, ajudar.*

Ana

Eu gosto muito da minha profissão. Eu adoro urgência. Eu nunca fiz minha especialidade em consultório, especialidade em clínica médica,

¹³ Os textos em negrito referem-se a grifos nossos.

*ou consultório, porque **eu gosto da coisa prática, que você resolve. Urgência você resolve na hora.** Ou você resolve ou o paciente morre. Pacientes que vêm em estado grave, para você salvar, estão na urgência. E a urgência do trauma é a que eu mais gosto. Como eu venho gostando do que faço, então a minha profissão é gratificante, entendeu?*

Em sua fala, Camila menciona que os médicos em geral não gostam do trabalho na urgência e emergência, pois eles têm que trabalhar com *eficácia* e *eficiência*. E, por ser uma área que exige mais tecnicamente do profissional, acaba sendo evitada, pois um erro pode levar à morte do paciente. A fala de Ana resume bem essa responsabilidade, *ou você resolve ou o paciente morre*. E isso mostra o grau de exigência para com esses profissionais. Aliadas a essa questão, encontramos a vocação e as habilidades pessoais: *de resolver as coisas rapidamente*; de gostar de atividades *práticas*. Toda essa exigência de eficiência nos faz pensar como é para esses médicos quando eles consideram que falharam?

As falas citadas vão ao encontro do que Bellodi (2001) menciona a respeito das diferenças de personalidade e habilidade no que tange à escolha da área da medicina. Aliado à questão da habilidade, encontramos o prazer pela atividade e que, sem ele, fica muito difícil de trabalhar na urgência e emergência, uma vez que é muito estressante. Fato este bem pontuado pela fala da Camila:

Camila

É muito estressante. Só está mesmo na urgência quem realmente gosta e tem perfil para trabalhar em urgência. Porque se não, a coisa fica meio embolada.

Lorena

*É muito gratificante. Quando a gente trata realmente de urgência não é, **porque com a maioria dos casos ambulatoriais eu não tenho muita paciência.** Mas é muito bom. Agora, a saúde é que deixa muito a desejar. Aí a gente não faz como deveria. Muitos exames não são feitos, não ficamos com o paciente o tempo que ele necessita.... Apesar de que eu fico. A fila pode bater na calçada, mas, se for um paciente realmente grave, eu vou ficar com esse paciente e acompanhá-lo o tempo todo. Mas realmente é estressante, porque você está atendendo, aí chega um, chega dois, chega três, e às vezes eu estou com dois pacientes com pressão alta.*

A fala de Lorena retrata um dos grandes problemas enfrentados ainda nos serviços de urgência e emergência: o da superlotação. Muitos dos casos deveriam ser atendidos pela rede básica. Apesar de ter havido uma estruturação dos serviços de Urgência e Emergência, ainda encontramos problemas desse tipo em Natal, e mais especificamente no HMWG. Essa é uma das questões que sobrecarregam os médicos, tanto em termos de carga de trabalho, como no que se refere ao sofrimento psicológico em que isso resulta, por não conseguirem atender a todas as pessoas. Sofrimento psicológico esse que é agravado pelo fato da população exigir deles, e não das autoridades, o seu atendimento.

5.2 – Escolher quem vai ser salvo primeiro: Um dos dilemas do médico do Pronto Socorro.

Uma característica marcante em relação ao trabalho no setor de urgência e emergência, conforme dissemos em capítulos anteriores, é a existência da triagem. Quando há vários pacientes a serem atendidos, o médico tem que fazer a seleção dos casos que exigem prioridade. Em se tratando de situações onde o risco do paciente morrer é presente, a questão da

triagem se torna mais delicada, pois um minuto pode fazer a diferença. Nas falas dos médicos a esse respeito, pudemos observar como a escolha dos pacientes a serem priorizados nesses casos é feita:

Daniel

É um momento de escolher o paciente que tiver mais chance, porque se você for perder tempo com o que está mais grave você pode perder os dois. Isso é uma coisa definida já no nosso treinamento, no treinamento em atendimento avançado dos casos graves, dos casos de catástrofe, de desastre. Então você vai atendendo aquelas pessoas que têm mais chance, e vai separando. Quer dizer, fazendo uma triagem, para você. (...) aí você vai fazendo as coisas obedecendo estritamente à orientação que foi definida pelo ATLS, o Advanced Trauma Life Suporte, que é uma denominação americana criada. Então você obedecendo àquela orientação, vai dar o atendimento dentro daquelas prioridades, das prioridades para salvar a vida, equilibrar e para colocar aquela pessoa fora do risco de morte. (...) Porque é a via aérea que mata primeiro, depois vem a respiração, o aparelho circulatório e por aí vai.

Alan

Isso aí é um dos dilemas do médico do Pronto Socorro. Você... Com um exame rápido, que a gente é treinado para fazer, tem condições de determinar aquele que tem um risco de vida mais imediato. Então você tem que atuar naquele que tem o risco de vida mais imediato. É claro que uma obstrução na via aérea mata mais rápido do que um sangramento. Então se você tiver dois pacientes: um sangrando e um sem conseguir respirar, você determina que alguém tampona aquele sangramento e você mesmo vai atender aquele que não está conseguindo respirar, que vai morrer mais rápido se você for atender o sangramento primeiro. (...) Se eu tenho um adulto e uma criança, normalmente a gente costuma apostar na criança. Se tiverem um adulto e um idoso, costuma-se apostar no adulto. Mas é um dilema muito grande isso aí, e acontece com uma frequência alta.

A fala de Alan mostra que a questão da escolha do paciente a ser priorizado é um dos dilemas sofridos pelo médico da Urgência e Emergência. Percebemos em todas as falas que, nesses casos, os médicos se apóiam na técnica para fazer a escolha. Parece-nos que quando há a possibilidade de se apoiar na questão da técnica se reduz a responsabilidade e possíveis

sentimentos de culpa em relação às possíveis situações que não “dão certo”. Essa é uma preocupação dos médicos, de não serem responsabilizados por danos aos pacientes. Camila nos mostra bem claramente a importância do apoio na técnica como uma forma de diminuir as chances de erro.

Camila

Eu acho que o peso na consciência acontece quando você não tem o conhecimento. Pois se você fez a determinação protocolar, pelas leis brasileiras, pelas leis médicas, então o processo da culpa fica meio.... Eu pelo menos sou bem técnica, não tenho medo de fazer as coisas não. Eu tenho medo de fazer errado.(...) E, a minha consciência é em cima do meu conhecimento. Porque se eu tenho consciência de que o que eu podia fazer eu fiz, então não tem porque achar que o outro não tinha que morrer.

Tal postura também foi apontada pelos médicos do estudo de Campos e Cols (2005), cujos achados revelaram que um dos recursos utilizados no enfrentamento das perdas desses profissionais em seu trabalho é o conhecimento técnico e o fato de se saber que foi feito o possível. Uma vez que o médico tem a convicção de que está preparado tecnicamente e que, mesmo assim, seu empenho e conhecimento não foram suficientes, considera-se que a questão não seria mais dele, ou seja, a responsabilidade pela morte não seria dele. Dessa forma, o apoio na questão técnica pode ser entendido como um recurso que os médicos adotam e que ameniza o sofrimento e a culpa que possam surgir pela perda de um paciente. Assim, sem esse apoio técnico, seu trabalho ficaria impossível de acontecer.

Na pesquisa de Andreis (1995), o sentimento de culpa também apareceu no relato de alguns médicos, porém de maneira diferente. Por se tratarem de cardiologistas, eles se deparam com situações em que têm que reanimar pacientes. A culpa existia em alguns momentos, quando o médico tinha que

decidir parar a reanimação, uma vez que o cérebro já estava há muito tempo sem oxigênio. Apesar de no contexto da emergência também existirem momentos de reanimação, no nosso estudo, não houve relato de sentimento de culpa em relação ao setor de reanimação.

A ocasião em que o médico tem que escolher um paciente em detrimento de outro nos faz pensar como ficaria se nós retirássemos dele a ferramenta do apoio na técnica. Talvez esses profissionais sejam considerados frios ao terem que, por exemplo, optar por um paciente e enfrentar a família de outro que também está em risco. Será que poderia ser diferente? Será que, muitas vezes, não exigimos dos profissionais que eles sejam seres onipotentes, como pontuou Meleiro (1998)? Esta questão é apresentada no tópico seguinte.

5.3 – Diante da morte: *Eu sinto, mas eu vou tocando a vida.*

A maioria dos médicos relatou sentimentos de pesar em relação à morte de alguns de seus pacientes, uma vez que uma das funções desses profissionais é a de prolongar a vida. Isso nos mostra que o fato dos médicos não demonstrarem o que sentem ou o fato de não considerarem que isso seja um problema, não significa que as mortes de seus pacientes não lhes afetem de alguma maneira. Ilustramos esses sentimentos através das falas seguintes:

Lorena

Pra gente é o seguinte, é angústia (...). Para a gente é muito difícil, é muito difícil também.

Camila

Não tenho problema com a morte não. (...) Claro que a gente sente a perda. A gente quer sempre que a pessoa permaneça viva. É lógico que é importante deixar as pessoas vivas.

Alan

*Mas não é uma coisa que mexa sempre comigo não. Assim, eu fico triste, eu sinto, **mas eu vou tocando a vida**. Não mexe com minha, eu quis dizer assim, com meu emocional, de me descompensar. Eu não descompenso, eu fico triste.*

Médicos da pesquisa de Esslinger (2004) também mencionaram essa tendência de se afetar em alguns momentos com a questão da morte, porém essa afetação não ocorre frequentemente. E mesmo que a afetação diante da morte ocorra, os médicos têm que continuar trabalhando. Eles não podem ser atingidos a ponto de se *descompensarem*, como muito pertinentemente pontuou Alan. Pois se eles descompensam, não conseguem mais trabalhar. Essa realidade aponta para uma necessidade de encobrir seus sentimentos, de não se permitirem ser afetados pelas questões de morte, sofrimento e dor que acontecem na rotina de trabalho.

Existe uma necessidade de se mascarar o sentimento que pode gerar até uma dificuldade de expressá-lo. A fala de Daniel nos mostra como às vezes é difícil até colocar em palavras aquilo que se sente. Durante a entrevista, seu discurso era seguro e objetivo. Porém, quando começa a falar dos sentimentos, ele gagueja, busca as palavras para expressá-los. Exemplificamos essa atitude a partir do trecho a seguir de sua entrevista:

Daniel

A gente, logicamente que a gente sente. Muitas vezes, todo o empenho que você dá no intuito de salvar uma vida, mas muitas vezes você não

tem êxito. Principalmente nos casos muito graves. Então você participa e aquilo lhe deixa... momentaneamente... Dá uma certa..., do ponto de vista emocional (...) que é uma certa, não é bem tristeza, a gente fica como se..., porque muitas vezes você se sente.... é... assim, não é bem de.....

Os médicos, em alguns momentos de perda de paciente, se questionam sobre os procedimentos realizados por eles no intuito de salvar a vida. Esses questionamentos aparecem bem claros nas falas seguintes:

Daniel

Você fica: tanto empenho, tanta coisa. Mas muitas vezes você faz uma análise daquilo: será que eu fiz tudo, será que se eu tivesse feito alguma coisa a mais... Então aquilo você vai vendo, revendo.

Camila

A gente sente, fica assim meio: ah, será que eu fiz tudo que sabia, será que eu podia ter feito mais. Às vezes a gente se pergunta. Não é muito freqüente não, mas...

Tais questionamentos também foram feitos por médicos cardiologistas que fizeram parte da pesquisa de Andreis (1995), bem como dos médicos do estudo de Campos e cols. (2005). Isso mostra que, de certa forma, a morte os coloca em uma posição de julgarem a sua competência, ou seja, se eles erraram optando por determinado procedimento ou não. Quando o paciente está doente, o médico pode fazer algum procedimento, mas com a morte, não há mais nada que possa ser feito. Essa questão não é fácil de lidar, por mais que se considere que a morte é natural, ela não deixa de ser difícil de ser aceita, o que faz com que esses profissionais se questionem sobre a eficácia de seus procedimentos. O grande problema de algo “sair errado” é que a consequência pode ser a morte do paciente.

Apesar de haver momentos em que os médicos se questionam sobre a eficácia do seu atendimento, eles relataram que nem sempre se consegue salvar a vida do paciente e que não se deve perder isso de vista. As falas de Alan e Daniel nos mostram tais pensamentos:

Alan

Mas, assim, você tem que entender que a gente não consegue salvar todo mundo. Isso aí é uma coisa importante também para você ter em mente, pois você não é infalível. Você precisa ter isso em mente. Você ajuda a maioria, mas você não consegue salvar todo mundo. Tem coisas que não dá para fazer. Tem doenças que são graves, têm lesões que são graves e que, infelizmente, chegam além da capacidade de resolução.

Daniel

Muitas vezes você não salva, mas você também ameniza, pois tanto a medicina, como o médico em si, não estão aí só para salvar. Nem sempre a gente consegue salvar, mas a gente está para diminuir uma aflição, uma dor.

Daniel ainda amplia sua fala nesse sentido, uma vez que reconhece que a medicina não contém um conhecimento que dê conta de todos os problemas de saúde que possam surgir:

Daniel

Porque a medicina ainda não tem a solução para todas as coisas. Mesmo com a evolução, tem algumas doenças que você tem que aceitar que ali é o final, pois não tem muita coisa a fazer, a não ser aquela coisa de amenizar a dor e impedir que aquela pessoa não sofra tanto.

A fala de Daniel nos mostra também que, em se tratando da questão de salvar a vida, muitas vezes isso não é possível, restando apenas a questão da amenização da dor e do sofrimento. Neste ponto, ele tem uma visão realista de seu papel, uma vez que um dos objetivos da medicina, como afirma Pessini

(2003), é o da amenização da dor e do sofrimento. Essa maneira de encarar a impossibilidade de se salvar algumas vidas é vista por Cassorla (1992b) como saudável, uma vez que, para esse autor, uma das maneiras dos profissionais de saúde lutarem para salvar as vidas se dá de forma criativa, ou seja, reconhecendo suas limitações. Pensamos que desenvolver essa consciência da limitação é um aspecto extremamente importante para o profissional da área médica, principalmente para aqueles que trabalham em hospitais de urgência e emergência. Seria uma maneira de se preservar a saúde mental.

O reconhecimento de que os resultados de seu trabalho não dependem apenas de seu empenho, mas também de limitações externas, como as limitações da medicina e as limitações técnicas, não impedem os médicos de experimentarem sentimentos de impotência, como encontramos nos relatos daqueles que participaram do nosso estudo. Os sentimentos de impotência apresentaram-se em algumas falas:

Alan

É uma situação muito ruim. (...) Uma sensação de impotência. Assim, você chegar ao limite e não poder mais nada, é muito ruim, é frustrante isso.

Daniel

Mas essas coisas têm muito disso, porque você muita vezes vê, procura fazer tudo, aí você sente que, apesar de tudo, ainda é impotente diante daquela situação. Você vê que nem tudo pode fazer. Você pode chegar e dar a vida ali àquela pessoa que... (...) muitas vezes você é impotente perante a doença, dentro dos conhecimentos atuais, você é impotente para umas coisas (...).

A questão da impotência traz à tona a dimensão humana do médico. A impotência fala dos limites da atuação do médico, da realidade de que nem tudo pode fazer, mesmo que seja exigido isso dele. Esse resultado corrobora os

achados de Campos e cols. (2005) em estudo realizado por eles, a partir do qual os médicos relataram experimentar, entre outros sentimentos, a impotência diante da perda de um paciente. Resultado semelhante também foi encontrado por Esslinger (2004), Andreis (1995) e Kovács (1991), o que mostra que tal sentimento é sentido pelo médico, independente da área que atue, uma vez que se têm nesses estudos diferentes contextos de atuação dos profissionais.

Observamos que a morte é encarada de diversas maneiras pelos médicos que atuam na emergência. Na maioria dos casos não há tempo de se formar um vínculo com o paciente, pois o atendimento é feito de maneira rápida nos casos de maior urgência e, muitas vezes, os pacientes estão desacordados, não havendo muita possibilidade de diálogo. Em tais circunstâncias a morte não afeta tanto como em outras situações. A fala de Ana aponta bem claramente essa questão:

Ana

Mas no caso do doente que chega aqui na emergência, e a gente realiza os procedimentos e ele morre, e eu não formei nenhum vínculo, então realmente eu não sinto. Eu sinto como ser humano, mas não sinto... Não tenho nenhum sentimento de tristeza não.

O vínculo varia dependendo de cada relação estabelecida entre médico e paciente no ambiente de trabalho e, mesmo nos casos onde tenha ocorrido certo tempo para se estabelecer a relação, a qualidade desta pode variar de acordo com a ocasião e com os atores envolvidos. Uma das falas aponta bem essa diferença:

Camila

Agora, o sentimento é que varia mais em relação a cada um. Às vezes você tem mais empatia por um, simpatia por outro, coisas normais de relacionamento. Mas nada marcante não, acho que não.

A questão do vínculo também foi citada na pesquisa de Andreis (1995) como um dos fatores que influenciam na afetação dos médicos em relação à questão da morte. Os médicos dessa pesquisa relataram sentir mais a perda do paciente quando havia maior possibilidade de contato com ele. Talvez essa dificuldade de se lidar com a morte nos casos em que há um vínculo, seja um dos motivos que levam alguns profissionais a se manterem distantes de seus pacientes.

5.4 – Quando a morte afeta: *Porque os outros não seguram muito na sua mão na hora em que morrem.*

Identificamos alguns casos peculiares de morte de pacientes que afetaram os médicos de alguma forma. Como falamos anteriormente, a morte afeta de acordo com o sentimento que o médico tem para com o paciente; seja por ter havido um contato anterior antes da internação, seja pela própria relação estabelecida no ambiente hospitalar. A fala de Camila ilustra bem a existência da diferença de sentimentos em relação aos pacientes:

Camila

E quando conhecemos a pessoa, a identidade é mais próxima (...) Os sentimentos são mais... o sentimento de relação é mais presente... Se você conhece a pessoa, se é uma pessoa conhecida você sente mais. Mas normalmente é indiferente, não tem diferença no tratamento.

Observamos através das falas dos entrevistados que um tipo de paciente cuja morte afeta bastante é a do paciente jovem. Todos os médicos do nosso estudo relataram pelo menos um desses casos. Parece que a morte no jovem é menos esperada, uma vez que se imagina que ainda há muito por se viver, ao passo que no paciente idoso a proximidade da morte é maior devido à idade. A respeito disso, Alan diz:

Alan

Quando é criança, que a gente atende pouco aqui, porque tem cirurgias pediátricas para atender, o impacto ainda é maior. Outro dia uma criancinha chegou queimada aí, semana passada, uns 15 dias atrás. Uma criança de uns quatro anos. É realmente muito ruim.

Camila

Aí quando ele faleceu, vixe Maria, era uma agonia, porque era juvenzinho. Geralmente a gente se sensibiliza muito com os jovens. A gente diz: ah, um jovem!

Lorena

*Porque em relação à morte de Joana, eu não estava nem aqui no dia que ela morreu, mas me angustiou demais. **Uma menina de 14 anos, entendeu?** Para a gente é muito difícil, é muito difícil também.*

As falas acima deixam bem clara essa questão de como a morte de um paciente jovem afeta mais fortemente, como percebemos na fala de Lorena: *Uma menina de 14 anos entendeu?* Como se fosse notório que é um caso difícil de encarar, como se não pudesse acontecer, como se não devesse acontecer. Resultado semelhante a esse também foi encontrado por Esslinger (2004), não apenas com médicos, como também com enfermeiros.

Outro tipo de paciente cuja morte marcou surgiu na fala de Daniel. Trata-se da morte de dois companheiros de profissão:

Daniel

*E teve outro, um colega também, um colega de odontologia, um buco-maxilo-facial que operei. Mas esse era um câncer avançado no intestino grosso e que, apesar de... Você tem um impacto. Ele me procurou para eu operá-lo e eu disse: ta certo. Aí eu o operei, aqui em um hospital, fiz a cirurgia dele. Ele ainda fez concurso depois pra... mas ele tinha metástase no fígado, várias metástases quando nós operamos. Passou assim um ano e meio dois anos, e aí ele faleceu. Então isso marca. (...) E uma outra coisa quero dizer, eu participei também da tentativa de reanimação dele, mas foi um amigo, nós trabalhávamos juntos. E era assim, meia noite, tinha havia o jogo do Brasil, e fui para casa. Quando foi por volta de duas horas da manhã a mulher dele me ligou dizendo que ele tinha chegado no hospital parado, tinha parado. E eu: como é?! Parado?! É, ele teve parada cardíaca, passou mal de noite em casa. E ele me dizia que era hipertenso, quer dizer tomava medicação e às vezes deixava de tomar. Tinha 43 anos. Uma colega minha tava no plantão, ele chegou lá, e minha colega disse: É Daniel, ele chegou aqui e teve uma parada cardíaca e estão lá tentando reanimar ele. Aí eu me vesti, saí de casa e fui pra lá. Ainda participei da tentativa de reanimação e mesmo assim... Ainda foram duas horas de tentativa de reanimação, aplicamos choque... Teve um enfarte fulminante..... E isso realmente me marcou,... me marcou bastante. **Porque a gente trabalha e não se valoriza muito, a gente não se cuida muito.** E a gente trabalha num ambiente de estresse o tempo todo.*

A dificuldade de se lidar com a morte de um colega de profissão gera, de acordo com Stedeford (1986), um sofrimento muito grande nos médicos, não só pela perda de um amigo querido, mas pelo fato de mecanismos de defesa em relação à sua própria morte serem colocados por terra. A fala de Daniel acima mostra bem claramente que tais pacientes fizeram-no lembrar da sua própria vulnerabilidade e o fez pensar sobre sua prática, uma vez que, após o relato desses casos, Daniel discorre sobre o estresse da rotina do trabalho dos médicos e da falta de cuidado que eles têm com a própria saúde. O trecho no qual Daniel fala sobre o estresse encontra-se em um núcleo significativo mais adiante.

Os dados colhidos através das entrevistas revelaram também como é difícil para os médicos encararem a perda de familiares em sua rotina de trabalho. As falas a seguir mostram bem claramente essa dificuldade:

Daniel

Por exemplo, você atende uma pessoa aqui que chega sangrando, é um ente, uma pessoa querida sua. Você vai e opera aquela pessoa, mas você vê que aquela pessoa sangrou tanto que, não dava pra você... Aí vem a estrutura hospitalar, aí você pede, vem sangue, vem tudo no mundo e você tenta, você opera, passa horas e horas operando, muitas vezes até, isso gera muitas vezes até...

Ana

Apesar da gente achar natural e se acostumar com a morte do outro, porque a sua e de seu familiar é diferente. É completamente diferente. Choca de forma diferente.

Nessas falas, podemos perceber como a morte de um familiar toca de maneira particular, é a morte de “um dos seus”. É como se esse evento trouxesse o médico um pouco para sua realidade de viver, de fato, uma perda. O estudo de Andreis (1995) também apontou essa dificuldade dos profissionais em atender familiares.

A morte de um familiar pode afetar também por meio da identificação. Segundo Stedeford (1986), os profissionais de saúde podem identificar pacientes com parentes seus, fazendo com que eles se tornem mais cuidadosos com eles, porém, pode causar um envolvimento emocional prejudicial a seu trabalho. A fala de Camila a seguir exemplifica bem esse fato, pois ela relata um caso de uma criança que atendeu e da dificuldade emocional que ela enfrentou no caso desse paciente, pois lhe lembrava muito seu filho:

Camila

Foi um rapazinho, acho que de uns 12 anos. Ele era filho de um médico. Não, sobrinho de um médico. Ele foi atropelado e ficou muito mal. Eu que acompanhava ele na UTI, já fazendo estágio. Mas ele morreu. E eu me identificava, porque a gente se identifica com a pessoa. Porque eu tinha um filho na mesma idade e parecia muito com ele. E cada vez que eu vinha medicar eu chorava.

Apresentamos, ainda, dois relatos de casos de perda de pacientes com os quais os médicos estabeleceram um vínculo especial durante a internação. Esses casos são diferentes dos relatados anteriormente, pois mesmo não havendo vínculo anterior à internação e mesmo não se tratando da morte de pacientes jovens que, em geral, afetam-lhes mais, a morte desses pacientes não foi sentida como apenas mais uma morte, mas foi vivenciada como uma perda.

Alan

*O paciente tinha um tumor de reto-peritônio, um tumor muito grande. E era um paciente assim muito bacana. Então a gente acabou se afeiçoando. Ele foi operado, mas depois da cirurgia ele teve complicação, sangrou, precisou ser re-operado, foi para UTI e acabou morrendo. Então foi muito difícil dar a notícia para a família. Quando a gente percebeu... A cirurgia foi muito difícil, tudo foi difícil nesse caso. Ele era gordo, assim obeso, tudo então foi difícil. Então, depois da primeira cirurgia, eu já disse a família: olhe, é uma cirurgia difícil, é possível que ele demore a se recuperar, era bom que ele ficasse na UTI, mas não tem vaga. Foi pro andar, foi para a enfermaria e passou umas 48 horas estável, mas depois foi decaindo. Então você vai acompanhando aquele negócio e vê a angústia da família. A mulher dele tava toda hora lá no hospital. Então foi uma coisa muito difícil. Fiquei com ele até o último minuto. Levei ele para a UTI. **Para conseguir uma vaga eu falei com uns colegas: olha, é meu tio, tá morrendo aqui no andar, precisa da vaga.** Então assim, eu tenho convicção que a gente fez tudo que podia fazer, mas infelizmente ele morreu..... Fica aquela sensação de perda.*

Na fala de Alan acima podemos perceber um bom exemplo do forte estabelecimento do vínculo entre o médico e paciente, chegando a ponto de

Alan, na tentativa de conseguir mais recursos para seu paciente, dizer para outros profissionais que o paciente é um parente dele. É como se dissesse “não é mais um não, é um dos meus”. Essa fala mostra também como a morte de um parente mobiliza mais, não só os médicos como outros profissionais de saúde, uma vez que Alan usa de tal artifício para conseguir internar seu paciente na UTI. A partir da fala de Ana abaixo, temos um outro exemplo de vivência de perda:

Ana

*Tem um paciente, que esse eu não esqueci. Eu trabalhei muito tempo em UTI, 7 anos mais ou menos, como intensivista também. E um paciente que eu atendi, um índio, que veio de um interior aí que ainda tinha índio. E ele morreu com uma hemorragia digestiva e sangrando. E esse não foi trauma, não foi nada, foi uma hemorragia digestiva que se fez de tudo. **Ele foi aquele paciente que segurou a minha mão** e eu atendi, dei assistência, apliquei medicamento, chamei endoscopista. Foi um doente que eu também, durante algumas horas... Foi um paciente que sangrou, sangrou, sangrou e tava consciente. Então eu segurando. E ele gostou, acredito da forma como eu atendi. Ele ficava segurando minha mão e dizia: **Doutora, eu estou sentindo que eu vou morrer, mas se a senhora sair de perto de mim eu acho que eu vou morrer mais rápido, então fique aqui comigo.** Então isso é uma das coisas que marcou. Porque os outros não seguram muito na sua mão na hora em que morrem.*

Na fala de Ana percebemos como a morte do paciente a tocou de maneira especial, uma vez que ele pediu que ela lhe desse apoio no momento de sua morte. Ele a pede que deixe a profissional de lado e assuma o papel de uma pessoa como qualquer outra, que possa ampará-lo em seus últimos momentos de vida. Na fala de Ana vemos que isso não é algo comum, e parece que, por ter sido um momento incomum em sua carreira, essa morte tenha lhe marcado tanto.

Embora a morte faça parte da rotina desses profissionais, ela marca em alguns momentos, como dissemos anteriormente. Essas situações de perda podem gerar de certa forma a vivência de um luto, como menciona Franco (1996), “a morte do outro em si”. E essa perda fica muitas vezes impossibilitada de ser elaborada uma vez que se trata de um luto não reconhecido (Casellato, 2005).

Essa impossibilidade de se elaborar tais questões pode repercutir na saúde psicológica desses profissionais. Pode gerar estresse a ponto de inviabilizar o trabalho destes, o que aponta para a necessidade de haver no ambiente de trabalho a possibilidade desses profissionais falarem dessas questões, seja através de grupos de discussões de casos, seja a partir da interferência do apoio psicológico dentro da rotina hospitalar (Franco, 1997).

5.5 – A naturalidade da morte: *Você vê a morte e aquilo é uma coisa natural, é do acontecimento diário.*

Como dissemos em capítulos anteriores, por se tratar de um serviço de Urgência e Emergência, o número de óbitos é alto, se comparado a outros tipos de serviços prestados por médicos. Assim, a morte faz parte da rotina dos profissionais que trabalham nesta área, uma vez que, no hospital onde os médicos de nosso estudo trabalham morre uma média de 3,4 pacientes por dia. A partir da fala dos médicos do nosso estudo, apesar de em alguns casos a morte afetá-los de maneira especial como mencionamos anteriormente, encontramos a morte também como um fenômeno natural, que acontece diariamente, o que leva estes profissionais a se acostumarem com o fenômeno.

Daniel

E a gente lida com a morte. É tanto que a coisa fica muito natural. Você vê a morte e aquilo é uma coisa natural, é do acontecimento diário. Você vê aquela sala ali, a Reanimação, é um negócio pesado não é? Toda hora, todo dia morre gente. Porque chegam muito graves, outros chegam num estágio bem avançado da doença, e aí você... é aquela coisa de você não poder fazer nada... e aquilo passa a ser natural. Tudo está se tornando muito, muito...

Camila

Se o paciente morrer, é uma coisa com a qual eu lido todo dia. Morte para mim é uma coisa muito natural, é igual a nascer.

A esse respeito, médicos participantes da pesquisa de Andreis (1995) mencionaram que no começo da profissão se tem a “ilusão” de se salvar vidas, mas, com o tempo, acaba-se percebendo que a morte faz parte do cotidiano do trabalho do médico. Considerar a morte como um fenômeno natural foi referido pelos médicos do estudo de Campos e cols. (2005) como um dos recursos que eles adotam no enfrentamento das perdas. Esse ponto é importante destacar, pois se a morte faz parte do cotidiano do trabalho médico e, mais especificamente, do cotidiano do trabalho na Urgência e Emergência, como poderiam os profissionais trabalhar nesse contexto caso se afetassem de forma significativa com a perda de todo paciente?

Um ponto interessante surgiu na fala de Ana a respeito dessa naturalidade diante da morte, quando ela faz referência a se acostumar com a morte do outro.

Ana

*A gente vai, no dia-a-dia, se acostumando com a morte. No dia-a-dia aceitando e se acostumando com ela. É tanto que, não é preparado assim... eu não quero morrer. **Apesar da gente achar natural e se***

acostumar com a morte do outro, porque a sua e de seu familiar é diferente. É completamente diferente. Choca de forma diferente.

O trecho grifado na fala de Ana vai ao encontro do que Rothschild e Calazans (1992) e Heidegger (1927/2005) dizem: quando vivenciamos a morte na prática, vivenciamos a morte do outro. Ana ainda completa seu pensamento, nessa mesma direção, quando diz que sua morte e de algum familiar é diferente, ou seja, não é encarada como algo natural, choca de maneira diferente.

5.6 – Estresse: *Ninguém agüenta essa rotina.*

As características do setor de Urgência e Emergência: número de pacientes, a quantidade de casos graves atendidos, as dificuldades e limitações do serviço público, o trabalho em regime de plantão, são fatores que acabam interferindo na saúde dos profissionais que atuam neste serviço. Os médicos do nosso estudo relataram acerca da realidade que enfrentam no seu dia-a-dia de trabalho, bem como o desgaste por que passam. A maioria deles mencionou o estresse que vivenciam e a repercussão dessa realidade na sua vida. Para ilustrarmos um pouco de como se encontra a saúde dos médicos de nosso estudo diante de seu trabalho no serviço de Urgência e Emergência, apresentamos as seguintes falas:

Daniel

No caso da violência acontece muito, acontece muito à noite, acho que você tenha visto lá, pela madrugada. Aí é muito complicado, é tanto que atualmente eu não tenho, eu não gosto de dar plantão noturno, eu não quero, evito sabe? Porque de dia você está muito ligado nas coisas. À noite é difícil, você já está cansado, aí depois de meia noite chega um

baleado, chega um esfaqueado, só chega violência e da pior maneira possível. Aí chega num momento em que você não está com todos os seus sentidos em alerta. Muito embora, você pode estar no maior bagaço, mas quando chega um paciente você fica ligado. Aí, o estresse é bem maior, porque é em cima de uma coisa, de um cansaço. (...) Porque a gente trabalha e a gente não se valoriza muito, a gente não se cuida muito. E a gente trabalha num ambiente de estresse o tempo todo. Quer dizer, tudo é estressante, você pede uma coisa, às vezes não tem. Você (refere-se à entrevistadora no momento de observação da rotina hospitalar) só vê, você está de platéia, vendo aquele circo ali, mas é um negócio danado aquilo, a adrenalina vai e sobe, e aquilo repercute na bomba né? E aí você termina hipertenso, diabético, uma série de coisas ali. Você nem se dá conta, você nem se dá conta das patologias que podem advir daquele trabalho que você executa para beneficiar os outros e, logicamente, para satisfazer seu ego.

Alan

*Pois é, eu acho que vai chegar um ponto em que as coisas vão ter que melhorar. Porque ninguém agüenta essa rotina né? **Ninguém agüenta essa rotina. Eu dou muito plantão.** Fazia 22 plantões por mês até o mês passado. De dia e à noite, a maioria à noite. Então você chega, você chega cansado em casa, lógico. Você fica irritado. **Você está morrendo de sono, morrendo de cansado, você começa a esquecer de algumas coisas,** você se aborrece com coisas pequenas que antigamente não lhe aborreciam, e agora aborrecem. E isso é muito ruim, porque você fica com uma sensação de que não devia fazer isso, ou ter esse tipo de atitude. E ao mesmo tempo em que você não consegue mudar, porque você está tão cansado que você não consegue relaxar. Teve um feriado que eu acordei 5:30 da manhã, não tinha nada para fazer, e não consegui dormir mais, porque é o horário que eu acordo todo dia. Então mesmo sem ter nada para fazer, eu sabia que não tinha nada para fazer, fiquei vendo televisão em casa. Quer dizer, eu acordei 5:30 bem acordado, não consegui dormir de jeito nenhum mais. Às vezes você está em casa e fica pensando: será que é para eu está em casa mesmo? Eu não tenho nada para fazer?*

Camila

Aqui mesmo nesse serviço, é uma coisa tão massacrada, cada imagem horrível (...). Chegou um dia desses um paciente com a cara arrebitada, era um buraco aqui e o homem falando. Parece uma coisa do outro mundo.

As falas acima mostram a rotina de estresse e a alta sobrecarga psicológica por que passam esses profissionais. As falas vão ao encontro do que foi encontrado na pesquisa de Nascimento e cols. (2006) a começar pelo grande volume de trabalho, tanto por ser em escala de plantão, quanto pelo número de pacientes atendidos no HMWG – por volta de 700 por dia que passam a ser fatores que contribuem para prevalência de distúrbios psíquicos. E ainda, por se tratar de uma atividade que exige mais controle por parte dos médicos, ela acaba gerando mais problemas de saúde nesses profissionais do que em outros, como os que trabalham em consultório clínico, por exemplo (Nascimento e Cols., 2006).

Outra questão que merece destaque em relação ao estresse desses profissionais refere-se ao número de horas de trabalho semanais. Conforme dissemos em capítulo anterior, o número de horas semanais de trabalho dos médicos que fizeram parte do nosso estudo variou entre 40 e 132 horas, resultado que corrobora os achados de Clever (1990), que concluiu que os médicos têm carga horária semanal de trabalho superior a outras profissões. Essa sobrecarga é tão grande que Alan, médico que apresentou maior carga horária semanal de trabalho, menciona que nos raros momentos em que se encontra em casa ele se questiona se era realmente para ele estar ali.

Vale destacar que, apesar de existir uma lei no Estado que menciona que o tempo máximo de atuação dos servidores e médicos dos serviços de urgência e emergência é de 20 anos, na nossa pesquisa encontramos dois médicos que atuam por um período superior a esse, de 26 e 30 anos. O que mostra que, mesmo com a possibilidade de se aposentarem, tais profissionais optaram por continuar trabalhando.

Outra questão que surgiu nas falas dos médicos e que contribui para seu sofrimento e, conseqüentemente, para seu estresse, trata-se da realidade ainda existente em muitos hospitais do Brasil: a falta de material, a superlotação, que resulta na internação de pacientes no corredor; fatos que infelizmente ainda fazem parte da rotina de muitos profissionais de saúde, o que torna suas condições de trabalho muitas vezes insalubres. Trazemos os relatos abaixo, a fim de que o leitor possa ouvir desses profissionais como é para eles trabalharem nessas condições:

Daniel

As pessoas acham muito natural ficar paciente no corredor. E aqui é uma coisa constrangedora, até para nós que lidamos há muito tempo com isso, você colocar seres humanos, pacientes, quem quer que seja, no corredor. Você começar atendendo e internar aí no corredor. A pessoa não tem nenhuma privacidade. Fica num ambiente totalmente sem nenhuma privacidade, uma coisa...(...) Aí o paciente passa não sei quanto tempo para resolver enquanto sofre. Antes ele passa pela via crucis do corredor (...) Você vê o que as pessoas passam ali, outras vezes você vai passar no corredor e estão fazendo um procedimento até invasivo ali no corredor. Aí fica o paciente exposto. O paciente fazendo uma necessidade fisiológica ali, e todo tímido, totalmente exposto. Quer dizer, isso não é digno, não é?

Lorena

E ela estava no corredor. Paciente de UTI no corredor, porque não tinha vaga na UTI. Eu disse: Glória, você não saia dessa maca Glória. Mas doutora como é que eu vou fazer xixi, como é que eu vou fazer cocô na maca aqui no meio do corredor? Eu disse: Glória, não saia, você não deve andar porque pode ser que outro trombo apareça aí e não dê tempo (...). Ela faleceu no banheiro. Ficou com vergonha de fazer xixi no corredor, foi pro banheiro e morreu nos braços do marido dentro do banheiro. Porque ela não podia andar. Ela não deveria, ela não deveria não, ela não podia por conta da patologia dela. Morreu no banheiro com 16 anos.

Lorena em outro momento de sua narrativa, nos fala sobre a falta de macas:

Lorena

Principalmente quando falta maca. Porque muitas vezes o paciente chega grave e não tem uma maca para você reanimá-lo. As macas estão todas ocupadas. Aí é quando eu mais me angustio, entendeu? Quando eu sei que eu faço tudo para reanimar e o paciente não saiu, aí até que eu me conformo. Mas quando faltam condições técnicas para trabalhar, aí isso aí me angustia mesmo, me angustia demais. Você vê que o paciente poderia ter saído e não saiu por falta de um respirador, por falta de um laringoscópio adequado, porque não tinha maca. Aí isso me angustia, porque ainda acontece. Infelizmente acontece.

Apesar de todas as dificuldades materiais e instrumentais enfrentadas pelos profissionais de saúde em sua rotina de trabalho em hospital público e, mais especificamente, no HMVG, muito ainda se consegue fazer pela população em termos de prestação de assistência à saúde. A fala de Alan nos mostra a eficácia do hospital, mais especificamente do serviço de urgência e emergência do HMVG, se comparada a de outros hospitais públicos e particulares, uma vez que no HMVG existe um número de médicos de plantão e as cirurgias de emergência podem ser feitas sem que se precise passar pela burocracia dos planos de saúde, nem esperar que os médicos se desloquem para o hospital.

Alan

Se fala muito em plano de saúde... Realmente eu acho que é muito importante se ter um plano de saúde aqui no Brasil. Mas assim, em outros hospitais você não consegue fazer uma cirurgia, mesmo de urgência, como você faz aqui. Aqui, o paciente chega com uma apendicite, aí você dá um diagnóstico: olha, é uma apendicite. E coloca na sala de cirurgia. Quando você tem um plano de saúde, não. Você precisa da autorização para fazer um ultra-som, para fazer um hemograma, aí solicita cirurgia, manda essa autorização através da burocracia do hospital. Eu peço uma autorização de um plano de saúde, às vezes o plano não autoriza. (...). Aqui, não tendo impedimento no centro cirúrgico. Se não tiver as salas todas ocupadas, com um acidente grande que chegou, aí você pode resolver num tempo até menor. (...) Primeiro, no hospital particular não tem cirurgião de plantão. A maioria deles está de sobreaviso (...). Aqui não. Aqui no máximo o cirurgião está aqui no repouso. Mas na grande maioria do tempo tem

um ali fora. Ou mais de um ali fora. Então a resolubilidade aqui costuma ser um pouco melhor para esses casos. Agora, depois que você está estável não, você vai para um hospital privado. Que é melhor, tem mais conforto.

Além da questão da resolubilidade maior encontrada no HMVG, Alan refere à questão da perda da autonomia do médico em relação à prestação de seus serviços, quando se trata da existência dos planos de saúde. A fala de Alan nos mostra sua preferência por trabalhar com urgência e emergência em serviço público, apesar das limitações materiais, uma vez que lá eles podem fazer algo de imediato sem correrem o risco de ver o paciente morrer esperando uma autorização de plano de saúde.

5.7 – Formação: *É muito técnica na questão de lidar com a morte.*

Os médicos que participaram da nossa pesquisa se formaram em Natal, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Todos eles relataram que durante sua formação quase nada foi abordado a respeito do enfrentamento da morte de seus pacientes. Em geral, o assunto era abordado em apenas uma aula, em uma ou outra disciplina, como Psicologia Médica e Psiquiatria. Os profissionais acabam aprendendo, com o dia-a-dia de trabalho, a lidar com questões como: dar a notícia à família sobre um óbito; sentimentos de impotência diante de determinadas doenças; limitações da medicina, etc. As falas a seguir revelam como foi a formação desses profissionais no que tange à questão da morte:

Daniel

*Nós não temos nenhuma formação em relação à morte. Isso é muito, é muito fraco. É muito mais na prática médica. **É muito técnica na questão de lidar com a morte.** Desde o tempo de estudante, eu dei plantão em UTI, então a primeira vez que eu entrei, foi exatamente como estagiário da UTI lá de um Hospital (...) então eu estava de plantão e tive que reanimar um paciente. Aí o paciente teve uma parada. Aí, um colega que estava no plantão e viu que a gente ficou assim... meio entristecido, disse: nós fizemos as manobras, mas é assim mesmo. Vocês vão ter muitos casos em que raramente vocês vão conseguir reanimar. E aquilo realmente foi um impacto, foi um impacto. De repente chega alguém e: ó, o paciente parou. Então vamos lá, damos massagem cardíaca, e choque, e massagem, e choque, aquela coisa e você sem êxito. E na maioria das vezes não tem êxito. E é uma coisa natural. **E a coisa passa muitas vezes pelo lado prático, no ponto de vista da preparação, em como lidar com a morte e tal.** A gente vai lidando, a gente sabe que chega numa condição...*

Camila

Vixe, eu acho que não teve nenhuma aula sobre como lidar com a morte não viu? Não tem não. No meu tempo não tinha essa preocupação ainda não. Era muito fragmentada a formação. Que eu me lembre eu não tive aula sobre morte não. (...) Muito pouco. Acho que em psiquiatria, mas muito... Não me lembro de ter falado sobre isso não. Vim discutir isso depois de muitos anos de formada. Sobre a morte, o morrer. Eu aprendi essas coisas todas fora da faculdade.

Alan

Em relação à morte do paciente você tem uma aula ou outra, mas uma aula só não ajuda você a lidar com isso. Uma aula no meio de psiquiatria, uma aula no meio de psicologia médica, e só. Você aprende a ver... Você nem aprende a ver o paciente em alguns casos, você aprende a ver a doença. Alguns médicos assim, alguns professores procuram incutir em você que ele não tem uma doença, que ele é um doente. Então você tem que ver o paciente como um todo. Mas, não é todo mundo que tem essa visão.

As falas evidenciam como a formação desses profissionais foi fragmentada, o que dificulta que se tenha a compreensão do organismo como um todo, do ser que tem uma doença e não de um doente. A literatura aponta para a necessidade de se mudar os currículos dos cursos de medicina e que se

debatam questões que fazem parte do cotidiano de trabalho desses profissionais, questões não apenas ligadas à sintomatologia ou a procedimentos técnicos, mas também aos aspectos psicológicos (Souza, 2001).

Outra questão se dá especificamente em relação à questão da morte, uma vez que esses profissionais estão em contato direto o tempo todo com essa temática em seu cotidiano de trabalho. Não se trata de ensinar os médicos a não se afetarem com a morte ou a se sensibilizarem com ela, mas é uma questão deles terem a chance de reconhecer quando se sentem fragilizados com a perda de um paciente e saber que isso pode acontecer uma vez que eles também são humanos.

5.8 – Salvar a vida: não é só história sem final feliz não.

Apesar de estarmos falando da questão da morte, por se tratar do foco do nosso trabalho, não podemos deixar de esquecer que, aliado a esse fenômeno, existe a vida. Percebemos nas falas dos médicos o amor pela profissão e a importância de seu trabalho, tanto para salvar a vida, como para torná-la o mais livre de sofrimento possível. Apesar de o médico lutar por salvar a vida, ele enfrenta situações em que a vida não deseja ser salva e isso os afeta de alguma maneira:

Daniel

Eu estou me recordando de um caso que eu peguei, um paciente em uma tentativa de suicídio e que deu um tiro aqui no peito e que entrou vivo. Entrou ainda vivo no centro cirúrgico e eu operei, mas a lesão no coração era tão grande que eu não consegui suturar, aí ele morreu. Eu saí para dizer a família, e foi complicado.... e foi difícil... foi complicado dizer: olhe, infelizmente ele, não... não consegui reverter a situação. Quer dizer, mas foi ele que tentou, encostou a arma aqui e detonou.

Rasgou o ventrículo assim de uma ponta a outra. Nós abrimos, tentamos costurar, mas não teve jeito. É muito difícil, às vezes a gente consegue quando é um tiro à distância, a gente vai lá e ainda consegue salvar, mas... Ele conseguiu o intento dele né?

Em sua fala sobre o paciente que cometeu suicídio, Daniel justifica a morte de seu paciente. Por mais que ele tentou salvá-lo, o paciente veio a óbito. *Mas foi ele que tentou*, justifica-se por não ter conseguido salvar o paciente. Essa questão nos faz pensar como é para os médicos atender um paciente suicida, um paciente que não quer viver. Será que, em situações em que eles se vêem diante de dois pacientes em risco, eles priorizam aquele que quer viver? Ou será que nesse momento eles ainda se apóiam na questão técnica e priorizam aquele que corre mais risco?

Outro ponto interessante e que é válido destacar surgiu na fala de Alan. Ele trata da questão de seus honorários e da importância de seu trabalho *versus* o quanto o governo paga por ele.

Alan

Você às vezes, por uma questão de uma hora de trabalho, consegue salvar uma vida. Há uns 15 dias, eu estava de plantão com um colega e chegou um paciente com uma facada. A gente colocou pro centro cirúrgico. Essa coisa, ele chegou grave aí a gente botou pro centro cirúrgico. Uma hora depois ele estava operado e o sangramento estava resolvido. No dia seguinte ele estava tão bem, meu colega passou para visitar. Foi ele que operou. Ele estava tão bem que meu colega não se lembrava mais se era esse doente que tinha sido operado a menos de 24 horas. A gente salvou a vida desse cara em uma hora. Assim, nosso plantão aqui o Estado paga, líquido, uns 250 reais, um plantão de 12 horas. A vida desse cara saiu por 25 reais, foi uma hora de cirurgia. Até menos, porque 25 para 12 horas. É muito barato. Eu acho que o serviço que a gente faz não tem preço, mas a remuneração é muito ruim. Quer dizer, se ele tivesse morrido, imagine o dano para família, para sociedade, pois era um rapaz muito novo, em fase produtiva, tudo mais. Custou, para o Estado 25 reais, irrisório...

Salvar a vida, como dissemos anteriormente, é uma das funções da medicina e essa é uma questão fortemente presente na escolha dos jovens por essa profissão. Os profissionais enfrentam as dificuldades em sua rotina de trabalho, mas não deixam de cumprir seu papel tão valioso e apreciado por todos. Embora tenhamos focalizado a questão da morte, trazemos um relato que, como Lorena menciona, se trata de um final feliz:

Lorena

Então tenho muitas histórias porque são muitos anos que eu estou aqui. Tenho muitas histórias aqui... E outra paciente gravíssima também que eu tive, descerebrando, uma diabética. Uma puérpera, que abriu um quadro de diabetes logo após o parto e que teve insuficiência respiratória, foi pro ventilador, começou a descerebrar e saiu. E foi para casa andando. Josy, o nome da paciente. Ainda bem, graças a Deus, não foi só.. não é só história sem final feliz não. Tem essa que teve um final feliz que eu me lembrei agora. Porque a Josy foi para casa....Ela descerebrou. Sem atividade cerebral. Pupilas midriáticas, descerebrando mesmo e depois começou a melhorar e foi para casa andando. Também graças a Deus. E outra. Maria, também. Essa também. Descerebrou também, hipertensa, fez uma VCH, descerebrou. Não foi para casa andando não, mas foi para casa. E parou não sei quantas vezes durante o tempo que eu tive com ela. Reanimei não sei quantas vezes essa paciente. Teve febre, insuficiência renal, tudo que você imaginar, mas Graças a Deus ela foi para casa. Um dia ela voltou aqui e quando me viu começou a chorar. Mas graças a Deus tive uns finais felizes.

A fala de Lorena traz à tona a questão da vida. Faz-nos pensar sobre a importância do trabalho desses profissionais para a vida de tantas pessoas que cruzam seu caminho e que esse encontro pode, em alguns momentos, não significar tanto para quem salvou, como significa para aquele que foi salvo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após os comentários e análises feitas, a partir das narrativas dos participantes de nosso estudo, apresentamos alguns pontos que merecem ser ressaltados com base no que foi apresentado e discutido neste trabalho.

Pudemos perceber que o trabalho na urgência e emergência é desgastante, visto que os profissionais trabalham com escassez de material, em altas jornadas de trabalho, e com uma grande demanda de pacientes. Vivenciamos um pouco dessa realidade no momento da observação da rotina do hospital. Cada paciente com sua história, com seu sofrimento, com seu desejo de sair da crise; e o médico com seu dom, com sua profissão e com suas mãos e missão de cuidador.

Uma das críticas que comumente se faz é a de que os médicos são frios e insensíveis e que não são afetados pelo sofrimento do seu paciente. Entretanto, o que pudemos perceber, a partir das narrativas dos médicos participantes dessa pesquisa, é que não se trata, na verdade, de uma não-afetação. Mas sim, de uma afetação em determinadas situações. Ocorre que, em muitas situações, eles não têm condições de se afetarem, devido à situação de urgência e emergência em que estão envolvidos, exigindo que os mesmos se amparem na conduta técnica para diminuir a culpa e o sofrimento, e poderem realizar os procedimentos de maneira eficaz. É como se a própria natureza da profissão exigisse que eles agissem mais tecnicamente, priorizando mais a razão e a competência técnica.

Nas situações de emergência, o médico lida com a iminência da morte o tempo todo e pelo fato deles terem que trabalhar rapidamente e de maneira

eficaz é imprescindível que se tenha um forte preparo técnico. Essa situação impede, muitas vezes, que esses profissionais formem vínculos com a maioria dos pacientes. Os casos a partir dos quais os médicos podem ter um maior contato com os pacientes são aqueles em que os procedimentos resultam em internação. Nesses casos, o médico acompanha o paciente, seu progresso, prescreve medicações, conhece sua história, tem contato com a sua família. É nesse contexto que a morte afeta mais. Isso explica um pouco alguns comportamentos que são interpretados pela população em geral como sendo de frieza. Na sala de urgência e emergência são feitos os primeiros procedimentos nos pacientes que chegam e, muitas vezes, esses pacientes recebem alta logo em seguida. Tais procedimentos são realizados rapidamente, não havendo grande possibilidade de se estabelecer uma relação. E é justamente pela exigência do trabalho na emergência, que exige maior destreza técnica, que os médicos não podem se afetar emocionalmente a todo o momento, pois assim seu trabalho ficaria inviável.

Outro ponto a ser destacado é quando há uma afetação. Como dissemos anteriormente, os profissionais, muitas vezes, se questionam sobre os procedimentos realizados, sentem culpa, impotência, e não há um espaço para que se fale sobre essas questões no ambiente de trabalho, quer sejam grupos de discussão, a partir dos quais eles possam conversar sobre os casos, quer seja um espaço de escuta psicológica. Essas questões ficam, então, com eles. Não existe uma cultura na medicina de se conversar sobre tais questões. E isso pode repercutir na saúde desses profissionais.

Toda essa dificuldade de falar sobre os seus sentimentos é resultado de uma cultura que permeia a medicina, cuja formação médica enfatiza a questão técnica. É como se os aspectos psicológicos e emocionais ficassem em segundo

plano. Porque o que vale, muitas vezes, é o que é explicado metafisicamente e o foco fica centrado na cura do paciente, o que resulta na ênfase dada ao instrumental. Então, propor uma intervenção no ambiente de trabalho desses profissionais não irá resolver totalmente o problema, uma vez que é necessário que haja uma mudança na cultura médica e, conseqüentemente, uma abertura para essa mudança. Tais mudanças deveriam, então, iniciar na formação médica, uma vez que implicam em reformulação curricular, mudanças na atitude dos formadores em relação às questões existenciais do ser médico. Quando há uma afetação, os médicos guardam muitas vezes para si, uma vez que lhes foi ensinado que não devem se envolver com as questões emocionais. Então, se ele sente, é errado e, se é errado, porque ele partilharia isso?

A nossa expectativa é de que o nosso trabalho possa contribuir para confirmar a importância da inclusão da temática da morte de forma mais eficaz nos cursos de formação médica. Embora já visualizemos algumas mudanças nos currículos atuais, o fato de ouvirmos esses depoimentos vindos de profissionais já formados, antes dessa mudança acontecer, reforça a importância dessas mudanças. Uma tentativa desse resgate encontra-se na proposta de humanização, que visa trazer à tona a valorização dos aspectos humanos na saúde. Embora a humanização não atue de forma suficiente na mentalidade dos profissionais já formados, ela não deixa de ter seu valor e importância no resgate de uma ética em relação ao ser humano. Ética essa que também precisa ser resgatada na sociedade em geral.

Outro ponto que merece destaque é o valor dado aos serviços de urgência e emergência. Por mais que exista, atualmente, uma maior valorização do setor, como podemos perceber, a partir da implementação das

políticas de atenção às situações de urgência e emergência, as condições de trabalho dos profissionais, como dissemos anteriormente, ainda deixam a desejar. A situação do serviço público exige muita flexibilização e capacidade de adaptação desses profissionais, além de um pouco de arte e criatividade do improviso diante da falta de equipamentos e instrumentos. Tais dificuldades são agravadas por se tratar de situações de urgência e emergência, uma vez que a técnica não pode falhar e é preciso ser rápido. Toda essa conjuntura leva-nos a pensar nas políticas públicas de saúde que interferem no trabalho desses profissionais, a questão do plano de cargos e salários e o aumento do investimento na rede básica para diminuir o inchaço dos hospitais de urgência e emergência. Todas essas questões afetam a resposta que esse profissional dá à saúde da sociedade. Como consequência dessa deficiência, tem-se o número de greves ocorridas no setor, e mais especificamente, na cidade de Natal, os protestos por melhores condições de trabalho, notícias veiculadas na mídia sobre a existência de pacientes nos corredores dos hospitais e a falta de camas nos hospitais públicos. Situação que obriga o serviço de SAMU a ficar parado em alguns momentos, por ter pacientes nos hospitais utilizando suas camas.

Diante de todas essas reflexões, acreditamos ainda que nosso estudo possa contribuir para pesquisas futuras dentro da temática, uma vez que as discussões não se encerram por aqui, já que um dos objetivos de um trabalho de mestrado é levantar questões e fazermos olhar, com a perspectiva da ciência, para uma determinada realidade. Esperamos, então, que o trabalho que encerramos, por hora, com um ponto final, resulte em reticências de estudos e reflexões futuras.

REFERÊNCIAS

- Amatuzzi, M. M. (2002). Pesquisa Fenomenológica em Psicologia. In: In M. A. T. Bruns; A. F. Holanda. (Orgs.), *Psicologia e Fenomenologia - reflexões e perspectivas*. (pp. 17-26) Campinas.
- Ames, J. L. (2003). Dia de Finados: por que reverenciamos os mortos? Recuperado em 19 de junho, 2006 do World Wide Web: http://users.hotlink.com.br/fico/2003_08_01_archive.html
- Andreis, M. (1995). *Morte e prática médica: ensaio reflexivo sobre o discurso de cardiologistas*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Ariès, P. (1977). *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Tradução: Priscila Vianna de Siqueira. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Associação Médica Brasileira, (2002). Pesquisa: Planos de Saúde Recuperado em 12 de dezembro, 2006 do World Wide Web: http://www.amb.org.br/inst_pesquisa_planos.php3
- Bellodi, P. L. (2001). *O clínico e o cirurgião: estereótipos, personalidade e escolha da especialidade médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benjamin, W. (1994). *Obras escolhidas. Magia e Técnica, Arte e Política*. 7ª ed. São Paulo: Brasiliense.
- Bicudo, M. A. V. e Martins, J. (1994). *A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos*. Editora Moraes. São Paulo, SP.
- Bruns, M. A. de T., e Trindade, E. (2002). Metodologia fenomenológica: a contribuição da Ontologia-Hermenêutica de Martin Heidegger. In M. A. T. Bruns & A. F. Holanda (Orgs), *Psicologia e pesquisa fenomenológica. Reflexões e perspectivas*. São Paulo: Omega.
- Campos, C., Maso, J., Gianini, M., e Padovan, S. (2005). Luto do profissional de saúde. In G. Casellato (Org), *Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados da sociedade*. (pp.115-153). Campinas: Livro Pleno.
- Carneiro, M. B., Gouveia, V. V., Pimentel, A. J. P. (Orgs.) (2005). *O Médico e o seu trabalho: resultados da região Nordeste e seus estados*. 1. ed. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 1. 299 p.
- Caprara, A. e Franco, A. L. S. (1999). A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 5(3),647-654.

- Casellato, G. (2005). Luto não reconhecido: um conceito a ser explorado. In G. Casellato (Org.), *Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados da sociedade*. (pp.19-33). Campinas: Livro Pleno.
- Cassorla, R. M. S. (1992a). Prefácio. In M. J. Kovács (Org), *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: casa do psicólogo.
- Cassorla, R. M. S. (1992b). Reflexões sobre a psicanálise e a morte. In M. J. Kovács (Org), *Morte e desenvolvimento humano*. (pp. 90-110) São Paulo: casa do psicólogo.
- Conselho Federal de Medicina, (1995) RESOLUÇÃO CFM nº 1451/95. Recuperado em 5 de outubro, 2006 do World Wide Web: http://www.cremesp.org.br/administra/deptos/def/doc/RESOLUCAO_CFM_1451-95.doc
- Clever, L. H. (1990) A saúde do médico. In Beason, P. G. McDermott W., editores. *Cecil-Loeb: Tratado de medicina interna*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Coelho, J. R. (2006). O desejo de Narciso. *Apresentado no programa: Café Filosófico- TVU/RN, canal, dia 29/11/2006*
- Critelli, D. M. (1996). A respeito da fenomenologia. In D. M. Critelli (Org.), *Análítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: Educ.
- David, H. M. S. (2003). Atores, cenários, regulação: notas sobre a atenção em urgência e emergência no setor de saúde suplementar. Brasília: agência nacional de saúde suplementar – ans. Recuperado em 4 de abril, 2006 do World Wide Web: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_Tema2Helena%20David.pdf
- Dutra, E. M. do S. (2000) *Compreensão de tentativas de suicídio de jovens sob o enfoque da abordagem centrada na pessoa*. Tese de Doutorado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Dutra, E. M. do S. (2002) A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de psicologia* (Natal), jul.dez. 2002, vol.7, no.2.
- Dutra, E. (2005). Ideação e tentativa de suicídio entre estudantes de medicina da UFRN e profissionais de saúde da rede pública de Natal. In L. O., Borges (Org.), *Os profissionais de Saúde e seu trabalho*. (pp. 281-298) Natal: Editora da UFRN.
- Esslinger, I. (2004). *De quem é a vida afinal? Descortinando os cenários da morte no hospital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Franco, M. H. P. (1996). Luto: a morte do outro em si. In M. H. P. Franco, M. J. (Org.), *Vida e morte: laços de existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Franco, M. H. P. (1997). O Profissional de saúde e o enfrentamento da morte. *Revista de Psicologia Hospitalar*, V. 13, n. 07 jan/jun, p. 4-8.
- Governo do Estado do Rio Grande do Norte (1995) PAULO DAVIM Deputado Estadual – PT Sala das Sessões, Plenário Clóvis Motta da Assembléia Legislativa do RN, “Palácio José Augusto”, em Natal, 06 de abril de 2005.
- Governo do Estado do Rio Grande do Norte (2006). Disponível em <<http://www.walfredogurgel.rn.gov.br>> (Acessado em 09/10/2006).
- Heidegger, M. (1927/2005). *Ser e Tempo*. 8ª ed. Petrópolis, R.J., Vozes, V. I
- Houaiss (2002a). Recuperado em cinco de outubro, 2006 do World Wide Web: <http://houaiss.uol.com.br/busca.jhtm?verbete=triagem&stipe=k&x=18&y=16>
- Houaiss (2002b) Recuperado em nove de setembro, 2006 do World Wide Web: <http://houaiss.uol.com.br/busca.jhtm?verbete=iminencia&stipe=k&x=18&y=16>
- Holanda, A. (2002). Pesquisa fenomenológica e psicologia eidética: elementos para um entendimento metodológico. In M. A. T. Bruns & A. F. Holanda (Orgs), *Psicologia e pesquisa fenomenológica*. Reflexões e perspectivas. São Paulo: Omega.
- Japiassu, H. A. (1979) Por uma “filosofia” da psicologia. In *A psicologia dos psicólogos*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kastenbaum, R. & Aisenberg, R. (1983). *Psicologia da morte*. Tradução: Adelaide Petters Lessa. São Paulo: Pioneira.
- Kovács, M. J. (1991) Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In R. M. S., Cassorla (Org). *Da morte: estudos brasileiros* (pp. 79-145). Campinas: Apirus Editora.
- Kovács, M. J. (1992a). Representações da morte. In M. J. Kovács (Org). *Morte e desenvolvimento humano* (pp. 1-13). São Paulo: casa do psicólogo.
- Kovács, M. J. (1992b). Atitudes diante da morte: visão histórica, social e cultural. In M. J. Kovács (Org). *Morte e desenvolvimento humano* (pp. 28-47). São Paulo: casa do psicólogo.
- Kovács, M. J (2004). Prefácio. In I. Esslinger. *De quem é a vida, afinal? ... descortinando os cenários da morte no hospital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kübler-Ross, E. (1977/1998). *Sobre a morte e o morrer*. Tradução: Paulo Menezes São Paulo: Martins Fontes.

- Machado, M. H. (1997). *Os médicos no Brasil. Um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Meleiro A. M. A.,S. (1999). *Médico como Paciente*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Meleiro, A. M. A. S.,(1998). Suicídio entre médicos e estudantes de medicina *Rev Ass Med Brasil*. 1998; 44(2), 135-40
- Merleau-Ponty (1996) *A fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ministério da Saúde, (1999). Secretaria de assistência à saúde: Portaria n.º 35 de 04 de fevereiro de 1999. Recuperado em 20 de julho, 2006 do World Wide Web: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/PT-%20035-R.html>>
- Ministério da Saúde, (2003). Portaria n.º 2048/GM Em Política nacional de atenção às urgências/ Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde, (2004). Cartilha Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília Recuperado 7 de maio de, 2006 do World Wide Web: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/05_0050_FL.pdf>
- Ministério da Saúde (s.d.). Política Nacional de Humanização. Recuperado em quinze de dezembro, 2006 do World Wide Web: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390.
- Muniz, J. R. & Chazan, L. F. (1992). Ensino de Psicologia Médica. In J. de M. Filho (Org). *Psicossomática hoje*. (pp. 37-44) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Nascimento, C. L. S., Carvalho, F. M., Bonfim, T. A. S., Cirino, C. A. S. C. & Ferreira. I. S. (2006). Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(1), 131-140.
- Nogueira-Martins, L. A. (2003). Saúde mental dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*. Belo Horizonte. 1(1), 56-58.
- Pessini, L. (2003). Bioética e cuidado do bem-estar humano: ética, humanização e vocação como desafio para os profissionais da saúde. Recuperado em 10 de agosto, 2006 do World Wide Web: <http://www.redadultosmayores.com.ar/>.
- Pitta, A. M. F. (1999). *Hospital: dor e morte como ofício*. 3.ed. São Paulo: HUCITEC.
- Quintana, A. M., Cecim, P. S. & Henn, C. G. (2002). O Preparo para Lidar com a Morte na Formação do Profissional de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, 26(3)

- Rocco, R. P. (1992). Relação estudante de Medicina-paciente. In J. de M. Filho (Org), *Psicossomática hoje*. (pp. 45-55) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rosemberg, R. L. (1992). Envelhecimento e morte. In M. J. Kovács (Org). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: casa do psicólogo.
- Rothschild, D., e Calazans, R. A. (1992). Morte: abordagem fenomenológico-existencial. In M. J. Kovács (Org), *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: casa do psicólogo.
- Sá, L. A. C. M. & Souza I. (1998). O Estudo da Emergência Médica sob a Ótica do Geoprocessamento. Em Congresso Brasileiro de Cadastro Técnico Multifinalitário (COBRAC). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 18 a 22 de Outubro. Recuperado em 10 de outubro, 2006 do [World Wide Web: http://geodesia.ufsc.br/Geodesiaonline/arquivo/cobrac98/046/046.HTM](http://geodesia.ufsc.br/Geodesiaonline/arquivo/cobrac98/046/046.HTM)
- Schmidt, M. L. S. (1990). A experiência de psicólogas na comunicação de massa. Tese de Doutorado não-publicada. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Silva, V. F., Argolo, J. C. T. & Borges, L. O. (2005). Exaustão emocional nos profissionais de saúde da rede hospitalar pública de Natal. In L. O. Borges (Org.). *Os profissionais de Saúde e seu trabalho*. (pp. 247-258) Natal: Editora da UFRN.
- Siqueira-Batista, R. & Schramm, F. R. (2004). Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 31-41.
- Souza, A. N. de (2001). Formação médica, racionalidade e experiência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 87-96.
- Stedeford, A. (1986) *Encarando a morte. Uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Szymanski, H. (2002). *A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva*. Brasília: Editora Plano.
- Tamayo, M. R., Argolo, J. C. T. & Borges, L. O. (2005). Burnout em profissionais de saúde: um estudo com trabalhadores do município de Natal. In L. O. Borges (Org.), *Os profissionais de Saúde e seu trabalho*. (pp.223-246) Natal: Editora da UFRN.
- Tavares, C. (2006). A morte Caetana. *Jornal A União*, 18 de outubro de 2006.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. A pesquisa qualitativa em educação*, São Paulo, S.P.: Atlas.
- Zaidhaft (1990). *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

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](#)