

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Candido Jeronimo Flauzino

SÉCULO XXI: MORTE DA MORTE?
FORMAÇÃO COMO POSSIBILIDADE DE EXPRESSÃO E
RESSIGNIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA
DO MÉDICO COM A MORTE

São Paulo

2019

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Candido Jeronimo Flauzino

SÉCULO XXI: MORTE DA MORTE?
FORMAÇÃO COMO POSSIBILIDADE DE EXPRESSÃO E
RESSIGNIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA
DO MÉDICO COM A MORTE

Versão Corrigida

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Júlia Kovács

São Paulo

2019

Ficha catalográfica

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor (a)

Flauzino, Candido Jeronimo

Século XXI: Morte da morte? Formação como possibilidade de expressão e resignificação da experiência do médico com a morte / Candido Jeronimo Flauzino; orientadora Maria Julia Kovács. -- São Paulo, 2019. 290 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2019.

1. Morte. 2. Formação médica. 3. Método Fenomenológico. 4. Ética. 5. Emoções e sentimentos. I. Kovács, Maria Julia, orient. II. Título.

Nome: Flauzino, Candido J.

Título: Século XXI: morte da morte? Formação como possibilidade de expressão e ressignificação da experiência do médico com a morte.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Psicologia.

Aprovado em: 10/10/2019.

Banca examinadora

Profa. Dra.: Maria Júlia Kovács – Orientadora

Instituição: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP)

Assinatura: _____

Profa. Dra.: Dagmar Silva Pinto de Castro

Instituição: Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP)

Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria Aparecida Viggiani Bicudo

Instituição: Universidade Estadual Paulista – Júlio de Mesquita Filho – Rio Claro (UNESP)

Assinatura: _____

Profa. Dra.: Nely Aparecida Guernelli Nucci

Instituição: Pontifícia Universidade Católica – Campinas (PUC)

Assinatura: _____

Profa. Dr.: Daniel Neves Forte

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

Assinatura: _____

Profa. Dr.: Reinaldo Ayer de Oliveira

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Especialmente para os médicos que vivenciam a morte cotidianamente nas suas práticas profissionais, em especial, aqueles que participaram desta pesquisa, por todas as suas experiências de vida e de morte a mim confiadas e compartilhadas...

*Em cada fragmento de história está a estrutura do todo.
Com estes rústicos contadores de histórias, aprendi a impossibilidade de não comungar da condição humana de finitos que somos quando a vida pode se tornar morte e a morte pode se tornar vida a qualquer instante!*

AGRADECIMENTOS

À vida, a quem a possibilitou e por ela transitou...

Pais, por serem batalhadores pela vida, pessoas capazes de dimensionar a dor e o prazer de um filho, dom único e nobre, que me possibilitaram ser quem sou;

Demais familiares, por estarem presentes no meu caminho, companheiros, acolhedores, admiradores... Parceria de vida;

Neto, pelo companheirismo e presença no meu dia-a-dia, compartilhando dos momentos prazerosos e árduos do fazer deste trabalho;

Amigos, infinitas amigadas, pessoas que vão e vem; algumas que duram uma vida, outras um instante, um momento, mas que deixam marcas significativas do seu existir na minha história;

Júlia, como a chamo “eterna orientadora”, pessoa acolhedora, a quem eu devo todo meu conhecimento acerca de um tema tão apaixonante para mim que é a *morte*. Profissional modelo de humildade e simplicidade, alguém muito humana, que mostrou o valor do meu trabalho e que, acima de tudo, acreditou em mim, em momentos que até mesmo eu duvidei ser capaz;

Dagmar, presente na minha vida e formação acadêmica desde a graduação e que, no compartilhar dos seus conhecimentos, saberes, experiências, confiou na minha capacidade de ser profissional acima de tudo; que me pegou nas mãos e me levou para dar os primeiros passos na psicologia e fenomenologia, alguém que sempre acreditou e apostou no meu fazer acadêmico e clínico como possibilidade de transcendência;

Maria Bicudo, pelo acolhimento brilhante, por dialogar e navegar pelos nuances do meu tema de pesquisa enriquecendo-o a partir do seu enorme conhecimento sobre fenomenologia.

Verilda Kluth e Rui Josgrilberg, por compartilharem seus conhecimentos sobre fenomenologia, Merleau-Ponty e métodos de pesquisa; enfim, tudo isso me enriquece constantemente;

Bruna e Anderson, pessoas que contribuíram enormemente se disponibilizando transitar pelo meu texto enriquecendo-o através do compartilhamento dos seus conhecimentos e experiência com o tema e método desta pesquisa;

SEPQ (Sociedade de Estudos e Pesquisa Qualitativos), pela possibilidade de compartilhar e enriquecer meus conhecimentos acerca da fenomenologia;

CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior), pelo subsídio financeiro desta pesquisa;

Grupo de orientandos (LEM – USP), pelo companheirismo, cumplicidade e, acima de tudo, pelas constantes trocas de experiências de vida e morte e,

Banca examinadora, pela disponibilidade e cuidado ao se permitem adentrar no meu texto e dialogar com e sobre ele. Convite pensado, cuidado e feito para pessoas especiais que transitam pelo meu fazer profissional e que marcaram minha história com seus conhecimentos.

*Obrigado a todos por existirem e me
possibilitarem existir!*

“Tocando em Frente”

*Ando devagar
Porque já tive pressa
E levo esse sorriso
Porque já chorei demais*

*Hoje me sinto mais forte
Mais feliz, quem sabe
Só levo a certeza
De que muito pouco sei
Ou nada sei*

*Conhecer as manhas
E as manhãs
O sabor das massas
E das maçãs*

*É preciso amor
Pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir*

*Penso que cumprir a vida
Seja simplesmente
Compreender a marcha
E ir tocando em frente*

*Como um velho boiadeiro
Levando a boiada
Eu vou tocando os dias
Pela longa estrada, eu vou
Estrada eu sou*

*Conhecer as manhas
E as manhãs
O sabor das massas
E das maçãs*

*É preciso amor
Pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir*

*Todo mundo ama um dia
Todo mundo chora
Um dia a gente chega
E no outro vai embora*

*Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
E ser feliz*

*Conhecer as manhas
E as manhãs
O sabor das massas
E das maçãs*

*É preciso amor
Pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir*

*Ando devagar
Porque já tive pressa
E levo esse sorriso
Porque já chorei demais*

*Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
E ser feliz*

Almir Sater

RESUMO

FLAUZINO, C. J. **Século XXI: morte da morte? Formação como possibilidade de expressão e ressignificação da experiência do médico com a morte.** [Tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2019.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que teve como objetivo principal conhecer como se dá a formação do médico no concernente ao enfrentamento da morte do seu paciente. E como objetivos específicos possibilitar ao médico, a partir da sua experiência de vida e morte identificar e desenvolver estratégias de expressão e ressignificação dos processos de morte na sua prática profissional em diálogo com sua formação e; identificar, compreender, validar e lidar com as lacunas existentes em suas formações no âmbito da atuação profissional para ressignificar suas experiências de vida e morte no manejo com seu paciente. Sustentado pelo método fenomenológico de pesquisa, entendido como um convite para o exercício reflexivo visando à construção de novos saberes na produção de conhecimento dialogando, para a análise teórica, com autores como Maurice Merleau-Ponty (2006), Martin Heidegger (2005) dentre outros que abordam a fenomenologia e o tema da morte em relação à formação médica. Foram realizadas nove entrevistas com médicos que lidam cotidianamente com a morte no seu ambiente de trabalho com a proposta de responderem e refletiram com a seguinte questão: “O que em sua formação ressoa em seu manejo com a morte de um paciente que está sob seus cuidados?”, subsidiada pela pergunta norteadora: “Como se dá a formação do médico no concernente ao enfrentamento da morte do paciente?”. Após a realização das entrevistas foi realizado o grupo focal com o intuito de discutir duas questões levantadas a partir das reduções/análise das entrevistas: “A que formação o médico recorre diante da morte de um paciente?” e “O que seria uma formação médica ideal voltada para as questões da morte e como essa formação poderia ser pensada?”. Ambos os relatos (entrevistas e grupo) foram gravados na sua íntegra e literalizados, dos quais foram levantadas as unidades de sentido submetidas ao processo de redução e transformadas em grandes categorias temáticas analisadas fenomenologicamente, que possibilitaram o diálogo intersubjetivo e objetivo com os pressupostos teóricos sobre o tema em pauta. Denominadas a partir das entrevistas de: 1. Tema morte no currículo do curso de medicina; 2. O que vê como importante para a formação; 3. Como a morte se mostra; 4. Tomando ciência de si; 5. Aprendendo sobre morte e como lidar com ela na profissão e; 6. Modo de conceber o médico. E do grupo como: 1. Vida; 2. Morte e; 3. Formação acadêmica – como deveria ser. A partir da análise das grandes categorias temáticas (entrevistas e grupo), fica estabelecido que corpo é vida, consciência e abertura de possibilidade para significação em um movimento dialético que abarca a morte como parte do desenvolvimento humano através das experiências de vida e morte – tema fundamental na formação médica – entendida como um fazer ético construído a partir da escuta clínica desdobrando em cuidado. A morte poderá continuar sendo um tabu, mas a questão humana e a necessidade do seu manejo continuarão presentes na formação e na prática médica – objeto de intervenção da psicologia, porém não como apenas uma disciplina. Falar de medicina é falar de vida, cuidado, encontro entre humanos, morte... Falar de corpo e morte na formação médica é abarcar a subjetividade envolvida no processo. Problematizar uma questão tão complexa tem sido um desafio que beira a impossibilidade, mas que possibilita vivenciar e estabelecer sempre novas relações com o tema discutido – morte e formação médica.

Palavras – Chave: 1. Morte. 2. Formação médica. 3. Método Fenomenológico. 4. Ética. 5. Emoções e sentimentos.

ABSTRACT

FLAUZINO, C. J. **21st Century: The death of death? Training as an opportunity for physicians to express and redefine their experiences with death.** [Thesis]. São Paulo: Institute of Psychology, University of São Paulo, 2019.

The main objective of this qualitative study was to examine medical training when dealing with the death of a patient. The specific objectives of this study were to allow physicians, through their experiences with life and death, to develop strategies to express and redefine the dying process in their professional practice while analyzing their training; and, to identify, comprehend, validate and address existing lacunas in medical training to redefine life and death experiences in dealing with their patients. Based on the phenomenological method of research, viewed as a call for reflection whose goal is to produce new knowledge, the theoretical analysis was based on the works of authors such as Maurice Merleau-Ponty (2006) and Martin Heidegger (2005), among others, who tackle phenomenology and the topic of death in relation to medical training. Nine interviews were conducted with physicians who face death in their place of work every day with the goal of answering the following question: What aspect of your training resonates with how you deal with the death of a patient under your care? This question was underpinned by the study's guiding question: How does physician training address handling the death of a patient? After carrying out the interviews, a focus group discussed two questions drawn from analyzing the interviews: What training does the physician rely on when faced with the death of a patient? What is the ideal type of training for physicians which addresses questions related to death, and how should this training be devised? The reports produced from the interviews and the focus group were fully recorded and transcribed literally. The meaning units were derived from these reports, subjected to the reduction process and, finally, transformed into larger themes which were analyzed phenomenologically. This allowed for an intersubjective and objective dialog with the theoretical premises of the topic of discussion. The themes derived from the interviews were: 1. The topic of death in medical school curriculum; 2. What is considered important for training; 3. How death presents itself; 4. Awareness of oneself; 5. Learning about death and how to handle it in the workplace; 6. How to envisage the physician. The themes derived from the focus group were: 1. Life; 2. Death; 3. How academic training should be. Based on the analysis of the larger themes from the interviews and the focus group, it can be understood that the body is life, consciousness and openness to the possibility of meaning in a dialectic movement which addresses death as part of human development through the experiences of life and death. This is a key aspect of medical training, which can be understood as an ethical act based on clinical comprehension which results in patient care. Death may continue to be a taboo, but the human question and the need to face it will continue to be present in medical training and practice. This is the objective of psychology, although not only as a field of study. To speak about medicine is to speak about life, caring, human encounters and death. To speak about the body and death in medical training is to address the subjective nature of the process. Perhaps, to cause something so complex to be problematic is a challenge which borders on impossible. However, it allows us to live and create new relationships with the topic of this study: death and medical training.

Key – Words: 1. Death 2. Medical Background. 3. Phenomenological Method. 4. Ethics. 5. Emotions and feelings.

RÉSUMÉ

FLAUZINO, C.J. XXI^e siècle: la mort de la mort? La formation comme une possibilité d'expression et de re-signification de l'expérience du médecin face à la mort. [Thèse]. São Paulo: Institut de Psychologie, L'Université de São Paulo; 2019.

Cette étude est une recherche qualitative dont l'objectif principal était de savoir comment se déroule la formation du médecin face à la mort de son patient. Les objectifs spécifiques étaient permettre au médecin, à partir de son expérience de la vie et de la mort, d'identifier et de développer des stratégies d'expression et de re-signification des processus de la mort dans sa pratique professionnelle en fonction de sa formation ; et identifier, comprendre, valider et combler les lacunes existantes dans sa formation dans le cadre de l'action professionnelle pour re-signifier ses expériences de la vie et de la mort en traitant avec son patient. Soutenu par la méthode phénoménologique de la recherche, comprise comme une invitation à l'exercice de la réflexion visant la construction de nouvelles connaissances dans la production de connaissances, la base de l'analyse théorique c'était la œuvre des auteurs tels que Maurice Merleau-Ponty (2006) et Martin Heidegger (2005) entre autres qui abordent la phénoménologie et le thème de la mort par rapport à la formation du médecin. Neuf entretiens ont été réalisés avec des médecins qui font face à la mort quotidiennement au travail dans le but de répondre et de dialoguer avec la question suivante : " Qu'est-ce qui, dans votre formation, résonne dans votre gestion de la mort d'un patient qui est sous vos soins ?", assistée par la question directrice : " Comment est la formation du médecin concernant la confrontation de la mort d'un patient ? Après les entretiens, le groupe de discussion s'est réuni pour discuter de deux questions soulevées par la réduction ou l'analyse des entretiens: " De quelle formation le médecin a-t-il besoin face à la mort d'un patient? " et " Quelle serait la formation idéale du médecin en ce qui concerne les questions de la mort et comment cette formation pourrait être pensée? " Les deux rapports (celui-des entretiens et celui-du groupe) ont été enregistrés dans leur intégralité, et à partir desquels les unités de signification ont été définies. Elles ont été soumises au processus de réduction et soulevées et transformées en des grandes catégories thématiques analysées phénoménologiquement, ce qui a permis le dialogue intersubjectif et objectif avec les hypothèses théoriques du sujet en question. D'après les entretiens ensuite les catégories: 1. le thème de la mort dans le programme des études de médecine; 2. ce que vous considérez important pour la formation; 3. comment la mort se est présentée; 4. prendre conscience de soi-même; 5. apprendre sur la mort et comment la gérer dans la profession et; 6. comment concevoir le médecin. D'après le groupe ensuite les catégories: 1. la vie; 2. la mort et; 3. la formation académique - comment-il se doit être. A partir de l'analyse des grandes catégories thématiques (des entretiens et du groupe), se comprend que le corps est la vie, la conscience et l'ouverture aux possibilités de sens dans un mouvement dialectique qui embrasse la mort comme partie du développement humain à travers les expériences de la vie et de la mort. Ceci c'est un thème fondamental de la formation du médecin qui peut être compris comme une construction éthique à partir de l'écoute clinique ce qui a pour conséquence la prestation de soins. La mort peut continuer un tabou, mais la question humaine et la nécessité de sa gestion continueront présentes dans l'éducation et la pratique de médecine. Ceci l'objet de l'intervention de la psychologie, mais pas seulement comme une discipline. Parler de médecine, c'est parler de la vie, des soins, de le rencontre entre humains, de la mort. Parler du corps et de la mort dans la formation du médecin, c'est embrasser la subjectivité du processus. La problématisation de quelque chose d'aussi complexe a peut-être été un défi qui frise l'impossibilité, mais qui permet d'expérimenter et de toujours établir de nouvelles relations avec le thème discuté - la mort et la formation du médecin.

Mots-clés: 1. la mort 2. Antécédents médicaux. 3. Méthode phénoménologique. 4. éthique. 5. Émotions et sentiments.

SUMÁRIO

REVISITANDO MINHA TRAJETÓRIA.....	15
INTRODUZINDO O TEMA – MORTE E FORMAÇÃO MÉDICA.....	21
CAPÍTULO I:	31
A MORTE E O MÉDICO.....	31
CAPÍTULO II:	37
O CORPO E O MÉDICO.....	37
CAPÍTULO III:	43
A FORMAÇÃO MÉDICA – UM PANORAMA GERAL.....	43
CAPÍTULO IV:	54
A ESCUTA CLÍNICA.....	54
CAPÍTULO V:	66
MÉTODO FENOMENOLÓGICO	66
PERCORRENDO OS RELATOS.....	87
TABELA 1 – UNIDADES DE SENTIDO – ENTREVISTAS.....	87
TABELA 2 – REDUÇÕES – ENTREVISTAS.....	109
TABELA 3 – GRANDES CATEGORIAS TEMÁTICAS – ENTREVISTAS.....	111
COMPREENSÃO DAS GRANDES CATEGORIAS TEMÁTICAS – ENTREVISTAS....	150
TABELA 4 – UNIDADES DE SENTIDO – GRUPO FOCAL.....	139
TABELA 5 – REDUÇÕES – GRUPO FOCAL.....	148
TABELA 6 – GRANDES CATEGORIAS TEMÁTICAS – GRUPO FOCAL.....	149
COMPREENSÃO DAS GRANDES CATEGORIAS TEMÁTICAS – GRUPO FOCAL ...	150
COMPREENDENDO O INTERROGADO.....	165
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	180
ANEXO I:	189
CARTA CONVITE	189
ANEXO II:	190
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	190
ANEXO III:	193
COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO	193
ANEXO IV:	196
ENTREVISTAS – RELATOS LITERALIZADOS	196
ENTREVISTA 1:	196
RELATO LITERALIZADO – BRENO.....	196
ENTREVISTA 2:	211
RELATO LITERALIZADO – PRISCILA.....	211

ENTREVISTA 3:	222
RELATO LITERALIZADO – MARCELO.....	222
ENTREVISTA 4:	233
RELATO LITERALIZADO – IZA.....	233
ENTREVISTA 5:	239
RELATO LITERALIZADO – MARIA.....	239
ENTREVISTA 6:	241
RELATO LITERALIZADO – DEISE.....	241
ENTREVISTA 7:	246
RELATO LITERALIZADO – JANAINA.....	246
ENTREVISTA 8:	254
RELATO LITERALIZADO – ARTHUR.....	254
ENTREVISTA 9:	259
RELATO LITERALIZADO – ANA.....	259
ANEXO V:	260
GRUPO – RELATO LITERALIZADO	260
ANEXO VI:	281
LEVANTAMIENTO BIBLIOGRÁFICO.....	281

REVISITANDO MINHA TRAJETÓRIA...

*O homem não é senão seu projeto,
e só existe na medida em que se realiza.*

(JEAN PAUL SARTRE)

O interesse por estudar o tema da *morte* surgiu da necessidade da ampliação do meu conhecimento acerca das questões relacionadas ao processo de morrer no âmbito da formação médica, no que diz respeito à possibilidade da criação de espaços e estratégias de expressão e ressignificação no manejo de sentimentos e emoções, emergidos na atuação do médico na lida com pacientes na sua vivência de estar morrendo – *processo de morrer*.

Para tanto, inicialmente recorro à minha trajetória como pesquisador para mostrar que a escolha do tema se deu com estudos anteriores sobre morte. Logo após o término da graduação (2003), ingressei no curso de aperfeiçoamento do TAPSI (Serviço de Psicologia do Hospital São Luiz – São Paulo – SP) voltado para as Práticas Psicológicas no Hospital Geral, no qual eu pude entrar em contato com a literatura e práticas específicas da psicologia hospitalar e suas subáreas.

Posteriormente eu realizei o Latu-Sensu em Psicologia Hospitalar (UNISA – Universidade Santo Amaro – São Paulo – SP), voltado também para as Práticas Psicológicas em Hospital Geral, com enfoque em Psico-Oncologia, mais especificamente, com o paciente em fase avançada da doença, monografia intitulada: “*Crônica de uma morte anunciada: o processo de morrer na fala dos pacientes oncológicos em fase avançada da doença e seus familiares*”. (FLAUZINO, 2005). Texto que discute a questão da morte no contexto hospitalar e suas implicações para pacientes, familiares e profissionais da saúde.

Ela pôde refletir como foi a sua vida durante sua permanência no hospital, pôde vivenciar o seu processo de morrer, pôde viver até a morte, algo percebido por ela até antes mesmo dela (morte) chegar e teve condições de recebê-la da melhor forma possível. Pôde despedir da sua cidade, dos seus afazeres, dos seus familiares, pôde resgatar um vínculo que há tempo tinha se desfeito, que foi com que lhe cuidou até o seu fim, pôde ensinar seu marido a caminhar sem mais a sua presença. Ela pôde ser ela até a morte! (FLAUZINO, 2005, p. 75):

Sabe-se ainda que:

Não posso me preparar pelo outro, pois sou único, singular, mas posso me preparar sim para a morte do outro, que invoca em mim uma perda, perda do vínculo que eu estabeleci com o outro. (FLAUZINO, 2005, p. 77):

Posteriormente, no mestrado, intitulado: “*O que acontece no encontro do médico com a morte do seu paciente*” (FLAUZINO, 2012), evidenciou que esse encontro refere à um aspecto estruturante da condição humana que transcende a formação acadêmica e mobiliza o profissional por estar na presença de outro ser humano. E para tanto, foram entrevistados quatro médicos oncologistas clínicos, tendo como pergunta norteadora: “*O que significa para você cuidar do paciente oncológico, sem possibilidade de cura, que vivencia o seu processo de morrer e posteriormente perdê-lo?*”.

Trata-se de pesquisa qualitativa que teve como objetivo principal descrever e conhecer o que se compreende como estruturante no encontro do médico com a morte do seu paciente. Este estudo assumiu o método fenomenológico de pesquisa, entendido como um convite para o exercício reflexivo visando à construção de novos paradigmas na produção de conhecimento.

Maurice Merleau-Ponty (2006) foi o autor com o qual dialoguei na busca de compreender ideias significativas para a visão de vida da pessoa que sempre está sendo, ou seja, se dando. Após a realização das entrevistas, os relatos ingênuos (ainda não analisados e refletidos) foram literalizados, propostas as unidades de análise e transformadas em categorias analisadas fenomenologicamente, que possibilitaram o diálogo intersubjetivo e objetivo com as ideias sobre o tema em pauta.

Categorias, articuladas na realização da redução fenomenológica, foram assim denominadas: 1. Relação médico e paciente: o desvelar das emoções e sentimentos; 2. Relação médico e paciente: um distanciamento da morte do paciente; 3. O encontro do médico com a morte: a morte imprevisível; 4. Construção da identidade do sujeito: a dimensão ética do ser médico.

Com a análise das categorias, compreendi que o encontro ocorre de diversas formas, principalmente pelo distanciamento dos médicos entrevistados na forma como lidam com a morte de seus pacientes, vista como acidente que, necessariamente, esbarra nas questões éticas e de formação acadêmica. A estrutura do fenômeno mostrou-se como sendo focada na ausência de diálogo e pela dificuldade de lidar com os próprios sentimentos e emoções emergidos no processo de perda por morte de seus pacientes.

Ficou evidente a existência de uma lacuna na formação médica em forma de *crítica* ou *crise* que aponta para a necessidade de uma escuta clínica, que foi de onde nasceu o presente estudo em forma de doutorado, intitulado: “*Século XXI: morte da morte? Formação como possibilidade de expressão e ressignificação da experiência do médico com a morte*”,

entendido como um convite para se sair da repetição e do já dito, pois de acordo com César & Duarte (2010):

Arendt, assim como Foucault e Deleuze, nos ensina que crítica e crise são fenômenos modernos indissociáveis e nos convida a enxergar a crise como momento privilegiado para o exercício da atividade da crítica. Para Arendt, a crise na educação deve ser entendida como oportunidade crucial para reflexões críticas a respeito do próprio processo educativo. (p. 01)

Diante desse entendimento, decidi avançar com os estudos realizando o doutorado na busca por possibilidades de compreensão da dificuldade que esses médicos que cuidam e lidam com a morte presente em seu cotidiano de trabalho vivenciam. Pois sabe-se que:

Os sentimentos e emoções são inevitáveis por fazerem parte da condição humana, não senti-los é inevitável, talvez o que ainda se precisa aprender são modos e possibilidades de expressá-los e vivenciá-los de forma saudável para médicos e pacientes nos seus processos de morte e morrer. Sabe-se que alguns reagem com distanciamento e outros buscam formas de cuidado, portanto, o importante é encontrar uma forma singular e ideal de elaboração. (FLAUZINO, 2012, p. 133).

Refere-se à singularidade da experiência como possibilidade de abertura para o estrutural e a criação de espaços para expressão e ressignificação da vivência de morte, experienciada por médicos e compreendida como uma forma de manejá-los, bem como olhar para sua formação em relação ao tema em questão.

Apontar para o médico me conduz à compreensão de que esse profissional é humano e precisa ser olhado e cuidado. Os psicólogos podem ajudar nesse processo, no que diz respeito à intervenção junto àqueles profissionais visando a abertura de espaços para a escuta clínica dos sentimentos por eles vivenciados no cuidado de pessoas gravemente enfermas.

Sabe-se que atualmente o médico, em especial, está exposto, em sua prática profissional, a questões que permeiam o seu cotidiano, como: O que é, afinal, a morte? O que podemos entender por morte? O que representa para o médico cuidar de um paciente “condenado” à morte? O que significa perder um paciente? O que é viver? As questões humanas, como a morte, são abordadas na formação médica? O que é ser médico diante da morte do seu paciente? Como entender que a morte não é uma doença a ser combatida? A formação médica, para além dos aspectos técnico-científicos, contempla questões relativas às humanidades?

São questões que nem sempre possibilitam respostas e explicações objetivas e que me levam pensar onde residem as dificuldades do médico em lidar com a morte do seu paciente.

Nesse sentido é possível colocar entre parênteses – suspensão – a formação acadêmica teórica e recorrer a experiência daquele que a vivencia – médicos.

Entendo que não seja importante apenas compreender os processos de intervenção e seus modos *de fazer*, e sim pensar a que formação o médico recorre diante da morte de um paciente. Sendo assim, me propus *conhecer como se dá a formação do médico no concernente ao enfrentamento da morte do paciente*.

Para tanto, fiz um levantamento de médicos na cidade de São Paulo, que lidam mais frequentemente com a morte no seu cotidiano de trabalho, como intensivistas, paliativistas, oncologistas e legistas. Sendo assim, obtive uma lista com 1800 médicos e, por e-mail, encaminhei a todos uma carta convite (anexo I) convidando-os para participarem da pesquisa intencionada. Dos 1800, apenas 3 responderam e, ao serem procurados, estenderam o convite aos seus colegas do plantão. Sendo assim, realizei 09 (nove) entrevistas individuais com estes 09 sujeitos significativos (anexo IV).

O intuito da entrevista foi entender a que formação esses médicos recorrem diante da morte de um paciente, considerando que são médicos com formação técnico-científico e pessoas que compõem e comungam da condição humana como qualquer outro ser humano. Analisadas as entrevistas, evidenciou que eles recorrem a sua própria história de vida e não a formação estritamente acadêmica diante da morte do seu paciente.

Sendo assim, constatei que seria conveniente haver uma formação em serviço que abrisse possibilidade desses profissionais enfrentarem as tensões de vida relacionadas às questões da morte com maior compreensão dos seus próprios sentimentos e emoções – entendidos como fracasso, culpa, impotência, desconhecimento técnico-científico, dentre outros – emergidos e presentes no manejo com esses pacientes diante da morte.

Para dar conta desse movimento formativo, visualizei a realização de um trabalho em grupo. Abriu-se, desse modo, um caminho investigativo com grupo focal – encontro para debater assuntos de interesse comum – formação médica e morte – entendida como uma formação que se dará a partir do próprio diálogo do e com o médico.

O grupo foi composto por 03 médicos dos 09 entrevistados e convidados para participarem do referido trabalho em grupo (anexo V), uma vez que apenas esses se dispuseram a participar. As entrevistas e o grupo foram gravados e transcritos, tornando-se textos narrativos e tomados como dados para análise e interpretação.

A relevância deste estudo se dá na produção de conhecimentos que se transformarão em sensibilização para o referido tema, ampliando espaços de comunicação, expressão e acolhimento desses profissionais incidindo na sua qualidade de vida através da escuta clínica

(cap. IV). Trata-se de um estudo que contribui para lançar luz sobre uma questão presente na vida de todos os viventes e que, para a pessoa, dada a dor que desencadeia, é sempre relegada para um plano em que o esquecimento é, de modo consciente ou não, a melhor maneira encontrada.

O profissional médico vivencia a dor da perda emergida pela morte do seu paciente no cotidiano de trabalho por não dispor de espaço para senti-la e com ela lidar. Entendo, pelos estudos já realizados (anexo IV), que traz tensões, desconfortos e ambivalências incidindo sobre seu modo de viver; portanto, é preciso cuidar desse profissional, ou seja, cuidar também de quem cuida.

É importante compreender para expressar e, nesse sentido, busco entender o bem dizer do médico frente à morte para se falar, se apropriar, se responsabilizar e se implicar. Considerando a onipotência médica diante da busca incessante pela cura, lidar com a morte é interagir com o desconhecido e mobilizador.

Para tanto é preciso construir um contexto em que seja possível torna-se presente suas próprias compreensões a respeito da morte em diálogo com sua formação. Algo possível a partir dos objetivos dessa pesquisa, sendo, o principal: conhecer como se dá a formação do médico no concernente ao enfrentamento da morte do seu paciente.

E específicos: possibilitar ao médico, a partir da sua experiência de vida e morte identificar e desenvolver estratégias de expressão e ressignificação dos processos de morte na sua prática profissional em diálogo com sua formação e; identificar, compreender, validar e lidar com as lacunas existentes em suas formações no âmbito da atuação profissional para ressignificar suas experiências de vida e morte no manejo com seu paciente.

Em suma, posso pensar que busco a formação para atender uma demanda que ultrapassa a aprendizagem profissional – graduação – especialização – saberes atuais. No mestrado escutei os médicos que se prestam acolher a dor do outro. Já no doutorado toco na lacuna da escuta clínica do médico que diz respeito a uma convocação a olhar para o escutar que interroga a formação médica frente a experiência da morte do outro.

Nas entrelinhas do não dito vou em busca do dizer de si – profissional – frente a morte que, em diálogo com minha trajetória clínica, demarco o lugar da escuta clínica oferecida a esse outro para que o sujeito da pesquisa saia do discurso clichê e invente um novo roteiro e se responsabilize por ele.

Essa escuta clínica é um diferencial nesse caminho da construção desta pesquisa que demarcar minha singularidade no estudo como pesquisador. Reconhecer essa capacidade de escuta e o modo como eu em minha inteireza me lanço nessa jornada é de valor especial,

porque essa tese toca a formação médica em um tempo que o sintoma contemporâneo de negação da morte foi um dos pontos que contribuíram para os avanços tecnológicos.

Em tempos de pós humanismo prega-se que a medicina caminha para se ocupar de engenheiros e geneticistas, e eu me coloco como aquele que, por meio da escuta clínica, opero e dou voz ao silêncio do saber sobre a morte de si e do outro.

Mesmo com os testes de última geração, inteligência artificial, biochips, terapia genética e molecular que permitirá a substituição de tecidos e órgãos; a farmacologia e a medicina personalizada – com a identificação dos variantes dos genes que determinam as respostas para as diferentes drogas – que derrubam a medicina baseada na evidência para a medicina do sujeito único – preditiva, preventiva, personalizada e participativa – permanece a necessidade de se olhar para o sujeito que vivencia tudo isso.

A ideia é provocar a reflexão sobre o lugar da morte hoje na formação médica e na atuação profissional. Evidencia-se o confrontar-se com algo estrutural da experiência humana: todas as melhorias não vão eliminar o *acaso* da morte, mesmo o que Alexandre Laurent afirma em seu livro: “A morte da morte”, que a medicina biotecnológica vai transformar profundamente a humanidade no tempo em que vivemos – século XXI.

Para tanto, interrogo o fenômeno apresentado – formação médica e morte – e para isso recorro ao suporte do referencial teórico metodológico da fenomenologia. Em movimento, coloco o método com a escuta clínica considerando que disponho de mais de uma década de prática na psicologia clínica, por meio de um manejo técnico calcado na escuta fenomenológica.

Na terapia, encontrei mais abismos do que ponte. Muitas e muitas vezes me senti sem horizonte algum, temendo a altura desses penhascos todos. Para onde eu me voltava sempre havia um desafio, uma pendência. E agora?

Para que tudo isso?

[...] Penso que todo médico deveria ser preparado para nunca abandonar seu paciente, mas na faculdade aprendemos apenas a não abandonar a doença dele.

(ANA CLAUDIA ARANTES –

A morte é um dia que vale a pena viver)

INTRODUZINDO O TEMA – MORTE E FORMAÇÃO MÉDICA

*Quem não sabe o que é a vida,
como poderá saber o que é a morte?*
(CONFÚCIO)

O que pensar sobre morte no século XXI em relação aos aspectos humanos envolvidos no processo de morrer? Poderíamos falar da morte da morte como pensou Alexandre Laurent? Como se apresentam as possibilidades de expressão e ressignificação da experiência médica com a morte neste século? Teríamos mudado em relação a outros tempos no *manejo* com ela?

São questões que nos ocupam, uma vez que esse tema ainda nos parece angustiar. Desde outras épocas, diversos autores já trataram desse tema, como Ariès, em sua obra: “A história da morte no ocidente” (PHILIPPE ARIÈS, 1977), na qual ele discutiu o modo como o ocidente maneja com a morte.

Para tanto, Ariès (1977) tomou como fonte de dados os obituários, testamentos, documentos recolhidos em igrejas e cemitérios, dentre outras fontes resultando em quatro momentos denominados: *Morte Domada* (Idade Média – Morte encarada como Fenômeno Natural); *A Morte de Si Mesmo* (Séculos XI e XII – Morte Natural – Juízo Final – Individualidade); *A Morte do Outro* (Séculos XVIII e XIX – Morte Exaltada e Dramatizada – Visitas a Cemitérios) e; *Morte Invertida* (Séculos XIX e XX – Morte Vergonhosa, Distante e Solitária).

Permanece como desafio pensar e compreender a morte no século XXI, que inicialmente me permitiria pensar em uma morte (in)domada – invencível e irrefletida – possibilitando também rascunhar sobre uma morte divertida, presente no cotidiano das pessoas – *assepsia da morte*.

Recorro a outra obra clássica também, intitulada: “Sobre a Morte e o Morrer” (ELIZABETH KÜBLER-ROSS, 1977/1998), que teve como intuito compreender o fenômeno da morte e o morrer. Tratou-se de uma pesquisa com pacientes terminais que revelou o fenômeno da morte vivenciado por aqueles que a têm próxima devido à sua situação de saúde.

Na obra, a autora apresenta relatos de entrevistas com pacientes denominados como terminais, os quais expressaram seus sentimentos, pensamentos e impressões diante da morte. Analisando essas entrevistas, categorizou os cinco estágios pelos quais as pessoas diante de sua morte passam, denominados por ela como: 1º. *Negação e Isolamento* (Crença de que o que está acontecendo não seja verdade); 2º. *Indignação* (Raiva de tudo e de todos –

comportamento agressivo contra os médicos, amigos e familiares); 3º. *Barganha* (Ações de uma recompensa para a sua melhora); 4º. *Depressão* (Raiva e sentimento de perda) e; 5º. *Aceitação* (Sentimento de alívio – presença do silêncio, pois sabe que vai morrer, mas não se desespera).

Importante mencionar que esses estágios não precisam ocorrer nessa ordem e nem os pacientes que vivem seus processos de morrer passar por todos eles necessariamente. Trata-se de uma referência para uma compreensão diferenciada

O não saber o dia da sua própria morte coloca o *ser* como inacabado. Como diz Heidegger (1986/2005) em sua obra: “Ser e Tempo”: somos *seres-para-morte*. E, enquanto ela não chega, o que nos resta é *ser*. Para o autor, a morte é um acontecimento conhecido que ocorre no mundo que nos cerca; portanto, não nos atinge de imediato, ocorre apenas com os outros. A nossa própria morte perde-se em um horizonte distante. Sendo assim, é esta ideia da finitude que nos abre para a possibilidade de vida.

No que diz respeito ao médico em relação ao hospital, em especial, Foucault (1994) ressalta que a experiência hospitalar não fazia parte da formação médica durante a segunda guerra mundial, pois a função do médico se restringia a prescrição de medicamentos e não ao campo das suas experiências.

A intervenção médica na doença era organizada unicamente em torno da crise, porque até a cura era compreendida como um jogo entre a natureza, a doença e o médico, no qual ela só poderia se dar na forma de uma relação individual entre médico e doente.

Ao longo do tempo e diante de muitas transformações, com o avanço da técnica e de procedimentos, a atuação médica veio também para o hospital e, em especial, a morte, ao ponto que:

[...] o avanço da técnica permite, hoje, que o processo de morrer possa ser prolongado à vontade da equipe médica. Se a morte não pode ser suprida pode ser estendida, dando uma falsa ideia de onipotência e de vitória [...]. A duração da morte passa, nestes casos, a depender mais de um acordo entre os médicos e familiares, deixando de ser um processo natural [...]. Desenvolve-se um estilo de morrer no hospital. (KOVÁCS, 2003, p. 71).

O fato é que o hospital ainda hoje não comporta, em muitos deles, o fenômeno *morte* de forma humanizada no âmbito da compreensão existencial e da tensão vida e morte. Isso acabou por colocar os profissionais que ali atuam *nus* frente à morte. Estão despidos de uma formação que possa fortalecê-los no enfrentamento de situações de perda dos seus pacientes no que diz respeito às questões humanas presentes no processo.

Vivemos um momento em que se é possível planejar a morte, entendido como *cálculo* da morte já apontado por Saramago (2010) em sua obra: “As Intermitências da Morte”, o que tornaria o processo de morrer um *caos*.

Para além do já conhecido sobre a medicina tradicional, posso pensar que a medicina do século XXI será apresentada aos futuros profissionais através de *corpos virtuais* – 3D – por exemplo. Situação em que o estudante perderá o contato com a morte *morta* – *cadáveres*. Sem apontar para outros aspectos como a robótica e avanços da genética – questão imposta pela medicina preditiva – diferente das evidências – e ainda mais técnica com o intuito de combater a morte. Onde residirá o preparo do médico para lidar com o cenário de morte?

Na contramão ou em diálogo com todo esse avanço tecnológico considero importante resgatar ou cuidar, talvez de um outro lugar, da formação dos futuros médicos, ou seja, olhar para as questões humanas e é isso que esta pesquisa/tese se propõe como forma de *humanizar* esse processo.

Vivemos a era/mercado do consumo que reproduz a lógica do poder, onde está situado todo o avanço tecnológico, no qual se englobam os planos de saúde e funerários, caracterizando a dimensão política e econômica da morte. Temas que não serão focados neste estudo, logo não emitirei opiniões a respeito, mas que merecem ser apontados como dados.

Pode-se pensar que talvez o *despreparo* para o manejo da morte venha do próprio curso de medicina. Estudos realizados (anexo VI) apontam para falhas ou lacunas na formação do médico em relação à morte, muitas vezes, voltada para o tecnicismo.

Quirino (2007, p. 39) afirma que:

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. [...] 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 durante essas aulas.

Estudos de Cezario (2012), apontam para o despreparo dos profissionais no manejo da morte no seu cotidiano de trabalho, demandando um maior mapeamento dessa prática pelo fato de os profissionais não saberem ouvir a sua própria dor em relação à morte de seus pacientes.

Nesse sentido posso pensar na engenharia robótica – medicina preditiva – já presente em nossos dias, que tenderá distanciar ainda mais os médicos das relações humanas que

merecem ser consideradas e cuidadas, principalmente quando se pensa em morte e processos de morrer.

Entendo que o silêncio é um modo dos médicos lidarem com esse assunto e isso aponta para a necessidade de compreender e aprofundar o conhecimento sobre o tema em questão, permanecendo como desafio, para o século XXI, a construção de práticas formadoras que possibilitem os profissionais da saúde em geral, especialmente médicos, enfrentarem contextos e situações de perdas por morte no seu cotidiano de trabalho.

Cury (2008) menciona o quão pouco abordado é o tema da morte nos cursos de medicina, apontando que nesses cursos ele é discutido como morte celular e não do indivíduo. Isso leva à uma preocupação e sugere ser preciso investir na relação médico paciente como forma de manejo dos próprios sentimentos, bem como na necessidade do suporte psicológico desde a graduação. Aponta Steytler (2007, p. 5) que:

Os profissionais ressentem-se de não terem tido uma educação para a morte durante o curso de medicina, o que associam às dificuldades que envolvem as demandas psicológicas associadas à terminal idade que permeiam a cultura ocidental. Essas dificuldades afetariam as diversas categorias profissionais envolvidas no cuidar, além do próprio paciente. Os médicos revelam sensibilidade e respeito à subjetividade do paciente terminal e tentam conciliar esses aspectos com as necessidades técnicas e protocolos terapêuticos institucionalizados, o que, muitas vezes, desencadeia conflitos internos nos profissionais.

Na dificuldade de encontrar cursos que trabalhassem a formação para a morte na formação médica, encontrei o estudo de Cardoso (2010) sinalizando que 57% dos alunos de graduação em medicina não se sentem preparados para lidar com a morte no seu cotidiano profissional paralelo aos 62% que participaram de algum treinamento específico para prática da eutanásia.

Interessante que 8 anos mais tarde me deparei com uma pesquisa do (SINCEP – Sindicato dos Cemitérios e Crematórios Particulares do Brasil) que interrogou a percepção dos brasileiros em geral frente ao tema da morte. O primeiro dado significativo foi que 74% afirmaram não falar sobre a morte – pesquisa baseada em uma amostragem de mil pessoas. Ao passo que, na mesma pesquisa, 55% dos entrevistados concordaram que é importante falar sobre o tema. Talvez mais difícil que falar seja encontrar alguém para ouvir. (ARANTES, 2019).

Mesmo diante da constante revisão curricular do curso de medicina nas últimas décadas, focando para o aspecto da humanização desde a inserção do estudante na graduação, através da maior convivência entre alunos e docentes, pacientes e familiares, diferente de

épocas anteriores, permanece a necessidade de se olhar para os aspectos humanos das relações estabelecidas durante a formação.

Kelly (2010) aponta para a existência de conflitos entre a técnica e a emoção do médico na sua prática profissional que merece ser abordado pelos professores desde o início da prática nas diversas clínicas; penso na intervenção psicológica como auxílio no manejo desses conflitos.

No Brasil existem cursos de medicina, especialmente na cidade de São Paulo e no interior do estado, que já abordam, desde a graduação, temas como bioética, cuidados paliativos e outras questões relacionadas à morte e as questões humanas implicadas nesse processo – mapeamento não intencionado para este estudo.

Muitas vezes, esses futuros profissionais não dispõem de espaços para expressarem seus sentimentos, uma vez que tal expressão é reprovada pelos demais profissionais, pacientes, familiares e por eles mesmos como forma de evitação, caracterizando um luto não autorizado. Então, evitar o contato com esses sentimentos e emoções é também mais uma forma de se esquivar, até mesmo porque eles convivem constantemente com a falsa ideia de que demonstrar seus sentimentos e emoções os tornarão menos *fortes* e menos *profissionais*, como se para ser profissional fosse necessário deixar de ser um *ser humano*. Até mesmo porque:

Na maioria dos cursos de Medicina, os estudantes são treinados operar equipamentos e fazer leituras de variáveis biológicas, sem espaço para desenvolver habilidades e competências que os capacitem reconhecer o ser humano como unidade biopsicossocial e espiritual, inserido num contexto epidemiológico e sociocultural. (ALVES, 2009, p. 557).

E como forma de resolução dessa lacuna, podemos compreender, de acordo com Alves (2009, p. 560), que:

[...] para que o estudante possa desenvolver uma atitude que assista o paciente de forma integral, contemplando seus aspectos psicológicos, sociais e ambientais, é necessário que vivencie práticas humanizadas desde o início de sua formação.

Compreendo que mudanças precisariam ser iniciadas ainda na formação acadêmica do médico, como trocas de experiências entre os estudantes, dentre outras práticas humanas possíveis nesse contexto. Tal modelo parece contribuir para a superação da dicotomia entre saúde e doença, possibilitando que se olhe para a totalidade do paciente e a pessoa que ele é.

Ayres (2007) já apontava para o fato de que para ser um bom médico é necessário ser técnico e humano na doença e na morte e, é sabido, segundo o autor, que o início da formação

se dá pela anatomia, criando uma *expropriação* da subjetividade pelo distanciamento das emoções em detrimento do conhecimento objetivo.

O autor tece considerações sobre a formação médica, argumentando que ela se apoia na morte biológica para produzir o conhecimento técnico, ainda que possa se basear também em conteúdos simbólicos e existenciais para desenvolver o manejo das questões humanas presentes nas relações de cuidado do médico para com o paciente.

Compreendo que a educação médica não deva abordar apenas concepções biológicas da morte apresentadas aos seus graduandos juntamente com os conceitos mecânicos e materialistas a respeito desse fato. Penso que conhecimentos concernentes a essas concepções suscitam angústias por colocar o médico, em formação, frente a própria finitude.

Visando um processo formativo mais abrangente que transcenda o técnico-científico, considero ser importante apresentar e debater com os alunos do curso de medicina as diferentes concepções da morte: filosófica, cultural, biológica, social, dentre tantas outras, trazendo o assunto para o ambiente de ensino e de aprendizagem do profissional médico.

Nas palavras de Kovács (2008, p. 466):

Entendemos como educação para a morte a que se faz no cotidiano, envolvendo comunicação, relacionamentos, perdas, situações limites, nas quais reviravoltas podem ocorrer em qualquer fase do desenvolvimento. Está calcada nos questionamentos, na procura do autoconhecimento, na busca de sentido para a vida, o verdadeiro sentido de aprendizagem significativa. Nunca se trata de dar receitas, respostas simples, padrões, normas ou doutrinação, é a busca do sentido para toda a existência.

Sendo assim, permanece a necessidade de abordar questões de manejo do médico em relação à expressão e ressignificação da morte do seu paciente. Estudos como o de Jones (2014) já mencionaram que fortalecer a relação pessoal entre profissionais, pacientes e familiares poderia ser uma alternativa de suporte para o manejo dos sentimentos e emoções envolvidas no cuidado aos pacientes no final da vida.

O suporte psicológico para estes profissionais, como abertura de espaço para que os alunos e futuros profissionais expressem seus sentimentos durante a sua formação acadêmica, considera-se importante Friedemann (2014).

Salienta Hegedus (2008) que a comunicação de forma aberta e abrangente, que abordasse o medo dos médicos diante da morte, seria um dos maiores instrumentos porque reduziria a ansiedade e melhoraria o comportamento e atitude dos profissionais diante da morte de seu paciente.

E outro fator que poderia contribuir, de acordo com Gibbins (2009), Yuppa (2013) e Tan (2013) seria a introdução da formação em cuidados paliativos desde a graduação, por abordar um processo amplo de fatores pessoais e institucionais envolvidos nos processos de morte. Sugestão dada principalmente pelo conselho regional de medicina inglesa, apesar de reconhecer que são poucos os cursos de medicina que abordam tal tema em sua formação.

Estudos como o de Gibbins (2011) e Kelly (2010) demonstram a carência da abordagem do manejo de cuidados no final da vida, considerados como parte do aspecto cultural de evitação do contato com a morte, e a importância da introdução de cuidados paliativos na formação acadêmica de base.

A empatia fortalecida nas relações de cuidado, no que diz respeito às diversas relações que se estabelecem no ambiente hospitalar, segundo Rosenblatt (2010), é outro fator importante na lida com as emoções sentidas no processo de morrer. E estudos, como o de Dickinson (2015), salientam que a preocupação com o manejo das emoções envolvidos nas relações de cuidado começou ser uma preocupação a partir dos anos 2000.

Pode-se pensar também em outras formas de manejo, como apontou Mcilwaine (2007), que considera o método construtivista como possibilidade de acesso e lida com as questões pessoais dos profissionais e de manter um bom vínculo com a família, segundo Schillerstrom (2012).

Para Mutto (2009), 98% dos médicos consideram a importância do preparo no manejo com pacientes no final da vida como modalidade inserida na grade curricular da graduação. Já Hobgood (2009) tece uma crítica quanto a impossibilidade de tal abordagem diante dos processos falhos de comunicação presentes nos contextos de formação e de atuação profissional.

Em 2012, Taylor apontou que uma boa formação médica deve ser ampla e contínua para abarcar aspectos técnicos, humanistas e artísticos como possibilidade de manejo das questões emocionais e psicológicas através dos processos de comunicação.

É evidente a necessidade da criação de espaços para o compartilhamento de experiências desde a graduação para autopreservação dos aspectos emocionais dos profissionais e para ressignificação dos processos de perda por morte.

Permanece o desejo de vencer o invisível, pois há tempo, como já apontado por Esslinger (2004), que os profissionais da saúde se colocam como inimigos e combatentes da morte por serem deflagrados pelos sentimentos que emergem destas práticas, tais como: sensação de fracasso, impotência, raiva, fragilidade e frustração.

Sem contar a necessidade de lidar e atender as demandas fortemente presentes na atualidade como planos de saúde e funerários, indústria farmacêutica, dentre outras tantas burocracias atravessadas pelo capitalismo. Salienta também a necessidade de conhecer estas realidades, para que se possa contribuir com dados efetivos em ações de promoção da saúde. Uma vez que:

Quando se trata de identificar potencialidades tecnológicas inscritas nesses processos identitários, o fundamental parece ser abrir espaço, de modo sistemático para uma discursividade mais livre, isto é, onde o diálogo busque ativamente uma renúncia, ao menos temporária, a deixar-se guiar como uma anamnese, em sentido estrito. (AYRES, 2004, p. 25).

Muitas vezes, o médico e seus formadores, estão preocupados somente com o cuidado do outro, esquecendo-se do cuidado de si, ou seja, das questões relacionadas ao autocuidado, e isso dificulta a formação do futuro profissional no sentido da humanização. Ser médico implica no domínio de um conhecimento já estabelecido pelo homem, pela área e profissão; cuidar e tratar requer manejo de procedimentos tecnológicos, dentre outros, que não devem ser apenas reproduzidos mecanicamente e sim humanizados.

Esslinger (2004) ressalta que os sentimentos de fracasso, raiva, impotência e frustração estão presentes em situações em que os profissionais da saúde se colocam como combatentes da doença e da morte. No entanto:

[...] percebe-se que o oncologista clínico depara-se com diversas situações que lhe despertam os mais variados sentimentos. Muitas vezes, estes são gerados de estresse, instabilidade emocional, tensão e angústia. Cabe salientar que estes sentimentos variam de pessoa para pessoa, pois aquilo que toca a um, e que lhe faz sofrer, pode ser diferente para o outro, justamente, porque cada um tem sua história de vida. (CANO, 2008, p. 66).

Importante perceber que, para além de todas as construções apresentadas e suas sedimentações, cada pessoa/profissional é mobilizado de forma particular e singular e isso merece ser compreendido – difícil de ser dimensionada nos dias de hoje, pois a atualidade *massificante* presente no século XXI, descaracteriza, muitas vezes, o valor do humano e *coesifica* o paciente e as relações com ele estabelecidas.

O médico pode se tornar um profissional escravo da tecnologia e de seus procedimentos, desvinculando-se do cuidado de si e do seu *autoconhecimento*, aspectos importantes para o equilíbrio da saúde e melhoria da qualidade do processo de cuidado e tratamento a pacientes.

O cuidado de *si*, para Foucault 2007, refere-se a uma subordinação ao conhecimento de *si*, submetido a forma, pois nele a formação médica é uma relação *eu-eu* de cunho

terapêutico. A escuta clínica se apresenta como uma possibilidade de acessar e abarcar as significações dessas relações que, diante delas, o cuidado submetido busca alívio por meio de si mesmo, o que facilita o entendimento do sofrimento; afinal, ninguém melhor para entender a própria dor do que aquele que a sente. O imprescindível é a consciência e a sinceridade na aceitação do que realmente é sentido para buscar soluções.

De acordo com Foucault (2007):

[...] cuidar de si passa a ser algo coextensivo à vida, importante para quando se é novo ou velho. Também sai das relações de Status da cidade e passa a ser uma preocupação para a existência como um todo, em todos os campos. Podemos e devemos cuidar de nós mesmos não quando ainda se é jovem nem para aprender a morrer; agora o cuidado de si é uma atitude frente à vida, um gesto contínuo. (p. 460)

Kovács (1992), em sua obra clássica, intitulada: “Morte e Desenvolvimento Humano”, ressalta que trabalhar com o sofrimento ocasionado pela perda do paciente remete, muitas vezes, a trabalhar a própria negação do profissional diante da morte, uma vez que isso desperta neles vivências que ferem seu narcisismo e sua onipotência, colocando-os diante do incompleto e do inacabado.

Pode-se pensar também neste cenário sobre as questões relacionadas ao luto não autorizado nem reconhecido e validado dos e pelos profissionais da saúde, fazendo-se necessário pensar em modos de lidar com estes sentimentos e emoções emergidos deste processo do cuidar de pessoas próximas da morte.

Casellato (2005) salienta a importância de lidar, de forma apropriada, com os sentimentos, emoções e seus significados diante da morte de um paciente e alertam que quando isso não ocorre o profissional fica altamente vulnerável a sentimentos diversos que poderão levá-lo ao distanciamento no tratamento de futuros pacientes.

Há mais de vinte anos, Bromberg (1996) já apontava para a necessidade de se desenvolver recursos psicológicos para o enfrentamento de angústias e tristezas em relação à morte do outro, afirmando que o contrário dessa situação impossibilitaria uma atuação acolhedora no cuidado prestado aos futuros pacientes em processos de morrer que exige um contato mais sensível. Pois: “Trabalhar com o processo da morte seguramente nos reporta à nossa própria morte e às nossas angústias ligadas a ela”. (BROMBERG, 1996, p. 61)

De acordo com Casellato (2005), se o profissional de saúde não conseguir elaborar e expressar suas angústias diante da morte do outro, dificilmente conseguirá se preparar para melhor lidar com o paciente que está morrendo. A autora ressalta também que, apesar da morte fazer parte da rotina de trabalho, observa-se que o profissional de saúde, geralmente,

não identifica ou valida seu sofrimento no contato com a morte, o morrer e as fantasias que o acompanha.

Ao ampliar essa compreensão, identifique e apresento com esta pesquisa compreensões acerca da morte em diálogo com a formação médica, no que diz respeito a sua atuação profissional em cenários de morte e manejo dos seus desvelamentos, dialogando com a formação pessoal e acadêmica que o médico recorre diante da terminalidade de seu paciente e durante o processo de cuidado, compreendido na sua complexidade.

Para ampliar essa compreensão acerca do tema proposto discuto com os participantes desta pesquisa as formas de manejo e formação de médicos que lidam com a morte em seu cotidiano de trabalho focando os futuros profissionais.

Iniciei este estudo apresentando ao leitor minha trajetória acadêmica e científica e um panorama geral sobre o tema em discussão. Em seguida, dividi em capítulos para a melhor compreensão do leitor, sendo eles:

- **Capítulo I:** *A morte e o médico*, no qual teço compreensões acerca da morte – tema central desse estudo, em diálogo com o Heidegger.
- **Capítulo II:** *O corpo e o médico*, que se refere às compreensões acerca da percepção de corpo na perspectiva de Merleau-Ponty.
- **Capítulo III:** *A formação médica – Um panorama geral*, apresento como os aspectos humanos relacionados ao tema da morte são apresentados e trabalhos na graduação de medicina.
- **Capítulo IV:** *A escuta clínica*, diz da contribuição da psicologia em todo fazer médico, no que diz respeito as relações humanas, abordagem indispensável desde a inserção do aluno no curso de medicina e bem vinda durante sua prática profissional.
- **Capítulo V:** *Método fenomenológico*, diz dos aspectos da fenomenologia que contribuíram na construção e compreensão das experiências compartilhadas.

Em seguida apresento a trajetória metodológica da pesquisa, na qual está o processo de interação, análise e compreensão dos dados e finalizo com a apresentação das contribuições e apontamentos acerca do tema investigado – *morte e formação médica*.

CAPÍTULO I:

A MORTE E O MÉDICO

“...cura designa, ontologicamente, a totalidade do todo estrutural da presença [...] e, no ser para a morte, a presença se relaciona com ela mesma enquanto um poder ser privilegiado”
(HEIDEGGER – *Ser e Tempo*)

Seria possível pensar na prática médica do século XXI sem considerar as questões da finitude humana? E como se dá essa relação – *médico e morte*? Parece que médico e morte apontam para um conflito anunciado, para um dos incômodos ainda presente na atualidade que, fora de um contexto acadêmico, presencia-se em muitos casos um distanciamento da questão, mesmo sendo a morte um fenômeno invariavelmente possível e presente na vida de todos, principalmente na daqueles que a têm no bojo de sua profissão, muitas vezes, a evitação da morte no exercício da medicina. Uma situação que tem sido repensada e modificada desde o surgimento dos cuidados paliativos.

Pesquisas sobre morte nas diversas áreas da saúde, como os de Cury (2008), Dickinson (2007), Mello (2012), Taylor (2013) dentre outros, apontam que, junto aos valores contemporâneos e avanços tecnológicos, o prolongamento da vida tem sido possível, apesar de que com este movimento, nos alerta Kovács (2012) que: “... a morte deixa de ser um momento para se tornar um processo” (p. 70).

O médico, implicado no processo de cuidado e com a morte presente no seu fazer profissional, é convocado a uma tentativa de combater o morrer que faz parte da era tecnicista o combater a morte e promover o prolongamento da vida. Para Feijoo (2011), essa ideia de controle é um projeto que fracassa, uma vez que, não é possível ter controle total sobre tudo, menos ainda sobre a morte. A autora ainda cita que: “... a atmosfera que parece sustentar o transtorno do controle é o temor” (p. 154).

Considerando o medo da morte intrínseca na contemporaneidade e no fazer médico ao lidar intimamente com saúde e morte dos seus pacientes, embasado em uma fenomenologia hermenêutica de Martin Heidegger, entendo ser possível olhar para os elementos presentes na historicidade dessa temática para se aproximar da experiência para compreendê-la. Irei me

aprofundar na obra: “Ser e tempo” (HEIDEGGER, 2012) para tecer compreensões acerca da morte ao longo do texto.

De acordo com Heidegger (2012): “... a morte é um fenômeno da vida” (p. 321) e enfatiza que “... existindo, a presença já está lançada nesta possibilidade” (p. 326). Possibilidade de todo ser humano, em especial, do médico e do paciente, uma vez que o médico viverá sua possibilidade de morte ao cuidar do paciente morrendo.

Então, posso compreender que na vida está a possibilidade de morrer do paciente e do médico, morte como uma condição da existência imersa na tentativa de controle pela técnica e impessoalidade que recai sob uma fuga de diálogo sobre a temática deste *saber* da nossa própria finitude. No entanto, “Fugir da morte é um modo de reconhecê-la” (FEIJOO, 2011, p. 188). Viver é estar o tempo todo lançado na possibilidade de morrer.

Trazendo à tona o que está em jogo com a existência e sua abertura para tal possibilidade de relação médico e paciente, Casanova (2013) afirma que “o *ser-aí* é um ente que, sendo, já se relaciona compreensivamente com seu ser” (p. 90) e continua apontando que o “existir provém de ek-sistir, que significa literalmente *ser-para-fora*” (p. 90). E esta abertura acontece no que está disponível no mundo. Ou seja, “O *ser-aí* sempre se concretiza como o *poder ser* que ele é a partir das possibilidades fáticas que lhe são abertas por seu mundo” (p. 92).

Com isso, é possível pensar que o médico, ao lidar com as questões de morte do seu paciente, entra em contato com suas próprias questões sobre saúde e morte. Então, posso interrogar: por que não deixar morrer já que a morte é a perspectiva de horizonte da vida? Mas imerso no seu cotidiano de trabalho, o médico vivencia a experiência de cuidado e aproximação do caráter de *ser para a morte* ao modo do afastamento.

Seguindo uma orientação do nosso tempo que, como qualidade de trabalho, seria não misturar o ofício com questões pessoais, pergunta-se: a medicina, ao lidar diretamente com a morte, conseguiria manter-se em uma atmosfera impessoal – do mundo já dado – característica da atitude da ocupação, entendida como um conjunto de relações próprias, para lidar com a possibilidade da morte?

Sendo assim, poder-se-ia dizer que dentre tantas possibilidades disponíveis para o *ser-aí* realizar seu *poder-ser*, a experiência no manejo da morte pode ser ao modo impessoal, em uma tentativa de afastamento, ou ao modo pessoal como aproximação, ou seja, por que não deixaria morrer? Heidegger (2012) pontua esse modo particular que cada um pode vivenciar essa abertura na afirmação: “A morte mostrou-se como um fenômeno existencial. Isso obriga

a investigação a se conduzir de maneira puramente existencial por cada presença singular” (p. 314).

Como fenômeno existencial, podemos evidenciar a morte como uma condição da vida, uma vez que, enquanto se vive, a morte será sempre uma possibilidade. O impessoal, entendido como subsistência contínua de algo *ser com*, movimenta-se ocupando ou responsabilizando o profissional da saúde por tutelar pela vida. Essa ocupação com a técnica ou recursos médicos, pode afastar o que é condição da presença entendida como singularidade da morte que, de acordo com Heidegger (2012, p. 314):

No morrer, evidencia-se que, ontologicamente, a morte se constitui pela existência e por ser, cada vez, minha. O morrer não é, de forma alguma, um dado, mas um fenômeno a ser compreendido existencialmente num sentido privilegiado, o qual deve ser delimitado mais de perto.

Sendo a morte uma possibilidade, estamos em relação com ela o tempo todo, seja pela aproximação ou afastamento. No âmbito dessas possibilidades, na prática médica, poder-se-ia pensar no desejo cotidiano de afastamento na tentativa de cuidados e controle das doenças, acidentes e desastres, uma vez que um grande investimento está nos processos de cura possibilitados pelos avanços tecnológicos, viabilizando uma maior aproximação do modo impróprio da cotidianidade do que da compreensão do fenômeno que nos é próprio, a *morte*.

Sabe-se que: “A morte é, em última instância, a possibilidade da impossibilidade pura e simples de presença. Deste modo, a morte desvela-se como a possibilidade mais própria, irremissível e insuperável.” (p. 326). Esta compreensão da morte como uma possibilidade própria também desafia o positivismo científico fundamentado no controle – respostas e métodos – algo já superado objetivamente, mas não intencionalmente, quando voltamos para o sujeito que a vivencia no seu cotidiano de trabalho.

Em uma perspectiva existencialista, volta-se o olhar para uma negatividade originária, da qual nascemos indeterminados e, diante de tantas possibilidades dadas pelo mundo para serem escolhidos, temos uma determinação: *iremos morrer*. Enquanto vivemos estamos sempre em possibilidade desta totalização: “O findar implicado na morte não significa o *ser estar-no-fim* da presença, mas o seu *ser-para-o-fim*. A morte é um modo de ser que a presença assume no momento que se é. *Para morrer basta estar vivo*” (p. 320).

Pode-se pensar no quão angustiante o *ser para morte* deve ser para os profissionais que lutam constantemente para o seu combate ao exercerem a prática médica em que, muitas vezes, o profissional diante dela a confronta e tem diante de si tão somente a demanda de seu controle e enfrentamento. Essa consciência da finitude o angustia antes mesmo da sua concretude:

De início, e na maior parte das vezes, a presença não possui nenhum saber explícito ou mesmo teórico de que ela se ache entregue à sua morte e de que a morte pertença ao *ser-no-mundo*. É na disposição da angústia que o estar-lançado na morte se desvela para a presença de modo mais originário e penetrante. (p. 326)

Diante da possibilidade de morte de um paciente, o médico se angustia e provavelmente recorre às suas próprias experiências e vivências como manejo da angústia, o que transcende à técnica e é pouco trabalhado na formação acadêmica, talvez impossível de ser ensinada por tratar-se de uma experiência compartilhada como possibilidade de construção da aprendizagem/formação.

“A angústia com a morte é a angústia ‘com’ o poder ser mais próprio, irremissível e insuperável. O próprio ser no mundo é aquilo com o que se angustia. O porquê desta angústia é o puro e simples ‘poder-ser’ da presença” (p. 326-327). Trata-se da angústia do ser para morte, de ter consciência e certeza dela como possibilidade do não mais ser.

E por ser a morte nossa única certeza remete à nossa angústia estrutural pela possibilidade da ausência que, na prática médica, o fim de toda e qualquer possibilidade de intervenção, presente em seu bojo, o limite, uma vez que: “... cura designa, ontologicamente, a totalidade do todo estrutural da presença” (p. 327). Ainda com seus ensinamentos, aponta que: “Existência, facticidade, decadência caracterizam o ser-para-o-fim, constituindo, pois, o conceito existencial da morte. E no tocante à sua possibilidade ontológica, o morrer funda-se na cura” (p. 327). Pode-se compreender que na morte *é* o que *é*.

A aproximação da morte como condição da existência, que precede a essência e livre de medos, é um caminho para compreensão da existência, que é anterior às exigências técnicas e expectativas da medicina como atuação profissional, procedimentos e/ou medicamentos que curam. A morte, embora pareça um evento a ser superado pela medicina, é um fenômeno totalmente presente para todos que existem: paciente, família, médicos e equipe profissional. E, “No âmbito público, ‘pensar na morte’ já é considerado um medo covarde, uma insegurança da presença e uma fuga sinistra do mundo. O impessoal não permite coragem de se assumir a angústia da morte” (p. 330).

Todos existem e experimentam a angústia. Somos indeterminação de ser, e pela angústia, esse medo encoberto da morte fica imerso nas ocupações de se ter e desenvolver mais e mais procedimentos de saúde para prolongar a vida, pois: “O ‘saber’ ou ‘não saber’ que, de fato, sempre vigoram em cada presença, a respeito do ser-para-o-fim mais próprio, é apenas a expressão da possibilidade existencial de se manter nesse modo de ser.” (p. 327).

E por assim ser, repentinamente somos convocados para pensar no cuidado ao cuidador como forma de recuperação da humanização perdida e tão valorizada nas práticas em saúde diante de distúrbios como a *Síndrome de Burnout* – acúmulo excessivo de estresse gerando esgotamento físico e mental intenso – em profissionais da saúde, que demandam debates de bioética em situações de *distanásia* – prolongamento desnecessário do processo de morrer, por exemplo.

Tenta-se utilizar recursos de controle, mas esses profissionais acabam se tornando reféns de técnicas, exigências e procedimentos, afastando-os cada vez mais deles mesmos, provocando angústia. Sabe-se que:

[...] a presença encobre para si mesma o ser-para-a-morte mais próprio em dele fugindo. É existindo que a presença morre de fato, embora, numa primeira aproximação e na maior parte das vezes, o faça no modo da decadência. Pois existir fatidicamente não é somente um poder-ser-lançado no mundo, genérico e indiferente, já sendo também um empenhar-se no mundo das ocupações. (p. 328)

O cuidado demanda encarar reflexões acerca dos medos da morte por parte daquele que cuida podendo contribuir para a apropriação de si mesmo, suas possibilidades, limitações e a única possibilidade de impossibilidades da vida: a *morte*. Uma vez que:

O teor público da convivência cotidiana “conhece” a morte como uma ocorrência que sempre vem ao encontro, ou seja, como “casos de morte”. Esse ou aquele, próximo ou distante morre, “morre”. Desconhecidos “morrem” todo dia, toda hora. “A morte” vem ao encontro como um acontecimento conhecido, que ocorre dentro do mundo. Como tal, ela permanece na não surpresa característica de tudo aquilo que vem ao encontro da cotidianidade. (p. 328).

A morte é particular e pública e o humano vivencia simultaneamente e isso é, por si só, assustador. Pois:

A morte que é sempre minha, de forma essencial e insubstituível, converte-se num acontecimento público que vem ao encontro do impessoal. A fala assim caracterizada refere-se a morte como um “caso” que permanentemente ocorre. Ele propaga a morte como algo sempre “real”, o mas encobre-lhe o caráter de possibilidade e os momentos que lhe pertencem de irremissibilidade e insuperabilidade. (p. 329)

E como tentativa de manejo deste medo que nos assombra, recorremos ao impessoal como modo doentio de tentar nos afastar do natural da nossa condição humana, a *morte*. Uma fantasia de que: “É desta maneira que o impessoal busca constantemente tranquilizar a

respeito da morte. No fundo essa tranquilidade vale não apenas para quem ‘está à morte’, mas, sobretudo, para aqueles que ‘consolam’” (p. 329).

Considerando o contexto mencionado, como recuperar a rotina diante da morte? Sabe-se que, diante da morte, pessoas lidam de diferentes formas, o fato é que:

Escapar da morte encobrindo-a, domina, com tamanha teimosia, a cotidianidade que, na convivência, os ‘mais próximos’ frequentemente ainda convencem de quem ‘está à morte’ de que ele haverá de escapar da morte e, assim, retornar à cotidianidade tranquila de seu modo de ocupações. (p. 329)

E para um retorno saudável, é extremamente importante que esse profissional se aproprie do seu estado pessoal mobilizado pela perda do seu paciente como forma de cuidado de si, pois: “... deve, portanto, elaborar os momentos desse ser que o constituem como compreensão da morte, no sentido de um ser para a possibilidade caracterizada que nem foge nem encobre” (p. 337).

Entendo que o que me vem é próprio do mundo uma vez que o sentido só se dá na presença. O médico vive sua finitude vivenciando a morte do outro – paciente – vive essa ambiguidade – vida e morte – presente na sua prática profissional. Posso pensar que seja esse um dos motivos que dificulta ao profissional lidar com esse evento no seu fazer profissional.

Sabe-se que, quanto mais próximo e apropriado esse estiver em relação a essa ambiguidade, melhor ele lidará com tal tema no seu dia a dia na lida com os processos de morrer presentes no seu fazer profissional. *A escuta clínica* muito tem a contribuir. (cap. IV)

*O que tem esse potencial é o encontro verdadeiro com o outro,
porque de outro ser humano talvez recebamos as chaves
de algumas portas fechadas dentro de nós;
portas que guardam grandes revelações
e segredos a nosso respeito...*

(ANA CLAUDIA ARANTES –

A morte é um dia que vale a pena viver)

CAPÍTULO II:

O CORPO E O MÉDICO

[...] *mas eu não estou diante de meu corpo, estou em meu corpo, ou antes, sou meu corpo.*

(MERLEAU-PONTY –
Fenomenologia da Percepção)

Início esse capítulo considerando não ser possível separar o corpo de suas significações; sendo assim, toda e qualquer experiência só é possível se for vivenciada corporalmente, o que caracteriza o sujeito da percepção... “Considero meu corpo, que é meu ponto de vista sobre o mundo, como um dos objetos desse mundo”. (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 108)

Escolhi Merleau-Ponty, com sua obra: “Fenomenologia da Percepção” (1999), para dialogar na construção deste capítulo. Assim, posso entender *significado* como sendo atribuído pelo sujeito e o *sentido* doado pelo mundo, dados em meu corpo pela percepção. Pois, “O corpo é o veículo do ser no mundo, e ter um corpo é, para um ser vivo, juntar-se a um meio definido, confundir-se com certos projetos e empenhar-se continuamente neles”. (p. 122)

A *experiência* é a significação do sujeito sobre a própria *vivência* em relação de sentido – sentido originário: homem e mundo – invariante; forma da estruturação simbólica – significações – sentido, uma vez que,

A existência pessoal é intermitente, e, quando essa maré reflui, a decisão só pode dar à minha vida uma significação forçada. A fusão entre a alma e o corpo no ato, a sublimação da existência biológica em existência pessoal, do mundo natural em mundo cultural, é tornada ao mesmo tempo possível e precária pela estrutura temporal de nossa experiência. (p.125)

Falar de *significado* é falar do modo como cada sujeito percebe; percepção aqui tomada de M. Ponty (1999), como atuação sobre o percebido que, por assim ser, abre para questões como: o que o corpo significa para o médico? Como o corpo do médico percebe o corpo do outro – paciente? Como o corpo do outro aparece ao corpo do médico? Em uma perspectiva biológica, como se dá a experiência de olhar um sistema orgânico e fisiológico a ser cuidado por um outro que também comunga desse sistema? Os especialistas veem o corpo na doença ou a doença no corpo?

Percepção de corpo aqui entendida não como meramente impessoal e sim como um ato que se dá na relação com as coisas que se mostram, dadas pelo corpo próprio; pois de acordo com Merleau-Ponty (1994): “... só posso compreender a função do corpo vivo realizando-a eu mesmo e na medida em que sou um corpo que se levanta em direção ao mundo”. (p. 114). Somos o percebido e, por assim ser, a questão reside no modo como o médico percebe seus pacientes em seus processos, principalmente o de saúde, adoecimento e morte.

No horizonte histórico que abrange a percepção de corpo do adoecimento e do tratamento, posso falar de profissionais da medicina diante de uma noção de corpo presente no século XXI, de acordo com a qual cada profissional atua a partir de sua perspectiva circundante. Ou seja, vivenciam a experiência de ser médico carregada de significados sedimentados – estrutura simbólica – pela sua formação pessoal e acadêmica, que incide no seu modo de perceber e exercer sua atividade profissional. “... o objeto é visto, portanto, a partir de todos os tempos, assim como é visto de todas as partes e pelo mesmo meio, que é a estrutura de horizonte”. (p. 106)

E na linha dessa argumentação, interrogo: como se dá esse diálogo entre o ser do médico com a historicidade da medicina, entendido como prática profissional de cuidado ao corpo? Pode-se pensar na cadeia de significações que essa teia possibilita e o quão conflituoso pode ser também a construção da identidade profissional do médico. Pois,

[...] meu corpo é justamente um sistema acabado de equivalências e de transposições intersensoriais. Os sentidos traduzem-se uns nos outros sem precisar de um intérprete, compreendem-se uns aos outros sem passar pela ideia [...]. Meu corpo é a textura comum de todos os objetos e é, pelo menos em relação ao mundo percebido, o instrumento geral de minha ‘compreensão’” (p. 315)

A rede de significados formada pelos aspectos pessoais, acadêmicos, científicos e históricos carregam em seu bojo articulações já dadas, experienciadas e estruturadas no passado que norteiam a concepção de corpo presente, a qual, por sua vez, dialoga com outros elementos ambientais presentes, tidos como outros objetos que também influenciam na atitude e percepção desse encontro de *corpos-próprios*. Para Merleau-Ponty (1994): “Nossa percepção chega a objetos, e o objeto, uma vez constituído, aparece como a razão de todas as experiências que dele tivemos ou que dele poderíamos ter.” (p. 103)

Olhando-se para a prática médica, no que diz respeito ao cuidado dispendido pelo médico e articulação que perpassa os recursos pessoais e acadêmicos, para além de uma noção de saúde e longevidade vigente nesta época, demanda um olhar que transcende único e

exclusivamente a necessidade do paciente para olhar para aspectos macros como planos de saúde e indústria farmacêutica, por exemplo. Portanto, o enfoque aqui é o médico em relação à morte no que diz respeito à sua formação, ou seja, “Retornemos então a sensação e observemo-lo de tão perto que ela nos ensine a relação viva daquele que percebe com seu corpo e com seu mundo” (p. 281)

O contexto de atuação do médico o convida a se relacionar com aspectos institucionais, políticos, monetários, recursos hospitalares, infraestrutura de atendimento... que também afetarão sua construção de significados de vida e morte.

E, como a gênese do corpo objetivo é apenas um momento na constituição do objeto, o corpo, retirando-se do mundo objetivo, arrastará os fios intencionais que o ligam ao seu ambiente e finalmente nos revelará o sujeito que percebe assim como o mundo percebido. (p. 110)

O modo percebido pelo médico do *corpo-próprio* do outro, carrega uma série de experiências constituintes de sentido que, para além do corpo-vivente do outro e de si, o corpo do médico está presente na relação de cuidado imbuído de uma existência. Olhar, interagir e cuidar de um corpo-próprio só é possível através de um outro corpo-vivente, que existe historicamente e que influencia na relação médico paciente. Merleau-Ponty (1999, p. 105) salienta que:

Ver é entrar em um universo de seres que se mostram, e eles não se mostrariam se não pudessem estar escondidos uns atrás dos outros ou atrás de mim. Em outros termos: olhar um objeto é vir habitá-lo e dali apreender todas as coisas segundo a face que elas voltam para ele.

O encontro do corpo-próprio do médico com o corpo-próprio do paciente é um encontro de percepções e experiências, carregado de elementos estruturantes do humano que possibilitam que essa relação de cuidado aconteça, pois o “... horizonte é aquilo que assegura a identidade do objeto no decorrer da exploração, é o correlativo da potência próxima que meu olhar conserva sobre os objetos que acaba de percorrer e que já tem sobre os novos detalhes que vai descobrir” (p. 105).

Falar de corpo é falar de existência, de subjetivo e de intersubjetividade que, no momento do adoecimento, adoece o ideal de saúde do médico que acredita, através da sua prática, na impossibilidade de sua presença ou desejo imbatível de seu combate, uma vez que: “Qualquer visão de um objeto por mim reitera-se instantaneamente entre todos os objetos do mundo que são apreendidos como coexistentes, porque cada um deles é tudo aquilo que os outros ‘veem’ dele” (p. 105).

Corpo é síntese, carrega consigo sua historicidade, pois trata-se de um: “presente que ainda conserva em suas mãos o passado imediato, sem pô-lo como objeto e, como este retém da mesma maneira o passado imediato que o precedeu, o tempo escoado é inteiramente retomado e apreendido no presente”. (p. 106) E, por assim ser, o fazer profissional do médico não deve estar desvinculado de sua existência como uma prática tecnicista com uma visão fragmentada do corpo.

O corpo também é *intencionalidade* – “A consciência do ligado pressupõe a consciência do ligante e de seu ato de ligação, a consciência de objeto pressupõe a consciência de si, ou antes, elas são sinônimos”. (p. 318) Nesta perspectiva, eu não posso conhecer nem meu nascimento e nem minha morte, apenas sou nascido e ainda vivo, pois entre mim e minhas sensações está o saber originário como experiência já dada pelo mundo. No entanto,

Não conservo mais em mãos a circunvizinhança distante: ela não é mais feita de objetos ou de recordações ainda discerníveis, é um horizonte anônimo que não pode mais fornecer testemunho preciso, deixa o objeto inacabado e aberto, como ele é, com efeito, na experiência perceptiva. (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 106)

Corpo é vida, é consciência, é saber-se vivendo – viver no corpo próprio – e, em seu movimento de ser, é abertura e possibilidade de significação. É nessa teia que o médico constrói sua identidade e prática profissional que requer manejo e cuidado na relação com o outro ser humano – paciente – completo e repleto de sua historicidade em diálogo com a do médico.

Falar de medicina é falar de vida, cuidado, encontro entre humanos, perdas, morte... Não seria possível falar de corpo e morte como sendo um evento isolado e/ou somente do outro. “Só posso compreender a função do corpo vivo realizando-a eu mesmo e na medida em que sou um corpo que se levanta em direção ao mundo”. (p.114)

Posso compreender que a minha morte está no horizonte que se abre na percepção da morte do outro e, se eu entendo que ela é inevitável, poderei não cuidar ou intervir para que ela não ocorra, mas sim compreender que cuidar da morte do outro é, de certo modo, cuidar da minha vida até que minha morte ocorra. E,

[...] poder-se-ia responder que essa “experiência do corpo” é ela mesma uma “representação”, um “fato psíquico”, que a este título ela está no final de uma cadeia de acontecimentos físicos e fisiológicos que são os únicos a poderem ser creditados ao “corpo real” (p. 114)

Considerando a passagem da medicina interventiva – através de *corpos* virtuais – 3D – que o estudante perderá o contato com a morte *morta* – *cadáveres*. Sem apontar para outros aspectos como a robótica e avanços da genética – questão imposta pela medicina preditiva – diferente das evidências – e ainda mais técnica com o intuito de combater a morte. Onde residirá o preparo do médico para lidar com a morte? Nesse sentido,

Eu decolo da minha experiência e passo à *ideia*. Assim como objeto, a ideia pretender ser a mesma para todos, válida para todos os tempos e para todos os lugares, e a individuação do objeto em um ponto do tempo e do espaço objetivos aparece finalmente como a expressão de uma potência universal. Não me ocupo mais de meu corpo, nem do tempo, nem do mundo, tais como os vivo no saber antepredicativo, na comunicação interior que tenho com eles. Só falo do meu corpo em ideia, do universo em ideia, da ideia de espaço e da ideia de tempo. Forma-se assim um pensamento “objetivo” (no sentido de Kierkegaard) – o do senso comum, o da ciência – que, finalmente nos faz perder contato com a experiência perceptiva da qual todavia ele é o resultado e a consequência natural (p. 109)

Em diálogo com todo esse avanço tecnológico que, como aponta o autor, proporciona uma outra relação com o corpo. Considero importante resgatar ou cuidar, talvez de um outro lugar, da formação dos futuros médicos com o intuito de olhar para as questões humanas como forma de humanizar esse processo, porque:

[...] a posição absoluta de um só objeto é a morte da consciência, já que ela imobiliza toda a experiência, assim como um cristal introduzido em uma solução faz com que ela instantaneamente se cristalice. É preciso que reencontremos a origem do objeto no próprio coração da nossa experiência, que descrevamos a aparição do ser e compreendemos como paradoxalmente há, *para nós, o em si*. (p. 109)

A era do consumo reproduz a lógica do poder, onde está situado todo o avanço tecnológico e que englobam os planos de saúde e funerários, denominando a dimensão política e econômica da morte. E tudo isso acabar por não permitir algo que demanda percepção – a *morte*.

Só compreendemos a ausência ou morte de um amigo no momento em que esperamos dele uma resposta e sentimos que ela não existirá mais; por isso, primeiramente evitamos interrogar para não ter de perceber esse silêncio; nós nos desviamos das regiões de nossa vida em que poderíamos encontrar esse nada, mais isso significa que nós as adivinhamos. (p. 121)

Nesse sentido posso pensar na engenharia robótica – medicina preditiva – já presente em nossos dias, a qual tenderá distanciar ainda mais os médicos das relações humanas que

merecem ser consideradas e cuidadas, principalmente quando se pensa em morte e processos de morrer que, para além de todo esse avanço e sedimentações, mantém-se:

[...] a permanência do corpo próprio, se a psicologia clássica a tivesse analisado, podia conduzi-la ao corpo não mais como objeto do mundo, mas como meio de nossa comunicação com ele, ao mundo não mais como soma de objetos determinados, mas como horizonte latente de nossa experiência, presente se cessar, ele também, antes de todo pensamento determinante. (p.137)

Diante da crítica do autor, permanece o desafio para a psicologia sobre a apropriação do corpo, principalmente no tocante do fazer médico em que ele – corpo – é seu *objeto* de estudo e intervenção, o que é diferente de existência. Nomenclatura – *objeto* – tão rejeitada e criticada pelo autor. Como é função da psicologia olhar para as questões humanas e suas experiências, que na perspectiva M.Pontyana, ela não se daria senão via corpórea – existência.

O psicólogo não podia deixar de redescobrir-se enquanto experiência, quer dizer, enquanto presença sem distância ao passado, ao mundo, ao corpo e ao outro, no momento mesmo em que ele queria perceber-se como objeto entre os objetos. Voltemos então aos “caracteres” do corpo próprio e retomemos seu estudo no ponto em que havíamos abandonado. Ao fazer isso, descreveremos os progressos da psicologia moderna efetuaremos com ela o retorno à experiência. (p. 142)

Uma experiência que contemple a medicina personalizada e participativa e não somente a preditiva e preventiva. Somente considerando o corpo como existência e atribuidor de significado/sentido poder-se-á atender tal ideal.

*O que reside na coragem de enfrentar, cada vez que se coloca,
o problema da relação do homem com o homem,
qualquer que seja a contingência dos valores...*

(CARRON)

CAPÍTULO III:

A FORMAÇÃO MÉDICA – UM PANORAMA GERAL

Tenho certeza de que aprendemos que a nobreza das nossas profissões não está apenas no curar, mas, sobretudo, em aliviar o sofrimento.

A nobreza é também deixar que a vida siga o seu curso normal e se entregue a morte com tranquilidade e com paz.

(NÁRA AZEREDO)

Como se dá a formação médica? Quais temas são abordados nela? Como são apresentadas as questões humanas? Quais suas implicações na prática médica no que diz respeito ao modo como o médico entende por morte de seu paciente? Trata-se de questões que nos levam a refletir sobre a formação desse profissional. Sabe-se que:

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 [...]. 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 durante essas aulas. (QUIRINO, 2007, p. 39)

Para Quirino (2007), 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 e tem que amenizar o sofrimento; pois é capacitado tecnicamente para fazer os procedimentos e obedecer a um código da ética. Para tanto, apresento abaixo o juramento médico que diz:

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.

Encontra-se no juramento trechos que falam da responsabilidade e da honra da profissão em dedicar à vida, o que nos mostra uma indicação das implicações do ser médico. É provável que não se tenha em mente esse juramento o tempo todo, mas falamos de uma cultura que norteia a atuação médica, da qual se espera que ela seja orientada. Pois:

O grande avanço tecnológico ocorrido na área da saúde no decorrer do século XX provocou uma transformação no perfil de atuação do médico, que foi se tornando, cada vez mais, um especialista, um profundo conhecedor de exames complexos e especializados, capaz de emitir diagnósticos precisos e de propor tratamentos eficazes. Nesse processo, a relação médico-paciente ficou prejudicada, pois houve uma supervalorização da doença e de seus sintomas em detrimento da singularidade do paciente. (ALVES, 2009, p. 556)

A partir do exposto, se justifica, em parte, o comprometimento do contato do médico com as questões relacionadas à morte e o morrer de seus pacientes, o que reflete e dificulta também o entendimento e lida, por parte desse, dos aspectos psicológicos do paciente e seus familiares. Pois:

A ênfase dada ao conhecimento técnico, na faculdade de medicina, parece sobrepor-se a outras habilidades tão necessárias e igualmente importantes, como por exemplo, saber lidar, tratar e se relacionar com o paciente (CANO, 2008, p. 98).

Desta maneira, pode-se pensar que a atuação do médico deveria ser pautada na escuta e diálogo com seus pacientes e não pelo manejo técnico único e exclusivamente. De acordo com Ayres (2004, p. 19), é:

[...] essa referência à relação entre experiência vivida e valor, e entre os valores que orientam positivamente a vida com a concepção de saúde, que parece ser o mais essencialmente novo e potente nas recentes propostas de humanização.

Alves (2009) também menciona que as políticas públicas direcionadas à saúde da população e à educação dos profissionais de saúde têm apresentado avanços, em especial, com a formulação das diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde que, de forma detalhada, enfatizam os aspectos ético-humanísticos na formação desses profissionais. No entanto, sabe-se que:

[...] o estudante de medicina é treinado para lidar com o ser humano, como se o mesmo fosse uma estrutura mecânica. Entretanto, na prática médica, os profissionais percebem que a doença não vem andando sozinha até o consultório médico, nem mesmo é algo separado do indivíduo. Assim, os aspectos antes relegados, durante a formação, se fazem presentes no dia-a-dia da oncologia, bem como a subjetividade do paciente apresenta uma complexidade que extrapola o funcionamento do corpo físico. (CANO, 2008, p. 99)

Caberia aqui refletir sobre algumas questões: será que o cotidiano no hospital torna os profissionais insensíveis? Os cursos de medicina enfocam na educação para morte? Como os profissionais, especialmente médicos, são preparados para lidar com os seus próprios sentimentos diante da morte do outro, neste caso, do seu paciente?

De acordo com as compreensões de Alves (2009), no que diz respeito à geração de conhecimentos relacionados a esse tema, o enfoque tem sido dado à produção teórica para orientar as mudanças curriculares e a relatos de experiências individuais sobre a percepção do corpo docente acerca da humanização na formação dos novos médicos, possível de ser percebido na postura e abordagem dos novos médicos em relação aos seus pacientes. Até mesmo porque:

[...] a ideia de “aprender fazendo” é uma prática comum na oncologia. Esta não seria um problema se os residentes fossem ensinados, e não apenas instruídos. Pois, do modo que muitas vezes ocorre, é como se os médicos dissessem o que deve ser realizado, mas desconsiderassem o como será feito (CANO, 2008, p. 101).

Estudos mostram que nas últimas décadas algumas universidades revisaram a formação médica, a qual atualmente possibilita uma maior convivência com o humano, ou seja, o estudante de medicina é exposto ao contato humano desde muito cedo, diferente de épocas anteriores, tanto é que:

[...] evidencia-se que, na relação estudante-paciente, várias situações são vivenciadas e frequentemente impressas na formação, ou seja, na construção da identidade profissional do futuro médico. Isto pode ser evidenciado a partir da análise das seguintes falas: Ver o sofrimento das pessoas, nas mais diferentes formas, nas suas mais amplas possibilidades, como físicas, financeiras, sociais, psicológicas... é assim que a gente tem um vislumbre do que é o ser humano na sua complexidade. (ALVES, 2009, p. 557).

Sabe-se também que muitas vezes estes futuros profissionais não dispõem de espaços para expressarem seus sentimentos, uma vez que a expressão deles é reprovada, então evitar o contato com eles é também mais uma forma de se esquivar, até mesmo porque eles convivem constantemente com o tentativa de não demonstrarem seus sentimentos, de serem *fortes e profissionais*, como se para ser profissional fosse necessário deixar de ser um *ser humano*. Robotizando as relações. É sabido que:

Na maioria dos cursos de Medicina, os estudantes são treinados em operar equipamentos e fazer leituras de variáveis biológicas, sem espaço para desenvolver habilidades e competências que os capacitem a reconhecer o ser humano como unidade biopsicossocial e espiritual, inserido num contexto epidemiológico e sociocultural (ALVES, 2009, p. 557).

Outro fator importante a ser considerado relaciona-se com o processo de ensino-aprendizagem que, eventualmente, dispõe-se de professores desqualificados e despreparados para o exercício dessa atividade. Alves (2009) salienta que o processo de ensinar caracteriza-se pela interação entre o estudante e professor em sala de aula, pois a relação entre o que o professor faz e a efetiva aprendizagem do estudante é o que pode ser chamado de ensinar; sem considerar ainda a distância existente entre a teoria e a prática. Cano (2008, p. 104) afirma ainda que:

Uma das ideias presentes, e que merece reflexão nesta discussão sobre a preparação do ponto de vista emocional, assinala que as capacidades exigidas, em nível emocional e subjetivo, são inerentes à própria pessoa ou que fazem parte da formação deles, enquanto indivíduo. [...] pois estas habilidades dependem da personalidade, caráter de cada um, e que as mesmas são resultantes do desenvolvimento pessoal e da cultura. Desta maneira, uma das ideias que permeia os profissionais encontra-se ligada ao autodidatismo.

E como forma de resolução a esta lacuna, podemos compreender, de acordo com Alves (2009, p. 560), que:

[...] para que o estudante possa desenvolver uma atitude que assista o paciente de forma integral, contemplando seus aspectos psicológicos, sociais e ambientais, é necessário que vivencie práticas humanizadas desde o início de sua formação.

Por outro lado, parece que a desumanização é um processo desvinculado da prática do ser humano como ser no mundo, como demonstra Ayres (2004, p. 20):

Oscilando para o polar oposto, cai-se num anticientificismo que parece ignorar que os criadores e mantenedores das tecnociências são os próprios humanos. Seja em relação às suas finalidades, seja no que se refere aos meios técnicos ou gerenciais de sua aplicação, o que se enxerga neste ensaio como o norte e desafio central da humanização é a progressiva elevação dos níveis de consciência e domínio público das relações entre os pressupostos, métodos e resultados das tecnociências da saúde com os valores associados à felicidade humana.

Pode-se pensar em novos modos de atuação do médico em suas práticas se entendermos que:

[...] humanizar, para além das suas implicações para a formulação das políticas de saúde, para a gestão dos serviços, para a formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, significa também transformar as ações assistenciais propriamente ditas. A estrutura própria do fazer em saúde também se reconstrói quando o norte é a humanização. (AYRES, 2004, p.22)

Mas talvez a abertura do técnico a essa racionalidade possa se beneficiar de práticas sistemáticas de supervisão e discussão de casos, nos serviços, e de um modelo de formação de recursos humanos, nas instituições de ensino, nos quais a reflexão sobre os significados éticos, morais e políticos das práticas de saúde seja sempre promovida. (AYRES, 2004, p.26)

Entende-se que hoje, um médico, para atender a demanda, precisa:

[...] estar preparado para exercer a Medicina, é ter aprendido que o cuidado faz parte da cura e que a morte faz parte da vida. A morte, portanto, não pode ser ignorada nem esquecida, e o seu enfrentamento deve fazer parte da sublime missão médica: aliviar o sofrimento humano. (AZEREDO, 2007, p. 40)

Como podemos pensar a formação médica? A quais princípios ela atende? De acordo com Azeredo (2007), a atuação médica é movida por dois grandes princípios: a preservação da vida e o alívio do sofrimento. Certamente, a medicina e o homem caminham juntos, o que nos possibilita entender que o sofrimento foi sempre para o homem um aprendizado. E sabe-se que este novo modelo de medicina conhecido como modelo biomédico:

[...] trouxe consigo alterações importantes no conceito do objeto do fazer médico. Assim, estas alterações, como consequência, modificaram a relação médico-paciente. O paciente, que antes era sujeito no processo terapêutico, tendo como respeitada sua vontade e explicitação de seus desejos e sua liberdade em aceitar ou não o que lhe era proposto, passa a ser objeto de estudo e usuário da mais alta técnica e alta tecnologia. A formação médica passa a ser pautada pelo modelo biomédico, e o paciente-sujeito passa a ser percebido enquanto um corpo-biológico. Parece então que, dentro desta nova perspectiva, o médico assume um papel de prestador de serviço e não um prestador de cuidados (AZEREDO, 2007, p. 47).

Este modelo parece contribuir para a dicotomia entre saúde e doença que leva a desumanização dos processos de cuidado. Sabe-se que:

A perda da humanização e da integridade deixa transparecer a dicotomia entre saúde e doença, entre prevenção e assistência. E a dor, a aflição, o sofrimento e a morte não se incluem na detecção das patologias e na sua prevenção, exceto pelo olhar biológico do corpo humano. A humanização e a integridade parecem seguir fora do eixo estrutural da formação médica. Discutir temas como medo, sofrimento e morte, parece então, que se dão da forma marginal dentro da formação dos profissionais da saúde (AZEREDO, 2007, p. 48).

Ainda hoje existe um distanciamento dos sentimentos emergidos da prática profissional com humanos no contexto hospitalar, evidencia-se nas palavras de Azeredo (2007):

Dentro da formação médica, ainda hoje segue o discurso da impessoalidade e do distanciamento daqueles sentimentos e vivências que, cotidianamente,

enfrentamos nas nossas práticas diárias, ou seja: a dor, o sofrimento e principalmente, a morte. (p. 48)

Outra crítica possível de ser tecida e refletida é a questão do distanciamento do paciente *corpo vivo* durante a formação do médico, o qual passa grande parte da sua formação dedicando aos estudos do *corpo morto*. Sabe-se que, ainda hoje:

Para muitos acadêmicos de Medicina, o primeiro contato com o corpo humano, não é com o corpo vivo, mas com um corpo morto, nas aulas de anatomia. A ideia de corpo se dá a partir da presença do cadáver. Os corpos, desta forma, são transformados em órgãos, em ossos, em vísceras, em sangue. A manipulação fragmentada permite o conhecimento. Mas, também, uma falsa ideia de que, ao combater doenças e sintomas, estariam também lutando contra a morte. Essa forma de aprendizado, ao mesmo tempo em que estigmatiza o corpo, insensibiliza o aluno para entender a morte como parte do processo terapêutico. (AZEREDO, 2007, p. 49).

De acordo com o autor, as aulas de anatomia apresentam os fundamentos sobre morte que é quando os futuros profissionais têm o primeiro contato com o fim da vida, de um ciclo biológico diante do corpo morto – cadáver. Trata-se de uma relação, na qual uma das partes não tem voz, emoção e nem anseios, sentimentos... Pois:

O acadêmico de Medicina, dentro da sua formação, vai aprendendo a comprometer-se com a vida. Toda a sua capacitação é para a cura. Sua fundamentação acadêmica traz sempre a proposta da cura. A cura é a gratificação do aprendizado, é a recompensa do esforço. Quando a morte se apresenta, ela traz para o acadêmico a frustração, o sentimento de incapacidade, pois existe um desamparo para lidarmos com a morte, já que sempre será a cura a meta da medicina. Contudo, não podemos negar que a morte existe e que devemos nos preparar para ela. (AZEREDO, 2007, p. 50).

As expectativas de cura, em paralelo com a formação desvinculada da humanização no processo de cuidar, levam os estudantes de medicina se frustrarem e se sentirem impotentes diante da situação de morte dos seus pacientes. Isso poderia ser amenizado se tais expectativas deixassem de ser estimuladas durante a formação acadêmica e fossem mais discutidas e analisadas durante este processo. Sabe-se que o ensino médico:

[...] não deveria ser apenas racional, mas também emocional e científico. Desta forma, o estudante de Medicina aprenderia também, a tratar o paciente terminal e suas famílias de uma forma menos autoritária, menos distante, quando estiver diante de um doente terminal. (AZEREDO, 2007, p. 51).

Por outro lado, as diretrizes curriculares para o ensino da graduação em medicina, homologadas em 01 de outubro de 2001 pelo Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior/Resolução CNE/CES número 04, definiram os princípios, fundamentos,

condições e procedimentos para a formação dos médicos, e oficializaram o acompanhamento no processo de morte como uma habilidade a ser desenvolvida no ensino médico.

Segundo as diretrizes curriculares, no artigo 05 XIII, a formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos adquiridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas como:

XIII. Atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte.

Quando se aprende apenas investigar, diagnosticar e a prolongar a vida, há uma defesa em relação à morte com sua banalização; pois essas práticas, isoladas, se tornam inúteis para o paciente que está morrendo. Um dos grandes problemas da medicina tem sido presumir que a recuperação do doente se resume em afastar a existência de doenças e suas manifestações.

O médico que se presta a conhecer apenas a patologia acaba por aprender pouco sobre a saúde. Ele não deve se restringir o seu olhar apenas ao combate de doenças, mas a promoção de condições para que o homem possa ser sujeito na construção da sua saúde. Pois:

O estudo da Medicina, hoje, ao se voltar às raízes hipocráticas, esforça-se para reparar o esquecimento do seu próprio objeto de estudo e da sua atenção: a humanidade do homem. Assim, o objeto da atenção e do estudo médico deveria ser sempre mais o próprio homem e não apenas o seu corpo doente. (AZEREDO, 2007, p. 53).

E, em relação a morte, a educação médica deve abordar concepções não apenas biológicas, apresentados aos seus graduandos juntamente com os conceitos mecânicos e materialistas dessa, que suscitam angústias por nos colocar frente à própria finitude humana. É importante apresentar as diferentes concepções da morte: filosófica, cultural, biológica, social, dentre tantas outras, criando aspectos que transcendam puramente o aspecto biológico. Temos também a subjetividade deste profissional que se refere:

As trocas indispensáveis à subjetividade são marcadas pela rejeição, pelo ódio, pela indiferença. Os investimentos afetivos na sociedade contemporânea são, em grande parte, da mesma ordem, ou seja, falta amor, fundamento para a bondade e o caráter. As pessoas são coisificadas, e as coisas, personalizadas. (AZEVEDO, 2009, p. 590).

Ao educar o futuro médico para o enfrentamento da morte, respeitar-se-á a integridade do doente, do aluno e a nossa como sujeito das nossas vidas e morte. Sabe-se que: “O ocultamento da morte, na maioria dos currículos médicos e na formação médica, passa pelo fato de que não só os saberes biológicos são ditos como saberes verdadeiros”. (AZEREDO, 2007, p. 87)

Até mesmo porque, sabe-se que:

O uso da racionalização, seja pelo fato de ter sido aprendida, incentivada durante a formação médica, ou ainda, por ser uma estratégia derivada de condutas pessoais, apresenta certa disfuncionalidade no momento em que a mesma é utilizada em todos os momentos de modo indiscriminado. E, por mais que, ofereça alguma proteção no sentido emocional, de resguardar, esta depende de muita energia para que a pessoa esteja sempre mantendo tudo sob controle. (CANO, 2008, p. 140)

Muitas vezes, o médico e seus formadores estão preocupados somente com o cuidado do outro, esquecendo-se do autocuidado, ou seja, das questões relacionadas à sua pessoa e isso dificulta a formação do futuro profissional no sentido da humanização, tanto que:

Ao que parece, não é apenas o estudante que não se estuda, mas também os docentes, os demais profissionais responsáveis pelas práticas, os gestores do ensino e dos serviços. Enfim, todos os envolvidos no contexto da formação estão mais interessados em estudar o outro e não a si mesmos. Não há como falar em humanização da formação sem abordar o contexto de sociedade em que vivemos atualmente, repensar e repassar em conjunto – gestores, professores, alunos, profissionais e gestores dos serviços – as lições sobre a ética humanística, que abrange a ética da responsabilidade, da justiça, da generosidade, do respeito ao outro, e discutir profundamente sobre como estão sendo praticados esses valores (AZEVEDO, 2009, p. 593).

Sabe-se que essas práticas de ensino se baseiam no acúmulo de informações e não na formação humanista que possibilitaria uma formação baseada na troca de experiência e no compartilhamento da construção coletiva do conhecimento. Kovács (2004) ressalta ainda que, durante a disciplina de Anatomia, no início do curso médico, a doença e a morte são descaracterizadas, e os futuros médicos entram em contato com a morte despersonalizada, devendo reprimir qualquer sensação de repulsa, nojo ou desespero. Pois:

Essas experiências traduzem um aprendizado voltado mais para o acúmulo de informação (primeira etapa do conhecimento) e carentes de tempo ou propósitos para realizar-se a reflexão (no mínimo) sobre atitudes e ações. Esse tipo de ensino cria um estudante disperso, defensivo, com pouca reflexão interior sobre si e quase nenhuma visão acurada do outro, seja ele seu colega, o docente ou o paciente. São experiências de aprendizagem que se voltam mais para ver o outro como um objeto, baseadas na relação EU-ISSO (AZEVEDO, 2009, p. 593).

O ideal seria:

A humanização da formação médica necessita, dentre outras demandas, de “um outro professor e um outro estudante”, mais preocupados em se desenvolverem como “pessoas em sua totalidade”, e não apenas nos papéis fragmentados que exercem. Os espaços de escuta dos discentes devem ser cada vez mais ampliados e devemos instituir os espaços de escuta dos docentes, nos quais se possa ter a condição de refletir e decidir que docentes queremos ser (AZEVEDO, 2009, p. 594).

Fica como desafio para o século XXI a criação de práticas inovadoras que abordem o tema da humanização no fazer em saúde, como menciona Ferreira (2007, p. 206):

Outro desafio para o século XXI é a necessidade de humanização da saúde. A adaptação do currículo médico à visão moderna de saúde – através das novas diretrizes curriculares dos cursos de medicina no Brasil – representa uma importante conquista neste aspecto. Além da diversificação dos cenários de aprendizagem – incluindo treinamento junto à comunidade, em unidades básicas de saúde, ambulatórios, serviços de emergência e enfermarias de hospitais comunitários, a consolidação definitiva desse novo olhar para a saúde exige também o incentivo cada vez maior de projetos na área de medicina preventiva.

A literatura salienta que o modo como as pessoas lidam com 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 e questões relacionadas a ela. Em razão de o médico ter como função primordial salvar a vida dos seus pacientes, e sendo essa responsabilidade agravada pela responsabilidade de ter que tomar decisões rapidamente, já que precisa lidar com o inesperado; muitas vezes, esse profissional tem que enfrentar situações de impotência e fracasso diante da perda de um paciente. Interessante perceber que:

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 (QUIRINO, 2007, p. 87).

É importante também salientar a necessidade de reformulação das grades curriculares dos cursos de medicina. Segundo Nader (2009), a necessidade de humanização no ensino acadêmico tem conduzido à reestruturação de alguns cursos de Medicina, com a incorporação da Psicologia Médica, por exemplo.

Algumas universidades da cidade de São Paulo e outras no interior do estado, até 2005, não havia no currículo a disciplina: Psicologia Geral e do Desenvolvimento, que discute a concepção do aluno sobre a morte, apresentando conceitos teóricos sobre o tema e propondo atividades práticas a fim de sensibilizar os discentes para uma atitude mais globalizada frente ao paciente e ajudá-los a lidar melhor com seus sentimentos, principalmente em situações de perda e morte.

Com a reestruturação da metodologia de ensino dessas instituições e a introdução do Ensino Baseado em Problemas (PBL – Problem Based Learning), extinguiu-se essa disciplina. O que se esperava era que as atividades tutoriais do PBL garantissem, além do conhecimento técnico-científico, reflexões, nas quais os tutores e consultores capacitados dividiriam suas experiências e promovessem o desenvolvimento da temática nas esferas teórica, prática e pessoal com os alunos. Nader (2009, p. 414) menciona que:

Somente com uma formação adequada e decisões corajosas da sociedade por meio de seus representantes nos poderes de Estado é que se conseguirá aliviar os ombros do médico do enorme peso que a vivência, no isolamento de seus próprios juízos, tem que fazer na arena em que o morrer e a morte se colocam.

A OMS (Organização Mundial da Saúde), já em 1986 definiu que:

Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal; não apressar ou adiar a morte; oferecer alívio da dor e de outros sintomas que causem sofrimento; integrar os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados ao paciente; oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família no enfrentamento da doença do paciente e em seu processo de luto.

Sendo assim, de acordo com Kovács (2008, p. 466):

Entendemos como educação para a morte a que se faz no cotidiano, envolvendo comunicação, relacionamentos, perdas, situações limites, nas quais reviravoltas podem ocorrer em qualquer fase do desenvolvimento. Está calcada nos questionamentos, na procura do autoconhecimento, na busca de sentido para a vida, o verdadeiro sentido de aprendizagem significativa. Nunca se trata de dar receitas, respostas simples, padrões, normas ou doutrinação, é a busca do sentido para toda a existência.

Recorrendo ao Código de Ética Médica – 2009, ele também já apontava que:

- Capítulo I - PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

XXII – Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

- Capítulo IV – DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

- Capítulo V – RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Penso que esses já identificaram e apontaram para a importância de se rever o modo como médicos eram e são formados e exercem suas práticas profissionais no que diz respeito ao manejo da morte e seus processos – reforçando a necessidade de abarcar e cuidar das questões humanas presentes nesses contextos e o investimento desnecessário pela cura e vida desrespeitando a morte como fazer natural do desenvolvimento humano.

Uma formação no seu sentido amplo, que transcenda o acadêmico e que necessita ser reelaborada, ao passo que fica claro, que há décadas se questiona a prática médica em relação ao tema da morte. Mudanças e iniciativas já pontuadas, algumas delas ainda engatinham, mas permanece como desafio a formação de pessoas para se tornarem futuros profissionais mais humanos e dispor de condições para encontros humanos em diálogo e relação com aspecto tecnológico – *medicina preditiva*.

[...] Penso que todo médico deveria ser preparado para nunca abandonar seu paciente, mas na faculdade aprendemos apenas a não abandonar a doença dele.

(ANA CLAUDIA ARANTES –

A morte é um dia que vale a pena viver)

CAPÍTULO IV:

A ESCUTA CLÍNICA

*Escrever é um caso de devir, sempre inacabado, sempre em via de fazer-se,
e que extravasa qualquer matéria vivível ou vivida.*

*É um processo, ou seja, uma passagem de
vida que atravessa o vivido.*

(DELUZE –
Crítica e Clínica)

A escuta clínica é o encontro humano desprovido – colocado em suspensão por parte do profissional – da moral, do julgamento, da expectativa e de um a priori; é estar com o outro em um encontro que é o simples estar na presença do outro – *abertura* para o que há de mais humano, *existência*. Pois, “O discurso é um lugar, uma posição, não é um título acadêmico ou uma profissão, então qualquer um pode ocupar essa posição passando a falar e atuar a partir dele”. (SIMONETTI, 2015 p.146)

O autor ainda aponta para quatro tipos de discurso: *Discurso do mestre* (o médico conhece a experiência do paciente pela sua própria sabedoria de vida); *Discurso do cientista* (o conhecimento do médico fundamentado na ciência); *Discurso da histeria* (projeção do paciente no médico do saber da cura) e; *Discurso do analista* (o paciente detém o conhecimento de si mesmo e que, sem o qual não há cura possível).

Na perspectiva de uma escuta clínica fenomenológica, posso compreender que se trata do ato de acolher o sofrimento do outro não expressado e nem simbolizado de outra forma. Escuta não é o lugar do mestre, da moral e nem do julgamento, mas é nomear o bem dizer do mal e não dito, é um encontro humano e por isso ético – que perpassa, atravessa e acolhe as sedimentações humanas.

Liberato (2015) afirma que, na psicoterapia – escuta clínica, acontece um espaço de fala expressiva e escuta especializada, um encontro que possibilita a abertura para escuta do necessário, urgente e essencial para aquele que fala e se expressa para além do verbal e que, por assim ser, traz consigo a moral – conjunto de crenças e valores – para um lugar ético por se tratar de um encontro humano desprovido de julgamentos por parte daquele que ouve, acolhe e compreende o dizer como possibilidade humana, que:

Para clarificar o conceito de ética convém distinguir três noções que costuma se confundir: ética, moral e lei. A moral se refere aos costumes e às práticas ligadas as tradições, e geralmente é transmitida de forma oral; a lei é uma proibição ou regulamentação bastante explícita, que foi escrita e instituída por alguma autoridade formal, e geralmente encontra-se compilada nos códigos legais; já a ética refere-se às escolhas do indivíduo em relação a como se comportar na vida com seus semelhantes. (SIMONETTI, 2015 p.146)

Inevitavelmente no encontro com os participantes esteve presente minha própria trajetória profissional como psicólogo clínico experiente – lugar e posição de escuta clínica – que me possibilitou acessar a experiência profissional do médico com a morte e formação – história de vida doada/compartilhada comigo. A habilidade da escuta clínica tornou-se presente na escuta científica com expressividade e disponibilidade para o encontro de quem tem algo a falar com o psicólogo preparado para escutar. E,

Se esse encontro de fato acontecer e conseguir ter representatividade e significância suficientes para as transformações que virão, as duas pessoas envolvidas nunca mais serão as mesmas. A aliança terapêutica que emerge da confiança, colaboração e parceria entre essas duas pessoas disponíveis para o crescimento e desenvolvimento será a base para o exercício da empatia, o calor humano, o apoio, a compaixão, a amorosidade e a autenticidade que promoverão a abertura para outras formas de pertencer a vida e gerar novos projetos existenciais (LIBERATO, 2015, p. 156)

Na contramão desse encontro com o psicólogo, a questão da subjetividade não é objeto de análise do médico e sim a vida orgânica do sujeito. Estar diante da morte é estar frente ao próprio drama existencial permeado pela impotência do não mais poder *fazer* viver – discurso do mestre, médico e da ordem da completude por estar na presença da morte que é estar lançado na incompletude. Para Simonetti (2015),

A razão da medicina não valorizar a subjetividade não é por considerá-la desimportante para o ser humano, e sim por considerá-la de pouco valor científico – aliás, desnecessária desse ponto de vista. É possível ser científico e alcançar bons resultados práticos sem levar em conta a subjetividade. (p. 29)

O médico geralmente se vê na certeza, de que não cabe dúvidas e que demanda decisões *corretas*. Estar diante da morte é não ter respostas para nenhuma dessas questões. E, ao mesmo tempo, a escuta clínica se apresenta como uma possibilidade de acolher e possibilitar ressignificar e ampliar a compreensão da existência humana que abarca o nascimento e morte de todos viventes. Considera Simonetti (2015) que:

Uma forma de valorizar e desenvolver a subjetividade dos médicos seria promover uma aproximação com a literatura e as artes em geral, mas o que assistimos atualmente é justamente um afastamento da medicina, não só do

campo artístico, mas também daquelas disciplinas da área das humanidades. (p. 38)

A prática médica é focada na prescrição pela busca da cura para a doença diferente de promover uma escuta clínica – prática da psicologia – que acolhe o incerto. No entanto, diante das indeterminações da vida, mesmo com verdades científicas dadas, o médico também está diante de inúmeras possibilidades de escolhas sobre si mesmo na lida cotidiana e tem nas mãos a responsabilidades sobre a vida do outro.

O médico está interessado em salvar vidas, mas pouco quer saber do que essa vida significa para quem a vive. É como se não pudesse fazer as duas coisas, como se ao interessar pelos significados existenciais perdesse em eficácia clínica. (SIMONETTI, 2015 p. 29)

Heidegger (2012) diz que: “A interpretação existencial da consciência deve expor um testemunho de seu poder ser mais próprio” e que “o que se testemunha é, pois, apreendido no ouvido que compreende o apelo sem deturpações” (p. 376). Somente a partir de uma escuta clínica desprovida de julgamento, o indivíduo poderá expressar sua experiência – os significados do seu vivido.

A minha singularização como pesquisador e psicólogo, disponibilizada na escuta clínica como um modo de compreensão do testemunho da vivência dos médicos, proporcionou um momento único na relação como elemento especial, singular e essencial no ato de doar suas experiências de vida e morte nas entrevistas e no grupo focal ao entrar em contato, na presença da escuta clínica, com sua dor frente à morte que, mesmo sendo essa eventualmente inusitada e negada, se faz presente na sua formação e prática profissional. Simonetti (2015) questiona:

Será que é possível aliar a eficácia prática da medicina com a valorização da subjetividade, ou a eficácia da ordem médica é devedora fundamental da exclusão da subjetividade? E se não for possível a inclusão da subjetividade no âmago do discurso médico, o que faz o psicanalista na cena hospitalar, cria uma “outra cena” paralela a esta? (p. 133)

A morte para o médico é comumente entendida como fracasso profissional. E tal experiência dá voz ao testemunho de como é a lida médica para além de dados, condutas profissionais e estigmatizações, proporcionando ao profissional se aproximar do que é próprio – *seu/nosso* – condição humana de vida e morte.

Já a subjetividade do médico, que não entre no seu cálculo clínico, na verdade atrapalha, é excluída tanto pessoalmente quanto tecnicamente, ou seja, é sistematicamente excluída da pessoa do médico e do método por ele usado, o científico. (SIMONETTI, 2015, p. 74)

Importante compreender que saúde não é ausência de doença, e sim o manejar com a vida na sua complexidade com enfoque no bem estar. Os profissionais devem favorecer a dignidade da morte e isso é difícil de ser encontrado no meio médico que diante da morte não sabe o que fazer. Liberato (2015) considera: “completamente inverossímil defender uma neutralidade que nos sequestra dos cenários do processo de viver” e completa:

Fazemos parte do viver e, por causa disso, nós nos alegamos com acontecimentos, entristecemos com nossas adversidades, temos medos e inseguranças decorrentes de situações diversas, encontramos dificuldades de toda ordem, adoecemos e morremos como qualquer ser humano vivo. (LIBERATO, 2015, p. 164)

Numa perspectiva técnica e/ou prática humanizada, talvez o médico considerasse a morte como sendo parte e etapa da vida. Sendo assim, ele a abarcaria e a acolheria no momento em que ela ocorresse mas, que pela sua própria formação ou falta dela, especialmente voltada para as questões da morte em diálogo com sua própria compreensão de vida e morte, na presente de outro ser humano, ele se abre e se recoloca em contato com sua própria condição humana – *vida e morte*, dificultando o manejo desse evento. Simonetti (2015) compreende que:

O “lugar do morto” é um semblante, o analista sabe que não está nada morto, reconhece a existência de suas pulsões e desejos, e apenas faz de conta que nada há; o médico talvez acredite mesmo que se livrou de suas particularidades, de suas emoções e desejos ao adotar a objetividade científica. (p. 73)

Diante do meu lugar de escuta clínica possibilitou cada participante desta pesquisa revisitar e descrever seu testemunho da sua história de vida com o tema em questão – morte de seus pacientes focando para os aspectos da formação em uma narrativa como sujeito vivente.

Importante salientar que compreender o humano através da escuta não é propriedade do médico que, refinado, também transcende o curso de psicologia por si só – possibilitada pela disponibilidade do encontro entre dois humanos disponíveis para tal e amparado pela psicologia como ciência do comportamento humano – estrutura adaptativa. Compreende Simonetti (2015) que:

[...] não é no lugar de mestre ou de professor que trabalha o psicanalista. Não se trata de ensinar ao paciente como viver a doença, pois não sabemos qual é a melhor maneira; trata-se de ajudá-lo a descobrir sua maneira possível de fazer isso, e acompanhá-lo no que for também possível [...]. (p. 139)

Ser psicólogo não significa estar preparado para lidar com a morte, assim como o médico que também não está necessariamente; mas que possibilita ter uma escuta diferenciada e proporcionada a partir de encontros humanos que poderia ser apresentada na formação acadêmica do médico como forma de acolhimento do sofrimento humano vivenciado pelos profissionais da saúde no seu fazer profissional.

Devemos pensar na formação do profissional de saúde, levando em consideração um processo educativo dinâmico e contínuo para que possamos nos tornar capazes e competentes para assistir àquele que sofre. (LIBERATO, 2015, p. 170)

O lidar com a morte está pouco representada atualmente na maioria dos cursos de formação de profissionais da saúde em geral, a título de informação. O mais importante seria a validação dos encontros humanos. Nesse sentido, a psicologia tradicional e comportamental não atenderia a demanda apresentada por ser ortopédica e servida para adaptar sujeitos.

Olhar para própria história de vida como narrativa possibilita construir um acolhimento do humano na sua presença a partir da perspectiva da fenomenologia apresentada como possibilidade através da escuta clínica. É um estar com o outro que também demanda cuidado e validação desse para acolher e estabelecer um diálogo intersubjetivo.

A clinalidade é a dimensão instrumental de uma ideia, e a intelectualidade é uma dimensão teórica. A clínica e a teoria são como as duas asas de um pássaro: necessárias, ambas. (SIMONETTI, 2015, p. 23)

Estar diante da morte é estar em um lugar comum do humano e não somente do saber técnico – *médico*. Há uma demanda de um saber objetivo principalmente sobre a morte e o morrer. Saber objetivo de extrema importância, mas que por si só, não abarca e acolhe o sofrimento humano presente e expressado nas relações estabelecidas com médicos em processos de morrer. “A medicina impõe seu discurso e opera a dessubjetivação na cena hospitalar não apenas pelos atos, mas também pelo jeito de falar, pelas palavras, por sua linguagem”. (SIMONETTI, 2015, p. 53)

Questiono como *ensinar* pessoas a se colocarem em um lugar *vazias de si* disponíveis para se fazerem presentes diante do outro para construir e lapidar o seu modo de lidar com a morte - *ambos*? Demanda o não julgar em forma de suspensão dos seus valores para se colocar em escuta autêntica e abarcar o existir do outro como diálogo subjetivo do já elaborado e ressignificado por mim. O que torna ainda pior quando penso que, de acordo com Simonetti (2015): “A medicina se constitui cada vez mais em uma clínica da imagem, e assim vai se distanciando da psicanálise e de todas as abordagens que funcionam baseadas na clínica da escuta”. (p. 60)

A morte não humaniza o médico, mas o possibilita vivenciar sua condição de existente naquele encontro que é estritamente humano – a *morte*. Se não soubermos lidar com ela, logo não saberemos lidar com a vida. É se deparar com a própria angústia de existir. “Insistimos que, se a subjetividade não conta para o diagnóstico, ela é de grande importância para a terapêutica”. (SIMONETTI, 2015, p. 137)

A ciência tem a função da completude, de dar respostas objetivas para o real e de dar sentido àquilo que o angustia, algo que a escuta clínica disponibiliza como regaste do que é humano – a angústia do existir. A medicina é construída para dar respostas e a escuta para dar vazão aquilo que não se responde objetivamente, mas que poderá ser acolhido, compreendido e ressignificado no encontro humano.

O importante é entender que a formação acadêmica prepara o profissional para determinadas demandas com respostas objetivas. Sair deste lugar é possibilitar o encontro humano, no qual as vivências se dão e se apresentam nas suas diversas formas de expressão. Vaz (2019) afirma que na comunicação “importa não esquecer que o cuidar é tão importante como o curar” (p. 35).

Nesse sentido, o método fenomenológico é muito bem vindo por validar esse *não ter respostas* a priori com forma de possibilitar e acolher a expressão do humano no encontro com o outro. “Compreender, na clínica psicológica existencial, consiste em acompanhar aquilo que o outro tem a dizer, bem como a estrutura de sentido que sustenta seu modo de ser, deixando que a situação em que ele se encontra apareça para ele de modo que, diante disso, ele possa decidir-se”. (FEIJOO, 2017, p.125)

Neste capítulo é possível demarcar o lugar da escuta clínica como apropriação e construção da experiência com o outro em relação à morte, em especial. A liberdade da escolha é geradora de angústia por ser retirada diante da morte; a psicologia e a religião lidam com a angústia por trajetórias opostas: a religião recorre a moral para apaziguar os homens com a função de amenizar tal angústia; já a psicologia recorre à ética, narrativa, diálogo e sustentação dessa angústia a fim de validar o modo como a pessoa lida com esse vazio, até então, de forma solitária. E para Simonetti (2015):

[...] nenhuma abordagem cuida do ser humano como um todo, pela simples razão de que isso não é possível de ser feito. Pensar o ser humano com um todo até pode ser possível, mas ninguém consegue cuidar ao mesmo tempo de todos os aspectos do homem. (p. 138)

Acolher a angústia do outro diante da morte em um encontro humano foge do lógico, real e concreto que não possibilita uma síntese, só indeterminação. Refere-se à angústia

advinda do não saber o que fazer e como lidar – despreparo – na presença do não nomeado e pré dito – determinado.

A prática é sempre pontual, incide em certo ponto; os efeitos podem ser sistêmicos, globais, holísticos, mas não a ação. Defendendo uma espécie de articulação entre níveis diversos de intervenção, e não uma espécie de panaceia [...]. (SIMONETTI, 2015, p. 138)

O vazio é uma experiência singular diante do inevitável – a *morte*. Apenas minha formação em psicologia isoladamente não me fez ser o psicólogo que sou como também a do médico, geralmente não o humaniza por ser da ordem da lógica, e não da experiência humana como compreensão e fazer ético – modo perpassado pela ética como possibilidade de encontro da condição humana para além das sedimentações da moral.

Acontece que essa visão de que a ética da medicina é a ética da cura é uma visão apressada e superficial. [...] a verdadeira ética médica é a ética do cuidado, como expressa há mais de 2 mil anos no aforismo hipocrático: “Curar sempre que possível, aliviar quase sempre, cuidar sempre” (SIMONETTI, 2015, p. 132)

O discurso médico e o conhecimento da medicina não dão conta da morte e do morrer. Apenas o alargamento da posição da escuta possibilita abarcar e acolher o encontro como captura da experiência vivida do indivíduo tal como ela se dá, que transcende os pressupostos. Liberato (2015) defende que os profissionais de saúde precisam, para além da formação técnica, uma formação humana no intuito de:

[...] aprender a conhecer os próprios limites e respeitá-los é cuidar de si, do outro e da qualidade da relação. Qualquer expectativa que ultrapasse aquilo que somos sensibiliza demandas de onipotência e impotência, tanto para o profissional quanto para o paciente (p. 172)

A escuta clínica descarta molduras, exige o *estar* por inteiro e, neste encontro com o outro, possibilita uma escuta autêntica a partir da vivência do outro compartilhada comigo. Eu tenho uma escuta que parte da minha experiência clínica de mais de uma década que, em diálogo com o método fenomenológico, parto dessa abertura de possibilidade de escuta como acolhimento do dito pelo sujeito sobre sua experiência frente à morte do seu paciente. Então, não se busca captar/colher o já dito e sim buscar e acolher a singularidade do modo como o médico vivencia a morte do seu paciente.

Feijoo (2017) observa que: “o homem moderno, tomado pelo modo de pensar da antecipação e do controle, não se demora frente às coisas” e assim “não vê, apenas conhece”

(p. 82). A escuta e a fala desta vivência de morte abre essa oportunidade de olhar, refletir e expressar uma experiência e ser compreendido a partir dela.

Eu compreendo o sofrimento da ordem do humano que se particulariza para a pessoa pela sua vivência/experiência, possibilitando escapar da massa, do todo, de como todos/demais médicos lidam com a morte na sua prática profissional. É na descrição da experiência de cada entrevistado, que me dispus escutar e compreender os significados das suas vivências de vida e morte. De acordo com Simonetti (2015):

Quando uma ideia ajuda a resolver um problema teórico, ampliando nossa concepção do fenômeno em estudo, dizemos que ela tem alta intelectualidade, e dizemos que ela tem alta clinalidade se ajuda a resolver um problema de tratamento, se favorece em qualquer sentido a prática clínica. (p. 23)

A moral oferece respostas generalistas; em uma perspectiva ética, escutando e compreendendo um a um, compreendo o sujeito na sua singularidade possível de expressar o que é o seu existencial – morte do seu paciente. Em entrevista, o médico Vaz (2019) afirma que: “o simples fato de se sentir compreendido e respeitado é, em si mesmo, terapêutico” (p. 15).

A morte é conhecida e vivenciada na prática médica, diferente do que é para aquele indivíduo – aluno – que expressa sua vivência pessoal com a morte proporcionada pela sua história de vida e presente na formação acadêmica que pode, a partir desse ressoar, ser tornado em processo de ensino aprendizagem como condições para dialogar com o já dito e explicado teórico e objetivamente na medicina preditiva, dialogada com as questões humanas nos processos de cuidado.

Enquanto o psicanalista tem a teoria da transferência para lidar com essa questão das emoções desencadeadas no encontro clínico, o médico nada tem de similar, não tem nenhum recurso teórico ou técnico para lidar com a subjetividade, então só lhe resta considerá-la inexistente, tanto no paciente quanto em si mesmo. (SIMONETTI, 2015, p. 74)

A fenomenologia dá lugar à subjetividade possibilitando um retirar de âncoras do sujeito por tratar-se de uma escuta que transcende o objetivado e não disponibilizado também no curso de psicologia como escuta – possibilidade dispensada pela fenomenologia como escuta clínica que abarca a experiência vivida do outro e para o outro. Pois,

O corpo humano é perigoso para o sujeito que o habita. Embora os existencialistas enfatizem que viver é mesmo um risco, com ou sem adoecimento, cabe ao psicanalista que trabalha no hospital olhar com cuidado a relação do paciente com seu próprio corpo adoentado. (SIMONETTI, 2015, p. 113)

Eu faço uma ruptura com um status que me credencia como psicólogo dentro de uma forma que também é descritiva e que, ao sair deste lugar, eu também crio e construo minha trajetória lançando mão da pretensão de criar respostas como proposto pela ciência que, como analista fenomenológico, eu instituo o meu lugar de escuta na relação de acolhimento deste modo de ser do outro num fazer ético. Pois, “Na ética, o sujeito responsabiliza-se por suas escolhas, arcando com as consequências, já na lei e na moral, o sujeito usas as duas para se desresponsabilizar individualmente”. (SIMONETTI, 2015, p. 131)

Ao instituir este lugar da escuta clínica, nasceu minha questão norteadora, objetivada na minha intencionalidade possibilitando um diálogo intersubjetivo possibilitado pela psicologia e fenomenologia como forma de diálogo e compartilhamento do vivido.

Ao constituir uma pergunta norteadora eu estou em uma posição diferenciada de escuta e distante de todo saber construído para tocar esse profissional que vivencia sua experiência de morte na sua prática profissional em diálogo com sua formação que, ao ressoar no sujeito a questão norteadora, o mobiliza por dizer e convidá-lo expressar aquilo que é próprio do seu vivido em diálogo com o discurso ancorado da própria medicina, considerando que: “O discurso médico favorece a intimidade física, mas esta não se faz acompanhar de uma intimidade subjetiva”. (SIMONETTI, 2015, p. 71)

Daí que vêm o indivíduo com seu mundo vida, uma existência repleta de experiências. A questão norteadora parte da minha existência e experiência – intencionalidade (termo discutido no capítulo sobre Método Fenomenológico – cap. VI) – que, ao acessar o outro, toco sua existência e abro um campo para que ela se mostre e se coloque naquilo que é para ele a sua vivência de morte e formação como significação singular numa relação intersubjetiva. Para Simonetti (2015):

Se não conta no diagnóstico, a subjetividade é fundamental no prognóstico. Para o diagnóstico nosológico (saber qual doença acomete o paciente), a subjetividade pode não contar muito, mas para tratar essa doença em um paciente singular a subjetividade ganha contornos bem mais importantes. (p. 137)

O que está diante do profissional é o sofrimento – indivíduo adoecido – e não somente a doença. Trata-se de um discurso possibilitado pela escuta clínica. Nesse sentido, eu não me desvinculo do meu lugar de escuta que ultrapassa e transcende o fazer da clínica psicológica clássica. A escuta é talhada por um corpo existente e alargada como abertura para o outro que, no encontro humano, se traduz em um fazer ético. Pois,

O psicólogo e o psicanalista não são seres humanos especiais ou superiores, eles são apenas seres comuns que assumem, de vez em quando, no seu

contexto de trabalho, uma posição especial, é só isso. (SIMONETTI, 2015, p. 216)

Por assim ser, dispõe-se de uma escuta que não é apenas do indivíduo e nem somente para o sujeito, mas de um lugar ampliado e alargado que abarca a experiência humana frente a morte e o morrer no seu fazer profissional. É um colocar-se em um encontro que transcende o objeto do saber objetivado para acolher e compreender o sofrimento humano.

Clínico é todo aquele que se debruça, se inclina, em direção a alguém que sofre e demanda ajuda. E essa ajuda pode ser prestada com base em várias coisas, pode ser fundamentada na ciência, mas pode ser fundamentada na intuição, na tradição, na espiritualidade, na especulação, na criatividade, em muitas coisas. (SIMONETTI, 2015, p. 136)

Da morte como prosa a morte como poesia, um transcender da própria existência e entendida como evento cotidiano da prática médica tão evitada e não assimilada como etapa do desenvolvimento humano. Demanda um fazer permeado pela escuta clínica possibilitada pela fenomenologia, que busca na experiência vivida, o que é a partir da atribuição de significados e sentidos, expressados nas relações interpessoais e processos de comunicação nas relações de cuidado.

As relações e os processos de comunicação criados e desenvolvidos com o paciente influenciam diretamente na condução do tratamento. Comunicação que abarca não somente o verbal, mas também o não verbal, que demanda atenção e cuidado por parte do profissional na lida com essas pessoas que vivenciam seus processos de adoecimento e morte.

A relação médico paciente é bastante assimétrica do ponto de vista da intimidade e da subjetividade. O médico se relaciona muito mais com o corpo do paciente do que com a pessoa dele. (SIMONETTI, 2015, p. 71)

Inevitavelmente, em qualquer relação de cuidado, implicará o encontro de duas pessoas, o médico – especialista – que apresenta um saber científico e objetivo sobre determinada doença e o outro – paciente – que vivencia a doença. Importante salientar que ambos trazem em seu bojo conhecimentos e compreensões acerca da doença que demanda um diálogo que transcenda o objetivado. Isso requer tempo para o processo de assimilação que, para tanto, é muito bem vindo o olhar e a escuta para acolher a demanda do outro. Simonetti (2015) compreende também que:

Qualquer pessoa que adoce e passe a ser cuidada pela medicina gostaria de sentir que quem cuida tem um interesse genuíno por sua pessoa, que tem tempo para ouvir, além, é claro, de se competente. (p. 68)

Sabe-se que não se é possível cuidar sem invadir o espaço pessoal do paciente e, por isso, é necessário dispor de condições para *ler* o não verbal presente nas relações de cuidado. Só posso cuidar dos pontos citados se eu compreender que é impossível a não afetação nas relações de cuidado de ambos – paciente e profissional – que sempre serão afetados e modificados pelas suas experiências de vida e morte vivenciadas ao logo da sua vida profissional e pessoal. Compreende-se ainda que: “Cada um adoce com o que tem, com sua história e também com suas neuroses e sintomas”. (SIMONETTI, 2015, p. 139).

Aponta ainda que:

[...] são exatamente esses fatos e fantasias reais que se vão por água abaixo quando adoecemos e entramos no hospital, no pronto socorro ou na UTI. O sujeito é obrigado a perceber que, sim, ele pode morrer a qualquer momento, que ele não é um advogado ou professor, mas apenas um corpo perigoso e falho, que ele não comanda mais sua vida, nem nas pequenas coisas. Quando não é o adoecimento diretamente, é o setting no qual a medicina se propõe a tratá-lo que vai produzir essa destruição subjetiva. (p. 117)

Por isso que: “A relação médico paciente é uma das coisas que mais fazem falta na medicina [...] A medicina moderna não costuma ser criticada por falta de competência [...] e sim à ausência de uma relação mais humana entre os profissionais da saúde e o paciente”. (p. 68). Trata-se de uma relação que merece ser olhada e cuidada. Nesse sentido, é importante apresentar algumas iniciativas nessa perspectiva da escuta como cuidado para abarcar a subjetividade do médico, já presente e disponibilizadas em forma de programas de humanização de algumas universidades que:

[...] são alguns programas no âmbito das associações de classe (CRM – Conselho Regional de Medicina) e algumas faculdades de medicina que mais anunciam a existência do problema que sinalizam uma mudança de paradigma quanto à subjetividade do médico (CREMESP, 2014). A Faculdade de Medicina de Marília no estado de São Paulo, criou o Núcleo de Atendimento Psicológico e Psiquiátrico ao Corpo Discente (NUADI), que realiza orientação aos alunos e encaminhamento para psicoterapia. (p. 39) e Na Faculdade de Medicina da USP, em São Paulo, existe o GRAPAL (Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno). Segundo Milan, coordenador desse grupo: “[...] o médico enfrenta estresse em três áreas: a profissional (atendimentos difíceis, necessidade de muitos conhecimentos, medo de errar e falta de perspectiva na carreira), a situacional (privação de sono, dramas familiares e amorosos) e pessoal (saúde)”. Apesar de todos esses problemas, é característica a dificuldade do médico para pedir ajuda quando não está bem. (p. 41)

Permanecerá o desejo e o investimento pessoal, científico e acadêmico para que esses programas continuem sendo ampliados e para que novas iniciativas surjam para abarcar a subjetividade médica em forma de diálogo intersubjetivo objetivado na relação médico paciente como forma de uma fazer ético transcrito como cuidado humano.

O sofrimento emocional é muito intenso. Nele, o doente toma consciência de sua mortalidade. E essa consciência o leva à busca do sentido da sua existência. Sempre digo que medicina é fácil.

Chega a ser até simples demais perto da complexidade do mundo da psicologia.

(ANA CLAUDIA ARANTES –

A morte é um dia que vale a pena viver)

CAPÍTULO V:

MÉTODO FENOMENOLÓGICO

... quando deixo de aderir ao meu próprio olhar e, em lugar de viver a visão, interrogo-me sobre ela, quero testar minhas possibilidades [...] para surpreendê-la e descrevê-la.

(MERLEAU-PONTY –
Fenomenologia da Percepção)

A fenomenologia é caracterizada como uma escola filosófica iniciada na Alemanha no fim do século XIX e primeira metade do século XX; seu principal mentor e fundador foi Edmund Husserl (1859 – 1938), matemático e filósofo, que propôs e estabeleceu os conceitos desse novo método investigativo. Husserl, inspirado em seu professor e orientador Franz Brentano (1838 – 1917) apresentou o que seria um novo caminho investigativo – a fenomenologia e, com isso, uma crítica a ciência positivista da época.

Sua proposta enfatizava a necessidade de descrever o objeto investigado, denominado de *fenômeno*. Ainda, salientava que para a realização dessa descrição era necessário voltar-se para *a-coisa-mesma*, ou seja, no *mundo vida*, onde as experiências acontecem descrevendo e interrogando-as.

A teoria fenomenológica proposta, contou com outros pensadores; alguns deles discípulos do próprio Husserl, que assumiram a postura fenomenológica investigativa, como: Max Scheler; Heidegger; Merleau-Ponty; Sartre e Edith Stein. Esse novo método criado por Husserl e seguido por seus discípulos e adeptos, segundo Ales Bello (2006), não se caracteriza como dedutivo nem mesmo como empírico, mas sim, como uma reflexão sobre o/um fenômeno investigado.

Merleau-Ponty (2006, p. 1) define fenomenologia como sendo:

[...] o estudo das essências, e todos os problemas, segundo ele, resumem-se em definir as essências da percepção, as essências da consciência, por exemplo. Mas a fenomenologia é também uma filosofia que repõe as essências na existência, e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra maneira senão a partir de sua “facticidade” [...].

Essência entendida como estruturante na condição humana – *existência* – e que não diz respeito somente de um indivíduo, mas de todos que compartilham da mesma condição como

possibilidade de vivência, entendida como efetivação da relação da consciência com o mundo segundo a compreensão de Husserl.

A pesquisa fenomenológica tem como foco o estudo do fenômeno. É importante que se exponha o modo pelo qual se entende o significado de fenômeno nesta pesquisa, pois esse termo é empregado e trabalhado em diferentes campos do conhecimento que, por sua vez, assumem diferentes concepções de realidade, de conhecimento, bem como de procedimentos metodológicos.

A nomenclatura *fenomenologia* é formada pela união de duas palavras, a saber, *fenômeno*, que significa aquilo que se mostra mais *logia*, uma derivação de logos – tradução do grego que apresenta um dos seus significados como sendo pensamento.

O fenômeno se mostra para quem o olha, para um sujeito encarnado, intencionalmente dirigido para o que solicita da sua ação. Entretanto, o fenômeno não se mostra em si; “... assim, o fenômeno é o que se mostra em um ato de intuição ou de percepção”. (BICUDO, 2011, p. 30), ou seja, não se trata de um objeto dado que possa ser manipulado por um sujeito observador.

Para Bicudo (2011) não é questão de assumir-se sujeito e objeto como geneticamente separados no desenrolar do processo de conhecer e, sim, assumir que o fenômeno se mostra para aquele que o foca de modo atento, percebendo as diferentes modalidades delineadas como fenômeno, considerando todo o entorno em que o fenômeno faz sentido.

Mediante o exposto, o fenomenal, focado pelos atos intencionais do sujeito que o olha, já se caracteriza como fenômeno, pois está abarcado pela consciência. Nessa direção, para a fenomenologia “... nada há fora da consciência, mas essa tudo abrange...” (BICUDO, 2011, p. 31). Desse modo, movidos pela intencionalidade, assumimos que ela não é o início de..., mas sim o que nos move para algo, em direção à...

Nessa perspectiva, assumimos o conceito de fenomenologia proposto por Husserl, como uma incessante busca pela reflexão daquilo que se mostra – *fenômeno* – a partir de um olhar intencional. Segundo Bicudo (2011), fenômeno é o que se *mostra na intuição ou percepção*, e logos é o *articulador dos atos da consciência*. Esse processo de organização é também realizado com a linguagem que do mesmo modo possibilita a constituição da intersubjetividade.

Ainda, como é destacado nas obras de Bicudo, “... são apontados pares que já anunciam posturas em relação ao modo de tomar o fenômeno como o foco de investigação”. (BICUDO, 2011, p. 18), quando o par fenômeno/percebido indica que a qualidade é percebida, mostrando-se na percepção do sujeito, evidenciando que não existe um

afastamento entre o percebido e a percepção daquele que percebe, “... uma vez que é exigida uma correlação de sintonia, entendida como doação, no sentido de exposição, entre ambos”. (BICUDO, 1999, p. 19).

A percepção ocorre no agora da realização do próprio ato e o percebido é deslocado para o fluxo da lembrança, podendo ser elaborado em atos da consciência, de maneira a construir a compreensão e a interpretação, articuladas e passíveis de serem expressas em linguagem. Sendo assim, apenas se pode falar do par percepção-percebido mediante a descrição disso que foi percebido e elaborado intencionalmente, solicitando que a descrição do que se mostrou, seja analisada e interpretada, atentando-se para a ambiguidade própria da linguagem pela qual é exposta, dada a densidade de sentidos que ela transporta.

A consciência para Husserl é caracterizada como fonte doadora originária de sentido, apresentando-se como fonte de significado para o mundo. Este se apresenta à consciência, que por sua vez, atribui sentido às coisas mundanas. Entretanto, Husserl trata a consciência como algo puro, na qual se realiza o puro ver das coisas: a consciência que vê é composta pelos atos de pensamento, formado de modo determinado; e as coisas, apesar de não serem os atos de pensamento, constituem-se, contudo, nesses atos e tornam-se presentes neles. Desse modo, pode a consciência fazer com que o mundo apareça como fenômeno.

Husserl (2012) expõe três conceitos de consciência: a primeira como consistência fenomenológica real do eu empírico, como o entrelaçamento das vivências psíquicas na unidade do seu curso; a segunda, a consciência como percepção interna das vivências psíquicas próprias e; a terceira e última, a consciência como nome coletivo para toda a classe de atos psíquicos ou de vivências intencionais.

Nesse sentido, as percepções são *vivências* ou *conteúdos de consciência*, como as representações da imaginação e da fantasia são atos do pensamento conceitual, como as pressuposições e as dúvidas, as alegrias e as dores, as esperanças e os temores, os desejos... De modo que esses tenham lugar na consciência do sujeito. A consciência é uma atividade de projeção que deposita os objetos diante de si como traços de seus atos, mas que se apoia neles para passar a outros atos de espontaneidade.

Ales Bello (2006) ressalta que o ser humano, por possuir sensações da visão e do tato, é constituído por uma estrutura específica, pois ambas sensações são vivenciadas, ou seja, são registradas por meio da capacidade de dar-nos conta de, onde o percebido se apresenta como resultado da percepção e “... esse dar-se conta é a consciência”. (BELLO, 2006, p. 31).

Essas sensações são vivências registradas pelos sujeitos e delas esses tomam ciência. Assim, a consciência significa que, “... enquanto nós olhamos, nos damos conta de que

estamos vendo, ou que, enquanto tocamos, nos damos conta de tocar”. (BELLO, 2006, p. 33), sendo a dimensão em que nós registramos os atos realizados.

O ato de *darmo-nos conta* diz da reflexão, do voltar-se sobre o percebido, na dialética do perceber-percebido ou do ver-visto, em que perceber é um movimento que nos põe em contato com o mundo e abre possibilidades de expressarmos e de constituirmos o sentido e compreendermos o significado das coisas que estão em nosso campo de percepção.

Segundo Husserl (2012), o ato de percepção ocorre no movimento do correlato ver-visto que, de acordo com Husserl, é a síntese *noesis-noema*, ou seja, o *sujeito que percebe* e o *percebido*, sendo sujeito e objeto compreendidos como indissolúveis.

Segundo Bicudo (2011), no fluxo de nossas vivências e no ato da percepção abarcamos o percebido e, também, o seu entorno, trazendo tanto a figura percebida quanto o fundo em que ela é destacada. No fundo em que a figura é destacada, estão os *cossujeitos*, os produtos culturais, a historicidade, os seres vivos e a natureza em geral e, quando expomos os aspectos que percebemos, estes dizem do todo. Essas percepções constituem nossa subjetividade com intensidades diferentes que seriam:

[...] os atos perceptivos que nos dão um primeiro nível de consciência. É como se fossem uma abertura do sentido à possibilidade de uma compreensão mais elaborada e refletida. Esta, por sua vez, seria aberta pelos atos reflexivos, entendidos como um segundo nível. São atos sobre a ação efetuada (BICUDO, 2010, p. 31).

Bicudo (2011) expõe que a *linguagem expressa as experiências vividas* no mundo-vida dos sujeitos que se mantém por meio da tradição, que se caracteriza como um movimento que carrega a historicidade do que está sendo focado. No *mundo-vida*, abarcam-se todas as produções científicas, religiosas, artísticas; enfim, as produções e as atividades humanas; nele, estão todos os seres vivos e a natureza em geral.

O mundo “... é, para nós, num fluxo permanente de mudança dos modos de doação, uma aquisição espiritual universal, que se formou e que continua se formando”. (HUSSERL, 2012, p. 92). “O mundo-vida é o solo para toda a práxis, tanto teórica quanto extra-teórica”. (HUSSERL, 2012, p. 116.), abarcando aquilo que nós voltamos intencionalmente.

A objetividade, entendida pela fenomenologia, é idealizada e constituída por sensações, intuições, compreensões, articulações de sentidos e de significados expressos em linguagem e partilhados, intersubjetivamente, por *cossujeitos* da comunidade. Na medida em que essa *co-compreensão* se repete de maneira bem sucedida, firma-se um modo duradouro. Esse é o processo que a tradição carrega, conduzindo os sentidos e produzindo novos significados que podem ser reativados pelos sujeitos.

Ales Bello (2006) afirma que a esfera da intersubjetividade é complexa, pois carrega consigo toda a questão da linguagem e da comunicação. Entretanto, existe um ponto importante que *se põe antes e que dá sustentação para a compreensão* dessa complexidade. Trata-se da compreensão de como o eu reconhece o outro como igual, sendo ele, primariamente, singular.

A empatia ou, conforme Ales Bello (2006) prefere se referir a esse ato, *intropatia*, diz do ato de o sujeito perceber o outro como seu semelhante. Ao perceber o outro como igual, esses indivíduos se intercomunicam de modo direto e com a linguagem expressa sentidos e carrega consigo significados, constituindo-se a esfera da intersubjetividade.

É nessa esfera que a produção do conhecimento ocorre, tornando-se objetiva ao ser, repetidamente e assumida na prática da comunidade. É colocada à disposição da comunidade, mediante as diferentes modalidades da linguagem, tais como: a escrita, a oral, a artística e a tecnológica.

A *psicologia pura* ou *fenomenológica* apareceu em um momento em que se necessitava de uma *via psicológica* à subjetividade. “Husserl, rejeitando o cientificismo naturalista e procurando fundar uma filosofia rigorosa, deparou com a necessidade de formular uma psicologia racional, pura e não experimental no estudo da subjetividade”. (GOTO, 2008, p.13) Possibilitando uma abordagem fenomenológica para a psicologia anos mais tarde. Entende-se ainda que:

O psicólogo autêntico, como explica Husserl (1991), que busca uma ciência rigorosa da vida interna intencional, deve adotar o método da *redução fenomenológica-psicológica*, porque só assim poderá sair da sua orientação natural-científica, como também a atitude natural na qual vivemos todos nós, também o psicólogo (GOTO, 2008, p. 221).

Segundo Edmund Husserl, em suas obras, o método fenomenológico compreende o sentido dos fenômenos investigados, composto por duas etapas; a primeira denominada de *redução eidética*, que corresponde à compreensão do sentido das coisas – sentido dos fenômenos – embora nem todas as coisas sejam compreensíveis e; a segunda caracterizada de *redução transcendental*, compreendida como uma reflexão sobre o sujeito e suas estruturas – o sujeito que busca o sentido do fenômeno. Para Goto (2008, p. 236):

Na concepção de Husserl, o sujeito psicológico não poderia constituir a si mesmo a partir das próprias vivências e menos ainda constituir as estruturas vivenciais a partir do que é vivido. Ao contrário, o sujeito psicológico tem como pressuposto um *a priori universal*, um sujeito transcendental.

Salienta Ales Bello (2006) que *compreender o sentido das coisas é uma possibilidade humana* e, ainda que se faça necessário a compreensão dos sentidos dos fatos e não a compreensão do fato em si, assume uma postura investigativa de cunho fenomenológico, no qual não basta dizer que um fato existe, e sim, colher a essência do fenômeno.

De acordo com Goto (2008, p. 221), a psicologia fenomenológica, concebida por Edmund Husserl (1859 – 1938), é uma ciência rigorosa com fundamento metodológico que sustenta o fazer psicológico. “A redução, exercida pela *epoché* psicológica, proporcionará ao psicólogo a suspensão de sua atitude ingênua e o reconduzirá ao seu objeto mais próprio: a vida anímica pura”. Ainda:

Além de a psicologia fenomenológica contribuir para o esclarecimento epistemológico das estruturas psíquicas universais, fundadas no mundo da vida (*Lebenswelt*), a disciplina também abre possibilidades para ampliar o atendimento da psicologia como profissão, seja no âmbito clínico ou social (GOTO, 2008, p. 237).

Posso compreender que a psicologia fenomenológica no seu ato de esclarecer as estruturas psíquicas originárias “... do nosso existir no mundo e com os outros, por fim evidenciar estruturas fundamentais em nossas relações cotidianas”. (GOTO, 2008, p. 238).

Nesse sentido, a fenomenologia me possibilita descrever e dialogar com a experiência de médicos tal como elas se mostram visando garantir o rigor e a fidedignidade da pesquisa por considerar a intersubjetividade, pois: “... é, em nós mesmos, que encontramos a unidade da fenomenologia e seu verdadeiro sentido...” (M.PONTY, 2006, p. 02) E, segundo Feijoo & Goto (2017, p. 1):

Essa ciência tem buscado, desde seu início, a fenomenologia como método de investigação, principalmente quando assume a perspectiva de que o fenômeno psíquico se constitui a partir da intencionalidade – como uma condição inerente à própria vida psíquica para além dela mesma – e, como tal, só pode ser alcançado enquanto vivência que se dá na imanência da consciência.

Posso compreender que, na pesquisa fenomenológica em psicologia, o pesquisador é ativo e está em foco também a sua subjetividade que propõe a locomoção em um solo histórico construído durante o tempo vivido como pessoa e como pesquisador. Neste solo, a interrogação floresce, instala-se como intencionalidade e se estabelece como interrogação geradora da investigação (BICUDO, 2010). E, “... na medida em que a consciência se realiza por meio de seus atos, ela sempre transcende o campo de realização desses atos. É nessa perspectiva que Husserl vai proceder a sua investigação da consciência intencional”. (FEIJOO & GOTO, 2017, p. 03)

De acordo com Giorgi (2006), uma análise fenomenológica só é possível com descrição das vivências para se identificar as estruturas sintéticas e universais. A fenomenologia não trabalha com o objeto em si e sim com a relação e o objeto percebido, ou ainda, o ato de perceber; porém, ela não nega o objeto em si... para produzir conhecimento, ou seja, a descrição do percebido pela descrição do intuído, que de acordo com o autor:

Para a fenomenologia husserliana, a consciência não tem conteúdos autonomamente dados, com os quais a consciência poderia se deparar ou não de maneira fática. Objetos não subsistem nem externamente de modo independente, nem internamente como um construto da subjetividade. Ao contrário, a consciência se faz, nesse caso, em sintonia direta com um espaço correlato de imanência-transcendência, no qual surge a relação entre consciência intencional e objeto correlato. [...] a fenomenologia de Husserl consiste em um método interrogativo do fenômeno que jamais se reduz aos fatos. Nesse empreendimento, o estudioso destaca pelo menos três procedimentos metodológicos que são imprescindíveis na psicologia e demais ciências humanas. O primeiro é adotar uma atitude fenomenológica, que consiste em uma suspensão (epoché) de todo e qualquer posicionamento ontológico-epistemológico frente ao que pretendemos investigar. Depois, trata-se de encontrar a instância do fenômeno que nos interessa estudar. Em um terceiro momento, utilizar o exercício da variação livre da imaginação para poder reconduzir o fenômeno ao campo intencional onde ele se faz fenômeno e, assim, alcançar a sua essência, considerada como sentido/significação. Por fim, descrever a essência do fenômeno que se alcançou por meio a todo esse processo (GIORGI, 2006, p. 5).

Para Feijoo & Goto (2017), muitos foram os autores que se debruçaram sobre o método fenomenológico na psicologia, dentre eles: Giorgi (2006 e 2009); Giorgi & Sousa (2010); Andrade & Holanda (2010); Castro & Gomes (2011); Branco (2014) entre outros; e todos consideraram os pressupostos de Husserl (1927/1990), que sugere que saíamos do âmbito exclusivamente psíquico-empírico (real, factual) para se chegar ao psíquico-transcendental (irreal, eidético).

Importa alcançar o ponto em que as coisas significam o que significam. O investigador, então, descreve o fenômeno a partir dos sentidos que aparecem na própria experiência. Por fim, o pesquisador deve descrever cuidadosamente a essência da descoberta, ou seja, os vetores internos ao fenômeno. (FEIJOO & GOTO, 2017, p. 7)

A descrição não garante o rigor da pesquisa com o método fenomenológico e isso nem sempre é compreendido pelo fato da pesquisa qualitativa também se utilizar da descrição das vivências como forma de análise que foi algo encontrado também no texto de Feijoo & Goto (2017):

Sem dúvida, em todos os procedimentos de investigação fenomenológica na psicologia, o objetivo continua sendo a compreensão do significado do

vivido, alcançado mediante uma descrição analítica, apoiada em uma relação de cooperação entre os sujeitos da pesquisa e o pesquisador. (p. 02)

Nessa pesquisa, o foco é no modo como os médicos lidam com os processos de morrer e morte no tocante da sua formação situados em uma cultura e contexto histórico. E, a partir da fenomenologia husserliana, posso apresentar a essência do fenômeno interrogado através da descrição das vivências – *experiências* – situações específicas de estar no mundo e que me importa, como pesquisador, compreender. Entendo, nas palavras de Goto (2008) que:

A psicologia fenomenológica terá como tarefa e função proporcionar à psicologia científica os fundamentos e esclarecimentos necessários para que ele aborde seus objetos de modo apropriado, sem que decapite a subjetividade no que ela realmente é; e, ainda, que proporcione uma vida ou caminho para a fenomenologia alcançar a subjetividade transcendental. (p. 220)

Nesse sentido, a psicologia fenomenológica se apresenta como possibilidade para uma tonalidade psicoterápica através do encontro entre pessoas, entendido e denominado neste estudo como *escuta clínica* – tema abordado no capítulo anterior. Nessa perspectiva, ancorada pela fenomenologia, o psicólogo se permite colocar diante do outro com uma *postura ingênua* (humana – despida de julgamentos e valores) para acolher o outro ser humano.

Como pesquisador permanece o desafio de fazer ciência e compartilhar com os demais pesquisadores a importância de se aprofundar e ampliar o conhecimento sobre o método apresentado e seus modos de fazer enfatizando a importância de se chegar àquilo que é essencial do fenômeno estudado que transcende a vivência do sujeito único.

De tudo, ficaram três coisas:

1. *A certeza de que estamos sempre começando...*
2. *A certeza de que precisamos continuar...*
3. *A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...*

(FERNANDO PESSOA)

OBJETIVO GERAL

- Conhecer como se dá a formação do médico no concernente ao enfrentamento da morte do seu paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Possibilitar ao médico, a partir da sua experiência de vida e morte identificar e desenvolver estratégias de expressão e ressignificação dos processos de morte na sua prática profissional em diálogo com sua formação e;
- Identificar, compreender, validar e lidar com as lacunas existentes em suas formações no âmbito da atuação profissional para ressignificar suas experiências de vida e morte no manejo com seu paciente.

PERGUNTA NORTEADORA

[...] no interior de cada sentido, é preciso reencontrar a unidade natural [...].

(MERLEAU-PONTY –
Fenomenologia da Percepção)

Com a ideia de compreender o manejo de médicos com processos de morrer, interroguei com a pergunta norteadora: **“Como se dá a formação do médico no concernente ao enfrentamento da morte do paciente?”** Nas entrevistas realizadas, perguntei aos médicos: *“O que em sua formação ressoa em seu manejo com a morte de um paciente que está sob seus cuidados?”*

Após a realização das entrevistas e análises, foi realizado o grupo focal com a discussão das seguintes questões: *“A que formação o médico recorre diante da morte de um paciente?”* e *“O que seria uma formação médica ideal voltada para as questões da morte e como essa formação poderia ser pensada?”*

Por se tratar-se de um diálogo intersubjetivo, na entrevista e no grupo, quanto mais o participante se sentisse acolhido pelo entrevistador diante da pergunta, permeada pela escuta clínica, que transcende o verbal, ele pôde expressar naturalmente sua experiência com o tema interrogado – *morte e formação*.

A ideia implícita na pergunta norteadora era identificar a que formação (pessoal e/ou profissional) o médico recorria diante da morte e/ou processo de morrer de um paciente e as implicações presentes nesse manejo para depois se pensar em uma formação ideal e possível nesse aspecto.

De acordo com Feijoo & Goto (2017) “... aquilo que o fenomenólogo atinge e aquilo que investiga é sempre algo que se dá no campo de imanência de sua consciência, nas suas vivências, já que tudo que ele acessa é fenomenológico”. (p.04) E por se tratar de um diálogo intersubjetivo dispensou a construção de um questionário objetivo/diretivo contendo diversas questões acerca de um determinado tema, o que poderia, inclusive, desvirtuar o acesso do sujeito a sua própria vivência e seus significados em relação ao tema abordado por induzir determinadas respostas objetivas por ser restritivo e diretivo.

Pode-se considerar uma pergunta norteadora bem sucedida aquela que foi capaz de acessar a experiência do sujeito interrogado, uma vez que essa tenha abarcado e acolhido os

significados atribuídos pelos entrevistados para compreendê-los. O que se esperava com a pergunta norteadora era exatamente o acesso e a expressão dos significados atribuídos ao tema em questão pelo vivido do entrevistado.

E tais compreensões me ajudaram aprofundar na maneira como os participantes experienciaram, vivenciaram, significaram e ressignificaram os processos de morrer dos seus pacientes. Considerando, a partir de uma compreensão merleau-pontyana, eu só sou capaz de pensar aquilo que eu percebo do mundo. Para Merleau-Ponty (1994):

[...] A qualidade sensível, longe de ser coextensiva à percepção, é o produto particular de uma atitude de curiosidade ou de observação. Ela aparece quando, em lugar de abandonar todo o meu olhar no mundo, volto-me para este próprio olhar e pergunto-me *o que vejo exatamente*; ela não figura no comércio natural de minha própria visão com o mundo, ela é a resposta a uma certa questão de meu olhar, o resultado de uma visão secundária ou crítica que procura conhecer-se em sua particularidade, de uma “atenção” ao visual puro [...] (p. 305)

Para Giorgi (2006): “... investigar fenomenologicamente consiste em partir do próprio fenômeno e acompanhar a rede de significações que atravessa o fenômeno”. (p. 07) E: “O campo do fenômeno, por sua vez, não é o campo das razões objetivas, mas as razões nascem efetivamente da coisa tal como se apresenta no campo de imanência da consciência”. (p. 05) Pois, sabe-se que a fenomenologia:

[...] é uma ciência eidética, não natural e nem empírica, assim, deve-se fixar na descrição da essência (pureza) da estrutura psicológica tal como aparece à intuição reflexiva e ir diretamente à vivência e não à experiência e menos ainda ao significado da experiência (hermenêutica, por exemplo). Isso significa querer apreender o essencial da alma. (GIORGI, 2006, p. 08)

A partir dos significados atribuídos às vivências submetidas à uma redução eidética pôde-se chegar ao que é estruturante e essencial do fenômeno investigado a partir da pergunta norteadora. Comprovação dada pelas entrevistas, grupo e reduções proporcionadas pelo método fenomenológico de pesquisa. (Cap. V)

ENTREVISTA

Trata-se de uma entrevista *aberta* para a coleta de dados – entendido como processo de interação – mediante a apresentação da pergunta norteadora que busca desvelar o fenômeno. O questionamento é: “procurar cientificamente o *ente* naquilo que ele é” (ESPÓSITO, 1993, p.29). Nessa perspectiva, a interrogação proposta busca apreender o fenômeno a partir do que é e se configura como uma interrogação dos objetivos propostos.

E para isso, recorri a intencionalidade do médico caracterizada pela inquietação presente no contato com a morte no seu cotidiano de trabalho com pacientes, doenças, profissionais..., contextos esses, nos quais se identifica a dificuldade do médico em lidar com o processo de morrer dos seus pacientes, o que acaba gerando angústia; e o enfrentamento do ser profissional do cuidado exige uma presença autêntica dele nesse processo.

Sem encontrar respostas prontas para essa interrogação, impus-me num caminho que me permitiu ouvir quem realmente vivencia essa situação em seu mundo-vida sem que se projete nele o acúmulo de teorias explicativas já sedimentadas que, para tanto, se fez necessário recorrer a uma escuta clínica de médicos que acompanham pacientes no final da vida.

Dito assim, parece que a escuta vai ser desnecessária, mas isso é um engano, pois uma clínica não se faz apenas com diagnósticos. É preciso uma terapêutica, e a função terapêutica da palavra não é, e não há sinais de que venha a se tornar, desnecessária do ponto de vista do sujeito, embora seja desnecessária do ponto de vista da medicina. (SIMONETTI, 2015 p. 61)

Para Kovács (2003), o paciente que se encontra em estágio avançado da doença requer cuidados paliativos não se buscando mais a cura e sim o acompanhamento por parte do médico que exige competência técnica e capacidade de acolher a dor e a iminência da morte do outro no processo de cuidar. É nesse contexto que o fazer do médico se faz presente no contato e cuidado desse outro humano – seu paciente.

Compreendo entrevista, de acordo com Szymanski (2004), como sendo um encontro interpessoal, no qual se faz presente a subjetividade dos protagonistas – entrevistador e entrevistado – empenhados na possibilidade da produção do conhecimento no compartilhar dos significados atribuídos ao seu vivido.

Foram realizadas entrevistas individuais com os 09 médicos participantes desta pesquisa, embasadas pela pergunta norteadora com a ideia de compreender a vivência dos

deles com os processos de formação em relação a morte na atuação profissional. Para Minayo (2000):

[...] entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma 'situação de interação' na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador. (p. 114)

Para tanto, surgiram temas que mereceram ser compreendidos em um grupo focal em que se propôs discutir processos de formação para futuros profissionais da área médica.

GRUPO FOCAL

A utilização de grupos focais teve como intuito discutir, com os médicos envolvidos na pesquisa e que participaram da entrevista individual anteriormente, aspectos da prática profissional e de formação pessoal e profissional, embasados na pesquisa ação/participante, definida por Thiollent (1996, p. 18) como:

[...] um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual pesquisadores e participantes representativos do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Os Grupos Focais, segundo Westphal, Bógus e Faria (1996) e Dall'agnol e Trench (1999), têm sido utilizados, nos últimos 30 anos, como técnica de coleta de dados em pesquisas de abordagem qualitativa, possibilitando o conhecimento aprofundado de percepções, crenças, valores, conceitos, opiniões, expectativas e representações sociais.

Considerando a intencionalidade do pesquisador através da pergunta norteadora buscase conhecer a que formação (pessoal e/ou profissional) o médico recorre diante da morte ou no processo de morrer de um paciente como proposta de discussão e reflexão da formação pessoal e profissional. De acordo com Minayo (2000, p. 124), na:

[...] pesquisa qualitativa, ao contrário, o envolvimento do entrevistado com o entrevistador, em lugar de ser tomado como uma falha ou um risco comprometedor da objetividade, é pensado como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva.

O mais importante nessa modalidade de grupo é a intersubjetividade entendida como ponto de encontro entre humanos, os quais, por meio dela, doam seus significados e sentidos das suas vivências em forma de experiência expressadas coletivamente em um processo reflexivo que transcende o individual na construção de um saber integrado.

Os autores que trabalham com grupos focais sugerem as seguintes etapas:

1. **Preparação:** como referência o coordenador deve apresentar um tema para discussão e reflexão, com o intuito de abertura para ressignificação de experiências, evitando a total rigidez do contato com o tema e acesso às suas vivências em relação a ele. A seleção dos participantes deve ser sempre determinada pelo objetivo da pesquisa/pergunta norteadora, apesar de voluntária. O número de sessões varia de acordo com o enfoque da pesquisa, podendo variar de 1 a 3 encontros – neste estudo foi realizado apenas 1 encontro – tempo suficiente para a reflexão e discussão do tema proposto em forma de questões: “*A que formação o médico recorre diante da morte de um paciente?*” e “*O que seria uma formação médica ideal voltada para as questões da morte e como essa formação poderia ser pensada?*”
2. **Composição:** preferencialmente de 03 a 10 pessoas, sendo melhor que os participantes não se conheçam, se isto for possível na população pesquisada. Para a realização dos grupos é necessário a escolha de um local junto com os participantes e estes também devem estabelecer um período (número de horas e de encontros) para comparecer às discussões e os horários mais convenientes. O grupo ocorreu no meu consultório particular por escolha e consenso dos 03 participantes que o compuseram.
3. **Condução:** os encontros podem ter duração variável, sendo o tempo médio de 1 hora e meia a 2 horas. Deve-se considerar o período das atividades de aquecimento que vai refletir na sequência da condução do grupo. O referido grupo/encontro deve duração de 2:30h – total.

O grupo focal neste estudo foi realizado com os 03 médicos entrevistados que se dispuseram participar de forma ativa para refletir sobre a formação médica no que diz respeito a formação pessoal e profissional desses em diálogo com suas necessidades tornando-as em aprendizagem significativa. Para Minayo (2000):

O grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população. (p. 129).

A autora aponta ainda que:

Junto com o uso das histórias de vida, das entrevistas abertas ou semiestruturadas e da observação participante, o pesquisador constrói uma

série de possibilidades de informações que lhe indicam se seu caminho está correto. É a triangulação na coleta de dados. (p. 130)

Trata-se de uma proposta interessante como possibilidade de revisitar, em grupo, os conteúdos apresentados nas entrevistas e, com isso, transformá-los em processo de formação.

PARTICIPANTES

A partir dos objetivos apresentados e da modalidade de pesquisa adotada, participaram dessa pesquisa 09 médicos que lidaram com a morte no seu cotidiano de trabalho nos últimos 12 meses. E por ser tratar de uma pesquisa qualitativa com o método fenomenológico, buscou-se conhecer a experiência daquele que perde seus pacientes por morte e por terem participado de seus processos de morrer, gerando mobilização do profissional como ser humano e profissional da área da saúde.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para escolha dos participantes foi enviado um e-mail com uma carta convite (anexo I) para um grupo de 1800 intensivistas de todo Brasil com a abertura de cada convidado ampliar tal convite para seus colegas de trabalho e áreas afins, por exemplo, oncologista. Trata-se de uma amostra proposital e legitimada pelo método considerando que participaria desse estudo médicos que aceitassem discutir o tema da morte no seu cotidiano de trabalho no que diz respeito à sua formação como um todo.

Entendi que não aceitaram o convite os médicos que não apresentaram *disponibilidade* para discutir o tema da morte presente no seu cotidiano de trabalho em uma entrevista individual e posteriormente no grupo focal. Escolha embasada em autores que sustentam o método escolhido – pesquisa qualitativa *versus* fenomenologia, como: Minayo, Martins, Bicudo, entre outros...

Considera-se que o tamanho da amostra independe na pesquisa qualitativa, em especial, com o método fenomenológico, no qual é possível fazer pesquisa com apenas um participante e/ou com a possibilidade do pesquisador ser sujeito único da própria pesquisa e também apresentar seu texto em *primeira pessoa* (o que foi minha escolha neste texto).

Para Minayo (2017): “... seu critério principal não é numérico, embora quase sempre precise justificar a delimitação da multiplicidade das pessoas que vai entrevistar e a dimensão e escolha do espaço” (p.10) Salienta ainda que: “... o que precisa prevalecer é a certeza do pesquisador de que, mesmo provisoriamente, encontrou a lógica interna do seu objeto de estudo – que também é sujeito – em todas as suas conexões e interconexões”. (p. 10)

O mais importante é que se deixe claro para a população científico/acadêmica a trajetória metodológica percorrida. Minayo (2017) aponta que: “... essa polêmica se agrava quando os pesquisadores não explicam porque, com determinado número de interlocutores ouvidos e observados em campo, eles consideram o assunto saturado, e nem o que essa saturação significa...”. (p. 06) Trata-se de um modelo diferente daquele da pesquisa quantitativa, na qual o seu rigor e veracidade está diretamente relacionado com o tamanho da amostra, “n” – geralmente socialmente representativa.

Para Giacomini et al (2009), a escolha dos participantes e os modos de observação devem estar explícitos e compreensíveis na pesquisa qualitativa porque ajudarão na credibilidade do estudo, uma vez que, segundo os autores citados, as escolhas e análises são induzidas em pesquisa qualitativa e a omissão da trajetória pode colocar em dúvida a credibilidade, veracidade e qualidade da pesquisa.

Interessante salientar que somente 09 médicos dos 1800 convidados aceitaram o convite para dialogar com o tema proposto e presente no seu cotidiano de trabalho. Acredito que a própria complexidade do tema não tenha sido atraente para eles e por isso não se dispuseram a doar seus relatos. Ao mesmo tempo que o tema abarcar um fenômeno da existência de todo ser humano, do médico, do paciente, da família, da equipe – a morte, um tabu, tão temida e evitada.

LOCAL

Não foi pré-determinado um lugar específico para a realização das entrevistas e reunião do grupo focal por considerar importante deixar em aberto para o entrevistado o local onde ele gostaria de compartilhar comigo sua experiência. O mesmo ocorreu com o grupo focal que foi realizado em meu consultório particular por escolha dos participantes.

As entrevistas apresentadas foram realizadas no ambiente de trabalho dos participantes, algumas delas ocorram no quarto de descanso da UTI do hospital escola de uma universidade do Estado de São Paulo, com entrevistado e entrevistador sentados na cama,

local escolhido e sugerido pelos entrevistados e outras em salas de espera e de reunião. O único cuidado foi com o sigilo, a privacidade do local, o bem estar do entrevistado e a flexibilidade do entrevistador para estar com o entrevistado onde ele sugerisse.

PROCEDIMENTO

Foram escolhidos os sujeitos significativos (médicos que lidam/vivenciam a morte no seu cotidiano de trabalho) e feito o convite aos participantes mediante o envio de um e-mail com uma carta convite (anexo I) para 1800 médicos que atuam em UTI's de todo Brasil. Apenas 10 médicos responderam, dos quais 09 participaram das entrevistas e 03 do grupo focal, sendo todos do Estado de São Paulo.

Na carta convite (anexo I) estão apresentados os objetivos da pesquisa e a possibilidade da participação voluntária no estudo. A partir do aceite dos participantes iniciou-se a realização das entrevistas e posteriormente a realização do grupo focal. Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos esta foi submetida à aprovação do CEP do IPUSP (Conselho de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – Processo número: 028981/2018 – Anexo III) e TCLE (termo de consentimento livre esclarecido – Anexo II) assinados pelos participantes para obtenção dos dados por meio de entrevistas individuais e grupo focal.

As entrevistas foram realizadas individualmente com os 09 participantes – médicos que lidam cotidianamente com a morte no seu ambiente de trabalho como proposta de responderem e dialogarem com a seguinte questão: “O que em sua formação ressoa em seu manejo com a morte de um paciente que está sob seus cuidados?”, subsidiado pela pergunta norteadora: “Como se dá a formação do médico no concernente ao enfrentamento da morte do paciente?”

O tempo médio de duração das 09 entrevistas foi de meia a uma hora cada – duração suficiente para chegarem à alguns invariantes como *formação médica no tocante da morte* e o *fazer dessa formação* que mereceram ser discutidos em grupo. Com isso, surgiu a demanda do grupo focal como forma de compreensão e construção das questões apresentadas e emergidas das entrevistas.

Nas entrevistas não ocorreu interação verbal por parte do entrevistador após a leitura da questão proposta, podendo, no máximo, repetir a leitura da pergunta; e sem tempo cronológico pré-estabelecido, ancorado pela escuta clínica e pergunta norteadora. Foi de

extrema importância que o participante falasse livremente após a leitura da questão, só havendo interrupção/intervenção por parte do pesquisador/entrevistador caso fosse necessário repetir a pergunta proposta para a entrevista.

Através da escuta clínica foi possível abarcar a subjetividade de forma a estabelecer um diálogo intersubjetivo que transcendeu o verbal, possibilitando a expressão do vivido daquele que doava sua experiência com morte – entrevistado, e o acolhimento por parte do entrevistador em forma de abertura de um espaço para que o diálogo intersubjetivo fosse ali estabelecido. Sabe-se que:

Se a subjetividade não é necessária do ponto de vista do método científico, é fundamental do ponto de vista da clínica. Enquanto a ciência é a busca de um saber racional e válido universalmente, a clínica é o cuidado de um ser singular que se encontra em sofrimento, e quando se trata do singular a subjetividade é tão importante que é quase um sinônimo. (SIMONETTI, 2015, p. 136)

Compreendo que a experiência do contato com o vivido proporcionado pela pergunta que dialoga com a história de vida do sujeito e é acolhida pelo entrevistador através da escuta clínica apresenta uma interação de outra ordem para o acolhimento desse vivido como possibilidade de ressignificação. Na perspectiva da escuta clínica:

[...] se despoja do que lhe é necessário, embora emblemático, ou seja, o enquadre, o setting, as imposturas imaginárias, as representações sociais, os títulos, ficando apenas com aquilo que lhe é fundamental, que é a ética do sujeito acoplada à técnica da escuta da associação livre a partir da posição do analista. (SIMONETTI, 2015, p. 26)

Essa experiência também esteve presente e possibilitada no grupo focal ocorrido em um único encontro, com a presença de 3 médicos e duração de duas horas meia, tempo suficiente para os participantes elaborarem o conteúdo apresentado e abordado com o objetivo de aprofundar na discussão sobre a formação pessoal e profissional do futuro médico, tema levantado nas entrevistas individuais, no que diz respeito ao manejo da morte no cotidiano de trabalho e prática profissional como um todo.

No grupo focal discutiu-se questões levantadas a partir das reduções das entrevistas: “A que formação o médico recorre diante da morte de um paciente?” e “O que seria uma formação médica ideal voltada para as questões da morte e como essa formação poderia ser pensada?”

Questões que possibilitaram compreender a lacuna existente em relação ao modo como é trabalhada a questão da morte na formação médica em diálogo com a história de vida

deles como processo de apropriação do desenvolvimento humano que abarca todo seu existir: *vida e morte*.

Tanto as entrevistas quanto o grupo focal passaram por um processo de compreensão dos dados pela perspectiva da pesquisa qualitativa em diálogo com o método fenomenológico apresentado abaixo.

COMPREENSÃO DOS DEPOIMENTOS

Cabe salientar que todo o material coletado foi gravado com autorização prévia dos participantes para análise posterior. E, após a realização das entrevistas, os relatos gravados na sua íntegra foram literalizados, dos quais foram levantadas as unidades de sentido submetidas ao processo de redução – *reduções* – e transformadas em grandes categorias temáticas analisadas fenomenologicamente, que possibilitaram o diálogo intersubjetivo e objetivo com os pressupostos teóricos sobre o tema em pauta. Etapas analíticas discriminadas e detalhadas abaixo:

1. **Relatos literalizados:** processo pelo qual se eliminou os vícios de linguagem como gírias e informalidades;
2. **Unidades de sentido:** refere-se ao levantamento de fragmentos mais significativos das falas dos participantes de acordo com a pergunta norteadora – trechos grifados na entrevista (anexo IV);
3. **Reduções:** levantamento das convergências, divergências e idiosincrasias – comportamento peculiar a um indivíduo ou grupo apresentado como unidades de sentido nas tabelas 1 e 4 (entrevistas individuais e grupo focal), nas quais estão presentes as US – *unidades de sentido* (entrevistas = 278 e grupo = 80), USg – *explicitação dos significados* (entrevistas = 278 e grupo = 80) e USg's – *o que diz* (entrevistas = 295 e grupo = 80), processo pelo qual se foi possível levantar os *temas* (entrevistas = 32 e grupo = 20) que englobam tais significados e que possibilitaram a criação das *grandes categorias* (entrevistas = 6 e grupo = 3) como processo final da redução que após sua análise se chegou ao estrutural – *essência do fenômeno* estudado;
4. **Grandes Categorias Temáticas:** agrupamento dos temas levantados pelas reduções como possibilidade de diálogo objetivo com os participantes da pesquisa e teorias a respeito do tema interrogado e demais estudos dialogados. Categorias temáticas denominadas: 1. *Tema morte no currículo do curso de medicina*; 2. *O que vê como*

importante para a formação; 3. Como a morte se mostra; 4. Tomando ciência de si; 5. Aprendendo sobre morte e como lidar com ela na profissão e; 6. Modo de conceber o médico. (Entrevistas) e 1. Vida; 2. Morte e; Formação acadêmica – como deveria ser. (Grupo)

5. **Compreendendo o Interrogado – Considerações Finais – Essência do Fenômeno – Síntese de um Pensar:** referem-se à apresentação da estrutura geral e essencial do fenômeno pesquisado – *essência* – como resultante da análise das convergências, divergências e idiosincrasias demonstradas nas grandes categorias temáticas construídas a partir da compreensão das falas individuais e grupais. Trata-se de um fenômeno estruturante da condição humana, que diz de todos os humanos e não somente de um sujeito particular/singular, o que possibilita a abertura de novas compreensões acerca do *fenômeno* que é e sempre será em perspectiva, no qual estarão abarcadas as singularidades de cada sujeito. Tornando um movimento dialético do singular *versus* coletivo.

IMPLICAÇÕES ÉTICAS

Este estudo considera os princípios da bioética propostos pela resolução CNS96/1996: autonomia, beneficência e não maleficência. Aponta para o protocolo de pesquisa com foco no planejamento e qualidade como salienta os riscos e benefícios dela.

Já a Resolução 466 (2012) aponta para a autonomia, benefício e justiça, que requer avaliação dos riscos e benefícios e a adequação do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Anexo II). A participação dos médicos foi voluntária e as entrevistas iniciaram após a leitura prévia do TCLE e assinatura dos participantes salientando a possibilidade de desistência da participação efetiva a qualquer momento e garantiu o sigilo da identidade, confidencialidade e cuidados para o sofrimento mínimo. Pensou-se a que riscos os participantes estariam expostos e o avaliou-se o impacto que esta pesquisa poderia causar bem como a necessidade de considerar os desafios éticos da pesquisa.

Na Resolução 466 está impresso o respeito à singularidade do sujeito da pesquisa, sua relevância social, a necessidade de um feedback para a sociedade e a obtenção do conhecimento e riscos que sempre existirão considerando que nenhuma pesquisa é neutra e menos ainda pela natureza deste estudo. Considerou-se que os participantes deste estudo não sofreriam danos físicos e psíquicos. Entretanto, no caso de algum desconforto ou danos de

alguma ordem, seria proposto e disponibilizado encaminhamentos para cuidados psicológicos terceirizados.

Acredito que este estudo trouxe benefícios aos seus participantes oportunizando reflexões sobre sua prática profissional cotidiana com processos de morte e formação. Reflexões que os possibilitaram pensar no autocuidado do profissional médico, o que, muitas vezes, não ocorre pelos próprios profissionais da área, o que deveria estar presente e desenvolvido desde sua formação.

Saliento que os depoimentos foram utilizados na sua íntegra neste estudo e ficarão disponíveis ao público para ensino e publicações em periódicos, livros e/ou apresentações em encontros acadêmicos e científicos. Cada participante sempre terá a garantia do anonimato e do sigilo da identidade em toda e qualquer participação nos modos de exposição acima mencionados.

E, de acordo com a Declaração de Helsinque (1964/2013), além da eficácia da pesquisa, os interesses do indivíduo devem prevalecer sobre os interesses da ciência e da sociedade.

LINHA DE PESQUISA

Este estudo está inserido na linha de pesquisa, chamado: “Desenvolvimento Humano e Saúde”, por tratar-se de um tema que faz parte dos estudos do Laboratório de Estudos sobre Morte (LEM). Linha de pesquisa que abarca os estudos dos processos do desenvolvimento, focalizando a intersubjetividade, a afetividade e a linguagem em suas relações com a saúde, abrangendo também as esferas da formação dos profissionais de saúde, das relações entre profissionais e pacientes, das formas de intervenção psicológica em instituições de saúde, assistenciais e escolares.

PERCORRENDO OS RELATOS

TABELA 1 – UNIDADES DE SENTIDO – ENTREVISTAS

Importante salientar que os relatos na íntegra das entrevistas encontram-se no anexo IV

Unidades de Sentido	Explicitação dos Significados	O que diz
S1 US1 [...] a morte sempre é uma coisa que nos ronda a todo momento...	A morte como presença na vida.	S1 USg1 Morte como presença.
S1 US2 [...] mas depois do 3º ano de faculdade eu já não fazia mais nada apesar de manter a sensibilidade provinda dela (música).	A presença da sensibilidade advinda da música – experiência de vida.	S1 USg2 Percepção da própria sensibilidade.
S1 US3 O meu primeiro contato com a morte foi no meu primeiro e segundo dia de faculdade, lembro que era a primeira aula de anatomia e tinha uns cadáveres [...].	O primeiro contato com a morte no curso de medicina.	S1 USg3 A morte se mostra nos cadáveres em aula de anatomia.
S1 US4 [...] e, de repente, eu me olhei, eu nunca tinha parado para pensar nisso: poxa, eu vou virar isso! Foi meu primeiro impacto...	Impacto imediato na existência do aluno.	S1 USg4 Dá-se conta que também será cadáver.
S1 US5 Eu tive depressão no primeiro ano de faculdade, fiquei um mês e meio afastado, quis largar a faculdade e por isso que me interessou a pergunta que você fez porque eu sei, trabalho em psicoterapia até hoje.	A pergunta disparadora da entrevista fez o entrevistado trazer à lembrança o modo pelo qual ele se depara com a morte.	S1 USg5 Perplexidade frente à sua morte.
S1 US6 Tinha um outro aspecto, perdi alguns conhecidos e colegas, alguns, e não foram poucos os traumas; por acidente de carro no interior e alguns aqui em São Paulo [...].	Histórico de perdas/mortes como forma de adentrar no tema.	S1 USg6 Vivência com a morte.
S1 US7 E assim, eu nunca havia parado para pensar nisso, mas aquilo chocava um pouquinho, a terminalidade!	A terminalidade percebida como mobilizadora.	S1 USg7 Perplexidade frente à finitude.
S1 US8 [...] eu não consigo... eu já conversei com colegas sobre isso, quando que foi discutido conosco essa questão do término de vida na minha formação.	Dificuldade de localização da discussão da morte na formação acadêmica.	S1 USg8 Dificuldade de localização da discussão da morte na formação acadêmica.
S1 US9 Eu estou neste hospital universitário há 7 anos, fico com os residentes, sou responsável pela formação dos residentes em terapia intensiva do centro médico também, que é muito ligado à formação da terapia intensiva da grande parte dos professores daqui e, mesmo fazendo parte do programa de medicina intensiva daqui, não tinha isso!	Crítica inicial sobre a ausência de discussões sobre a abordagem formal do tema da morte na formação de intensivistas.	S1 USg9 Ausência de discussão sobre o tema <i>morte</i> na formação do médico.
S1 US10 Na minha formação não tive isso e aqui ainda está muito recente. Não me recordo!	Menciona que no curso não houve discussão do tema da morte e que na residência de médicos intensivistas começou a fazer parte do programa recentemente.	S1 USg10 Em seu curso de medicina não houve discussão sobre morte. S1 USg11 Na residência em que é preceptor começou a ser discutido o tema morte recentemente.
S1 US11 Uma coisa que tenha tido impacto, falado ou discutido... E como é isso? Como é a percepção? O que você entende disso? Do significado? Chegou e acabou...	A morte foi sentida como um evento que chegou e acabou.	S1 USg12 A morte não foi tema de aprendizagem.
S1 US12 Meu primeiro contato foi esse no primeiro ano.	Contato com cadáveres.	S1 USg13 A presença da morte percebida em cadáveres.
S1 US13 É uma situação que marcou o término, acompanhar o fim de vida; e o término de vida foi quando eu estava no meu quinto ano, no internato, com as moléstias infecciosas.	Contato concreto com uma pessoa morrendo cursando a graduação.	S1 USg14 Percepção da morte como fim da vida.
S1 US14 Eu lembro que eu fiquei do lado do	O compartilhar o momento da	S1 USg15 Vivência do

paciente, assim, não sei porquê, daí ele foi ficando ofegante, já rebaixou a consciência e morreu. Quanto tempo demorou, não me lembro, mas lembro dessa cena. Foi uma das... isso já no quinto ano.	morte de um paciente.	morrer de um paciente.
S1 US15 No primeiro ano foi esse contato e eu fiquei, não sei se é trauma, mas um pouco para trás, pois o primeiro impacto já tinha vindo, não ia voltar mais. A minha inocência em relação à morte tinha passado ali.	O entrevistado relata sua ingenuidade a respeito da morte quando iniciou o curso de medicina.	S1 USg16 Ingenuidade a respeito da morte.
S1 US16 Eu percebi que precisaria entender isso melhor ou ler algumas coisas e percebi que... sei lá! A impressão que tenho, conversando, é que se morre muito mal, principalmente na UTI.	Surgimento do interesse por estudos na área do cuidado às pessoas à beira da morte. Necessidade de se debruçar sobre o tema.	S1 USg17 Dar-se conta da necessidade de saber sobre morte.
S1 US17 Durante um tempo eu tinha uma certa ansiedade, um bloqueio de conversar sobre isso... Então, eu comecei ter a percepção de que se morria muito mal.	O incômodo no contato com o tema o fez questionar sobre o modo como se morre.	S1 USg18 Desconforto sentido com a questão da morte é percebido como abertura.
S1 US18 [...]prolongamos um processo de morte e, muitas vezes, sem benefício claro e isso, como eu falei, comecei a perceber ainda em São Paulo.	Prolongamento da vida sem benefícios claros – distanásia.	S1 USg19 Prolongamento do processo de morrer.
S1 US19 E quando eu retornei, voltei a trabalhar na minha área principal que é UTI, voltei para universidade e comecei novamente pensar mais sobre isso.	Na UTI a morte o faz pensar novamente sobre esse tema.	S1 USg20 Na UTI a presença da morte é forte.
S1 US20 [...] e, principalmente no hospital privado, eu comecei ver que esse cenário se repete e o processo de morte nos envolve.	Independente das condições econômicas a morte mobiliza a todos.	S1 USg21 A morte mobiliza a todos.
S1 US21 Hoje em dia as pessoas gostam muito de falar sobre empatia e eu acho que não é somente isso.	A empatia por si só não abarcaria a complexidade da morte.	S1 USg22 A empatia como modo de lidar e dialogar com paciente e familiares sobre a morte.
S1 US22 Cada um morre de um jeito e por mais que imaginamos saber como conversar com o familiar, que você vai entender as necessidades do seu doente que, muitas vezes, não consegue expressar porque ele está intubado, inconsciente ou em delírio, a morte parou de me assustar!	A morte é específica para cada paciente e parou de assustar o médico.	S1 USg23 A morte é específica de cada paciente. S1 USg24 A morte parou de assustar o médico.
S1 US23 Eu perdi meu avô! (emoção/pausa) E quando eu lembro dele, é saudosismo agora, não é? (pausa/emoção) Eu estava de plantão aqui, ele morreu no interior, em uma UTI de lá!	Recorrer à uma experiência pessoal de morte para apresentar a própria mobilização diante da morte.	S1 USg25 Vivência de morte com a de um familiar.
S1 US24 E aí eu comecei a olhar mais para mim. Pensei: Será que eu falo assim com os outros também? Então, essas vivências... Isso já tocava minha cabeça e eu comecei ver que precisávamos melhorar isso.	As vivências pessoais como possibilidade de refletir a prática profissional.	S1 USg26 vivências pessoais como possibilidade de refletir a prática profissional.
S1 US25 O médico não é só técnico e é exigido bastante do intensivista a questão técnica neste aspecto.	Redução do médico ao aspecto técnico.	S1 USg27 O médico não é só um técnico.
S1 US26 E, apesar de muitas vezes, eu já ter repetido esse jargão: “Ah, é mais fácil fazer, ir fazendo, do que conversar e explicar para família”; eu, sinceramente, não acho isso, não faço isso já há algum tempo.	Escolhe na prática profissional, trabalhar além do técnico, dialogando com paciente e familiares.	S1 USg28 Trabalhar além do técnico, dialogando com paciente e familiares.
S1 US27 Não acho que tenha uma receita, mas acho que tudo que pudermos fazer para tentar melhorar esse momento cheio de incertezas, olhando, principalmente, para o paciente e os desejos e as coisas dele; como que nós, como equipe multiprofissional, atuamos nesse momento? Não acha que tenha um papel definido para nada.	Ausência de modelos e protocolos para lidar com a morte e o morrer de pacientes.	S1 USg29 Ausência de modelos e protocolos para lidar com a morte e o morrer de pacientes.
S1 US28 Queremos procedimentos e protocolo para tudo. Com o tempo e com o conhecimento sabemos que o protocolo ajuda a aferir, medir,	Dificuldade de manejar com questões estritamente humanas como a morte por não existir	S1 USg30 Não há um protocolo para lidar com situações de morte.

programar, planejar, monitorar, mas ele não ajuda, às vezes, cuidar de pessoas diferentes, momentos diferentes, situações diferentes e culturas diferentes. Ele não se encaixa nesse aspecto!	maneiras pré-estabelecidas de como lidar.	
S1 US29 A questão da morte me incomoda muito porque eu acho que deixamos muito a desejar, fazemos menos do que poderíamos fazer... Não estou falando somente da questão técnica, mas sim do fato de darmos mais atenção e de abriremos as portas para uma política de implantação. Isso seria bem legal!	Insatisfação com a própria atuação como instituição por considerar que se deveria ampliar ações voltadas aos pacientes.	S1 USg31 Necessidade de implantar uma política no ambiente de formação médica, sobre modos de trabalhar com a morte.
S1 US30 Então, da formação, eu aprendo muito com ela até hoje. Eu comecei a enxergar a coisa sem o lado latino. Acho que temos que nos inserir nisso, mas eu não sei como. Eu leio, procuro olhar e instigar.	A importância da formação contínua e olhar para além do contexto regional, nacional...	S1 USg32 Na formação médica, é preciso aprender como trabalhar com a morte.
S1 US31 Eu olhei para ele, para o que ele queria. Também porque ele perguntou para mim... Eu sei que a minha, talvez a minha resposta, pela relação que eu criei com ele, poderia até induzir isso.	O ganho da aproximação do profissional com o paciente.	S1 USg33 Estar com o paciente.
S1 US32 A colega, por exemplo, nesse paciente, achava que nós tínhamos que intubá-lo e sedá-lo. Eu não sei o que era melhor. Até hoje eu não sei! Foi decidido na hora conversando com ele.	O ganho do diálogo com o paciente na escolha e decisão de procedimentos.	S1 USg34 A aprendizagem mediante o diálogo com o paciente.
S1 US33 Se o paciente melhorar essa conversa servirá para o passado e se piorar vamos ter que rediscutir. Basicamente assim que nós fazemos.	O compartilhamento com o paciente da escolha de um procedimento.	S1 USg35 Compartilhar com o paciente a escolha de procedimentos.
S1 US34 E, mesmo assim, muitas vezes, eu acho que não foi o que nós poderíamos ter feito. Muitas vezes eu percebo no ambiente que eu estou que é um processo solitário.	O não saber dialogar com o paciente muitas vezes deixa o médico solitário.	S1 USg36 Sentir-se solitário.
S1 US35 Eu estou em uma universidade.	Universidade como lugar de inovação e aprendizagem.	S1 USg37 Está em instituição de formação médica.
S1 US36 E eu acho que nós também, muitas vezes... como médico, o que me incomoda e a outros colegas também, somos muito prepotentes, achamos que sabemos muito o que é melhor para os outros. E isso vem da formação!	A onipotência vinda da formação de base – graduação.	S1 USg38 Percepção de o médico pôr-se como onipotente.
S1 US37 As pessoas estão vendo culturalmente e, também, os mais novos são diferentes. Mas percebo que essa coisa de nós acharmos ainda o que é melhor para o outro, principalmente na área de terapia intensiva, prevalece; [...].	A prevalência ainda hoje de o médico tomar a decisão pelo paciente nas UTI's.	S1 USg39 Presença da onipotência do médico.
S1 US38 [...] e é sobre a decisão compartilhada, ainda tem muito conflito com o dono do doente, principalmente com os oncologistas.	A ideia de posse do paciente.	S1 USg40 O médico se sente dono do paciente
S1 US39 É muito complicada a relação.	Relações humanas complexas.	S1 USg41 Complexidade da relação médico-paciente
S1 US40 Eu percebo que têm colegas que têm dificuldade, falo colegas, porque eu já saí dessa fase... Fui treinado em uma equipe multiprofissional muito boa na minha residência que já era multiprofissional e tive o privilégio de ter até dentista na equipe.	A importância de uma formação multidisciplinar.	S1 USg42 Formação multidisciplinar.
S1 US41 Eu acho que desenvolvi isso um pouco mais do que vejo no meu dia-a-dia, olhando para os meus pares nos contextos que eu transito hoje.	Se percebe diferente dos demais colegas em relação à forma como lida com a morte.	S1 USg43 Percebe-se em movimento de formação.
S1 US42 Percebo que pecamos um pouco com isso por falarmos: “Não, melhor para ele é intubar... não, melhor para ele é deixá-lo sedado ou, o melhor para ele é tirar da UTI e deixar com a família... assim!”	Identifica a presença do autoritarismo na prática profissional no dia a dia.	S1 USg44 autoritarismo na prática profissional do médico no dia a dia.
S1 US43 Ou fazemos uma coisa velada que foi o que eu encontrei com o meu doutorado que, muitas	Transforma a prepotência em melhor intervenção para o	S1 USg45 Autoritarismo na prática profissional do

vezes, chamamos de tratamentos.	paciente.	médico no dia a dia.
S1 US44 Na minha cabeça eu tenho conflitos comigo em relação a essas coisas. Eu falo muito e procuro falar bastante com a família quanto a isso. Eu chamo, eu convoco...	Mantém o diálogo com a família como facilitador no manejo com o processo de morrer do paciente.	S1 USg46 Percepção de conflitos próprios em relação ao modo como se lida com o processo de morrer. S1 USg47 Convoca sempre a família para dialogar sobre as condições atuais do paciente e a possibilidade de morte dele.
S1 US45 Eu tento e busco conhecimento disso e eu tiro muito, procuro tirar muito, não só do conhecimento técnico, mas qual técnica de abordagem a ser usada para falar. Eu tento extrair do meu dia-a-dia e dessas relações, principalmente dos conflitos, o que gerou aquilo, porque o colega foi assim, porque eu fui assim com o colega, etc.	Recorre, no dia a dia, o conhecimento advindo das experiências pessoais na relação com os pacientes e demais colegas de trabalho	S1 USg48 Aprendizagem com as experiências vivenciadas no cotidiano de sua prática.
S1 US46 Eu resolvo os problemas dos residentes e, muitas vezes, é muito de comunicação e comportamento.	Valorização das relações interpessoais com os residentes.	S1 USg49 Importância da comunicação com os residentes.
S1 US47 E, ao invés de eu olhar para eles de uma forma punitiva, procuro observar porque aquilo ocorreu nessas situações relacionadas a mortalidade, porque tem uns que ficam muito bravos com os oncologistas porque querem ficar fazendo quimioterapia que não tem mais condições.	Sensibilidade de observar a prática dos demais colegas lançando mão de todo e qualquer julgamento sobre o modo de outros colegas lidarem com a mesma situação de uma outra forma.	S1 USg50 Respeito a prática diferente dos demais colegas.
S1 US48 Às vezes, a dificuldade é técnica, porque temos que entendê-la, mas a maior parte das vezes, não é! É de entendimento e comunicação e eu procuro abstrair isso para o dia a dia e olhar essas coisas para entender, quando gerar conflito, sentar e conversar com todos envolvidos; [...].	A dificuldade é de comunicação e não técnica, o que demanda diálogo na presença de conflitos.	S1 USg51 Dificuldade de comunicação.
S1 US49 Isso me afligia antes, mas hoje não mais, e sim me motiva para algumas coisas. Até para aliviar o sofrimento porque, com o passar do tempo, na medicina e principalmente na área em que eu estou, você acaba vendo que nós não curamos muita coisa. Apenas transformamos algumas doenças agudas em crônicas.	Compreensão e aceitação da impotência no lugar da prepotência.	S1 USg52 Apropriação da impotência.
S1 US50 Eu não sei como isso deve ser feito. Tem bastante gente estudando, como você, como outras pessoas... Eu acho que nós precisamos melhorar isso de alguma forma, mas eu não sei como.	Reforça a necessidade de se estudar e aprofundar o conhecimento sobre o manejo do processo de morrer.	S1 USg53 Ampliar o conhecimento sobre o manejo do processo de morrer.
S1 US51 Não tenho muito claro se existe um norte para nós, mas existe um pegar o farolzinho e ir atrás porque o sofrimento que isso envolve, percebo pela transferência nesses momentos que, para mim, pelo menos, é muito pesado.	Necessidade de se validar e aperfeiçoar o manejo do sofrimento do médico diante do processo de morrer de um paciente.	S1 USg54 Validação do sofrimento do médico.
S1 US52 Quando eu entrei na faculdade eu lembro que foi um choque bem grande perceber a finitude e suas formas.	Constatação e validação da finitude e suas formas no início da graduação.	S1 USg55 Contato com as formas de morrer.
S1 US53 A morte do meu paciente tem vários significados para mim: depende do paciente, do momento, de como eu estou, do meu momento pessoal também e, depende, do contexto técnico.	Os diferentes significados da morte de um paciente permeados pelo contexto e vínculo estabelecido com o paciente.	S1 USg56 Diferentes significados da morte de um paciente.
S1 US54 Então, essa reflexão eu uso mais como aprendizado porque é mais fácil para eu aceitar!	O aprendizado com a aceitação das perdas.	S1 USg57 Aceitação da morte como aprendizagem.
S1 US55 Então, em algum momento, a morte para mim era uma coisa que acabava ali e, muitas vezes, ela não acabou ali. Acabou ali, naquele momento, aquele sofrimento, aquela situação. Eu acho que não dá para eu definir para você como sendo uma	A morte entendida como um evento e não como um término no sentido de repercussões na história daqueles que aqui permanecem.	S1 USg58 A morte como evento complexo.

coisa. A morte é um evento! Como o nascimento é outro...		
S1 US56 A morte, especificamente para mim, tem um contexto muito maior do que ela só findou aquela vida ali.	A morte compreendida na sua complexidade e não reduzida a um ponto final de uma vida.	S1 USg59 A morte como evento complexo.
S1 US57 Reflexos que vão além do conhecido porque é uma pessoa e quando falamos percebemos que estamos fazendo isso mal, estamos cuidando mal de pessoas porque estou me esquecendo que ela tem todo esse contexto.	A importância de se olhar para o paciente de uma forma contextualizada e não reduzida a uma doença.	S1 USg60 Percepção do paciente como pessoa.
S1 US58 Teve uma época em que eu não aguentei, isso começou a me incomodar demais, eu lembro que eu saí e enchi o caneco com minha esposa. Aí eu falei dele o dia inteiro, assim. Eu falei: Cara, passou do meu limite, eu entrei demais, eu acho! Essa é a questão!	Identificação do avanço do próprio limite no envolvimento afetivo com o paciente.	S1 USg61 Envolvimento afetivo com o paciente.
S1 US59 [...] o significado da morte eu não conseguiria definir um, mas talvez se eu fosse escrever em uma pergunta de prova eu diria: vamos ser humanos como médicos diante da finitude.	A necessidade da validação do encontro entre dois humanos diante da morte de um paciente.	S1 USg62 Atitude humana diante da morte.
S1 US60 Eu não consigo definir porque a percepção muda ao longo do tempo, eu percebo também!	O modo como se percebe a morte se modifica ao longo do tempo devido as experiências pessoais e profissionais.	S1 USg63 Mudança na percepção da morte ao longo do tempo.
S1 US61 A morte afeta também os que estão vivos, nos afeta no dia a dia, afeta não sei o que... E a impressão que eu tenho é a de que dá para fazer mais. O que nós estamos fazendo está errado, nesse momento! É uma coisa que faz parte, eu acho, do cuidado, e é isso que me fez estudar temas relacionados ao óbito.	Necessidade de aperfeiçoar o cuidado prestado às pessoas à beira da morte.	S1 USg64 Aperfeiçoar o cuidado prestado a pacientes à beira da morte.
S1 US62 [...] eu acho que o fazemos muito mal. Eu estou repetindo isso diversas vezes porque é uma questão que permanece para mim: como que nós melhorariamos essas coisas?	Insatisfação no modo como se cuida nos processos de morrer.	S1 USg65 Insatisfação no modo como se cuida nos processos de morrer.
S1 US63 A percepção da morte se modifica o tempo todo. Não é uma coisa esgotável, um estanque.	Constante Modificação na percepção da morte.	S1 USg66 Modificação na percepção da morte.
S1 US64 Como eu falo do meu avô: ficou a educação, ficaram os momentos legais, ficou eu até aqui que eu sei que teve uma contribuição grande dele porque meus pais tiveram uma dificuldade quando eu era mais novo... Então, assim, não dá para dizer que é término. Eu tenho um pedacinho dele em mim. E eu percebo isso com os pacientes também. E fica... difícil definir. Difícil! E sempre, no fundo, me causa alguma emoção que não é só tristeza, ou alívio, ou um ufa!	A presença de lembranças daqueles que se foram transformadas em aprendizagens de manejo ao cuidado em processos de morrer.	S1 USg67 Lembranças de vida e morte transformadas em aprendizagem.
S1 US65 As vezes, “gozado”, a primeira vez que eu senti isso fiquei até meio incomodado porque a sensação era de dever cumprido, mas parecia que eu estava olhando somente para mim, mas não, estava olhando também para aquele que eu devia ter cuidado, mas fica um “será?”	Permanece a dúvida da qualidade do atendimento prestado àquele paciente em processo de morrer por ser de difícil manejo e mensuração.	S1 USg68 Questionamento sobre a qualidade do atendimento prestado.
S1 US66 Apesar de que, se eu estou me sentindo em paz é porque eu fiz o que a minha consciência, minha técnica, minha equipe, meu ponto de vista pequeno e pessoal me permitiu que fosse feito como melhor.	Conforto e consolo com o feito, realizado.	S1 USg69 Conforto com o feito.
S2 US67 Quando eu comecei a trabalhar como cirurgia geral [...] naquele momento eu achava que eu tinha que ter essa armadura para poder me garantir.	Rigidez na prática profissional no início da carreira como garantia de sucesso.	S2 USg70 Rigidez na prática profissional.
S2 US68 Então, naquele momento eu aprendi a ser bruta também. Eu não era pouco bruta e sim muito bruta, bastante insensível em relação à morte de	Brutalidade na prática profissional no início da carreira como despreparo no manejo dos	S2 USg71 Brutalidade na prática profissional no início da carreira.

<p>muitas pessoas. Eu confesso e sinto até vergonha de falar, mas hoje, com o conteúdo que eu tenho, com a formação que eu tenho, tudo que eu aprendi com o exercício da empatia, que eu busquei em um momento em que realmente eu não tinha.</p>	<p>próprios sentimentos advindos da prática profissional.</p>	
<p>S2 US69 Eu vivia momentos pessoais muito difíceis que não me deram amparo. Eu não aprendi a ter afeto, porque eu vim de uma família sem afeto. E aí eu chego em um ambiente totalmente agressivo, eu também não sentia muito. Quando chegava um baleado, eu falava: “Operar? Pronto, morreu! Já foi...” “Ah, se for bandido menos um”. Isso mesmo!</p>	<p>Desamparo nas experiências de vida relacionadas aos afetos manifestados no despreparo no manejo com a morte.</p>	<p>S2 USg72 Experiência de vida desprovida de afetos.</p>
<p>S2 US70 Mas, no fundo, tinha alguma coisa porque eu me lembro de alguns pacientes, em especial, que me despertaram sentimentos.</p>	<p>O despertar de sentimentos na relação de cuidado com pacientes.</p>	<p>S2 USg73 Identificação dos próprios sentimentos.</p>
<p>S2 US71 No dia em que ele morreu eu chorei junto com ele. Ele morrendo olhando para mim dentro da UTI. Eu até me emociono quando falo dele, foi um momento de muita luta e que eu via que em volta não tinha apoio. Parecia que era só eu ali cuidando dele.</p>	<p>Envolvimento afetivo significativo com paciente possibilitando a experiência do sentir as próprias emoções e sentimentos.</p>	<p>S2 USg74 Envolvimento afetivo com paciente.</p>
<p>S2 US72 Agora, o que me fez ter esse sentimento todo por um paciente? Ao passo que no pronto socorro eu era outra.</p>	<p>Impacto com a percepção do próprio despertar de emoções e sentimentos.</p>	<p>S2 USg75 Contato com os próprios sentimentos.</p>
<p>S2 US73 No fundo tinha um despertar e um sentimento por esses doentes guardados em mim que não era trabalhado. Eu não sinto culpa nenhuma, por nada, por nenhum que tenha morrido. Eu sinto pena pelas condições que eles morreram. Isso eu sinto, pena!</p>	<p>Os próprios sentimentos não trabalhados e cuidados apresentados em forma de “pena” pelas mortes.</p>	<p>S2 USg76 Contato com os próprios sentimentos.</p>
<p>S2 US74 Quem sou eu nesses dois lugares? Parece duas pessoas. Mas o que me despertava? Eu não sei, esse foi o meu começo.</p>	<p>Identificação da vinculação afetiva no cuidado ao paciente versus a frieza também presente na assistência ao paciente.</p>	<p>S2 USg77 Estranhamento consigo mesmo.</p>
<p>S2 US75 O lidar comigo e com os outros, o estar sozinha e ter que sobreviver parecia que a morte era uma coisa que estava no meio do pacote do “tinha que!” Eu tinha que ser forte, tinha que ser tudo.</p>	<p>A morte entendida como apenas mais um evento dentre tantos outros presentes no cuidado ao paciente.</p>	<p>S2 USg78 A morte como mais um aspecto a ser cuidado.</p>
<p>S2 US76 Chegava aqui: “Ah, rachou a cabeça no chão, o miolo saiu para fora!” Chega a ser até um desprezo ao corpo que está ali. Então, eu não tinha sentimento.</p>	<p>Banalização da morte.</p>	<p>S2 USg79 Ausência de sentimento diante da morte.</p>
<p>S2 US77 “No fim, o que eu compreendi?” Que quando a pessoa é bem tratada ela nos trata bem também e quando ela é agredida, ela nos agride também.</p>	<p>Identificação da importância do cuidado da relação afetiva com o paciente como via de troca.</p>	<p>S2 USg80 Relação afetiva com o paciente como via de duas mãos.</p>
<p>S2 US78 Nós tratávamos mal e também éramos mal tratados. Então virava um ciclo vicioso que ninguém cortava. Era um toma lá dá cá o tempo inteiro...</p>	<p>A vinculação afetiva com paciente interfere diretamente no cenário de cuidado.</p>	<p>S2 USg81 Descuido na relação de cuidado.</p>
<p>S2 US79 Aí, chegamos para um doente que está bem cuidado e ele também nos recebe com carinho, é uma retribuição.</p>	<p>Cuidar para ser cuidado, via de troca de afetos.</p>	<p>S2 USg82 Cuidado como sinônimo de retribuição.</p>
<p>S2 US80 Tentando me colocar no lugar dele, coisa que eu não fazia antes, me explicando, é um sofrimento muito grande!</p>	<p>A presença da empatia no cenário de cuidado.</p>	<p>S2 USg83 Empatia na prática do cuidado.</p>
<p>S2 US81 Isso melhora a compreensão e é algo que não aprendemos na faculdade. E assim: Neste momento eu já estava me sensibilizando para entrar, começar a estudar o espiritismo, que eu sempre almejei.</p>	<p>Ampliação da compreensão pelas experiências de vida – espiritismo.</p>	<p>S2 USg84 Desenvolvimento da compreensão pelo espiritismo.</p>
<p>S2 US82 A influência dos ensinamentos da doutrina ajudou muito a me humanizar frente as pessoas. Então, foi um conjunto estudar o</p>	<p>O conhecimento do espiritismo como instrumento de humanização das relações de</p>	<p>S2 USg85 O espiritismo como instrumento de humanização da relação</p>

espiritismo e trabalhar com câncer no hospital que me deu condições de trabalhar com a morte.	cuidado com pacientes à beira da morte.	médico e paciente.
S2 US83 Eu saí de um ambiente insalubre e bruto que, por mim mesma, eu provavelmente não conseguiria ter as reações que eu tenho hoje para cortar essa agressividade que vinha de todo lado. Aí hoje, eu consigo me controlar.	O manejo da própria agressividade advindo das experiências pessoais e profissionais.	S2 USg86 Controle da própria agressividade.
S2 US84 Controlar no sentido de não ter a impulsividade de uma resposta imediata por qualquer coisa. Eu não preciso responder tudo! Eu aprendi ponderar. E aí, eu consigo ter empatia com esse doente que está no fim.	Aprendizado de não ser reativa a tudo e a todos – desenvolvimento da empatia.	S2 USg87 Controle dos próprios impulsos. S2 USg88 Desenvolvimento da empatia.
S2 US85 E quando, diante de uma alta hospitalar, minha especialidade em nutrologia, me possibilita entender o fim de um corpo orgânico. Isso eu aprendi com a nutrição.	O conhecimento da nutrologia como via de compreensão da morte orgânica.	S2 USg89 Compreensão da morte orgânica pela nutrologia.
S2 US86 Eu vou aprendendo cada vez mais!	Aprendizado contínuo.	S2 USg90 Aprendizado contínuo.
S2 US87 Hoje eu consigo compreender de uma forma muito diferente do que em 2011 quando eu cheguei na oncologia, que eu queria dar nutrição para todo mundo porque eu achava que só assim que a pessoa sobreviveria.	Simplificar a sobrevivência de um paciente pelo viés da nutrição.	S2 USg91 Garantia da sobrevivência pela nutrição.
S2 US88 E não, tem que respeitar o limite do corpo que não vai processar a nutrição, na hora do fim. E chegar nesse limite é compreender e respeitar o corpo.	O respeito ao corpo e suas limitações advindos da experiência profissional.	S2 USg92 Respeito à finitude do corpo.
S2 US89 Eu aprendi muito vendo o câncer, entendendo a nutrição, vendo como as coisas funcionam e amparada pelo estudo do espiritismo, percebi muito mais sobre o limite do corpo e o respeito por ele.	Compreensão e aceitação da morte possibilitadas pela experiência com pacientes oncológicos e o conhecimento sobre o espiritismo.	S2 USg93 Ampliação do conhecimento e respeito ao corpo do paciente.
S2 US90 É o respeito do outro como ele é. Eu não tenho o poder de querer mudar o outro: “Ah, o outro é bruto, não gosta de mim e eu vou fazer o que?” O corpo é mesma coisa! O que eu posso fazer para mudar aquilo?	Validação dos limites do corpo e da vida do paciente como processo de aceitação.	S2 USg94 O corpo imutável.
S2 US91 Hoje eu entristeço com a morte de alguns pacientes. Entristeço mesmo!	Identificação e validação da tristeza diante da morte de pacientes.	S2 USg95 Tristeza pela morte do paciente.
S2 US92 Ao entrar no quarto eu tenho que falar alguma coisa e, neste caso, por exemplo, o que eu diria? Entrar e dizer: “Ah, está bom e sair do quarto?” Eu acho pior! Eu me sinto na obrigação de dizer alguma coisa, mas dizer alguma coisa que seja mais confortável do que algo que possa piorar a situação. Então, é necessário ter essa sensibilidade e isso você vai treinando também.	Desenvolvimento das habilidades de fala diante do agravamento do quadro clínico e evolução para morte de um paciente.	S2 USg96 Sensibilidade no diálogo.
S2 US93 Eu falei assim: Esse é o momento mais importante da vida, falei isso! Esse é o dia, é o momento mais importante da vida, em que olhamos para traz e se despede da vida. Porque é nesse dia que faz sentido do porquê nascemos.	Validação da vida diante da morte como produção de sentido e finalização de um ciclo.	S2 USg97 Morte como doador de sentido à vida.
S2 US94 Eu tento não entrar na religião porque temos que respeitar a religião de todos assim como eu quero que me respeite. Eu acho importante não ficar impondo as coisas neste momento.	Respeitar as diferentes religiões sem mesmo expor a própria religião do médico.	S2 USg98 Respeito as crenças religiosas.
S2 US95 Eu me vejo hoje lidando com a morte com empenho de cuidar de uma pessoa que está ali e que vai, poderá morrer!	Cuidar da morte cuidando da vida do paciente.	S2 USg99 Cuidar da morte cuidando da vida.
S2 US96 Chega um baleado para mim o empenho e a dedicação que eu tenho por aquela pessoa é muito diferente do que eu tinha lá no começo.	Maior empenho no cuidado ao paciente em relação ao início da carreira profissional.	S2 USg100 Aprimoramento do próprio atendimento.
S2 US97 É como se trabalhar e nunca ter sido bem tratada se transformou em empatia com o próximo.	A presença de maus tratos transformados em empatia.	S2 US101 Empatia com o próximo.
S2 US98 Posso estar cansada no fim de semana no	Identificação da importância de	S2 USg102 Separar

pronto socorro, mas eu não tenho direito de agredir ninguém. Eu não tenho direito nenhum de projetar minhas mágoas no paciente.	separar questões pessoais das profissionais.	questões pessoais das profissionais.
S2 US99 Ou seja, esse gerenciamento do conflito eu aprendi assim... Desse jeito!	Gerenciamento de conflitos.	S2 USg103 Gerenciamento de conflitos.
S2 US100 [...] e que eu não posso esperar uma educação de alguém que nunca teve como ninguém podia esperar de mim uma empatia que eu nunca tive lá atrás.	Ausência de educação e empatia nas relações.	S2 USg104 Ausência de educação e empatia.
S2 US101 Quanto ao lidar com a morte, eu fugia muito, mas isso faz parte desse contexto e da minha compreensão.	Desejo de correr da morte em função do contexto.	S2 USg105 Fuga da morte.
S2 US102 Lidar com a morte hoje para mim é muito mais lidar com o respeito. Eu fiz o máximo que pude!	Morte percebida e manejada com respeito.	S2 USg106 Morte lidada com respeito.
S2 US103 Mas eu também tenho um limite do: "Até onde eu vou para não me prejudicar?" Tem seus limites ali também! E agora, eu fico até o fim? Até o fim do plantão ou passo o plantão de boa sem muito apego?	Presença da autoproteção pela identificação do próprio limite.	S2 USg107 Identificação do próprio limite.
S2 US104 Eu consigo ter esse discernimento e me sensibilizo com a morte do outro quando eu vejo que não teve recursos para ir além. E sinto pena, porque às vezes, o recurso faltou.	Sensação de pena pela morte do paciente diante da ausência de recursos.	S2 USg108 Sensibilização pela morte do paciente.
S2 US105 [...] o que em minha formação consegue me dar de apoio para eu lidar com a morte, ou me dar de condições? Entender nutrição em um ambiente menos insalubre me fez permitir entender cientificamente como é o processo da morte celular. O espiritismo me deu o conforto e a compreensão de coisas que eu não tinha antes. E pessoalmente me ajudou a não piorar a situação do outro.	A formação pessoal, profissional e religiosa como possibilidade de compreensão e manejo do processo de morrer do paciente.	S2 USg109 Conhecimento científico da morte celular pela nutrição. S2 USg110 Conhecimento da doutrina espírita como possibilidade de compreensão do processo de morrer do paciente.
S2 US106 O julgamento não me cabe! É cuidar da dignidade, promover uma morte com dignidade.	A suspensão de julgamentos do papel do médico e a promoção da morte com dignidade.	S2 USg111 Morte com dignidade.
S2 US107 É cuidar da dignidade do outro! E o que eu tenho de papel, nisso? É não me sentir frustrada porque morreu, pois não estamos aqui para salvar todo mundo, não é isso que a medicina se propõe, embora seja ensinado que sim. Apesar de aprender na vida que não! Podemos apenas promover conforto e dignidade para as pessoas. Então é isso!	A possibilidade de repensar o papel de salvador esperado e ensinado ao médico. E a possibilidade de se promover conforto e dignidade para as pessoas.	S2 USg112 Médico como salvador de vidas. S2 USg113 Promoção da dignidade e conforto as pessoas.
S2 US108 A minha profissão lida com morte todos os dias, mas para eu lidar com a morte do outro eu tenho que lidar com a minha vida.	A morte presente no cotidiano profissional do médico e entendida como possibilidade de olhar para a própria vida.	S2 USg114 Morte presente no cotidiano do médico. S2 USg115i Olhar para a morte do outro é olhar para a própria vida.
S2 US109 E eu consigo hoje compreender a minha morte... E com isso promover uma morte muito mais serena.	Compreender a própria finitude possibilita lidar com a morte do outro de forma serena.	S2 USg115ii Compreensão da própria morte como melhora no manejo da morte do outro.
S2 US110 O impacto de quando meu pai morreu, mexeu muito comigo também.	Repercussão da morte de um familiar na prática médica.	S2 USg116 Morte de um familiar.
S2 US111 Hoje, o que eu tenho que ter é o controle dessa emoção, mas não significa ser ausente do que se pode sentir pelo outro.	A possibilidade de lidar com as próprias emoções é diferente de negá-las.	S2 USg117 Validação das próprias emoções.
S2 US112 E hoje, para ser racional, eu tenho que ter emoção na medida certa. Mas não ausência de empatia ou sentimentos. Não ausência de compaixão, acho que a palavra é essa.	Ser racional é diferente de negação dos próprios sentimentos e emoções.	S2 USg118 Autocontrole das emoções e sentimentos.
S2 US113 [...] do lado de lá o stress emocional, do	Ambiguidade entre emocional e	S2 USg119 Manutenção

lado de cá, eu não posso ter o stress porque eu preciso da parte racional do cuidado ao outro que espera de mim, como médica, desse cuidado. É a minha profissão diante disso.	racional presentes na prática médica.	do racional na prática médica.
S2 US114 Falando de morte, quando se morre? Mas ao passo que eu tenho que ter um controle emocional para fazer esse equilíbrio, eu não posso não ter compaixão porque eu já não consigo mais não ter.	A presença do controle emocional e da compaixão diante da morte de um paciente.	S2 USg120 Presença da compaixão e do controle emocional.
S2 US115 [...] compaixão, caridade e misericórdia são três coisas que me modulam para conseguir lidar com a morte do outro de um jeito mais doce, respeitoso e conseguir fazer o meu trabalho racional melhor.	A atuação médica de forma racional permeada pela compaixão, caridade e misericórdia.	S2 USg121 Presença da compaixão, caridade e misericórdia.
S2 US116 E foi a compreensão da nutrição que me fez entender isso melhor através do aspecto orgânico. Acho que é isso!	O conhecimento do aspecto orgânico pela compreensão da nutrição possibilitou o manejo da morte do paciente.	S2 USg122 A morte sob o viés do aspecto orgânico.
S2 US117 Fico feliz por poder compartilhar com você minha história e de poder falar quarenta minutos uma coisa que eu realmente não me preparei para falar...	A presença da felicidade por ter podido compartilhar por um tempo significativo sua experiência.	S2 USg123 Compartilhamento da própria história e experiências.
S3 US118 [...] foi uma coisa um pouco do que eu acho, foi de degrau por degrau. Desde o primeiro ano isso foi muito falado na parte de ética, a questão da eutanásia, ortotanásia, distanásia e de toda discriminação em torno disso, mas tudo muito teórico.	Contato com o tema da morte desde o início da formação acadêmica de forma teórica com a apresentação de conceitos como eutanásia, ortotanásia e distanásia.	S3 USg124 Inserção lenta no tema de forma teórica sobre eutanásia, ortotanásia e distanásia.
S3 US119 A única parte palpável, de você ter contato com a morte e com o processo de morrer, de fato com o paciente chegando na terminalidade, é um pouco já nos 5º e 6º anos, quando você começa a ter mais contato com esse tipo de paciente.	O contato direto com o paciente vivenciando seu processo de morrer só ocorreu no último ano da graduação.	S3 USg125 Contato direto com a morte somente no final da graduação.
S3 US120 A parte de contato guiado, nesse assunto, é mais no último ano da faculdade que tem discussões de casos.	A morte apresentada no último ano da graduação através da discussão de casos.	S3 USg126 Morte abordada no último ano com discussão de casos.
S3 US121 Em uma disciplina tem discussões sobre como lidar com as várias formas de você lidar e quando o médico tem o direito de ter um induto também [...].	As discussões de como lidar com a morte e o direito do induto apresentados em uma disciplina da graduação.	S3 USg127 Os modos de lidar com a morte apresentada em uma disciplina.
S3 US122 Isso tudo começa ser mostrado para você e você começa a ter mais contato...	A aproximação do contato com a morte na formação.	S3 USg128 Aproximação do contato com a morte.
S3 US123 Já na residência eu tive muito mais contato com o sofrimento que aparentemente é inevitável, mas que pode ser lidado de forma diferente.	O maior contato com a morte na residência, na qual se pode pensar nos diferentes modos de manejo.	S3 USg129 Lidar com a morte de diferentes formas na residência.
S3 US124 Você pode levar o processo da morte do paciente como uma coisa natural, como sendo uma coisa inevitável para todos nós e que chegaremos nisso inevitavelmente.	A morte percebida como um processo natural de todo ser humano.	S3 USg130 Morte como processo natural e inevitável.
S3 US125 E você pode levar isso de uma forma sem ser entendida como uma luta contra a morte.	É possível entender a morte como processo e não como luta.	S3 USg131 Compreensão e assimilação da morte.
S3 US126 O ponto é fazer o máximo que der, vamos prometer, tentar fazer, tomar medidas invasivas, transferências para UTI, intubar o paciente, destubar o paciente; tudo isso é uma questão que você começa, aos poucos, saber quando você deve ou não fazer, porque tem pacientes que você sabe que não vão ter um benefício com este ou aquele procedimento.	A importância de investir e refletir sobre tal investimento em procedimentos.	S3 USg132 Investir e refletir sobre as escolhas de procedimentos.
S3 US127 Muitos familiares vêm me agradecer por eu não ter feito, quase nada comparado com aqueles pacientes que foram levados para a UTI, e acabaram morrendo nela fora da presença de um familiar.	A família agradece o médico por não ter retirado dela o paciente antes de sua morte colocando-o em uma UTI, onde se morre isoladamente.	S3 USg133 Agradecimento da família pela evitação da morte isolada.

S3 US128 [...] qualquer possibilidade de estar presente tem essa gratidão da família, uma gratidão interna, mesmo de você perceber que talvez você tenha feito o melhor para a paciente.	A presença da família do final de vida do paciente gerando processos de gratidão.	S3 USg134 Valorização e gratidão da família pela presença do médico.
S3 US129 É importante perceber que não foi dar um dia a mais de vida para ele, ou algumas horas a mais para ele, mas foi dar uma passagem de um jeito mais humanizado, mais digno para o paciente.	A importância de se focar na humanização e dignidade no cuidado dispensado ao paciente e não na sobrevida.	S3 USg135 Foco na dignidade e humanização do processo de morrer.
S3 US130 [...] às vezes, para o paciente e para a família é muito melhor do que você saber que, na hora em que a minha mãe morreu, tinha dois médicos em cima dela fazendo massagem cardíaca e um 3º tentando intubar.	O não reanimar com massagem cardíaca e o não intubar como respeito ao paciente e sua família.	S3 USg136 Respeito ao paciente e família não reanimando-o e nem intubando-o.
S3 US131 Na maioria das vezes, esta passagem de uma forma mais natural é mais benéfica para todos: equipe, paciente e parece ser para a família também pelo retorno dado; mas isso não é fácil, você saber que tem que determinar um ponto de não mais investir.	O benefício de ser presar pela morte natural para o paciente, família e equipe e a dificuldade de decidir quando parar de investir no paciente.	S3 USg137 Benefício da morte natural para paciente, família e equipe. S3 USg138 Dificuldade para determinar o ponto de não mais investir na cura do paciente.
S3 US132 E tudo isso é construído com a família também! A paciente vai ter garantido seu conforto se a família também estiver confortada, pois não adianta você combinar uma coisa e praticar outra [...].	A construção e garantia coletiva do conforto com o paciente e a família.	S3 USg139 Construção e garantia do conforto para o paciente e para a família.
S3 US133 [...] isso tem que ser falado para e com a família para que seja construído com ela uma forma de aceitação de que o paciente tem direito a não querer medidas invasivas e você, como médico, tem o direito e o dever de falar: “Daqui pra frente não poderei fazer muito mais por ela, porque tudo que for proposto eu não acrescentarei conforto, nem milagre e menos ainda mais tempo de vida”.	A importância de se falar com a família sobre o direito dela e do paciente de escolher pela não realização de procedimentos invasivos e a aceitação disso pelo médico.	S3 USg140 Escolha do paciente e da família pela não realização de procedimentos invasivos. S3 USg141 Direito do médico expor sua limitação técnica no cuidado ao paciente no processo de morte.
S3 US134 Isso tem que ser construído com a família porque eles têm e devem saber o porquê destas decisões para não acharem que você abandonou o paciente.	A importância da participação da família na construção das decisões pela não realização de procedimentos para não soar abandono do paciente.	S3 USg142 Participação da família na escolha pela não realização de procedimentos. S3 USg143 Cuidado para não soar abandono do paciente.
S3 US135 “Comigo o paciente não morre! Sou um ótimo médico porque paciente meu não morre!” Isso é uma mentira, não tem como, a não ser que você lide com coisas que não envolvam o paciente em si [...].	Lidar com os pacientes em si é lidar sempre com a possibilidade de morte.	S3 USg144 Lidar diretamente com pacientes é lidar sempre com a possibilidade de morte.
S3 US136 Acho que fugi bastante! (risos) A parte de formação... É difícil você ter uma formação fechada, padronizada e protocolar ensinando o que se deve falar, como se deve falar, o quanto se deve falar sobre...	Percebe-se fugindo do tema, o qual é difícil de ser abordado na formação acadêmica por não se tratar de algo protocolar.	S3 USg145 Dificuldade de abordagem da morte na formação por não ser protocolar.
S3 US137 Então, você tem que ter dois discursos com a mesma coisa. E são pacientes com níveis de instrução e autoconhecimento diferentes.	Os pacientes possuem níveis diferentes de instrução e isso interfere na sua compreensão.	S3 USg146 Diferentes discursos para os diferentes níveis de instrução.
S3 US138 Se a cirurgia é curativa ou não, algumas pessoas sabem já outras não. Alguns entregam na sua mão e falam: “Faz o que você acha melhor.” E os discursos são diferentes, os momentos de se falar são diferentes, os jeitos de se falar são diferentes.	Existem diferentes jeitos de falar e compreender em diferentes contextos e momentos.	S3 USg147 Os diferentes discursos, momentos e contextos.
S3 US139 Assim que um médico mais experiente passa uma informação, e você teve a disciplina de ética médica, principalmente no 6º ano, não sei se ainda tem nesse modelo, mas tinha também os grupos de discussão sobre terminalidade a questão	O processo de terminalidade assimilado de forma mais compreensível para os alunos que já passaram pelos grupos de discussão e pela disciplina de	S3 USg148 Assimilação do processo de terminalidade.

se torna mais fácil.	ética médica.	
S3 US140 De algum jeito isso é falado na formação, seja através de conversas em grupos e compartilhamento de experiências próprias; mas, assim, quando você fala isso para um acadêmico que ele não teve ainda a experiência de falar com o paciente e com a família, isso não tem tanto efeito.	A apresentação do tema da morte e não a experiência do contato com o processo de morrer.	S3 USg149 A formação possibilita falar sobre a morte e não acompanhar o processo de morrer.
S3 US141 A partir do momento em que você entra na residência isso inverte porque agora você é o cara que tem que dar a notícia, que tem que conversar e explicar para a família...	A residência como responsabilidade da notificação da morte.	S3 USg150 Responsabilidade pela notificação do óbito na residência.
S3 US142 É você que vai contar para o aluno, para o interno como foi essa conversa para daí ele ter isso como um modelo, não a ser seguido, mas como um guia.	A importância, como preceptor, de dividir com os residentes sua experiência com notificações de óbito como guia.	S3 USg151 Preceptor como guia para os residentes na notificação do óbito.
S3 US143 Eu acho que a formação é muito pessoal. É muito necessária ter alguém que dê esse guia e norte, mas é muito pessoal e tem pessoas e pessoas também, médicos e médicos...	A formação entendida como pessoal mesmo diante de guias.	S3 USg152 Formação compreendida como pessoal e individual.
S3 US144 Existem pessoas que sabem conversar de uma forma clara, possível de entender e com calma que não estresse ainda mais o paciente.	A importância de se expressar de forma clara e calma para não estressar o paciente.	S3 USg153 Clareza, objetividade e calma na comunicação.
S3 US145 Têm pessoas que não conseguem e que não têm treinamento; eu acho que vai do jeito que a pessoa fala e vê a coisa!	A dificuldade reside na ausência de treinamento e modos de comunicação e percepção.	S3 USg154 Ausência de treinamento interfere nos modos de comunicação e percepção.
S3 US146 Você pode até padronizar, mas o produto final é muito pessoal e uma formação é mais ou menos isso, composta pela sua vivência e contato com os vários pacientes que você precisou atuar com essas conversas compartilhando as várias experiências de vida dos pacientes e das famílias.	A formação é composta por aspectos formais, pessoais e trajetória profissional.	S3 USg155 Impossibilidade de padronização da formação.
S3 US147 As suas experiências você já fala para cada paciente: “Oh, eu já tentei esse tipo de coisa e não deu muito certo, deveria conversar todo mundo junto, separei família de paciente, separei as pessoas da família e conversei com cada uma em momentos diferentes, mas cada um é diferente, então é difícil você padronizar!”	A importância de compartilhar as próprias experiências da trajetória profissional com os pacientes e a impossibilidade de padronizar.	S3 USg156 Compartilhar suas próprias experiências profissionais com pacientes. S3 USg157 Impossibilidade de padronização.
S3 US148 Eu acho interessante você ser o primeiro cara a falar: “Precisamos falar sobre isso!” Porque, mesmo que não tenha esse cara que, na sua formação, falou: “Precisamos falar sobre isso!” Quando você estiver atuando você vai ter que falar sobre isso.	A importância de ser o primeiro a falar sobre o processo de morrer com o paciente ainda durante a formação.	S3 USg158 Importância de ser permitido, ainda durante formação, falar com o paciente sobre seu processo de morrer.
S3 US149 Então eu acho que ter uma formação específica é muito importante, mesmo que na prática ela seja muito pessoal.	Mesmo que na prática o manejo com a morte seja individual, uma formação específica sobre o tema é importante.	S3 USg159 Necessidade de formação específica para o tema da morte.
S3 US150 Para mim, a morte de um paciente já foi pior! Já foi mais difícil! A morte do meu paciente deixou de ser um tabu e passou ser uma questão de não posso falar sobre isso, não quero falar sobre isso, ou então, eu me sinto pior como médico!	A morte compreendida não como um tabu, mas como algo difícil de ser dialogada e manejada.	S3 USg160 Evolução do tabu da morte para o calar-se diante dela.
S3 US151 “Já chorei por morte de pacientes”. Não porque eu achei que dava para fazer alguma coisa, mas pelo processo todo, pelas questões familiares envolvidas que, na hora que você começa a lidar com a morte, você não tem somente o meu paciente que morreu, mas também as pessoas que estão ficando.	O reconhecimento da dor diante da morte de um paciente, principalmente por perceber a dor daqueles que ficaram – familiares.	S3 USg161 A morte compreendida como processo de dor para aqueles que ficam.
S3 US152 Quando você tem um paciente terminal ou um paciente que morreu, você tinha aquele paciente para cuidar que agora você não tem mais, mas você herda uma rede familiar ali que, naqueles	A permanência do cuidado a família depois da morte do paciente	S3 USg162 Permanência do elo com a família depois da morte do paciente.

primeiros momentos, primeiros dias, vai recorrer muito a você.		
S3 US153 Na enfermaria eu tive o caso de uma filha de uma paciente que voltava de dois em dois dias, por uma semana, para conversar comigo.	A necessidade do familiar de recorrer ao médico como elo de vinculação com o paciente que morreu.	S3 USg163 Permanência do contato do familiar com o médico.
S3 US154 [...] a morte de um paciente para mim pode ser dolorosa e pode ser assim: “Eu não queria que esse paciente morresse”. Mas ela não é uma coisa que me atormenta mais, assim, de falar. Não tenho medo de falar sobre isso ou receio, que preciso que alguém esteja junto comigo e fale no meu lugar com a família, terceirizando a função.	A ausência de medo ou receio de falar sobre a morte do paciente e a tranquilidade e a não terceirização da notificação do óbito para a família.	S3 USg164 Ausência de medo da morte do paciente. S3 USg165 Não terceirização e tranquilidade na notificação do óbito.
S3 US155 Eu acho que deixou de ser isso, porque a partir do momento que você começa a perceber que é sua função e que você não estava ali somente para cuidar e curar. Você também estava para dar o último apoio, o último conforto...	Ampliação da percepção de cuidado para além da cura, como possibilidade de proporcionar também o conforto.	S3 USg166 Ampliação da percepção de cuidado.
S3 US156 Isso vira uma parte do seu trabalho e eu digo até que é uma parte prazerosa, não a morte em si, mas o processo de você aprender a criar isso e perceber que você conseguiu criar isso de uma forma boa.	Integração do processo de morrer na prática do médico como algo inerente à sua prática.	S3 USg167 Integração do processo de morrer na prática médica.
S3 US157 De você conseguir trazer entendimento naquele momento de ansiedade, de você trazer conforto no momento de dor, de angústia, de desespero, e ver que você conseguiu fazer isso é prazeroso também de uma forma meio “deturpadinha”, mas o é.	Presença de prazer na prática médica no manejo com o processo de morrer pela possibilidade de proporcionar entendimento e conforto em momentos de dor e desespero.	S3 USg168 Prazer por proporcionar conforto e entendimento no processo de morrer.
S3 US158 Óbvio que continuamos sempre entendendo o outro lado, assim, é difícil falar disso desde o começo: “Ah, esse paciente não adianta mais fazer nada”, desde o começo! Não, você vai tentar, você vai tentar até você chegar no seu limite ou até chegar no limite do paciente. É difícil você, de cara, falar assim: “Essa paciente não merece um tratamento porque ela não vai aguentar”. Para ela o processo evolutivo da própria doença vai ser mais confortável do que você expor prontamente todo o prognóstico do caso.	A dificuldade de identificar e assumir a não possibilidade de investir na cura do paciente.	S3 USg169 Dificuldade de identificar e assumir o não investimento na cura.
S3 US159 A paciente muito idosa e cheia de deformidades, às vezes, você deixar o processo natural da doença, explicando para paciente e para família sempre é, muitas vezes, a melhor escolha, mas eu acho que é a minoria, infelizmente.	A importância de identificar e assumir a impossibilidade de cura pelas condições atuais de saúde do paciente, informando paciente e família sempre.	S3 USg170 Apropriação do atual estado de saúde do paciente.
S3 US160 Você vai tentar tratar, você vai oferecer medidas, tudo para paciente e para família, mas você também sabe que, em alguns casos, você não vai conseguir!	O investir no paciente não significar a garantia da sua cura.	S3 USg171 Apropriação da impotência diante do quadro de saúde do paciente.
S3 US161 [...] se você não se acostumar com o processo da morte, com o processo da conversar sobre ela, se transforma em uma grande angústia para você também, para o próprio médico.	A importância de se acostumar com o processo de morrer e o falar sobre ela na prática médica como forma de alívio da própria angústia.	S3 USg172 Apropriação do processo de morrer e do falar sobre ele na prática médica.
S3 US162 Porque você não está preparado para isso. Se você estiver minimamente preparado, você nunca estará preparado para tudo, mas se você estiver minimamente preparado isso lhe dará um fechamento de tudo.	A importância do preparo mínimo como diferencial no cotidiano da prática médica acerca do manejo do processo de morrer.	S3 USg173 Importância do mínimo de preparo para o manejo dos processos de morrer.
S3 US163 Eu acho que isso é importante. Você participar desse ciclo também... Ao invés de: “Eu não lido com morte de um paciente eu só tento curar e na hora que ela morrer eu não participo”. Fica uma coisa meio aberta!	A importância de se participar dos processos de morrer na prática médica.	S3 USg174 Benefício para o médico na participação nos processos de morrer.
S3 US164 Um nó não dado, né? Eu acho prazeroso para nossa função e profissão de médico, sempre	A importância do fechamento de ciclos mediante a participação nos	S3 USg175 Participação nos processos de morrer

fechar um ciclo.	processos de morrer.	para fechamento de ciclos.
S3 US165 Você começar e ver o fim, e também o óbito não é a mais legal delas, mas faz bastante parte.	Possibilidade de se deparar com a finitude com a experiência do óbito.	S3 USg176 Contato com a finitude pelo acontecimento do óbito.
S3 US166 E hoje em dia eu vejo assim, eu fico feliz porque era uma coisa que me dava muito medo na época de faculdade.	Avanço do medo presente durante a graduação para um modo tranquilo de lidar com a morte	S3 USg177 Felicidade por ter desenvolvido o manejo com a morte.
S3 US167 Lidar com a morte... eu tinha medo das enfermarias, onde os pacientes morriam, assim na oncoclínica como um todo que é onde você tem mais contato.	A presença do medo da ocorrência da morte nas enfermarias e oncoclínicas.	S3 USg178 Medo da morte em enfermarias e oncoclínicas.
S3 US168 Tinha medo das enfermarias porque, assim: “Como eu vou lidar com isso?” Mas, a partir do momento em que você ganha uma certa confiança, ganha um certo jeito de você falar, uma coisa mais pessoal sua, que faz parte do seu dia-a-dia. Então, faz parte do seu tratamento também a partir dos feedbacks positivos das famílias.	O não saber lidar com a morte e a confiança ganhada com a atuação profissional proporcionando o desenvolvimento do seu próprio modo de lidar com tal contexto a partir de feedbacks.	S3 USg179 O não saber lidar com a morte. S3 USg180 Desenvolvimento do próprio modo de lidar com a morte a partir de feedbacks.
S3 US169 Feedbacks positivos: “Com aquela família eu mandei bem!” Eu vejo que eles estão indo embora mais tranquilos do que chegaram. Mesmo tendo perdido, eu fazendo parte do processo de luto deles, eles estão indo embora mais tranquilos. Nunca felizes, porém tranquilos.	A importância de feedbacks positivos da família como ganho na elaboração do processo de luto do médico.	S3 USg181 Feedbacks positivos como facilitador na elaboração do luto.
S3 US170 Acho que isso é uma coisa prazerosa: “A minha função, eu fiz com aquela paciente”. Não conseguiria fazer mais nada, mas eu consegui dar um conforto para ele até o último minuto e consegui dar um conforto, aonde seria difícil de dar, que é para a família que ficará no momento em que o paciente se for.	Prazer por poder dar conforto ao paciente até o seu último momento de vida e a família diante da morte.	S3 USg182 Prazer por proporcionar conforto ao paciente e a família.
S3 US171 Então, eu acho que é isso... Hoje em dia eu vejo assim! Eu vejo também a parte que pode ser gratificante. Prazerosa não seria uma ideia boa. Gratificante fica uma ideia melhor.	Gratidão pela prática médica no manejo dos processos de morrer.	S3 USg183 Gratidão pela prática médica no manejo dos processos de morrer.
S3 US172 Uma função gratificante sua de você ver que você conseguiu, naquele momento tão difícil, difícil de falar, difícil de trazer questões, tipo: “Vamos dar mais conforto e parar de investir”; isso transformar em uma forma de conforto para família e paciente. Então, eu vejo isso!	Gratidão por poder proporcionar conforto ao paciente e família diante da escolha de parar de investir no paciente.	S3 USg184 Gratidão por poder proporcionar conforto na escolha de parar de investir no paciente.
S3 US173 [...] no segundo dia a filha veio e gastamos uma meia hora, 40 minutos conversando. Uma conversa bem tranquila!	O retorno da filha no hospital	S3 USg185 Reencontro com o familiar.
S3 US174 [...] eles vieram me perguntar por que eu não estava lá na hora?	Questionamento sobre a ausência na hora do óbito.	S3 USg186 Ausência na hora do óbito.
S3 US175 Ficaram preocupados comigo, de eu ter chegado lá no outro dia e ela não estar mais lá. Foi uma conversa bem gostosa, pois a filha dela tinha o direito e a possibilidade de estar em qualquer outro lugar.	Preocupação do familiar em relação ao médico não encontrar mais o paciente no plantão seguinte.	S3 USg187 Preocupação do familiar em relação ao médico.
S3 US176 E ela fazia questão de agradecer a equipe por tudo que conseguimos fazer, por ter dado um pouco de conforto para ela, aonde ela achou que ela não teria por ter perdido sua mãe nova, com 44 anos de idade.	A necessidade do familiar de agradecer o médico e a equipe pelo cuidado e conforto dispendido a paciente.	S3 USg188 Necessidade do familiar de agradecer o médico e a equipe.
S3 US177 Ela conversou um pouquinho sobre a mãe e depois começou a perguntar dela. Que ela estava mais angustiada agora e queria, se ela passasse pelo mesmo processo, ter a certeza de que ela seria tratada do mesmo jeito.	A necessidade do familiar de esclarecer pontos sobre o adoecimento do paciente e a garantia da possibilidade do mesmo tratamento diante de um quadro de adoecimento.	S3 USg189 Garantia do cuidado para o familiar caso ele também adoça.
S4 US178 De formação acadêmica eu acho que muito pouco ou talvez nada.	Ausência de abordagem do tema da morte na graduação.	S4 USg190 Ausência da abordagem do tema da morte na graduação.

S4 US179 O que ressoa na minha formação como pessoa aí eu posso dizer algumas coisas pelas quais eu passei e que talvez me ajudem a lidar com esse tipo de situação.	Aspectos da vida pessoal balizaram o manejo com a morte.	S4 USg191 Formação como pessoa no manejo com a morte.
S4 US180 Na minha formação em UTI procurei ir atrás de cuidados paliativos porque eu acho que a morte faz parte da vida e, principalmente dos médicos, que têm uma dificuldade muito grande de entender isso.	Buscou formação em cuidados paliativos para lidar com a morte na UTI uma vez que a graduação não disponibilizou tal conhecimento e é uma dificuldade dos médicos em geral.	S4 USg192 Formação em cuidados paliativos como recurso no manejo com a morte. S4 USg193 Dificuldade do médico de lidar com a morte.
S4 US181 As pessoas vão morrer, não somente os pacientes, mas todo mundo vai morrer um dia. Tentamos postergar isso ao máximo possível! Mas acho que acabamos transformando esse processo em sofrimento.	Todos morrerão um dia, porém postergamos isso ao máximo e pioramos isso transformando o real em sofrimento.	S4 USg194 Ideia da finitude como postergação da realidade em forma de sofrimento.
S4 US182 Acabamos postergando tanto tentando intervir, não deixando que a morte aconteça, e isso atrapalha mais do que ajuda.	A postergação da morte como dificultador do processo de morrer.	S4 USg195 Postergação da morte.
S4 US183 [...] eu acho que foi mais a minha formação não acadêmica que talvez tenha me ajudado a ver as coisas da forma como eu as enxergo.	A formação pessoal como facilitador na compreensão do processo de morrer.	S4 USg196 Compreensão do processo de morrer pela formação pessoal.
S4 US184 É falar para o paciente e para a família que eu estou ali; é dar um abraço...	Ser uma presença autêntica para o paciente e família no processo de morrer.	S4 USg197 Presença autêntica no processo de morrer.
S4 US185 É mostrar que aquilo faz parte e que faremos com que essa transição, essa passagem e esse momento seja o menos traumático possível tanto para o paciente quanto para família e para quem fica.	Focar na diminuição do trauma para o paciente e família no processo de morrer	S4 USg198 Diminuição do trauma causado pelo processo de morrer.
S4 US186 Em relação ao paciente eu sou igual a moça da limpeza. Eu não sei nada mais que eu possa fazer para mudar ou para reverter o quadro. Então é muito frustrante. Eu me sinto péssima e realmente um nada.	Frustração e desconhecimento diante do quadro de saúde do paciente a beira da morte.	S4 USg199 Frustração e desconhecimento no processo de morrer.
S4 US187 Quando só podemos oferecer o conforto, o abraço, o silêncio e deixar eles falarem, chorarem e expressarem o que eles quiserem dizer, fazer, falar... É fato, sabe, ela está rebaixada, eu vou sedar, intubar para prolongar uma vida que hoje sabemos o desfecho e aonde vai chegar?	A importância de se oferecer conforto, abraço, silêncio e acolher a dor diante do processo de morrer; e escolher parar de investir no paciente pelo conhecimento do desfecho e término.	S4 USg200 Acolher a dor com abraço, conforto e silêncio no processo de morrer. S4 USg201 Parar de investir pelo conhecimento do desfecho e término.
S4 US188 Você sabe que não vai conseguir devolver para ele o mínimo de vida.	Apropriação da impotência diante do processo de morrer.	S4 USg202 Apropriação da impotência no processo de morrer.
S4 US189 Aquilo não é vida, aquilo é sobrevida. É algo que a gente impôs e tem que ser desse jeito. Algo que a gente faz!	A imposição da sobrevida pelo médico.	S4 USg203 Imposição da sobrevida pelo médico.
S4 US190 Os pacientes têm tubo aqui, tubo ali, outro na narina, um aqui, outro na uretra, um na “gastrostomia” e eles nem abrem o olho. Ou se abrem o olho é só [...]	O cenário da UTI – intubação – tubos em quase todos os orifícios e nem abrem os olhos.	S4 USg204 Intubação que garante a sobrevida e não a vida.
S4 US191 Que eu sempre procuro fazer com os meus pacientes o que eu gostaria que fosse feito para mim ou para minha mãe nestas condições.	O desejo de que se faça o mesmo diante das mesmas condições de adoecimento – identificação com o processo de adoecimento do paciente.	S4 USg205 Identificação com o processo de adoecimento do paciente.
S5 US192 Sou formada no exterior e a formação que recebi quanto aos cuidados e acompanhamentos no final da vida foi muito pouco.	Formação acadêmica no exterior com abordagem mínima quanto aos cuidados no fim da vida.	S5 USg206 Graduação no exterior sem abordagem do tema morte.
S5 US193 Na verdade, em nenhuma parte do mundo nos prepara para acompanhar os pacientes e as famílias nesses processos.	Desconhece formações pelo mundo que aborde e prepare o médico para esses processos.	S5 USg207 Desconhecimento de cursos de medicina de

		aborde o tema da morte.
S5 US194 Teriam que, não sei como, ser autodidata talvez, aprender a lidar com essa situação [...] não tive nenhuma formação a respeito!	Cogita ser autodidata o médico que consegue lidar com a morte de forma tranquila pela ausência de formação específica.	S5 USg208 Desconhecimento de formação de base específica para o manejo da morte.
S5 US195 Isso me parece muito difícil e o que ajuda para abordar esse tipo de situação é a experiência [...] creio que a experiência seja a única facilitadora!	Considera a experiência profissional com sendo a única facilitadora no manejo com o processo de morrer de um paciente.	S5 USg209 Experiência profissional como a única facilitadora no processo de morrer.
S5 US196 Eu creio que para enfrentar esse tipo de situações foi a minha experiência pessoal que me ajudou de quando a minha mãe morreu na UTI e os intensivistas de plantão, naquele momento, não tiveram tanto tato para me dar a informação na hora.	Identifica experiências de perdas pessoais que serviram como facilitador no manejo do processo de morrer de seus pacientes.	S5 USg210 Experiência de perda pessoal como facilitador no processo de morrer.
S5 US197 E com essa experiência eu aprendi que eu não queria dar a notícia como foi dada a mim e trato de dar a notícia de forma muito tranquila.	A presença do cuidado na notificação de um óbito devido a sua experiência traumática de vida pessoal com o recebimento da notificação do óbito da sua própria mãe.	S5 USg211 Experiência de perda pessoal como facilitador na notificação do óbito.
S6 US198 Durante minha formação eu não tive nenhuma aula sobre morte. A palavra nem se quer foi mencionada durante meus seis anos de faculdade, ao menos quando o paciente morria.	Não teve a abordagem do tema da morte durante a graduação. A palavra <i>morte</i> era pronunciada somente na ocorrência da morte de algum paciente.	S6 USg212 Ausência da abordagem do tema <i>morte</i> na graduação em medicina.
S6 US199 Esse negócio de morte encefálica, história de cuidados paliativos, final de vida e paciente terminal é coisa recente!	Os temas relacionados a morte passaram ser abordados somente recentemente na medicina.	S6 USg213 Temas sobre morte para médicos foram abordados somente recentemente.
S6 US200 Aliás, somente a partir dos anos 90 é que começamos discutir morte encefálica mediante a implementação dos programas de transplantes [...].	A morte encefálica passou a ser discutida somente a partir dos anos 90 com os programas de transplantes.	S6 USg214 Morte encefálica discutida a partir dos programas de transplantes dos anos 90.
S6 US201 [...] precisamos nos aprimorar naquilo que foi chamado de morte encefálica e trabalharmos nessa ideia de “coração ainda batendo” e você pedindo a doação dos órgãos para a família [...].	Aponta para a necessidade de aprimoramento no conhecimento e manejo das situações de doação de órgãos com o coração do paciente ainda batendo.	S6 USg215 Aprimoramento no conhecimento e manejo na doação de órgãos com o paciente ainda <i>vivo</i> .
S6 US202 E na UTI tudo é monitorizado, ou seja, não há nenhum problema em diagnosticar a morte.	A facilidade de se diagnosticar a morte na UTI em decorrência do monitoramento constante.	S6 USg216 Facilidade do diagnóstico da morte na UTI.
S6 US203 Diagnosticamos a morte antes dela acontecer de fato porque conhecemos os limites que nos indicam a não volta.	A possibilidade da antecipação do diagnóstico da morte pelos indicadores de <i>não volta</i> .	S6 USg217 Antecipação do diagnóstico da morte na UTI
S6 US204 Então, para que mal tratar o paciente com choques que não responderão mais; que diante de uma volta duraria mais 24 ou 48 horas.	A escolha pela não utilização do choque para uma sobrevida de 24 ou 48 horas a mais.	S6 USg218 A não utilização do choque para a sobrevida curta.
S6 US205 A disfunção e a evolução para a morte são muito conhecidas pelo intensivista.	O conhecimento das disfunções e evolução para a morte pelo intensivista.	S6 USg219 A evolução para a morte conhecida pelo intensivista.
S6 US206 Antigamente não participávamos deste processo de morrer do paciente, isso acontece hoje, que em quase todos plantões alguém morre. Atualmente a mortalidade nas UTI's vai de 8 a 20% dependendo do perfil da UTI. Então, viver a morte, é o nosso dia-a-dia!	Antigamente, o médico não participava do processo de morrer do paciente; diferente dos dias atuais em que ela ocorre constantemente no cotidiano de trabalho do médico.	S6 USg220 A não participação do médico nos processos de morrer. S6 USg221 A participação efetiva do médico na morte dos pacientes.
S6 US207 Eu, pessoalmente, até tenho problemas como velórios e sepultamentos porque eu já vivo em um mundo muito triste, na constante luta entre a vida e a morte, diretamente, pois quem está na UTI correrá sempre o risco de morrer, um risco imediato de morte!	O trabalho na UTI demanda nos dias de hoje o contato direto e constante com o a morte e isso até dificulta o lidar com as mortes na vida pessoal.	S6 USg222 Contato constante com situações de vida e morte na UTI. S6 USg223 Dificuldade na vida pessoal de lidar com a morte.

S6 US208 Então, trabalhar neste contexto, ao participar de velórios, enterros e tal, é uma situação que me deixa “down” por uma semana no mínimo, a ponto, por exemplo, de eu desejar, como todo mundo, uma morte rápida e sem sofrimento, obviamente!	O lidar com a morte no cotidiano de trabalho incomoda e o faz desejar uma morte rápida e sem sofrimento.	S6 USg223 O desejo por uma morte rápida e sem sofrimento.
S6 US209 Eu tenho 66 anos de idade, na melhor hipótese, viverei mais 14/15 anos até chegar nos 80 anos, se der isso, então, eu já decidi com a minha família que eu quero ser cremada e não quero velório.	O pensar, desejar e escolher a própria morte em decorrência da prática profissional com a ela.	S6 USg224 Planejar a própria morte quanto ao velório e cremação, devido suas experiências profissionais.
S6 US210 E quero que minhas cinzas sejam jogadas em um riacho abaixo da minha casa para nem dar trabalho para os meus filhos cuidando de túmulo e tendo gastos em dia de finados com flores e tal... Completamente desnecessário!	O desejo de poupar seus filhos quanto aos cuidados dispendidos com sua própria morte.	S6 USg225 Preocupação com os cuidados que os filhos terão com sua própria morte.
S7 US211 Então, na verdade, a minha atuação nesse período pós formação, já como médica, eu me deparei com a morte diversas vezes. Na residência eu tinha me deparado com a morte, enquanto na faculdade não, pois na formação, como internato, você sempre tem um certo respaldo e a sua responsabilidade não só é dividida como também supervisionada.	A presença constate com a morte no seu cotidiano de trabalho na UTI. Na residência também de forma supervisionada; e a ausência de contato com o referido tema na graduação.	S7 USg226 Ausência de contato com o tema da morte na graduação, contato supervisionado na residência e constantemente presente no cotidiano de trabalho na UTI.
S7 US212 Você não assina o atestado de óbito quando você é interno porque você não pode ver a morte e eu acho que existe uma coisa com o atestado de óbito que parece concretizar tudo! Você tem toda a responsabilidade, não só pelo que aconteceu, mas por aquele fim.	O assinar o atestado de óbito como responsabilidade e legitimação da morte	S7 USg227 Responsabilidade e legitimação da morte pela assinatura do atestado de óbito.
S7 US213 Até a faculdade eu tive algumas aulas, inclusive como preencher um atestado de óbito.	Na graduação apenas foi informado como preencher o atestado de óbito.	S7 USg228 Conhecimento sobre morte na graduação reduzido as informações de como preencher o atestado de óbito.
S7 US214 E aí o foco era a prova da residência, porque na prova de residência caía questões sobre o atestado de óbito e você fica pensando tanto na prova e na hora que você vê o atestado de óbito, realmente da morte de alguém, e que aquilo é de sua responsabilidade, você vê que é muito mais difícil que responder a prova da residência.	A percepção da diferença e complexidade de se estudar sobre o atestado de óbito para uma prova de residência de assinar o atestado de óbito pela morte de um paciente.	S7 USg229 Validação da diferença de estudar em relação a assinar de fato o atestado de óbito de um paciente.
S7 US215 É muito mais difícil porque envolve uma série de coisas, não só o documento, mas muitas outras coisas.	Existem muitas coisas envolvidas na assinatura do atestado de óbito.	S7 USg230 Complexidade no atestar um óbito.
S7 US216 Então, é assim: você tem uma certa abordagem dessa parte documental... eu a tive logo no segundo ano da faculdade em psicologia médica, voltada muito para essa coisa de como o médico se sente diante de determinadas situações. Não só da terminalidade de um paciente e notificação de más notícias como também nos casos graves.	A presença da disciplina de psicologia médica na graduação aborda temas relacionados a morte quanto ao preenchimento do atestado de óbito e os modos que médicos se sentem diante da notificação de más notícias durante todo o processo de morrer e morte.	S7 USg231 Disciplina de psicologia da morte na graduação em medicina como facilitador de manejo dos processos de morrer.
S7 US217 [...] aí somente depois no internato, que é no 5º ano, você tem essa responsabilidade dividida ao ter que lidar com a morte. Até assistir, por exemplo, a notificação da morte para uma família.	A participação na notificação do óbito de um paciente permitida somente no quinto ano da graduação.	S7 USg232 Participação na notificação do óbito permitida somente no quinto ano da graduação.
S7 US218 Foi o momento, eu acho, em que mais se falou de morte, no meu último dia de aula. Minha aula magna, que mais se falou de morte de um ponto de vista mais amplo, não só do documento que você vai preencher e nem somente do impacto	A morte apresentada em uma perspectiva mais ampla somente no último dia de aula da graduação.	S7 USg233 Perspectiva de morte apresentada de forma mais ampla somente no último dia de aula – aula magna.

que você terá diante da notificação das notícias ruins.		
S7 US219 Quando você está no segundo ano, em que você nunca deu uma notícia ruim, fica um pouco dissociado falar de morte. O ensino até parece querer entrar nesse assunto, e até entra, mas talvez devesse ser em um outro momento da formação e não neste período em que você não está vivendo aquilo de verdade. Você não tem noção do que é aquilo!	O ouvir falar de morte no segundo ano fica solto por não dialogar com uma experiência prática.	S7 USg234 Abordar o tema da morte no segundo ano só é possível teoricamente.
S7 US220 No segundo ano você nem sabe direito o que é medicina. Você está muito nas cadeiras básicas, como anatomia... Então, na formação, é assim, existe, mas parece que ela não é muito eficaz.	O tema da morte presente no início da graduação, porém de forma ineficaz.	S7 USg235 Ineficácia da abordagem do tema da morte no início da graduação.
S7 US221 Eu sou graduada por uma universidade pública e eu até perguntei se ainda existe o curso de psicologia médica no segundo ano? Sim! Logo, pensei: Nossa, não podiam pôr um pouquinho mais para frente?	A desaprovação da apresentação da disciplina de psicologia médica no início da graduação em medicina.	S7 USg236 Desaprovação da disciplina de psicologia da morte ser apresentada no início da graduação.
S7 US222 Assim, tive, porém um pouco deslocado! Eu tive uma abordagem no final sobre a parte documental	A parte documental da morte apresentado na graduação de forma deslocada.	S7 USg237 Parte documental da morte apresentada de forma deslocada.
S7 US223 Todo dia, a caminho de lá, parecia que o desenhinho da morte já estava impresso, mas vamos lá, juntas, e espero que você me dê uma trégua hoje ou durante algumas horas, pelo menos, não tantas mortes consecutivas e esse foi o dia que eu decidi que talvez eu não fosse uma pessoa que pudesse fazer uma especialidade que encarasse a morte tão frequentemente.	A percepção de caminhar constantemente com a morte atuando na UTI faz repensar a escolha da área de especialização e atuação para alguma outra que não lidasse com a morte de forma tão próxima e frequente.	S7 USg238 Repensar a atuação na UTI em função da proximidade com a morte presente no cotidiano de trabalho.
S7 US224 Na pediatria você vê a morte com menor frequência, mas eu acho que ela é tão chocante quanto.	A presença da morte na pediatria é menor e tão chocante como nas demais especialidades.	S7 USg239 A morte presente também na pediatria choca.
S7 US225 Eu me lembro dessa mãe em um lugar bem simples, SUS na periferia de São Paulo, a criança já chegou morta e nós ficamos mais de duas horas tentando reanimá-la, fizemos tudo que era possível e a criança não voltou. E conversar com essa mãe considerando todo esse contexto, às vezes, não entendendo a finalidade daquele procedimento e que não foi possível revertê-la foi uma experiência única.	Persistência na reanimação de uma criança com parada cardíaca irreversível percebido como investimento desnecessário ao notificar o óbito para a mãe.	S7 USg240 Investimento desnecessário na reanimação cardíaca de uma criança percebido na notificação do óbito para a mãe.
S7 US226 Eu acho que ninguém está preparado para isso. Ninguém... Ninguém! Para conversar com uma mãe de um bebê de 4 meses que chegou morto e que você ficou duas horas fazendo tudo que era possível	A percepção do despreparo do médico diante da morte e notificação do óbito de uma criança.	S7 USg241 Despreparo médico na morte de crianças.
S7 US227 Mas a criança já tinha ido e se voltasse seria com muita seqüela, que esse é um outro dilema na pediatria.	Percepção posterior da possibilidade de sequelas em crianças que tiveram seus processos de morrer interrompidos ou não permitidos.	S7 USg242 Possibilidades de sequelas em crianças obrigadas a viverem.
S7 US228 Ah, mas ela viveu! Com que qualidade? Existe um outro ponto na pediatria que eu acho complicado que é a questão da reanimação a qualquer custo por ser criança e ninguém pensa na vida dessa pessoa depois. Dessa família...	Importante se pensar na qualidade de vida de uma criança sobrevivente de uma parada cardíaca reanimada a qualquer custo.	S7 USg243 Foca na qualidade de vida da criança sobrevivente e não no impedimento da morte.
S7 US229 Eu acho que hoje em dia a mensagem expressa é: não se pode morrer, ninguém pode morrer porque existem recursos que fazem as pessoas reviverem, logo ninguém morrerá.	O impedimento da morte pela presença de recursos tecnológicos.	S7 USg244 Impedimento da morte com a disponibilização de recursos tecnológicos.
S7 US230 Não é só porque tinha diagnóstico, não é	A dificuldade de lidar com a	S7 USg245 Dificuldade

só pela parte teórica que pode ser difícil ou não você assinar um atestado de óbito. É pela situação toda que se apresenta ali. Não só da parte técnica.	complexidade do contexto de morte que transcende o ato de assinar o atestado de óbito.	de lidar com a complexidade do contexto de morte.
S7 US231 O médico também tem uma atuação fundamental neste momento crítico na tentativa de melhorar a compreensão do quadro desde que este médico tenha um background nos aspectos de terminalidade.	A importância do background do médico sobre terminalidade no processo de morrer no que diz respeito a compreensão do processo em si.	S7 USg246 Background sobre terminalidade como facilitador na compreensão do processo de morrer.
S7 US232 Agora se o profissional não está bem psicologicamente dificilmente ele conseguirá manejar com esses aspectos de vida e morte.	O lidar com os aspectos de vida e morte demanda bem estar psicológico.	S7 USg247 Lidar com vida e morte demanda bem estar psicológico.
S7 US233 Engraçado, que quando você conversa com os graduandos, eles falam assim: “Mas o que você fala?” Eles querem uma fórmula mágica.	O desejo dos graduandos de haver uma fórmula mágica para lidar com o processo de morrer.	S7 USg248 Expectativa da fórmula mágica para lidar com a morte.
S7 US234 O que existe é bom senso, empatia e isso sim o curso de medicina deixa desejar. Você entra em várias áreas e mesmo sem eles darem esse nome eles falam sobre isso.	A importância de desenvolver o bom senso e a empatia não abordados na graduação em medicina.	S7 USg249 O não desenvolvimento do bom senso e empatia na formação.
S7 US235 [...] chego a pensar que não precisa de algo muito específico para falar de morte, mas talvez, esse olhar que todas as especialidades podem ter em relação ao outro e de se interessar pelo outro, que dispensa qualquer comentário.	A importância de todas as especialidades investir no olhar para a dor do outro dispensaria algo específico voltado para a morte em si.	S7 USg250 As especialidades deveriam olhar para a dor do outro e não somente para a morte em si.
S7 US236 Às vezes, um olhar que você tem para a pessoa, uma forma até de ver o paciente, às vezes, que é diferente do modo como o familiar vê e lida com o paciente.	O médico deve ter um olhar diferenciado para o paciente se comparado com o familiar.	S7 USg251 O olhar do médico para o paciente diferente do familiar.
S7 US237 A forma como se vê e age diante de um momento crítico depende muito da maturidade e experiência e, por isso, neste sentido, o interno tem pouco jogo de cintura. Eles são meio travados por ficarem presos em protocolos.	O despreparo do interno em lidar com situações críticas, que demanda maturidade e experiência, torna a prática profissional deles protocolar.	S7 USg252 Prática protocolar dos internos em situações críticas por não disporem de maturidade e experiência.
S7 US238 Então, eu não vejo uma forma para melhorar isso, porque não existe protocolo para isso! Talvez a vida dê, mas eu acho que é uma sementinha que cada médico pode plantar de empatia e de interesse pelo outro.	Todo médico deveria desenvolver empatia para lidar com situações críticas, pois não faz sentido desenvolver um protocolo para isso.	S7 USg253 Desenvolvimento da empatia e ausência de protocolo para lidar com situações críticas.
S7 US239 Eu acho que a graduação a própria graduação de algum modo induz a determinadas especialidades, mas no geral desenvolve um mecanismo de se livrar da dor do paciente.	O induzir as especialidades ainda na graduação é um modo de se livrar da dor do paciente.	S7 USg254 Indução as especialidades pela graduação como modo de se livrar da dor.
S7 US240 Isso me dói o coração porque a partir do momento que você escolheu ser médico, você deveria estar interessado pelo outro. Eu acho que acabou a medicina! Porque ela poderá chegar em um nível técnico absurdo porque parece que quanto mais ela avança, mais ela precisaria voltar atrás.	A escolha pela medicina deveria estar diretamente relacionada com o interesse pelo outro, o que não acontece mais pela presença e viés absurdo da tecnologia.	S7 USg255 A tecnologia presente na medicina interfere diretamente nas relações humanas presentes no cenário de cuidado.
S7 US241 Parece que quanto mais para frente você vai, mais você precisa pensar nas coisas que ficaram da medicina tradicional, por exemplo, o exame clínico e físico.	Avanço da medicina tecnológica versus perda do exame clínico e físico da medicina tradicional.	S7 USg256 Perda da medicina tradicional pelo avanço da tecnologia.
S7 US242 Em uma situação crítica, como é, por exemplo, de morte, você recorrerá a este modo de lidar aprendido no seu dia a dia.	As experiências de vida obtidas no dia a dia como recurso para manejar com situações críticas.	S7 USg257 Experiências de vida como recurso no manejo com a morte.
S7 US243 Eu confesso estar preocupada com a formação médica em todos os sentidos quando eu paro para pensar sobre o assunto, principalmente, em relação a falta de empatia no atendimento comum, então, imagine em momentos críticos. Isso tem que fazer parte da formação básica, inclusive no final dela que é quando lidamos de fato com a pessoa do paciente.	A preocupação com a falta de empatia em todas situações de atendimento não desenvolvida na formação médica, principalmente no final dela quando é possibilitado o contato real com o paciente.	S7 USg258 Falta do desenvolvimento de empatia na formação do médico.
S7 US244 Falar daquilo que também é pertinente	A importância e a dificuldade de	S7 USg259 Importância e

ao humano que é a morte dele, mas ainda é igual falar sobre sexualidade com uma criança de 6 anos explicando coisas específicas. Ela não tem demanda para aquilo naquele momento, mas faz parte da vida dela como um todo.	se falar de coisas da existência como sexualidade e morte, talvez pela falta de demanda do falar sobre tais temas.	difficuldade de falar sobre temas da existência como morte e sexualidade.
S7 US245 Porque só falar de morte para um cara do segundo ano da graduação, ele fica olhando para sua cara e fala: “Ah, tá! Quando chegar lá eu vejo”.	O aluno de medicina não tem interesse pelo tema da morte no início da sua formação acadêmica.	S7 USg260 A não validação do tema da morte apresentado no início da formação médica.
S7 US246 Sugiro falar coisas mais pertinentes a cada momento da formação e o mesmo para a questão da morte para quando você começar ter o contato real com ela para você conseguir lidar de uma forma melhor com isso e seus desdobramentos. Pelo menos você entraria em contato com o assunto fazendo mais sentido para o aluno.	Aponta para a importância de se abordar o tema da morte e seus desdobramentos quando o aluno começar ter o contato real com ela na sua prática profissional com maior produção de sentido para ele.	S7 USg261 Importância de abordar o tema da morte diante da presença dela com produção maior de sentido para o médico.
S7 US247 Eu acho que falta falar mais sobre o assunto e a religião tem muito a ver com esse não falar sobre dando a ideia da salvação. E isso influencia o médico por ele também ser humano e pela ideia do deusamento apresentada na formação acadêmica que o coloca na frente de um paciente como sendo Deus.	O não falar sobre a morte está relacionado com a ideia da salvação apresentada pelas religiões influenciando diretamente na formação médica pelo o deusamento do mesmo.	S7 USg262 Deusamento do médico permeado pela ideia cristã de salvação dificulta o manejo dos processos de morrer.
S7 US248 Desde quando a morte pode ser normal porque você é médico? A morte pode ser normal porque você tem uma elaboração sobre ela, não necessariamente normalidade que não te leva necessariamente à uma coisa triste ou à uma coisa pesada.	O lidar com a morte de forma tranquila está diretamente relacionado com a elaboração que o indivíduo apresenta em relação ao tema e não com a formação acadêmica de médico.	S7 USg263 Lidar de forma tranquila com a morte depende da elaboração da pessoa em relação ao tema e não com a formação acadêmica em medicina.
S7 US249 A morte engloba muitas coisas do profissional também, como, por exemplo, a espiritualidade, possibilitando explicações não só científicas, mas que também satisfaça de algum modo compreender tal evento. Aliás, reduzir tudo ao cientificismo distancia também de questões humanas.	A compreensão da morte não se dá apenas pelos aspectos científicos, mas também pelas crenças pessoais e reduzi-la apenas a um aspecto seria desumanizar a morte.	S7 USg264 Compreensão da morte humanizada pelos aspectos científicos e crenças pessoais.
S7 US250 Conheço um artigo que aborda a questão da notificação do óbito, apesar de que tentava apresentar uma fórmula, “entre aspas”. É coisa de americano, totalmente protocolar, por mencionar quantos minutos você deveria ficar ali parado, aguardando a pessoa notificada reagir ou não.	O contato com um artigo americano que tentou apresentar de forma protocolar uma fórmula para notificação de óbitos.	S7 USg265 Tentativa de protocolar a notificação de óbitos.
S7 US251 Eu não sei! Acho também que precisaria, além de tudo, de algo que abordasse não somente a formação, mas também disponibilizasse uma assistência psicológica ao aluno de medicina com a criação de espaços, nos quais eles pudessem se expressar como pessoa e não somente voltado para a responsabilização do médico como um todo, que só o leva a um deusamento que não existe.	A importância de se disponibilizar a assistência psicológica com a abertura de espaços de fala ao aluno de medicina para além da abordagem do tema <i>morte</i> na formação acadêmica.	S7 USg266 Importância da assistência psicológica disponibilizada na formação do aluno de medicina como espaços de fala.
S8 US252 Em relação a pergunta, na minha formação existiu um componente ético muito importante, desde o primeiro ano da graduação. Ao longo dos 6 anos da graduação tivemos reuniões que falavam da ética médica e, a partir do 4º, 5º ano, quando começamos ter contato no cuidado direto com o paciente, passamos ter uma visão que preza muito pelo bem-estar do doente.	Na formação médica a presença do componente ético é muito forte desde o primeiro ano da graduação com discussões de caso; e a partir do sexto ano através do contato direto com o paciente priorizando o bem-estar do mesmo.	S8 USg267 Discussão ética através da discussão de casos desde o início da formação priorizando o bem estar do paciente no final dela através do contato direto com ele.
S8 US253 Preza-se não somente pela parte técnica,	Valorização do componente	S8 USg268 Valorização

mas também pela parte do cuidado com o componente humano, que caracteriza um fazer ético.	humano de forma ética na prática do cuidar.	do aspecto ético e humano na prática do cuidar.
S8 US254 E, na minha graduação, foi muito forte a parte dos cuidados paliativos que tem sido desenvolvido muito nos últimos anos. A equipe de emergência da universidade, em especial, tem isso muito desenvolvido e empenhado na cultura deles e por isso acabaram trazendo isso para a nossa formação de base.	A presença marcante nos últimos anos dos cuidados paliativos nos serviços de emergência tem proporcionado o acesso na formação acadêmica de base também.	S8 USg269 Presença dos cuidados paliativos nos serviços de emergência possibilitou o acesso na formação médica de base.
S8 US255 [...] ao longo do 6º ano, quando se começa ter cuidado com doentes mais críticos e na residência de clínica médica quando se passa pelas unidades intensivas, tem um componente de não estender o cuidado do doente sem proposta de melhora de uma maneira muito importante [...].	Logo no final da graduação e início da residência em clínica médica e unidade de terapia intensiva é muito discutido o prolongamento do cuidado sem uma proposta de melhora significava do paciente.	S8 USg270 Prolongamento do cuidado sem proposta de melhora do paciente é muito discutido no final da formação médica e início da residência.
S8 US256 [...] nós temos a limitação de cuidados e a garantia do conforto sem estender aquele que é o cuidado do conceito de ortotanásia muito bem estabelecido. Isso sempre foi muito conversado ao longo da nossa formação.	A constante discussão sobre a ortotanásia presente na formação médica de base garantindo o conforto do paciente e a limitação de cuidados.	S8 USg271 Apresentação e discussão constante do conceito de Ortotanásia desde a formação médica de base.
S8 US257 Discute-se sobre o que o doente acha, o que a família do doente acha... O que ele gostaria que fosse feito naquela situação. Questiona se o paciente gostaria que aquilo fosse continuado daquele jeito. Pergunta para os demais membros da equipe se eles fariam isso para um parente deles e isso desfoca o automatismo das condutas no cuidado aos doentes que, invariavelmente, são os que acabam falecendo mais.	A presença constante do compartilhamento de informações e decisões com o paciente, familiares e equipe desautomatizando as condutas no processo de cuidado em processos de morrer.	S8 USg272 Desautomatização de condutas nos processos de morrer através do compartilhamento de informações e decisões com paciente, familiares e equipe.
S8 US258 Entretanto, a terminalidade e o cuidado da morte de um doente que está sob os meus cuidados foi uma coisa que eu já venho trabalhando, só na formação, pelo menos 9 anos, de algum jeito ou de outro [...].	A terminalidade de um paciente e os cuidados no processo de morrer são desenvolvidos desde a formação médica de base.	S8 USg273 Terminalidade e cuidados no processo de morrer desenvolvidos desde a formação médica de base.
S8 US259 [...] eu particularmente tenho pouca dificuldade em lidar com essa situação. A gente acaba tendo bastante treinamento em relação a isso ao longo da graduação e da residência.	A presença de pouca dificuldade no manejo com pacientes em processos de morrer pelo treinamento oferecido desde a graduação em medicina e residência.	S8 USg274 Treinamento de cuidado em processos de morrer oferecido desde a formação médica de base e residência.
S8 US260 A morte de um paciente é uma coisa que me entristece sempre que acontece, mas é uma tristeza profissional, mas estamos sempre bem assessorados ao longo do processo, pelo menos aqui.	A presença da tristeza pela morte de um paciente no contexto profissional.	S8 USg275 Tristeza pela morte de um paciente no contexto profissional.
S8 US261 E por passar pela residência e trabalhar em hospitais, criamos uma rede de segurança que nos fortalece nas tomadas de decisões em relação a conduta do doente, caracterizando-as como boas e melhores.	A importância da criação de uma rede de segurança nas tomadas de decisões sobre condutas para pacientes.	S8 USg276 Importância da criação de uma rede de segurança nas tomadas de decisões sobre condutas.
S8 US262 E se o doente teve aquele desfecho, depois de todas as discussões envolvidas, é um desfecho que seria ou que aconteceria em qualquer lugar que ele estivesse. Isso dá muita tranquilidade na hora de lidar com isso e falar com a família.	A notificação do desfecho do paciente para um familiar ocorre de forma tranquila pela tomada coletiva de decisões sobre as condutas adotadas para cada caso em particular.	S8 USg277 Tranquilidade para falar com a família sobre o desfecho do paciente pela tomada coletiva de decisões sobre condutas.
S8 US263 E o preparo emocional que nós temos para lidar com isso, vem ao longo das reuniões de ética, reuniões de casos clínicos de terminalidade que nós temos ao longo da formação e na residência clínica.	O preparo emocional advindo das reuniões de ética e das discussões de casos clínicos ao longo da formação médica de base e residência.	S8 USg278 Preparo emocional do médico advindo das reuniões de ética e discussões de casos clínicos...
S8 US264 Alguns estágios têm até 3 reuniões por semana para discutir os casos mais difíceis e	A realização de até 3 reuniões semanais com a equipe clínica e	S8 USg279 Reuniões semanais com a equipe

conduzir estes casos em grupo. Para isso se reúne a equipe de cuidados paliativos, o pessoal do grupo de ética do hospital, a equipe clínica, a fisioterapia, a enfermagem, a equipe multidisciplinar e discute o caso expondo o que está acontecendo e as propostas e limitações são discutidas e tudo é decidido em conjunto.	multidisciplinar, grupos de ética e cuidados paliativos para a discussão em grupo de casos mais críticos sobre propostas e limitações de cada caso.	multidisciplinar, para a discussão de propostas limitações de cada caso.
S8 US265 Todo esse arcabouço ético e de equipe dá muita tranquilidade na hora de lidar com o óbito de um paciente ou limitação de cuidados; então, eu nunca me senti particularmente agredido com o óbito de um paciente.	A sensação de tranquilidade sentida diante do óbito de um paciente ou de limitações de cuidado devido ao arcabouço ético desenvolvido em equipe.	S8 USg280 Tranquilidade diante do óbito de um paciente devido ao arcabouço ético construído em equipe.
S8 US266 Tem algumas coisas que incomodam quando é um óbito agudo, por exemplo, em um atendimento do pronto socorro, mas entendido como fazendo parte também dos cuidados de emergência [...].	A identificação do incômodo diante de uma morte aguda ocorrida em um contexto de emergência.	S8 USg281 Incômodo diante de um óbito agudo entendido como parte do contexto de emergência.
S8 US267 Então, são as duas situações: o paciente que vai a óbito depois de uma internação prolongada e tudo isso, pelo menos aqui, é sempre muito bem discutido, então, dificilmente se tem alguma sensação de angústia surpreendente; e o óbito do paciente em situação de emergência [...].	A angústia possivelmente presente pela morte de um paciente é diluída nas discussões de casos considerando que existem dois tipos de morte – pacientes que passam por uma internação prolongada e vão a óbito e outros que chegam em um contexto de emergência e vão a óbito rapidamente.	S8 USg282 Diluição da possível angústia decorrente da morte de um paciente de longa permanência ou ocorrida em um contexto de urgência através das discussões de casos.
S8 US268 Tudo isso, estando bem assessorado pelos preceptores, dá essa sensação de tranquilidade. Ao longo da minha carreira, curta no exercício efetivo da profissão e longa de formação, eu não tive muitas dificuldades com o manejo e nem grandes angústias ou grandes dúvidas em relação ao lidar com a morte.	A tranquilidade provinda dos preceptores proporciona um melhor manejo nos processos de morrer e angústia decorrente deles.	S8 USg283 Tranquilidade provinda dos preceptores proporciona um melhor manejo nos processos de morrer.
S8 US269 Conversar com as famílias é sempre muito difícil, mas somos bastante treinados ao longo da formação com simulações com atores e os próprios professores participam bastante conosco na hora da conversa, eles nos deixam tomar a frente, mas estão ali presentes.	A formação acadêmica auxiliada com simuladores, atores e a presença constante dos professores contribuem muito no modo de conversar com a família em situações difíceis.	S8 USg284 Simuladores, atores e professores na formação médica de base auxiliam muito no momento de conversar com uma família em situações difíceis.
S8 US270 Tudo isso dá bastante tranquilidade e nos dá um ferramental para lidar com essas situações de forma tranquila. Temos muita segurança por termos tido este aspecto inserido na formação acadêmica daqui.	O aumento da segurança e tranquilidade proporcionados pelo modelo exposto de formação médica de base.	S8 USg285 Segurança e tranquilidade proporcionadas pelo modelo de formação médica de base.
S8 US271 E, ao longo desses anos todos aqui nos hospitais universitários, possibilita tomar decisões de forma tranquila e ver o desfecho, se desfavorável, de forma tranquila por saber que o desfecho não poderia ter sido muito diferente em outro lugar.	O manejo tranquilo e seguro de desfechos desfavoráveis proporcionados pela formação.	S8 USg286 Manejo tranquilo e seguro de desfechos desfavoráveis para os médicos.
S8 US272 Por causa de todos esses cenários e de toda essa formação de uma década, que eu acredito que até o momento não me apresentou nenhuma situação que eu não soubesse lidar com alguma qualidade e dignidade.	O manejo permeado pela qualidade e dignidade possibilitado pela formação.	S8 USg287 Presença da qualidade e dignidade no manejo possibilitado pela formação.
S8 US273 Por isso, de tudo que eu falei, eu defendo o trabalho psicológico desde o início da formação do médico, algo que eu tive desde o início da graduação. Tanto que eu tenho colegas de outras escolas que tiveram mais dificuldade e que, quando começaram a residência aqui, às vezes, se encontram em situações de limitação de cuidado, de um óbito de um paciente que eles acreditavam que talvez pudessem ter feito mais coisas.	Defesa da presença efetiva do trabalho psicológico disponibilizado desde o início da formação de base; diferente de outros cursos de medicina que, pela ausência da abordagem de limitações de cuidado médicos, se sentem impotentes e culpados.	S8 USg288 Presença e importância do tratamento psicológico na formação médica. S8 USg289 Impotência e culpa diante da falta de preparo prévio para o manejo em processos morrer.

<p>S8 US274 [...] ao longo do tempo, eles vão vendo, participando de todas as reuniões de ética, discussões clínicas com as equipes multidisciplinares e começam entender a visão de cuidado, limitação de cuidado, cuidado proporcional, cuidado paliativo, ortotanásia e, todos esses conceitos, acabam sendo esclarecidos e acaba dando um pouco mais de tranquilidade para lidar com o óbito. Com todo esse arcabouço ferramental só pode funcionar bem! Até o momento eu não tive grandes traumas em relação a isso!</p>	<p>A importância do desenvolvimento dos conceitos de cuidado através das reuniões de ética com equipes multidisciplinares, possibilitando tranquilidade no manejo com processos de morrer e óbito.</p>	<p>S8 USg290 Desenvolvimento dos conceitos de cuidado através das reuniões de ética com equipes multidisciplinares como facilitador no manejo com processos de morrer e óbito.</p>
<p>S9 US275 Acho que na minha formação que foi no hospital público é um pouco mais natural, ou nós temos menos preocupação com família, com processo todo [...].</p>	<p>A morte entendida como natural e sem preocupação por se tratar de uma formação em um hospital público.</p>	<p>S9 USg291 Morte com menos preocupação por se tratar de uma formação no âmbito público.</p>
<p>S9 US276 Formação específica de como lidar com a morte acho que eu nunca tive. Cuidados paliativos, na residência, não tinha nada específico. Então, na verdade, foi trabalhando que eu fui aprendendo a lidar e encarar mais naturalmente.</p>	<p>Menciona a ausência de uma formação específica na graduação e na residência para os processos de morrer; e a prática cotidiana de trabalho possibilitou a naturalização do processo.</p>	<p>S9 USg292 Ausência de formação específica para processos de morrer na graduação e residência. S9 USg293 Naturalização da morte pela prática profissional.</p>
<p>S9 US277 Tem paciente que para mim é uma derrota, é uma incapacidade. E tem paciente, também, que é um alívio.</p>	<p>A morte de um paciente entendida como derrota, incapacidade e/ou alívio.</p>	<p>S9 USg294 Morte compreendida como derrota, incapacidade e/ou alívio.</p>
<p>S9 US278 Em alguns casos para mim a morte dele é uma derrota, incapacidade... Na maioria dos casos!</p>	<p>A morte entendida como derrota e incapacidade na maioria das vezes.</p>	<p>S9 USg295 Morte entendida como derrota e incapacidade.</p>

TABELA 2 – REDUÇÕES – ENTREVISTAS

TEMAS	USg	TOTAL DE USg's
1. Morte presente no cotidiano do médico.	S1 USg1, S1 USg20, S2 USg114, S3 USg130, S3 USg144, S6 USg219, S6 USg220, S6 USg221, S6 USg222, S7 USg238	10
2. Busca sentir-se humano junto a outras áreas/disciplinas – interdisciplinaridade.	S1 USg2, S2 USg84, S2 USg85, S2 USg89, S2 USg109, S7 USg254, S7 USg264, S8 USg269, S8 USg271	9
3. Como a morte se mostra.	S1 USg3, S1 USg6, S1 USg13, S1 USg14, S1 USg18, S1 USg21, S1 USg23, S1 USg24, S2 USg76, S2 USg95, S3 USg124, S3 USg176, S3 USg178, S3 USg179, S6 USg215, S6 USg216, S6 USg217, S7 USg239, S8 USg288	19
4. Perplexidade frente a própria finitude.	S1 USg4, S1 USg5, S1 USg7, S3 USg176, S7 USg259, S7 USg263	6
5. Tema da morte no currículo do curso (graduação).	S1 USg8, S1 USg9, S1 USg10, S1 USg12, S1 USg32, S3 USg125, S3 USg126, S3 USg127, S3 USg128, S3 USg129, S3 USg148, S3 USg149, S3 USg159, S4 USg191, S5 USg206, S5 USg207, S5 USg208, S6 USg212, S6 USg213, S6 USg214, S7 USg226, S7 USg228, S7 USg231, S7 USg233, S7 USg234, S7 USg235, S7 USg237, S7 USg261, S8 USg267, S8 USg271, S8 USg273, S8 USg274	32
6. O início do debate do tema da morte no curso de medicina.	S1 USg11, S7 USg236, S7 USg258, S7 USg260, S8 USg267, S8 USg270, S8 USg284,	7
7. Vivência do morrer.	S1 USg15, S1 USg25, S1 USg55, S1 USg56, S1 USg58, S1 USg59, S3 USg172, S4 USg196, S4 USg204, S6 USg219	10
8. Calouro desconhece morte.	S1 USg16, S7 USg249, S7 USg260, S8 USg289	04
9. Percepção da necessidade de saber sobre morte.	S1 USg17, S3 USg175, S4 USg192	3
10. Prolongamento do processo de morrer.	S1 USg19, S3 USg132, S3 USg133, S3 USg136, S3 USg137, S3 USg138, S3 USg140, S3 USg142, S3 USg143, S4 USg194, S4 USg195, S7 USg242	12
11. Modo de estar/falar com o paciente sobre morte e tratamento.	S1 USg22, S1 USg33, S1 USg34, S1 USg35, S1 USg47, S1 USg61, S2 USg96, S2 USg101, S3 USg146, S3 USg147, S3 USg153, S3 USg154, S3 USg156, S3 USg158, S3 USg170	15
12. Vivências pessoais e práticas profissionais.	S1 USg26, S2 USg72, S2 USg73, S2 USg74, S2 USg75, S2 USg116, S3 USg181, S3 USg182, S4 USg191, S5 USg210, S6 USg224, S7 USg256, S7 USg257	13
13. Percepção de ser médico.	S1 USg27, S1 USg28, S1 USg38, S1 USg39, S1 USg40, S1 USg41, S1 USg44, S1 USg45, S1 USg46, S1 USg52, S2 USg112, S3 USg166, S3 USg167, S3 USg168, S3 USg171, S3 USg172, S3 USg182, S4 USg202, S7 USg247	19
14. Ausência de protocolos para lidar com a morte.	S1 USg26, S1 USg29, S1 USg30, S3 USg145, S3 USg157, S7 USg248, S7 USg252, S7 USg253, S7 USg265	9
15. Importante para a formação médica.	S1 USg31, S1 USg49, S1 USg53, S1 USg64, S1 USg67, S7 USg246, S7 USg257, S7 USg262	8
16. Modo de o médico se sentir.	S1 USg36, S1 USg37, S1 USg54, S2 USg79, S3 USg183, S3 USg184, S4 USg205, S9 USg294, S9 USg295	9
17. Modo de compreender como há que ser a formação do médico.	S1 USg42, S1 USg43, S1 USg48, S1 USg57, S7 USg250, S7 USg266, S8 USg278, S8 USg283, S8 USg286, S8 USg287, S8 USg290	11
18. Respeito ao outro	S1 USg50, S2 USg98, S2 USg111, S3 USg135, S3	11

(colega e paciente) – ética (olhar para a relação e não somente para o médico).	USg136, S3 USg137, S3 USg138, S3 USg139, S3 USg140, S3 USg141, S6 USg225	
19. Dificuldades sentidas.	S1 USg51, S1 USg160, S1 USg169, S1 USg193, S1 USg232, S1 USg249, S1 USg255, S1 USg291, S1 USg292	9
20. Percepção do paciente.	S1 USg60	1
21. Modos de estar/lidar com a morte.	S1 USg62, S1 USg63, S1 USg65, S1 USg66, S2 USg108, S3 USg134, S3 USg164, S3 USg181, S4 USg199, S7 USg229, S7 USg251, S8 USg282	12
22. Autocrítica.	S1 USg68, S1 USg69, S2 USg70, S2 USg71, S4 USg203, S9 USg293	6
23. Percepção de si no exercício da profissão.	S2 USg77, S2 USg78, S2 USg83, S2 USg86, S2 USg87, S2 USg91, S2 USg92, S2 USg106, S2 USg117, S2 USg118, S2 USg119, S2 USg120, S2 USg121, S2 USg122, S3 USg168, S7 USg240, S7 USg244, S8 USg275, S8 USg280, S8 USg281	20
24. Aprendizagem no exercício da profissão.	S2 USg81, S2 USg82, S2 USg83, S2 USg88, S2 USg89, S2 USg90, S2 USg93, S2 USg94, S2 USg100, S2 USg102, S2 USg103, S2 USg104, S2 USg110, S2 USg113, S3 USg149, S3 USg152, S3 USg155, S3 USg167, S3 USg174, S3 USg177, S3 USg180, S4 USg200, S5 USg209, S7 USg243, S8 USg279	25
25. Respeito à finitude do corpo.	S2 USg92, S2 USg93, S2 USg94, S4 USg201, S6 USg218, S8 USg272	6
26. Sentido da morte.	S2 USg97, S2 USg115(i), S2 USg115(ii), S3 USg131, S3 USg161, S6 USg225	6
27. Fuga da morte.	S2 USg99, S2 USg105, S6 USg223, S7 USg238	4
28. Autoproteção.	S2 USg107, S8 USg276, S8 USg285	3
29. Refletindo sobre sua prática/vivências (sentido da entrevista para o entrevistado).	S2 USg80, S2 USg123	2
30. Notificação do óbito e compreensão da finitude e sua complexidade (compreender o óbito a partir da notificação dele).	S3 USg150, S3 USg151, S3 USg165, S3 USg176, S3 USg186, S5 USg211, S7 USg227, S7 USg230, S7 USg240, S7 USg245	10
31. Cuidado com a família do paciente (movimento dialético).	S3 USg162, S3 USg163, S3 USg182, S3 USg185, S3 USg187, S3 USg188, S3 USg189, S4 USg197, S4 USg198, S8 USg277	10
32. Manejo do processo de morrer (cuidados paliativos).	S3 USg173, S4 USg192, S8 USg268, S8 USg272	4

Legenda:

Sujeito	Usg
1	1 a 69
2	70 a 123
3	124 a 189
4	190 a 205
5	206 a 211
6	212 a 225
7	226 a 266
8	267 a 290
9	291 a 295

TABELA 3 – GRANDES CATEGORIAS TEMÁTICAS – ENTREVISTAS

TEMAS	GRANDES CATEGORIAS TEMÁTICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Tema da morte no currículo do curso (graduação) • O início do debate do tema da morte no curso de medicina • Calouro desconhece morte • Manejo do processo de morrer (cuidados paliativos) 	TEMA MORTE NO CURRÍCULO DO CURSO DE MEDICINA
<ul style="list-style-type: none"> • Percepção da necessidade de saber sobre morte • Modo de compreender como há que ser a formação do médico • Respeito à finitude do corpo 	O QUE VÊ COMO IMPORTANTE PARA A FORMAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Morte presente no cotidiano do médico • Como a morte se mostra • Perplexidade frente a própria finitude • Vivência do morrer • Ausência de protocolos para lidar com a morte • Sentido da morte • Fuga da morte • Autoproteção • Notificação do óbito e compreensão da finitude e sua complexidade (compreender o óbito a partir da notificação dele) • Cuidado com a família do paciente (movimento dialético) 	COMO A MORTE SE MOSTRA
<ul style="list-style-type: none"> • Busca sentir-se humano junto a outras áreas/disciplinas – interdisciplinaridade • Importante para a formação médica • Dificuldades sentidas • Autocrítica • Percepção de si no exercício da profissão • Refletindo sobre sua prática/vivências (sentido da entrevista para o entrevistado) 	TOMANDO CIÊNCIA DE SI
<ul style="list-style-type: none"> • Prolongamento do processo de morrer • Modo de estar/falar com o paciente sobre morte e tratamento • Vivências pessoais e práticas profissionais • Modo de o médico se sentir • Modos de estar/lidar com a morte • Aprendizagem no exercício da profissão 	APRENDENDO SOBRE MORTE E COMO LIDAR COM ELA NA PROFISSÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Percepção de ser médico • Respeito ao outro (colega e paciente) – ética (olhar para a relação e não somente para o médico) • Percepção do paciente 	MODO DE CONCEBER O MÉDICO

COMPREENSÃO DAS GRANDES CATEGORIAS TEMÁTICAS – ENTREVISTAS

1. TEMA MORTE NO CURRÍCULO DO CURSO DE MEDICINA

Minha aula magna, que mais se falou de morte de um ponto de vista mais amplo, não só do documento que você vai preencher e nem somente do impacto que você terá diante da notificação das notícias ruins.

(S7 US218)

O Tema da morte no currículo do curso (graduação) diz do modo como esse tem sido trabalhado na graduação ao longo da história do curso de medicina de forma isolada e pouco abordado. Isso fica claro nas seguintes falas:

S6 US198 Durante minha formação eu não tive nenhuma aula sobre morte. A palavra nem se quer foi mencionada durante meus seis anos de faculdade, ao menos quando o paciente morria.

S1 US10 Na minha formação não tive isso e aqui ainda está muito recente. Não me recordo!

S5 US192 Sou formada no exterior e a formação que recebi quanto aos cuidados e acompanhamentos no final da vida foi muito pouco.

S5 US193 Na verdade, em nenhuma parte do mundo nos prepara para acompanhar os pacientes e as famílias nesses processos.

S6 US199 Esse negócio de morte encefálica, história de cuidados paliativos, final de vida e paciente terminal é coisa recente!

O tema da morte deveria ser apresentado e trabalhado, uma vez que podemos pensar que ele isoladamente também não abarcaria todas as questões envolvidas no manejo da morte e o morrer. Um fenômeno que demanda para além do conhecimento acadêmico e formal e que, muitas vezes, também se mostra informalmente ou indiretamente, quando a morte se faz presente e o seu contato se torna inevitável.

Trata-se de uma questão que precisa ser vivenciada pelo profissional, nenhuma informação a respeito abarcaria toda a complexidade de sentimentos e emoções diante da morte. Os dados do conhecimento não abarhariam como a morte repercute para cada profissional.

S3 US119 A única parte palpável, de você ter contato com a morte e com o processo de morrer, de fato com o paciente chegando na terminalidade, é um pouco já nos 5º e 6º anos, quando você começa a ter mais contato com esse tipo de paciente.

S3 US123 Já na residência eu tive muito mais contato com o sofrimento que aparentemente é inevitável, mas que pode ser lidado de forma diferente.

S3 US140 De algum jeito isso é falado na formação, seja através de conversas em grupos e compartilhamento de experiências próprias; mas, assim, quando

você fala isso para um acadêmico que ele não teve ainda a experiência de falar com o paciente e com a família, isso não tem tanto efeito.

Importante considerar que o conteúdo apresentado na graduação costuma marcar de forma significativa a história de vida do futuro profissional, o que justifica repensar o modo como o tema da morte tem sido trabalhado. Preencher atestado de óbito e ter informações de como se dá a morte física é de extrema importância, porém não contempla a necessidade de se olhar para o aspecto existencial, no qual está estabelecido a comunicação intersubjetiva do médico com seu paciente que adoece e morre – processo significado para ambos.

S4 US179 O que ressoa na minha formação como pessoa aí eu posso dizer algumas coisas pelas quais eu passei e que talvez me ajudem a lidar com esse tipo de situação.

S5 US194 Teriam que, não sei como, ser autodidata talvez, aprender a lidar com essa situação [...] não tive nenhuma formação a respeito!

S6 US200 Aliás, somente a partir dos anos 90 é que começamos discutir morte encefálica mediante a implementação dos programas de transplantes [...].

S7 US213 Até a faculdade eu tive algumas aulas, inclusive como preencher um atestado de óbito.

S7 US216 Então, é assim: você tem uma certa abordagem dessa parte documental... eu a tive logo no segundo ano da faculdade em psicologia médica, voltada muito para essa coisa de como o médico se sente diante de determinadas situações. Não só da terminalidade de um paciente e notificação de más notícias como também nos casos graves.

Lidar com a morte no seu cotidiano de trabalho é um desafio que demanda habilidade que merece ser construída desde a graduação como forma de integrar a história de vida do aluno em relação ao conhecimento técnico científico desde seu início e não somente a partir da metade do curso de graduação ou no seu final. Uma formação que abarque também a limitação do cuidado e não somente a ideia da salvação como sendo prática obrigatória do fazer médico.

S7 US219 Quando você está no segundo ano, em que você nunca deu uma notícia ruim, fica um pouco dissociado falar de morte. O ensino até parece querer entrar nesse assunto, e até entra, mas talvez devesse ser em um outro momento da formação e não neste período em que você não está vivendo aquilo de verdade. Você não tem noção do que é aquilo!

S8 US256 [...] nós temos a limitação de cuidados e a garantia do conforto sem estender aquele que é o cuidado do conceito de ortotanásia muito bem estabelecido. Isso sempre foi muito conversado ao longo da nossa formação.

O desafio é construir essa formação considerando que também dispomos, na sua maioria, de mestres que foram formados na perspectiva da cura e salvação da vida a qualquer custo e não como respeito a limitação do corpo como um todo no sentido de sua terminalidade.

O início do debate do tema da morte no curso de medicina diz da necessidade de se abordar o tema durante toda a formação acadêmica e não somente uma vez que ela, direto ou indiretamente, se faz presente, seja pelo contato com cadáveres, seja com o início dos estágios e prática profissional. Não se é mais possível pensar na formação e prática médica sem interagir com o tema da morte e seu manejo em processos de morrer.

Falar de morte é falar de vida e da produção de sentido dela, então, sugiro que o tema não seja abordado somente no final do curso ou apenas isoladamente em algum momento da formação. Abordar o tema da morte é falar das relações interpessoais e intersubjetivas que interferem também no modo como o médico pensa o prognóstico do paciente, influenciando na escolha de procedimentos e investimentos. Como apresentam os participantes:

S7 US243 Eu confesso estar preocupada com a formação médica em todos os sentidos quando eu paro para pensar sobre o assunto, principalmente, em relação a falta de empatia no atendimento comum, então, imagine em momentos críticos. Isso tem que fazer parte da formação básica, inclusive no final dela que é quando lidamos de fato com a pessoa do paciente.

S8 US255 [...] ao longo do 6º ano, quando se começa ter cuidado com doentes mais críticos e na residência de clínica médica quando se passa pelas unidades intensivas, tem um componente de não estender o cuidado do doente sem proposta de melhora de uma maneira muito importante [...].

Por outro lado, o *Calouro desconhece morte* em termos acadêmicos e científicos, mas traz com ele sua história de vida marcada por perdas de diversas ordens. Sabe-se que não existe uma pessoa que não tenha vivenciado uma *morte* em sua vida, mesmo que esse calouro, como principiante, não esteja interessado pelo tema em si ao ingressar no curso, pois, muitas vezes, busca o curso de medicina interessado pela vida e por aprender formas de salvar pessoas da morte.

S7 US245 Porque só falar de morte para um “cara” do segundo ano da graduação, ele fica olhando para sua cara e fala: “Ah, tá! Quando chegar lá eu vejo”.

S7 US234 O que existe é bom senso, empatia e isso sim o curso de medicina deixa desejar. Você entra em várias áreas e mesmo sem eles darem esse nome eles falam sobre isso.

Mesmo o calouro não interessado pelo tema nesse momento, caberia construir diálogos através do processo de ensino aprendizagem amarrando sua história de vida com o tema em questão a partir das experiências vivenciadas ao longo da sua vida. Isso ajudaria o futuro profissional, principalmente no manejo com processos de morrer na sua formação e atuação como médico.

Entendo *Manejo do processo de morrer (cuidados paliativos)* na formação como um modo de aprofundar e compreender essa etapa do cuidar de forma a integrar, na sua prática profissional, o cuidado dispensado ao outro e o autocuidado. Nesse sentido, os cuidados paliativos aparecem como uma proposta que abarca e se debruça com profundidade no processo de morrer que demanda cuidado especializado.

Importante salientar que o processo de morrer abarca apenas um aspecto dos cuidados paliativos que é uma modalidade de intervenção muito mais ampla, empregada não apenas no final da vida e sim desde o diagnóstico de uma doença crônica com enfoque na qualidade de vida, mas isso não é objeto de estudo desta pesquisa e nem será abordada nesse estudo.

S8 US253 Preza-se não somente pela parte técnica, mas também pela parte do cuidado com o componente humano, que caracteriza um fazer ético.

S3 US162 Porque você não está preparado para isso. Se você estiver minimamente preparado, você nunca estará preparado para tudo, mas se você estiver minimamente preparado isso lhe dará um fechamento de tudo.

Posso compreender que o *tema morte no currículo do curso de medicina* fala de morte que é falar de vida e questões humanas do aluno de medicina, impossível de ser compreendida somente a partir da leitura e discussão de textos como estratégia pedagógica. Cabe salientar a importância de abarcar esses aspectos a partir de dinâmicas de grupo, compartilhamento de experiências que, para tanto, considero a presença do psicólogo com uma escuta clínica indispensável neste cenário, como já mencionado:

S8 US273 Por isso, de tudo que eu falei, eu defendo o trabalho psicológico desde o início da formação do médico, algo que eu tive desde o início da graduação. Tanto que eu tenho colegas de outras escolas que tiveram mais dificuldade e que, quando começaram a residência aqui, às vezes, se encontram em situações de limitação de cuidado, de um óbito de um paciente que eles acreditavam que talvez pudessem ter feito mais coisas.

O Tema morte no currículo do curso de medicina não pode mais ser pensando em forma de informação apenas, ele deve ser muito mais abrangente, considerando as experiências de vida daqueles que compõem tal cenário de ensino e aprendizagem.

2. O QUE VÊ COMO IMPORTANTE PARA A FORMAÇÃO

O meu primeiro contato com a morte foi no meu primeiro e segundo dia de faculdade, lembro que era a primeira aula de anatomia e tinha uns cadáveres [...].

(S1 US3)

A *Percepção da necessidade de saber sobre morte* refere-se ao fato da importância do tema da morte ser abordado desde o início da formação acadêmica não somente nas aulas de anatomia com a dissecação de cadáveres, e sim como forma do futuro profissional se preparar, no sentido amplo, não somente como informação, para integrar um processo que se desencadeará e se fará presente na vida de todo ser humano e principalmente na prática profissional do médico no manejo com processos de morrer, que poderá, cuidando da sua formação, proporcionar uma morte com qualidade ou um melhor manejo dela.

S1 US16 Eu percebi que precisaria entender isso melhor ou ler algumas coisas e percebi que... sei lá! A impressão que tenho, conversando, é que se morre muito mal, principalmente na UTI.

S4 US180 Na minha formação em UTI procurei ir atrás de cuidados paliativos porque eu acho que a morte faz parte da vida e, principalmente dos médicos, que têm uma dificuldade muito grande de entender isso.

Importante salientar na fala de um dos participantes (S1), referindo-se ao fato de se *morrer mal na UTI*, tema já bastante discutido e, em especial, o quanto a tecnologia contribui na melhora da doença mas que nem sempre na qualidade de vida do doente como pessoa, e isso se tornou uma questão abordada e acolhida pelos Cuidados Paliativos e Bioética, os quais focam a pessoa doente e não a doença em si de forma isolada.

Já o *Modo de compreender como há que ser a formação do médico* refere-se ao fato da necessidade de pensar a formação de um outro lugar, que abarcasse também os aspectos humanos presentes nela, como as questões de vida e morte, não somente voltada para os aspectos orgânicos e fisiológicos. Fica evidente a necessidade de se olhar para as relações estabelecidas, transformando experiências da história de vida em processos de aprendizagem, que irão interferir também no manejo dos processos de morrer e aceitação da morte como sendo uma etapa da vida a ser vivenciada e não superada apenas:

S7 US235 [...] chego a pensar que não precisa de algo muito específico para falar de morte, mas talvez, esse olhar que todas as especialidades podem ter em relação ao outro e de se interessar pelo outro, que dispensa qualquer comentário.

S1 US45 Eu tento e busco conhecimento disso e eu tiro muito, procuro tirar muito, não só do conhecimento técnico, mas qual técnica de abordagem a ser

usada para falar. Eu tento extrair do meu dia-a-dia e dessas relações, principalmente dos conflitos, o que gerou aquilo, porque o colega foi assim, porque eu fui assim com o colega, etc.

S1 US41 Eu acho que desenvolvi isso um pouco mais do que vejo no meu dia-a-dia, olhando para os meus pares nos contextos que eu transito hoje.

S1 US54 Então, essa reflexão eu uso mais como aprendizado porque é mais fácil para eu aceitar!

S7 US251 Eu não sei! Acho também que precisaria, além de tudo, de algo que abordasse não somente a formação, mas também disponibilizasse uma assistência psicológica ao aluno de medicina com a criação de espaços, nos quais eles pudessem se expressar como pessoa e não somente voltado para a responsabilização do médico como um todo, que só o leva a um endeusamento que não existe.

S8 US263 E o preparo emocional que nós temos para lidar com isso, vem ao longo das reuniões de ética, reuniões de casos clínicos de terminalidade que nós temos ao longo da formação e na residência clínica.

Importante compreender que os preceptores também podem ser, não somente modelos, mas agregadores na construção de processos do autoconhecimento no compartilhar de suas experiências e, quando isso é feito coletivamente, sabe-se que a margem de segurança do futuro profissional é significativamente ampliada. Entendo como um apontamento para a importância de cuidar de problemas emocionais e ter uma assistência psicológica na perspectiva de uma escuta clínica como manejo dos próprios sentimentos e emoções envolvidos.

S8 US268 Tudo isso, estando bem assessorado pelos preceptores, dá essa sensação de tranquilidade. Ao longo da minha carreira, curta no exercício efetivo da profissão e longa de formação, eu não tive muitas dificuldades com o manejo e nem grandes angústias ou grandes dúvidas em relação ao lidar com a morte.

S8 US274 [...] ao longo do tempo, eles vão vendo, participando de todas as reuniões de ética, discussões clínicas com as equipes multidisciplinares e começam entender a visão de cuidado, limitação de cuidado, cuidado proporcional, cuidado paliativo, ortotanásia e, todos esses conceitos, acabam sendo esclarecidos e acaba dando um pouco mais de tranquilidade para lidar com o óbito. Com todo esse arcabouço ferramental só pode funcionar bem! Até o momento eu não tive grandes traumas em relação a isso!

Compreender o *Respeito à finitude do corpo* permite acolher a morte como uma etapa do desenvolvimento humano, mesmo sendo ela a sua última e que merece ser respeitada e não entendida como doença que demandaria ser combatida ou evitada. Essa experiência não precisa ser vivenciada de forma isolada, ela pode ser compartilhada com o paciente, seus familiares e demais profissionais no fazer médico com respeito ao corpo e suas limitações que abarcam sua terminalidade.

S2 US88 E não, tem que respeitar o limite do corpo que não vai processar a nutrição, na hora do fim. E chegar nesse limite é compreender e respeitar o corpo.

S6 US204 Então, para que mal tratar o paciente com choques que não responderão mais; que diante de uma volta duraria mais 24 ou 48 horas.

S8 US257 Discute-se sobre o que o doente acha, o que a família do doente acha... O que ele gostaria que fosse feito naquela situação. Questiona se o paciente gostaria que aquilo fosse continuado daquele jeito. Pergunta para os demais membros da equipe se eles fariam isso para um parente deles e isso desfoca o automatismo das condutas no cuidado aos doentes que, invariavelmente, são os que acabam falecendo mais.

A dor compartilhada é uma dor acolhida... Assim, posso compreender que o mais importante para **o que vê como importante para a formação** é cuidar do humano que vive e compartilha das suas experiências de vida e morte como possibilidade de aprendizagem em forma de cuidado do outro e de si. Há também uma preocupação com o limite de tempo/permanência do/no atendimento, o qual merece ser consultado e compartilhado com o paciente através da escuta e empatia para o acolhimento dos desdobramentos emocionais de ambos – médico e paciente.

3. COMO A MORTE SE MOSTRA

[...] a morte sempre é uma coisa que nos ronda a todo momento...

(S1 US1)

A *Morte presente no cotidiano do médico* diz que, independente do modo como o médico lida com tal processo/etapa, o morrer se fará presente inevitavelmente no seu cotidiano de trabalho e, por assim ser, o profissional terá que interagir com ela de alguma forma. Para tanto, é importante cuidar deste aspecto da atuação profissional, considerando que ela é mobilizadora.

S3 US135 “Comigo o paciente não morre! Sou um ótimo médico porque paciente meu não morre!” Isso é uma mentira, não tem como, a não ser que você lide com coisas que não envolvam o paciente em si [...].

S2 US108 A minha profissão lida com morte todos os dias, mas para eu lidar com a morte do outro eu tenho que lidar com a minha vida.

S6 US206 Antigamente não participávamos deste processo de morrer do paciente, isso acontece hoje, que em quase todos plantões alguém morre. Atualmente a mortalidade nas UTI's vai de 8 a 20% dependendo do perfil da UTI. Então, viver a morte, é o nosso dia-a-dia!

Como a morte se mostra diz do modo como ela, para além de qualquer coisa, se apresenta no cotidiano de todos, em especial, do médico que lida com questões de vida e morte na sua prática profissional. Ela pode se mostrar como natural, como consequência de algum adoecimento, ser acidental e/ou ocorrer como falha. O fato é que, em todas essas possibilidades, ela terá que ser enfrentada e manejada pelo médico. E penso que depende sim, se for uma falha, com certeza, vai mexer muito – o modo como ela se mostra e ocorre mobiliza o médico de diferentes maneiras.

Esse modo de lidar que é a questão, que poderá ser possível e possibilitado pela formação e experiência profissional sempre que dialogada e marcada pela história de vida do médico em relação às mortes vivenciadas ao longo da sua vida.

S1 US6 Tinha um outro aspecto, perdi alguns conhecidos e colegas, alguns, e não foram poucos os traumas; por acidente de carro no interior e alguns aqui em São Paulo [...].

S1 US17 Durante um tempo eu tinha uma certa ansiedade, um bloqueio de conversar sobre isso... Então, eu comecei ter a percepção de que se morria muito mal.

S1 US20 [...] e, principalmente no hospital privado, eu comecei ver que esse cenário se repete e o processo de morte nos envolve.

S1 US22 Cada um morre de um jeito e por mais que imaginamos saber como conversar com o familiar, que você vai entender as necessidades do seu doente

que, muitas vezes, não consegue expressar porque ele está intubado, inconsciente ou em delírio, a morte parou de me assustar!

Talvez um dos maiores desafios do manejo dos processos de morrer refere-se à capacidade e habilidade de identificar os próprios sentimentos e emoções mobilizados no profissional na lida com esses processos. Na dificuldade de identificá-los, o profissional costuma se afastar para evitar esse contato por não saber como lidar com os conteúdos mobilizados.

É sabido que a forma como se morre desperta diferentes repercussões emocionais, e que algumas mortes são difíceis de serem trabalhadas, nas quais, muitas vezes, os profissionais sentem *pena* das condições em que essas pessoas morreram.

S2 US73 No fundo tinha um despertar e um sentimento por esses doentes guardados em mim que não era trabalhado. Eu não sinto culpa nenhuma, por nada, por nenhum que tenha morrido. Eu sinto pena pelas condições que eles morreram. Isso eu sinto, pena!

S2 US91 Hoje eu entristeço com a morte de alguns pacientes. Entristeço mesmo!

Lidar com a morte é uma habilidade desenvolvida e não ensinada formalmente, porque requer manejo dos próprios sentimentos e emoções. Trata-se de uma construção que deve ser desenvolvida e priorizada desde o início da formação do médico para que ele também tenha tempo de criar o seu próprio modo de lidar – processo individual construído no coletivo (relações intersubjetivas) – que interferirá diretamente na forma de enfrentar a questão nas relações médico, paciente e familiares, o que é geralmente identificado nos feedbacks dos pacientes e familiares.

S3 US118 [...] foi uma coisa um pouco do que eu acho, foi de degrau por degrau. Desde o primeiro ano isso foi muito falado na parte de ética, a questão da eutanásia, ortotanásia, distanásia e de toda discriminação em torno disso, mas tudo muito teórico.

S3 US168 Tinha medo das enfermarias porque, assim: “Como eu vou lidar com isso?” Mas, a partir do momento em que você ganha uma certa confiança, ganha um certo jeito de você falar, uma coisa mais pessoal sua, que faz parte do seu dia-a-dia. Então, faz parte do seu tratamento também a partir dos feedbacks positivos das famílias.

S6 US201 [...] precisamos nos aprimorar naquilo que foi chamado de morte encefálica e trabalharmos nessa ideia de “coração ainda batendo” e você pedindo a doação dos órgãos para a família [...].

S6 US202 E na UTI tudo é monitorizado, ou seja, não há nenhum problema em diagnosticar a morte.

S6 US203 Diagnosticamos a morte antes dela acontecer de fato porque conhecemos os limites que nos indicam a não volta.

S7 US224 Na pediatria você vê a morte com menor frequência, mas eu acho que ela é tão chocante quanto.

Sabe-se que a *Perplexidade frente a própria finitude* diz, de forma intrínseca, como o médico e não somente ele, mas sim todos os seres humanos, são mobilizados pela morte, pois a morte do outro, inevitavelmente me trará à tona a minha condição de finito, ou seja, o contato com a minha própria possibilidade de morrer. Fala-se da dificuldade com certas mortes, com questões éticas que, apresentadas de forma teórica, além de afirmar saber que a morte vai ocorrer antes de ela ter ocorrido pelos sinais apresentados, denota familiaridade com as mortes. Morte como evento, tanto que:

S1 US4 [...] e, de repente, eu me olhei, eu nunca tinha parado para pensar nisso: poxa, eu vou virar isso! Foi meu primeiro impacto...

S1 US5 Eu tive depressão no primeiro ano de faculdade, fiquei um mês e meio afastado, quis largar a faculdade e por isso que me interessou a pergunta que você fez porque eu sei, trabalho em psicoterapia até hoje.

S1 US7 E assim, eu nunca havia parado para pensar nisso, mas aquilo chocava um pouquinho, a terminalidade!

S7 US244 Falar daquilo que também é pertinente ao humano que é a morte dele, mas ainda é igual falar sobre sexualidade com uma criança de 6 anos explicando coisas específicas. Ela não tem demanda para aquilo naquele momento, mas faz parte da vida dela como um todo.

S7 US248 Desde quando a morte pode ser normal porque você é médico? A morte pode ser normal porque você tem uma elaboração sobre ela, não necessariamente normalidade que não te leva necessariamente à uma coisa triste ou à uma coisa pesada.

A melhor escolha permanece o se lançar para a *Vivência do morrer* como modo de acolher a trajetória vivenciada até a chegada da morte do seu paciente e sua, inevitavelmente. Esse processo gera repercussões no sujeito que a presencia, neste caso, o médico; e isso pode ser percebido e significado como perda para os profissionais envolvidos e doloroso para o paciente e familiares.

Olhar para aspectos mobilizados durante a vivência desse processo é cuidar de si e dos demais envolvidos. Posso compreender que não elaborar a questão seria um não deixar se conhecer diante da angústia.

S1 US53 A morte do meu paciente tem vários significados para mim: depende do paciente, do momento, de como eu estou, do meu momento pessoal também e, depende, do contexto técnico.

S1 US14 Eu lembro que eu fiquei do lado do paciente, assim, não sei porque, daí ele foi ficando ofegante, já rebaixou a consciência e morreu. Quanto tempo demorou, não me lembro, mas lembro dessa cena. Foi uma das... isso já no quinto ano.

S1 US55 Então, em algum momento, a morte para mim era uma coisa que acabava ali e, muitas vezes, ela não acabou ali. Acabou ali, naquele momento, aquele sofrimento, aquela situação. Eu acho que não dá para eu definir para você como sendo uma coisa. A morte é um evento! Como o nascimento é outro...

S3 US161 [...] se você não se acostumar com o processo da morte, com o processo da conversar sobre ela, se transforma em uma grande angústia para você também, para o próprio médico.

S1 US52 Quando eu entrei na faculdade eu lembro que foi um choque bem grande perceber a finitude e suas formas.

S4 US183 [...] eu acho que foi mais a minha formação não acadêmica que talvez tenha me ajudado a ver as coisas da forma como eu as enxergo.

Interessante os apontamentos para a formação *não* acadêmica presente diversas vezes nos depoimentos, os quais referem-se a outros conhecimentos citados por eles como: música, arte, espiritismo, experiências pessoais com perdas por morte de familiares e amigos ao longo da vida, autoconhecimento através de psicoterapia...

Isso posto, evidencia-se a *Ausência de protocolos para lidar com a morte* como impossibilidade de categorizar e *engessar* um processo totalmente humano e que pode ser vivenciado de infinitas formas. Protocolar seria impossibilitar olhar e vivenciar a dor e demais repercussões peculiares de algo extremamente individual da condição humano, de todos viventes – *a morte*.

S7 US237 A forma como se vê e age diante de um momento crítico depende muito da maturidade e experiência e, por isso, neste sentido, o interno tem pouco jogo de cintura. Eles são meio travados por ficarem presos em protocolos.

S1 US28 Queremos procedimentos e protocolo para tudo. Com o tempo e com o conhecimento sabemos que o protocolo ajuda a aferir, medir, programar, planejar, monitorar, mas ele não ajuda, às vezes, cuidar de pessoas diferentes, momentos diferentes, situações diferentes e culturas diferentes. Ele não se encaixa nesse aspecto!

S3 US136 Acho que fugi bastante! (risos) A parte de formação... É difícil você ter uma formação fechada, padronizada e protocolar ensinando o que se deve falar, como se deve falar, o quanto se deve falar sobre...

S7 US233 Engraçado, que quando você conversa com os graduandos, eles falam assim: “Mas o que você fala?” Eles querem uma fórmula mágica.

S7 US238 Então, eu não vejo uma forma para melhorar isso, porque não existe protocolo para isso! Talvez a vida dê, mas eu acho que é uma sementinha que cada médico pode plantar de empatia e de interesse pelo outro.

Na impossibilidade de protocolar – necessidade para se amparar quando não sabem o que fazer – a morte e seus processos, cabe olhar para o *Sentido da morte* que diz daquilo que ela representa ou significa para cada um que a vivencia. Trata-se do fim da vida, fim da vida daquele que se foi e que permanece projetado na vida daqueles que ficaram em forma de lembranças, recordações...

S2 US93 Eu falei assim: Esse é o momento mais importante da vida, falei isso! Esse é o dia, é o momento mais importante da vida, em que olhamos para traz e se despede da vida. Porque é nesse dia que faz sentido do porquê nascemos.

S2 US109 E eu consigo hoje compreender a minha morte... E com isso promover uma morte muito mais serena.

S3 US151 “Já chorei por morte de pacientes”. Não porque eu achei que dava para fazer alguma coisa, mas pelo processo todo, pelas questões familiares envolvidas que, na hora que você começa a lidar com a morte, você não tem somente o meu paciente que morreu, mas também as pessoas que estão ficando.

S3 US125 E você pode levar isso de uma forma sem ser entendida como uma luta contra a morte.

O contato e o lidar com a própria finitude se torna inevitável na prática médica, seja pelo contato com o paciente morrendo, seja pelos familiares ali presentes que também precisam ser amparados. E isso ajuda a elaboração da própria finitude.

Luta apontada que leva à *Fuga da morte*, surgida como desejo de se livrar dela ou de não precisar interagir com ela – impossível para qualquer ser humano, e menos ainda quando focamos no fazer médico, que exige manejo com ela. Ampliando a compreensão poder-se-ia dizer que fugir da morte seria fugir da vida, uma vez que a noção de finitude é produtora de sentido. Fuga também entendida como desejo de se livrar da dor mobilizada pela morte de alguém, que implica na perda da convivência com aquele que se foi e possível temor fantasioso de não *ressignificá-la*.

S2 US101 Quanto ao lidar com a morte, eu fugia muito, mas isso faz parte desse contexto e da minha compreensão.

S2 US95 Eu me vejo hoje lidando com a morte com empenho de cuidar de uma pessoa que está ali e que vai, poderá morrer!

S6 US208 Então, trabalhar neste contexto, ao participar de velórios, enterros e tal, é uma situação que me deixa “down” por uma semana no mínimo, a ponto, por exemplo, de eu desejar, como todo mundo, uma morte rápida e sem sofrimento, obviamente!

S7 US223 Todo dia, a caminho de lá, parecia que o desenhinho da morte já estava impresso, mas vamos lá, juntas, e espero que você me dê uma trégua hoje ou durante algumas horas, pelo menos, não tantas mortes consecutivas e esse foi o dia que eu decidi que talvez eu não fosse uma pessoa que pudesse fazer uma especialidade que encarasse a morte tão frequentemente.

E por não saber como lidar, surge da demanda da *Autoproteção*, o cuidado de si – ampliação da rede de contato significativo como forma de segurança e respeito aos próprios limites – talvez fosse essa a melhor e mais saudável autoproteção possível de ser aderida por qualquer ser humano. Diferente do que é comum, pensar que se proteger é evitar o contato; ousar dizer que, se proteger é se permitir interagir com aquilo que se apresenta de forma autêntica e apropriada como possibilidade de compreensão e elaboração daquilo que se mostra como sendo parte estrutural da condição humana – a morte e seus desdobramentos.

S2 US103 Mas eu também tenho um limite do: “Até onde eu vou para não me prejudicar?” Têm seus limites ali também! E agora, eu fico até o fim? Até o fim do plantão ou passo o plantão de boa sem muito apego?

S8 US261 E por passar pela residência e trabalhar em hospitais, criamos uma rede de segurança que nos fortalece nas tomadas de decisões em relação a conduta do doente, caracterizando-as como boas e melhores.

S8 US270 Tudo isso dá bastante tranquilidade e nos dá um ferramental para lidar com essas situações de forma tranquila. Temos muita segurança por termos tido este aspecto inserido na formação acadêmica daqui.

Outro ponto importante é a *Notificação do óbito e compreensão da finitude e sua complexidade (compreender o óbito a partir da notificação dele)*, que diz do primeiro contato ou recuperação da vivência do contato imediato com a morte no que diz respeito ao fazer médico. Notificar um óbito para o familiar significa entrar em contato com a dor e torná-la presente àqueles que não a deseja. Processo que demanda manejo e autoconhecimento para sustentar tal processo de forma saudável e acolhedora. Tanto que:

S7 US225 Eu me lembro dessa mãe em um lugar bem simples, SUS na periferia de São Paulo, a criança já chegou morta e nós ficamos mais de duas horas tentando reanimá-la, fizemos tudo que era possível e a criança não voltou. E conversar com essa mãe considerando todo esse contexto, às vezes, não entendendo a finalidade daquele procedimento e que não foi possível revertê-la foi uma experiência única.

São experiências que vão configurando o modo de o futuro profissional perceber e lidar com as situações de vida e morte que ele vivenciará em seu cotidiano de trabalho. Coisas impossíveis de serem ensinadas, apenas compartilhadas em termos de experiência transformadas em processo de aprendizagem. Tanto que:

S7 US212 Você não assina o atestado de óbito quando você é interno porque você não pode ver a morte e eu acho que existe uma coisa com o atestado de óbito que parece concretizar tudo! Você tem toda a responsabilidade, não só pelo que aconteceu, mas por aquele fim.

S7 US215 É muito mais difícil porque envolve uma série de coisas, não só o documento, mas muitas outras coisas.

S7 US230 Não é só porque tinha diagnóstico, não é só pela parte teórica que pode ser difícil ou não você assinar um atestado de óbito. É pela situação toda que se apresenta ali. Não só da parte técnica.

O contato com a morte não se dá apenas de forma mecânica, burocrática ou pelo contato com o cadáver, mas também pelo modo como se lida com os próprios sentimentos e emoções no compartilhamento de informações com familiares e outros, o que deveria ser proporcionado e validado desde a graduação e não somente na residência como demonstrado abaixo:

S3 US141 A partir do momento em que você entra na residência isso inverte porque agora você é o cara que tem que dar a notícia, que tem que conversar e explicar para a família...

S3 US142 É você que vai contar para o aluno, para o interno como foi essa conversa para daí ele ter isso como um modelo, não a ser seguido, mas como um guia.

S3 US174 [...] eles vieram me perguntar por que eu não estava lá na hora?

S5 US197 E com essa experiência eu aprendi que eu não queria dar a notícia como foi dada a mim e trato de dar a notícia de forma muito tranquila.

Transmitir más notícias é uma habilidade desenvolvida com a prática, pois não se trata apenas de informar alguém sobre um fato e sim de acolher a dor do outro a partir do seu vivido e do lugar que você ocupa naquela relação.

Tanto que o *Cuidado com a família do paciente (movimento dialético)* é repleto de ambiguidades nas relações de cuidado com ameaças presentes. Sentimentos de repulsa e acolhimento são comuns nessas relações em processos de morrer e, por isso, espera-se que o profissional esteja minimamente preparado para lidar com as emoções emergidas e que circundam tais contextos se disponibilizando com uma atitude acolhedora possibilitado pela escuta. Nisso, a escuta clínica contribui muito em termos de modelo e formação. Interessante que um participante fala do modo negativo como recebeu a notícia de uma morte e isso o fez lidar de forma diferente com as futuras mortes.

S4 US184 É falar para o paciente e para a família que eu estou ali; é dar um abraço...

S3 US152 Quando você tem um paciente terminal ou um paciente que morreu, você tinha aquele paciente para cuidar que agora você não tem mais, mas você herda uma rede familiar ali que, naqueles primeiros momentos, primeiros dias, vai recorrer muito a você.

S3 US153 Na enfermaria eu tive o caso de uma filha de uma paciente que voltava de dois em dois dias, por uma semana, para conversar comigo.

S3 US173 [...] no segundo dia a filha veio e gastamos uma meia hora, 40 minutos conversando. Uma conversa bem tranquila!

S3 US175 Ficaram preocupados comigo, de eu ter chegado lá no outro dia e ela não estar mais lá. Foi uma conversa bem gostosa, pois a filha dela tinha o direito e a possibilidade de estar em qualquer outro lugar.

S3 US176 E ela fazia questão de agradecer a equipe por tudo que conseguimos fazer, por ter dado um pouco de conforto para ela, aonde ela achou que ela não teria por ter perdido sua mãe nova, com 44 anos de idade.

Trata-se de um cuidado que também cuida do cuidador... Sabe-se que esse fortalecimento e manutenção do vínculo, quando ele é recíproco e saudável, contribui significativamente na elaboração do luto – repleto de sentimentos e emoções – em muitos casos, de forma antecipatória, no qual os sentimentos ainda estão emergindo de forma desorganizada e com a presença de projeções, em muitos casos.

S3 US177 Ela conversou um pouquinho sobre a mãe e depois começou a perguntar dela. Que ela estava mais angustiada agora e queria, se ela passasse pelo mesmo processo, ter a certeza de que ela seria tratada do mesmo jeito.

S4 US185 É mostrar que aquilo faz parte e que faremos com que essa transição, essa passagem e esse momento seja o menos traumático possível tanto para o paciente quanto para família e para quem fica.

S8 US262 E se o doente teve aquele desfecho, depois de todas as discussões envolvidas, é um desfecho que seria ou que aconteceria em qualquer lugar que ele estivesse. Isso dá muita tranquilidade na hora de lidar com isso e falar com a família.

Refiro à um processo saudável para a família e para o profissional que dispense atenção, acolhimento e compartilhamento das questões humanas ali presentes e que, acolhidas, cuida de todos envolvidos no processo de morrer. **A morte se mostra como** possibilidade de cuidado mútuo.

4. TOMANDO CIÊNCIA DE SI

[...] a própria graduação de algum modo induz a determinadas especialidades, mas no geral desenvolve um mecanismo de se livrar da dor do paciente.

(S7 US239)

Busca sentir-se humano junto a outras áreas/disciplinas – interdisciplinaridade, diz do resgate da condição humana no diálogo com outras áreas do conhecimento como espiritismo, por exemplo, para dialogar ou encontrar respostas para uma situação significativamente importante e mobilizadora, que são os sentimentos vivenciados diante da morte ou durante os longos processos de morrer. Pois:

S7 US249 A morte engloba muitas coisas do profissional também, como, por exemplo, a espiritualidade, possibilitando explicações não só científicas, mas que também satisfaça de algum modo compreender tal evento. Aliás, reduzir tudo ao cientificismo distancia também de questões humanas.

S2 US81 Isso melhora a compreensão e é algo que não aprendemos na faculdade. E assim: Neste momento eu já estava me sensibilizando para entrar, começar a estudar o espiritismo, que eu sempre almejei.

S2 US105 [...] o que em minha formação consegue me dar de apoio para eu lidar com a morte, ou me dar de condições? Entender nutrição em um ambiente menos insalubre me fez permitir entender cientificamente como é o processo da morte celular. O espiritismo me deu o conforto e a compreensão de coisas que eu não tinha antes. E pessoalmente me ajudou a não piorar a situação do outro.

S2 US82 A influência dos ensinamentos da doutrina ajudou muito a me humanizar frente as pessoas. Então, foi um conjunto estudar o espiritismo e trabalhar com câncer no hospital que me deu condições de trabalhar com a morte.

S1 US2 [...] mas depois do 3º ano de faculdade eu já não fazia mais nada apesar de manter a sensibilidade provinda dela (música).

Considerar os aspectos holísticos talvez seja *Importante para a formação médica* no sentido de abarcar os aspectos pessoais do futuro médico não somente com o enfoque informativo, mas integrativo como possibilidade de manejá-los nos processos de morrer. A formação, no que diz respeito ao manejo com a morte, demanda o cuidado de si, ou seja, autoconhecimento possibilitado por esse olhar-se para si oferecido pela psicologia através da escuta clínica. Nessa perspectiva, sempre será possível repensar qualquer processo de formação.

S1 US61 A morte afeta também os que estão vivos, nos afeta no dia a dia, afeta não sei o que... E a impressão que eu tenho é a de que dá para fazer mais. O que nós estamos fazendo está errado, nesse momento! É uma coisa que faz parte, eu acho, do cuidado, e é isso que me fez estudar temas relacionados ao óbito.

S7 US247 Eu acho que falta falar mais sobre o assunto e a religião tem muito a ver com esse não falar sobre dando a ideia da salvação. E isso influencia o médico por ele também ser humano e pela ideia do endeusamento apresentada na formação acadêmica que o coloca na frente de um paciente como sendo Deus.

S7 US231 O médico também tem uma atuação fundamental neste momento crítico na tentativa de melhorar a compreensão do quadro desde que este médico tenha um background nos aspectos de terminalidade.

S1 US29 A questão da morte me incomoda muito porque eu acho que deixamos muito a desejar, fazemos menos do que poderíamos fazer... Não estou falando somente da questão técnica, mas sim do fato de darmos mais atenção e de abriremos as portas para uma política de implantação. Isso seria bem legal!

S1 US46 Eu resolvo os problemas dos residentes e, muitas vezes, é muito de comunicação e comportamento.

Sabe-se que a questão da comunicação é bastante complexa na área da saúde porque envolve a identificação de sentimentos e emoções presentes na atuação dos profissionais dessa área por lidarem constantemente com situações de vida e morte no seu cotidiano de trabalho. E, por assim ser, a comunicação, muitas vezes, fica comprometida porque ela requer uma elaboração psíquica do percebido e sentido.

Posso pensar que as *Dificuldades sentidas* dizem de experiências diante da morte de algum paciente que, inevitavelmente, o mobiliza de forma significativa e o coloca diante do contato consigo que nem sempre esse dispõe de condições para manejar e, por assim ser, esse opta por ocultar o percebido para não validar o vivido – sentido. Acaba por banalizar uma experiência carregada de significados.

S3 US150 Para mim, a morte de um paciente já foi pior! Já foi mais difícil! A morte do meu paciente deixou de ser um tabu e passou ser uma questão de não posso falar sobre isso, não quero falar sobre isso, ou então, eu me sinto pior como médico!

S3 US158 Óbvio que continuamos sempre entendendo o outro lado, assim, é difícil falar disso desde o começo: “Ah, esse paciente não adianta mais fazer nada”, desde o começo! Não, você vai tentar, você vai tentar até você chegar no seu limite ou até chegar no limite do paciente. É difícil você, de cara, falar assim: “Essa paciente não merece um tratamento porque ela não vai aguentar”. Para ela o processo evolutivo da própria doença vai ser mais confortável do que você expor prontamente todo o prognóstico do caso.

S7 US240 Isso me dói o coração porque a partir do momento que você escolheu ser médico, você deveria estar interessado pelo outro. Eu acho que acabou a medicina! Porque ela poderá chegar em um nível técnico absurdo porque parece que quanto mais ela avança, mais ela precisaria voltar atrás.

Compreender o limite do cuidado também requer interação e cuidado com o tempo do médico – modo como esse compreende a vida e a morte – e isso requer tempo para assimilar,

compreender e agir. Algo que interfere diretamente na tomada de decisões e escolha de procedimentos por parte do médico no seu fazer profissional cotidiano.

Ampliando a compreensão, posso entender a *Autocrítica* como sendo o contato com a não pré-condição de manejar com os conteúdos mobilizados diante dos processos de morrer na relação consigo, com o paciente e familiares. Interessante que esses conteúdos são expressos de diferentes maneiras, tais como agressividade, dúvida do profissionalismo...

S1 US65 Às vezes, “gozado”, a primeira vez que eu senti isso fiquei até meio incomodado porque a sensação era de dever cumprido, mas parecia que eu estava olhando somente para mim, mas não, estava olhando também para aquele que eu devia ter cuidado, mas fica um “será?”

S2 US67 Quando eu comecei a trabalhar como cirurgiã geral [...] naquele momento eu achava que eu tinha que ter essa armadura para poder me garantir.

S2 US68 Então, naquele momento eu aprendi a ser bruta também. Eu não era pouco bruta e sim muito bruta, bastante insensível em relação à morte de muitas pessoas. Eu confesso e sinto até vergonha de falar, mas hoje, com o conteúdo que eu tenho, com a formação que eu tenho, tudo que eu aprendi com o exercício da empatia, que eu busquei em um momento em que realmente eu não tinha.

S4 US189 Aquilo não é vida, aquilo é sobrevida. É algo que a gente impôs e tem que ser desse jeito. Algo que a gente faz!

O não saber lidar com contexto de morte no hospital refere-se à escolha por tentar preservar a vida a qualquer custo, talvez como forma de negação da morte ou tentativa de não entrar em contato com os diferentes sentimentos emergidos no profissional pela morte de um paciente. Outro aspecto identificado e importante de ser ressaltado refere-se ao fato do quanto o contato e manejo com a morte poder *embrutecer* as pessoas.

Isso fica evidente na *Percepção de si no exercício da profissão*, na qual cada profissional se percebe no seu fazer profissional, nesse caso, o médico, com o intuito de ampliar formas de manejar com essas relações que se dão constantemente nas práticas do cuidar, especialmente, em processos de morrer.

S8 US260 A morte de um paciente é uma coisa que me entristece sempre que acontece, mas é uma tristeza profissional, mas estamos sempre bem assessorados ao longo do processo, pelo menos aqui.

S8 US265 Todo esse arcabouço ético e de equipe dá muita tranquilidade na hora de lidar com o óbito de um paciente ou limitação de cuidados; então, eu nunca me senti particularmente agredido com o óbito de um paciente.

S8 US266 Tem algumas coisas que incomodam quando é um óbito agudo, por exemplo, em um atendimento do pronto socorro, mas entendido como fazendo parte também dos cuidados de emergência [...].

S2 US75 O lidar comigo e com os outros, o estar sozinha e ter que sobreviver parecia que a morte era uma coisa que estava no meio do pacote do “tinha que!” Eu tinha que ser forte, tinha que ser tudo.

S2 US80 Tentando me colocar no lugar dele, coisa que eu não fazia antes, me explicando, é um sofrimento muito grande!

A única possibilidade saudável no final é compreender que a morte é uma etapa do desenvolvimento humano da qual não impediremos seu acontecimento. Sendo assim, o que cabe aos profissionais da saúde em geral, em especial, ao médico, é cuidar da pessoa até sua morte. Isso só é possível respeitando o limite do corpo do outro, nesse caso, do paciente. Considerando que nem todas as mortes são iguais, sendo a morte aguda mais difícil de enfrentar

S2 US88 E não, tem que respeitar o limite do corpo que não vai processar a nutrição, na hora do fim. E chegar nesse limite é compreender e respeitar o corpo.

S2 US111 Hoje, o que eu tenho que ter é o controle dessa emoção, mas não significa ser ausente do que se pode sentir pelo outro.

S2 US112 E hoje, para ser racional, eu tenho que ter emoção na medida certa. Mas não ausência de empatia ou sentimentos. Não ausência de compaixão, acho que a palavra é essa.

S2 US115 [...] compaixão, caridade e misericórdia são três coisas que me modulam para conseguir lidar com a morte do outro de um jeito mais doce, respeitoso e conseguir fazer o meu trabalho racional melhor.

E, *Refletindo sobre sua prática/vivências (sentido da entrevista para o entrevistado)*, é possível perceber a entrevista como processo de ressignificação do fazer médico. Pois:

S2 US77 “No fim, o que eu compreendi?” Que quando a pessoa é bem tratada ela nos trata bem também e quando ela é agredida, ela nos agride também.

S2 US117 Fico feliz por poder compartilhar com você minha história e de poder falar quarenta minutos uma coisa que eu realmente não me preparei para falar...

O compartilhar das experiências, bem como a disponibilidade para ouvi-las, se apresenta como uma possibilidade interessante, no sentido de possibilitar ao profissional acessar suas experiências de vida e morte no seu cotidiano de trabalho, o qual acaba entrando em um automatismo que também merece ser cuidado; pois o autoconhecimento, algo importantíssimo na atuação profissional do médico, que só é possível a partir desse processo reflexivo do seu próprio fazer profissional permeado pelas suas questões da vida, podendo ser compreendido como **Tomando ciência de si**.

5. APRENDENDO SOBRE MORTE E COMO LIDAR COM ELA NA PROFISSÃO

Lidar com a morte hoje para mim é muito mais lidar com o respeito.

Eu fiz o máximo que pude!

(S2 US102)

O *Prolongamento do processo de morrer* diz de processos distanásicos, nos quais se buscam o prolongamento da vida a qualquer custo, mesmo sabido que se trata de cenários altamente tecnológicos que priorizam o funcionamento do corpo biológico apenas, sem priorizar o vivenciar das experiências humanas, transformando a doença em processos gigantescos de sofrimento. Como trabalhar a questão dos limites, agindo para prolongar a vida a qualquer custo, sem respeitar o processo natural da morte? Sabe-se que,

S1 US18 [...]prolongamos um processo de morte e, muitas vezes, sem benefício claro e isso, como eu falei, comecei a perceber ainda em São Paulo.

S3 US126 O ponto é fazer o máximo que der, vamos prometer, tentar fazer, tomar medidas invasivas, transferências para UTI, intubar o paciente, extubar o paciente; tudo isso é uma questão que você começa, aos poucos, saber quando você deve ou não fazer, porque tem pacientes que você sabe que não vão ter um benefício com este ou aquele procedimento.

S4 US182 Acabamos postergando tanto tentando intervir, não deixando que a morte aconteça, e isso atrapalha mais do que ajuda.

S3 US131 Na maioria das vezes, esta passagem de uma forma mais natural é mais benéfica para todos: equipe, paciente e parece ser para a família também pelo retorno dado; mas isso não é fácil, você saber que tem que determinar um ponto de não mais investir.

S4 US181 As pessoas vão morrer, não somente os pacientes, mas todo mundo vai morrer um dia. Tentamos postergar isso o máximo possível! Mas acho que acabamos transformando esse processo em sofrimento.

S3 US134 Isso tem que ser construído com a família porque eles têm e devem saber o porquê destas decisões para não acharem que você abandonou o paciente.

S3 US127 Muitos familiares vêm me agradecer por eu não ter feito, quase nada comparado com aqueles pacientes que foram levados para a UTI, e acabaram morrendo nela fora da presença de um familiar.

Um ponto extremamente importante, nesse cenário de morte, é a tecnologia altamente presente em nossos dias, que se refere ao *Modo de estar/falar com o paciente sobre morte e tratamento*, como uma abertura de espaços para que o referido tema possa emergir e ser acolhido na relação médico e paciente, considerando que, nem todos os pacientes estarão disponíveis para tal diálogo, mas sim a importância do acolhimento do tema, caso ele emerja na fala do paciente.

O que não é esperado hoje na atuação do profissional da saúde, é a omissão do tema ou o não acolhimento dele ou a negação por parte do profissional, no que diz respeito a ele, por dificuldades desse profissional para interagir e manejar com a morte e sua complexidade em termos de emoções e sentimentos.

S1 US21 Hoje em dia as pessoas gostam muito de falar sobre empatia e eu acho que não é somente isso.

S1 US44 Na minha cabeça eu tenho conflitos comigo em relação a essas coisas. Eu falo muito e procuro falar bastante com a família quanto a isso. Eu chamo, eu convoco...

S3 US137 Então, você tem que ter dois discursos com a mesma coisa. E são pacientes com níveis de instrução e autoconhecimento diferentes.

Para além do conteúdo impresso no discurso, o modo como se expressa tais conteúdos, exige também cuidado do vínculo carregado de fragilidades. Pois,

S3 US144 Existem pessoas que sabem conversar de uma forma clara, possível de entender e com calma que não estresse ainda mais o paciente.

S3 US145 Têm pessoas que não conseguem e que não têm treinamento; eu acho que vai do jeito que a pessoa fala e vê a coisa!

S3 US138 Se a cirurgia é curativa ou não, algumas pessoas sabem já outras não. Alguns entregam na sua mão e falam: “Faz o que você acha melhor.” E os discursos são diferentes, os momentos de se falar são diferentes, os jeitos de se falar são diferentes.

O fazer profissional dialogado, talvez seja a maior possibilidade de integração das *Vivências pessoais e práticas profissionais*, compreendidas como indissociáveis. Acredito ser divisões ou separações didáticas, mas que dialogam constantemente no fazer profissional e pessoal, as quais se auto enriquecem e se aprimoram no modo como o *ser humano* se mostra nos seus diferentes campos de atuação.

Estabelecer elos entre ambos é a forma mais saudável de se viver, especialmente na lida com os diversos sentimentos e emoções emergidos na atuação profissional, momento em que fica claro que o profissional, inevitavelmente, recorre à sua história de vida para o manejo das questões apresentadas. Prova que,

S7 US242 Em uma situação crítica, como é, por exemplo, de morte, você recorrerá a este modo de lidar aprendido no seu dia a dia.

S5 US196 Eu creio que para enfrentar esse tipo de situações foi a minha experiência pessoal que me ajudou de quando a minha mãe morreu na UTI e os intensivistas de plantão, naquele momento, não tiveram tanto tato para me dar a informação na hora.

S2 US70 Mas, no fundo, tinha alguma coisa porque eu me lembro de alguns pacientes, em especial, que me despertaram sentimentos.

S2 US71 No dia em que ele morreu eu chorei junto com ele. Ele morrendo olhando para mim dentro da UTI. Eu até me emociono quando falo dele, foi um momento de muita luta e que eu via que em volta não tinha apoio. Parecia que era só eu ali cuidando dele.

Somente a partir do autoconhecimento, proporcionado pelos processos reflexivos suscitados pela escuta clínica, o profissional terá condições de respeitar o limite da vida; assim, poderá compreender essa etapa do desenvolvimento e conseguirá manejar com suas questões pessoais presentes no seu fazer profissional.

S3 US170 Acho que isso é uma coisa prazerosa: “A minha função, eu fiz com aquela paciente”. Não conseguiria fazer mais nada, mas eu consegui dar um conforto para ele até o último minuto e consegui dar um conforto, aonde seria difícil de dar, que é para a família que ficará no momento em que o paciente se for.

S3 US169 Feedbacks positivos: “Com aquela família eu mandei bem!” Eu vejo que eles estão indo embora mais tranquilos do que chegaram. Mesmo tendo perdido, eu fazendo parte do processo de luto deles, eles estão indo embora mais tranquilos. Nunca felizes, porém tranquilos.

S7 US241 Parece que quanto mais para frente você vai, mais você precisa pensar nas coisas que ficaram da medicina tradicional, por exemplo, o exame clínico e físico.

Existe o *Modo de o médico se sentir* como ser humano e que, muitas vezes, é camuflado ou negado por ele mesmo como um processo de não validação do seu sentir. Prefiro chamá-lo como não nomeado ou suportado de ser vivenciado pelo mesmo, por não dispor de habilidades para manejar com aquilo que se dá no âmbito do sentir não nomeado, porém, presente, por exemplo, pela sensação de impotência diante da morte de um paciente, processo vivenciado de forma totalmente solitária, na maioria das vezes.

S1 US34 E, mesmo assim, muitas vezes, eu acho que não foi o que nós poderíamos ter feito. Muitas vezes eu percebo no ambiente que eu estou que é um processo solitário.

S9 US278 Em alguns casos para mim a morte dele é uma derrota, incapacidade... Na maioria dos casos!

S9 US277 Tem paciente que para mim é uma derrota, é uma incapacidade. E tem paciente, também, que é um alívio.

S1 US51 Não tenho muito claro se existe um norte para nós, mas existe um pegar o farolzinho e ir atrás porque o sofrimento que isso envolve, percebo pela transferência nesses momentos que, para mim, pelo menos, é muito pesado.

S4 US191 Que eu sempre procuro fazer com os meus pacientes o que eu gostaria que fosse feito para mim ou para minha mãe nestas condições.

Algumas mortes são sentidas como derrota e outras como alívio, portanto não dá para falar de forma genérica. A apropriação da condição humana de *finito* está diretamente relacionada aos *Modos de estar/lidar com a morte* como um estar de forma inevitável, que nos coloca diante da mais pura existência, o fim dela, na condição de não mais existir – *ser*

para a morte. Modos significados de diversas maneiras, principalmente em diálogo com o conjunto de crenças de cada indivíduo. Pois:

S1 US59 [...] o significado da morte eu não conseguiria definir um, mas talvez se eu fosse escrever em uma pergunta de prova eu diria: vamos ser humanos como médicos diante da finitude.

S1 US60 Eu não consigo definir porque a percepção muda ao longo do tempo, eu percebo também!

S1 US63 A percepção da morte se modifica o tempo todo. Não é uma coisa esgotável, um estanque.

Estar diante da morte se modifica, o que mais importa é o ser humano. Pensar sobre a morte é pensar, inevitavelmente, sobre a vida, isso leva o médico questionar o seu fazer profissional no manejo com ela e desenvolver, a partir do autoconhecimento – também desenvolvido nas relações de cuidado – formas de lidar com os diversos pacientes, familiares e relações com eles estabelecidas.

S7 US236 Às vezes, um olhar que você tem para a pessoa, uma forma até de ver o paciente, às vezes, que é diferente do modo como o familiar vê e lida com o paciente.

S1 US62 [...] eu acho que o fazemos muito mal. Eu estou repetindo isso diversas vezes porque é uma questão que permanece para mim: como que nós melhoraríamos essas coisas?

S2 US104 Eu consigo ter esse discernimento e me sensibilizo com a morte do outro quando eu vejo que não teve recursos para ir além. E sinto pena, porque às vezes, o recurso faltou.

S3 US128 [...] qualquer possibilidade de estar presente tem essa gratidão da família, uma gratidão interna, mesmo de você perceber que talvez você tenha feito o melhor para a paciente.

S3 US154 [...] a morte de um paciente para mim pode ser dolorosa e pode ser assim: “Eu não queria que esse paciente morresse”. Mas ela não é uma coisa que me atormenta mais, assim, de falar. Não tenho medo de falar sobre isso ou receio, que preciso que alguém esteja junto comigo e fale no meu lugar com a família, terceirizando a função.

O fato é que, inevitavelmente, e principalmente em se falando de medicina, o tema da morte se faz presente durante toda a formação e atuação profissional, mesmo que de forma indireta, oculta e/ou não refletida, sendo difícil terceirizar essa função.

S7 US214 E aí o foco era a prova da residência, porque na prova de residência caía questões sobre o atestado de óbito e você fica pensando tanto na prova e na hora que você vê o atestado de óbito, realmente da morte de alguém, e que aquilo é de sua responsabilidade, você vê que é muito mais difícil que responder a prova da residência.

Interessante considerar que, a *Aprendizagem no exercício da profissão*, possibilita o médico entrar em contato com sua condição humana pelo acúmulo de experiências de vida e morte, provinda do seu cotidiano da prática médica que possibilita, de algum modo, este estar

e lidar com o outro diante da morte dele que demanda atenção, cuidado, acolhimento do outro e de si, tornando sua prática humanizada, acolhendo as manifestações de afeto presentes nas relações de cuidado. Visto que,

S4 US187 Quando só podemos oferecer o conforto, o abraço, o silêncio e deixar eles falarem, chorarem e expressarem o que eles quiserem dizer, fazer, falar....

S2 US84 Controlar no sentido de não ter a impulsividade de uma resposta imediata por qualquer coisa. Eu não preciso responder tudo! Eu aprendi ponderar. E aí, eu consigo ter empatia com esse doente que está no fim.

S3 US146 Você pode até padronizar, mas o produto final é muito pessoal e uma formação é mais ou menos isso, composta pela sua vivência e contato com os vários pacientes que você precisou atuar com essas conversas compartilhando as várias experiências de vida dos pacientes e das famílias.

S5 US195 Isso me parece muito difícil e o que ajuda para abordar esse tipo de situação é a experiência [...] creio que a experiência seja a única facilitadora!

S3 US166 E hoje em dia eu vejo assim, eu fico feliz porque era uma coisa que me dava muito medo na época de faculdade.

O mais atraente nas relações é que elas nunca serão unilaterais, ou seja, qualquer padrão comportamental só poderá ser construído na *relação* e isso fica claro também na atuação médica que não dá para ter respostas prontas e simplistas, precisa de ponderação, reflexão e empatia para olhar o outro ser humano que está na sua frente sendo cuidado.

S2 US79 Aí, chegamos para um doente que está bem cuidado e ele também nos recebe com carinho, é uma retribuição.

S2 US100 [...] e que eu não posso esperar uma educação de alguém que nunca teve como ninguém podia esperar de mim uma empatia que eu nunca tive lá atrás.

S2 US89 Eu aprendi muito vendo o câncer, entendendo a nutrição, vendo como as coisas funcionam e amparada pelo estudo do espiritismo, percebi muito mais sobre o limite do corpo e o respeito por ele.

S3 US143 Eu acho que a formação é muito pessoal. É muito necessária ter alguém que dê esse guia e norte, mas é muito pessoal e tem pessoas e pessoas também, médicos e médicos...

S2 US98 Posso estar cansada no fim de semana no pronto socorro, mas eu não tenho direito de agredir ninguém. Eu não tenho direito nenhum de projetar minhas mágoas no paciente.

S7 US228 Ah, mas ela viveu! Com que qualidade? Existe um outro ponto na pediatria que eu acho complicado que é a questão da reanimação a qualquer custo por ser criança e ninguém pensa na vida dessa pessoa depois. Dessa família...

Posso compreender que **aprendendo sobre morte e como lidar com ela na profissão** será sempre um processo possível e transformador, se bem cuidado; e uma das possibilidades é através da escuta clínica como forma de expressar e acolher o que, através da expressão, ressignifica os sentimentos e emoções emergidas nas relações humanas e presentes no ato de cuidar em processos de morrer e morte.

6. MODO DE CONCEBER O MÉDICO

O médico está interessado em salvar vidas, mas pouco quer saber do que essa vida significa para quem a vive.

(SIMONETTI, 2015)

A *Percepção de ser médico* diz da percepção de si no seu fazer cotidiano por estar constantemente na presença de outro ser humano que o mobiliza inevitavelmente por assim ser. Na ausência da percepção de si em diálogo com sua formação e prática profissional o tornaria um excelente técnico, porém *não habilitado* para lidar com os aspectos humanos presentes nas relações de cuidado – vida e morte.

Já o não saber lidar com aquilo mobilizado, o médico acaba, muitas vezes, se tornando prepotente, algo bastante comum na sua prática profissional – apresentando a ideia de serem os donos do paciente e de todo saber na relação de cuidado com o paciente – que merece ser compreendida e ressignificada desde a graduação por interferir nas escolhas sobre a vida do paciente, perdendo a possibilidade de uma construção da compreensão coletiva e dialogada do processo de adoecer com paciente e família. Essa possibilidade merece ser olhada e modificada em futuros profissionais, por se tratar de uma demanda técnica comum e reforçada na prática profissional – médica.

S1 US25 O médico não é só técnico e é exigido bastante do intensivista a questão técnica neste aspecto.

S1 US36 E eu acho que nós também, muitas vezes... como médico, o que me incomoda e a outros colegas também, somos muito prepotentes, achamos que sabemos muito o que é melhor para os outros. E isso vem da formação!

S1 US38 [...] e é sobre a decisão compartilhada, ainda tem muito conflito com o dono do doente, principalmente com os oncologistas.

S1 US43 Ou fazemos uma coisa velada que foi o que eu encontrei com o meu doutorado que, muitas vezes, chamamos de tratamentos.

S1 US37 As pessoas estão vendo culturalmente e, também, os mais novos são diferentes. Mas percebo que essa coisa de nós acharmos ainda o que é melhor para o outro, principalmente na área de terapia intensiva, prevalece; [...].

O cenário do cuidar requer a validação dos limites presentes em toda e qualquer atuação profissional. É de extrema importância que o médico sempre compreenda o cuidar da dignidade do paciente, ele poderá não salvar, mas oferecer conforto.

S2 US107 É cuidar da dignidade do outro! E o que eu tenho de papel, nisso? É não me sentir frustrada porque morreu, pois não estamos aqui para salvar todo mundo, não é isso que a medicina se propõe, embora seja ensinado que sim. Apesar de aprender na vida que não! Podemos apenas promover conforto e dignidade para as pessoas. Então é isso!

S3 US156 Isso vira uma parte do seu trabalho e eu digo até que é uma parte prazerosa, não a morte em si, mas o processo de você aprender a criar isso e perceber que você conseguiu criar isso de uma forma boa.

S3 US160 Você vai tentar tratar, você vai oferecer medidas, tudo para paciente e para família, mas você também sabe que, em alguns casos, você não vai conseguir!

S7 US232 Agora se o profissional não está bem psiquicamente dificilmente ele conseguirá manejar com esses aspectos de vida e morte.

E o Respeito ao outro (colega e paciente) – ética (olhar para a relação e não somente para o médico), diz das relações éticas, nas quais sustentam o fazer médico como possibilidade de abarcar o humano presente nas relações de cuidado permeada pela intersubjetividade, pela qual, o que há de humano se expressa como potenciais e limitações, ancorados no cuidado construído pelo fazer de forma ética. Na perspectiva do cuidado humano, o mais importante é a relação e não o indivíduo, seja ele o paciente ou médico, pois o respeito é sempre dado na relação e não fora dela. Nesse sentido,

S2 US106 O julgamento não me cabe! É cuidar da dignidade, promover uma morte com dignidade.

S3 US129 É importante perceber que não foi dar um dia a mais de vida para ele, ou algumas horas a mais para ele, mas foi dar uma passagem de um jeito mais humanizado, mais digno para o paciente.

S3 US132 E tudo isso é construído com a família também! A paciente vai ter garantido seu conforto se a família também estiver confortada, pois não adianta você combinar uma coisa e praticar outra [...].

S3 US133 [...] isso tem que ser falado para e com a família para que seja construído com ela uma forma de aceitação de que o paciente tem direito a não querer medidas invasivas e você, como médico, tem o direito e o dever de falar: “Daqui pra frente não poderei fazer muito mais por ela, porque tudo que for proposto eu não acrescentarei conforto, nem milagre e menos ainda mais tempo de vida”.

S1 US47 E, ao invés de eu olhar para eles de uma forma punitiva, procuro observar porque aquilo ocorreu nessas situações relacionadas a mortalidade, porque tem uns que ficam muito bravos com os oncologistas porque querem ficar fazendo quimioterapia que não tem mais condições.

S2 US94 Eu tento não entrar na religião porque temos que respeitar a religião de todos assim como eu quero que me respeite. Eu acho importante não ficar impondo as coisas neste momento.

S6 US210 E quero que minhas cinzas sejam jogadas em um riacho abaixo da minha casa para nem dar trabalho para os meus filhos cuidando de túmulo e tendo gastos em dia de finados com flores e tal... Completamente desnecessário!

Na *Percepção do paciente* imprime o seu não dito em forma de um feedback não verbalizado por ele, mas expresso na relação médico e paciente que merece ser olhada e cuidada, porque nela está o real desejo do paciente. E isso diz do modo como se dá a atuação do médico que deve estar focada para os aspectos gerais e globais da vida do paciente e não

reduzido na doença. Deve-se entender que a doença é apenas um dado muito importante da vida do paciente e não o seu todo.

S1 US57 Reflexos que vão além do conhecido porque é uma pessoa e quando falamos percebemos que estamos fazendo isso mal, estamos cuidando mal de pessoas porque estou me esquecendo que ela tem todo esse contexto.

O olhar médico foi reduzido pela visão tecnicista, voltada apenas para os aspectos orgânicos da doença e não para a vida do doente como um todo. Nesse sentido, o **modo de conceber o médico** diz da sua possibilidade de ampliação da compreensão do doente como ser humano.

TABELA 4 – UNIDADES DE SENTIDO – GRUPO FOCAL

Importante salientar que os relatos na íntegra do grupo focal encontram-se no anexo V

Unidades de Sentido	Explicitação dos Significados	O que diz
G1 US1 Quando se fala em formação, eu me enxergo sentada em uma cadeira de escola, ainda na metodologia que eu fui exposta, porque hoje mudou bastante [...].	As lembranças da formação acadêmica que recebeu e menciona as mudanças recentes.	G1 USg1 Lembranças da própria formação e mudanças constantes na formação atual.
G1 US2 [...] me vejo sentada em uma cadeira olhando o professor explicar tudo teoricamente [...].	A formação estritamente teórica e o aluno na condição passiva.	G1 USg2 Formação estritamente teórica.
G1 US3 Eu ainda tenho anotado em um caderno há mais de 20 anos e me lembro perfeitamente dele dizendo: “Tem o paciente que é dramático, tem aquele que é colaborativo e tem aquele que...” E aquela aula, para mim, foi entendida, porém, não compreendida na sua complexidade.	A apresentação dos diferentes tipos de pacientes – compreensão como informação e não na sua complexidade.	G1 USg3 Apresentação dos diferentes tipos de pacientes – informação e não compreensão da sua complexidade.
G1 US4 Talvez, se eu assistisse essa aula hoje, fosse mais útil do que naquela época que eu não tinha conteúdo para compreender.	A prática e a maturidade como possibilidade de compreensão.	G1 USg4 Diferentes níveis de compreensão com a prática.
G1 US5 E talvez, quando entramos na faculdade, nós não aprendemos sobre o doente, apenas sobre a doença.	O foco da aprendizagem é da doença e não do doente no início da formação.	G1 USg5 Aprendizado da doença e não no doente no início da formação.
G1 US6 Apenas aprendemos como é o mecanismo de uma insuficiência cardíaca e na histologia como é a lâmina basal da célula, assim por diante.	O aprendizado dos aspectos orgânicos e fisiológicos do organismo.	G1 USg6 Aprendizagem reduzida aos aspectos orgânicos e fisiológicos.
G1 US7 Ficamos sempre querendo e necessitando saber sobre tudo e acabamos por ficarmos desfocados mesmo.	A constante necessidade de se saber mais e isso denota um desfoque	G1 USg7 Necessidade de sempre saber mais sobre tudo de modo desfocado.
G1 US8 Por fim, são coisas apresentadas como: “Aqui é a anatomia; aqui é a psicologia, aqui...” Então, pensar em mudanças no processo de aprendizagem seria integrar essas coisas já mencionadas focando no paciente que adoece e não somente na doença em si.	A necessidade de se integrar doença e doente não compreendidos como dimensões separadas.	G1 USg8 Necessidade de integrar doença e doente.
G1 US9 Pensar neste processo é pensar na sua presença nos diversos segmentos da atuação médica desde a intervenção primária.	A importância de se pensar no todo desde a intervenção primária.	G1 USg9 Pensar no todo desde a intervenção primária.
G1 US10 Isso deveria ser pensado e cuidado desde o primeiro ano da graduação possibilitando ao aluno alguma vivência prática dentro do conhecimento que ele está adquirindo e, aos poucos, construindo a percepção de que existe uma pessoa que tem uma demanda e você é quem pode oferecer algo àquela pessoa dentro de um conhecimento, de um método que você vai desenvolver e na hora que chegar no fim, o ideal é que você tenha dado conta de tudo, da pessoa, da doença, dos medicamentos, etc.	A importância de se desenvolver no aluno, desde o primeiro ano da graduação através da vivência prática, a percepção do outro pelo profissional e a segurança na realização de procedimentos bem como o próprio bem estar provindo das suas escolhas, decisões e desfechos.	G1 USg10 Percepção do outro pelo profissional e segurança na realização de procedimentos e seus possíveis desfechos, desenvolvidos desde o início da formação, através de vivências práticas.
G1 US11 Estou falando baseada em uma das disciplinas que eu tive na pós, mas pensando agora, se já está difícil estudar a vida com a coisa funcionando, as pessoas em si, imagine estudar a morte?	A dificuldade de se estudar a morte considerando a complexidade que já é, por si só, estudar a vida.	G1 USg11 Dificuldade de estudar a morte considerando a complexidade que se é estudar a vida.
G1 US12 Será que falar sobre a morte para um aluno ainda imaturo, imagino eu logo no início da formação, em uma primeira aula com meu professor e ele já abordando o tema da morte. Será que eu me desmotivaria por entender quanto trabalho daria para tentar manter a vida?	O falar sobre a morte no início da formação desmotivaria o aluno entender o trabalho que se dá para tentar manter a vida?	G1 USg12 Falar sobre morte no início da formação poderia ser desmotivador para o aluno entender a manutenção da vida.

G1 US13 Entendeu? Como conseguir interpretar essas informações logo no início da formação? Como entender o que está sendo apresentado? Eu acho muito delicado! Muito delicado! Uma coisa é certa, temos que desmistificar!	A necessidade de se desmistificar o tema da morte desde o início da formação.	G1 USg13 Necessidade de se desmistificar o tema da morte desde o início da formação.
G1 US14 Tem que desmistificar! E não adianta desvincularmos... Está atrelado ao conteúdo espiritual de cada um e ao modo como ele enxerga a morte no sentido religioso/espiritual.	A necessidade de abarcar também os aspectos religiosos/espirituais existentes no contexto de compreensão da morte.	G1 USg14 Abarcar também a religiosidade e a espiritualidade na compreensão da morte.
G1 US15 Com certeza! Não tem como desvincular... Eu concordo plenamente que, na hora da morte, a questão da formação de vida e religiosa é fundamental. Como enfrentar isso?	Como enfrentar e não desvincular a formação da vida dos aspectos religiosos diante da morte?	G1 USg15 Enfrentar e não desvincular diante da morte a formação da vida com a religiosidade.
G1 US16 Eu tive psicologia médica no segundo ano. E nessa matéria, pelo menos eu não identifiquei, a intenção de talvez fazer uma introdução de como você encarar a morte.	A experiência com a disciplina de psicologia no segundo ano da formação não abordou como encarar a morte.	G1 USg16 Encarar a morte não foi abordado pela disciplina de psicologia médica.
G1 US17 Eles começam muito sutis e, mesmo assim, tudo se dá na relação de transferência com o paciente, pois tudo se constrói em relações de vínculo com seus pacientes, pelo menos é assim que eu vejo!	A importância de se olhar para a relação de transferência com o paciente – construção de vínculos.	G1 USg17 Investimento e fortalecimento da relação de transferência do profissional com o paciente – vínculos.
G1 US18 Eu fiz uma faculdade que prezava muito pelo vínculo... Então, eu aprendia todo dia um pouquinho com os professores sobre empatia e talvez isso seja uma construção que, no final das contas, na hora que você for falar sobre a morte, você acabará apresentando muito de você, de quem você é!	A priorização do vínculo na formação através da demonstração das relações empáticas como facilitador no manejo com a morte.	G1 USg18 Priorização do vínculo na formação como facilitador no manejo com a morte.
G1 US19 Ninguém ensinou como um médico lida com a morte em si, mas sim como você, naquele período, que alguém falou em psicologia médica, de contratransferência, em que você viu o médico atuando, muito mais experiente que você, em situações de doenças graves, na notificação de más notícias... Tive até uma aula que abordou a comunicação de notícias ruins.	O ensino do como lidar com a morte não se deu de forma verticalizada na disciplina de psicologia e sim pela demonstração das relações de contratransferência presentes nas notificações de más notícias com doenças graves e morte.	G1 USg19 Aprendizado de como lidar com a morte através das relações de contratransferência demonstradas pela psicologia na notificação de más notícias de doenças graves e morte.
G1 US20 Sim, comunicação do grave, que talvez seja um começo, um caminho para que, no fim das contas, ninguém formulou algo assim: como que o médico lida com a morte, vamos ensinar vocês durante a formação, mas a soma de tudo isso mencionado através de pinceladas no contexto acadêmico possibilita o formando juntar com aquilo que ele é e com aquilo aprendido através da sua própria história de vida através das mortes que ele vivenciou e enfrentou na sua família, no seu meio, enfim...	A comunicação do grave como forma de aprendizado para o graduando juntamente com a possibilidade de acessar, a partir disso, suas próprias experiências de morte ao longa da sua vida como forma de manejo com a morte na sua prática profissional futura.	G1 USg20 Comunicação do grave durante a formação como possibilidade de acesso das suas próprias experiências de morte ao longa da sua vida para o manejo da morte na sua prática profissional futura.
G1 US21 Isso tudo acaba sendo usado já que se torna impossível criar um protocolo porque se pudesse eles iram construir um de como lidar com a morte com: “Vai pra lá! Não, vai pra cá! – fluxograma”. Todos desejam um fluxograma, mas espero que não tenha [...].	A impossibilidade de se criar um protocolo, por exemplo, um fluxograma, de como lidar com a morte.	G1 USg21 Impossibilidade de se criar um protocolo para lidar com a morte.
G1 US22 Em breve provavelmente criarão um aplicativo para tornar tudo mais quadradinho e se você pensar que isso seria uma forma, não de ensinar, mas de auxiliar no manejo com a morte.	A probabilidade de se criar a qualquer momento um aplicativo para auxiliar o manejo com a morte.	G1 USg22 Probabilidade de se criar um aplicativo para auxiliar o manejo com a morte.
G1 US23 [...] porque eu acho que tinha mesmo que ser levado em consideração os aspectos pessoais do aluno, essa coisa do pessoal! Eu acho que precisa muito ser considerado, abordado e manejado durante a formação médica porque fez e faz falta! Pois a ausência disso deixa o profissional muito vulnerável e se sentindo	A importância de se considerar, abordar e manejar com os aspectos pessoais do aluno durante sua formação acadêmica como forma de ampliação da sua margem de segurança na futura atuação profissional em situações	G1 USg23 Considerar, abordar e manejar com os aspectos pessoais do aluno como forma de ampliação da sua segurança na futura atuação profissional em

sozinho neste universo de vida e morte da sua prática profissional.	de vida e morte.	situações de vida e morte.
G1 US24 Por que sempre nos questionamos de onde eu criei, inventei e tirei tudo isso? Sei que tirei um pouquinho de como foi feito, de como eu aprendi e do que eu já tinha aprendido com a vida e lidado com situações de morte. Precisa ser tocado no assunto via experiência humana e não de forma protocolar.	O como lidar com a morte vem da junção daquilo que você aprende como informação teórica e daquilo que você vivencia a longo da vida como experiência humana.	G1 USg24 O modo de lidar com a morte se dá pela junção dos aspectos teóricos com as próprias experiências humanas de morte do profissional.
G1 US25 Daí vem aquela questão: de onde tirou isso? Será que não percebemos que tudo vem mesmo da experiência de vida, do ensino, uma coisa mais de formação do que de informação? É isso que nos sustenta! Claro que não devemos nos anular e sim validar nosso conteúdo pessoal na formação acadêmica.	Inegavelmente tudo provém das nossas experiências de vida. Não se deve anular e sim validar o conteúdo pessoal na formação acadêmica do profissional.	G1 USg25 Validar o conteúdo pessoal e as experiências de vida na formação acadêmica.
G1 US26 Será que tudo isso junto não me daria base para que eu consiga enfrentar melhor e dizer: “Eu tenho consciência de que a minha qualidade técnica me permitiu oferecer tudo que eu tinha para oferecer e, tranquilamente, compreender que o desfecho foi a morte e, no final, ainda me sentir tranquila por saber que eu não falhei?!” Nesse sentido seria possível trabalhar sem culpa!	A possibilidade de garantir o manejo técnico e de se trabalhar sem culpa pela morte de um paciente a partir de uma formação que abarcasse os aspectos teóricos e humanos do profissional.	G1 USg26 Garantia do manejo técnico e do trabalho sem culpa pela morte do paciente, advindos de uma formação que abarcasse os aspectos teóricos e humanos do profissional.
G1 US27 Outra questão é a impotência, pois fomos preparados para não deixar morrer a qualquer custo... Para não morrer! Só que morte faz parte da vida e talvez seja o momento mais importante dela, quando você olha para trás, é nesse momento!	A sensação de impotência versus morte como etapa da vida – completude.	G1 USg27 Sensação de impotência versus morte como etapa da vida – completude.
G1 US28 Você disse que na sua faculdade você teve psicologia, já naquela época, que ensinou um pouco desse lidar com o próximo... Interessante! [...] Você foi privilegiada por ter tido isso na sua formação de base, grande mérito da sua faculdade, pois a maioria não tem ainda hoje.	A psicologia como ensino do modo de manejar com o outro – mérito de poucas faculdades ainda hoje.	G1 USg28 Psicologia para ensinar o manejo com o outro, presente em poucas faculdades ainda hoje.
G1 US29 Nesse sentido, você pode perceber hoje, com a maturidade que você tem, que aquilo foi uma excelente instrução para você, médica, saber lidar com o que você sente frente ao desfecho do contexto de morte, apresentado e transformado como uma questão de preservação de direitos e de justiça porque aprendeu se vincular com terceiros.	Aprendizagem de como lidar com os próprios sentimentos diante da morte de alguém, entendido como mérito da formação de base que a possibilitou se vincular com terceiros e desenvolver uma autopreservação.	G1 USg29 Autopreservação desenvolvida na formação de base com a valorização dos próprios sentimentos diante da morte e de cuidado dos vínculos com terceiros.
G1 US30 Vínculo esse que garante a compreensão da família sobre o que já estava previsto, prescrito, a morte do seu ente querido. [...] Acolhimento que protege, muitas vezes, o profissional de um eventual processo ou questionamento judicial, de uma reclamação da ouvidoria que seja, porque teve um vínculo e você conseguiu conquistar a confiança da família e mostrar a limitação daquilo que você estava oferecendo como intervenção para o caso em questão...	O vínculo e o acolhimento como garantia e manutenção das relações humanas, neste caso, família e médico, como forma de proteção da prática profissional em situações de morte do paciente.	G1 USg30 Vínculo e acolhimento na relação médico e família em situações de morte do paciente como proteção e legitimação da prática profissional.
G1 US31 Isso reflete uma total negação da morte! E, ao mesmo tempo, você se dá conta que na verdade você também está despreparado, pois eu também não tinha percebido o que estava acontecendo. Considero sempre que todos ali presentes estejam sabendo do que está acontecendo, mas não, às vezes, o cenário é outro.	Perceber e acreditar que tudo já está posto e dito no contexto pode ser um grande equívoco e denotar despreparo do profissional também em contextos de negação da morte.	G1 USg31 Acreditar que tudo está previamente dito pode denotar equívoco e despreparo do profissional em contextos de negação da morte.
G1 US32 Para mim, a melhor pessoa para dar uma notícia de morte é o legista, porque só sua	A presença do legista como notificação da morte dispensa	G1 USg32 Notificação da morte dada pela

presença já dispensaria qualquer discurso sobre morte.	qualquer discurso a respeito.	presença do legista e pelo discurso sobre ela.
G1 US33 Já na pediatria não se vê tantas mortes, ou seja, não é algo comum na prática profissional de um pediatra. [...] E é muito triste porque você precisa lidar com os pais que, para eles, ocorre uma inversão da ordem natural das coisas em que sempre os mais velhos vão embora antes, nunca uma criança.	Na pediatria não é comum a presença de mortes, porém, o lado ruim é ter que lidar com a dor dos pais quando ela acontece.	G1 USg33 Poucas mortes na pediatria e manejo da dor dos pais quando ela ocorre.
G1 US34 E nesta inversão se identifica uma negação, tanto que em todos os protocolos atuais da pediatria se exige a presença contínua de um dos pais durante todo o atendimento de emergência que pode ser potencialmente fatal.	Nos protocolos atuais de emergência em pediatria se exige a presença dos pais em procedimentos complexos pela negação da morte pelos pais.	G1 USg34 Protocolos em pediatria exige a presença dos pais em procedimentos pela negação da morte.
G1 US35 Aprendemos muito com as situações não planejadas do cotidiano na prática profissional com casos em que todos da equipe acham que não morrerá e o desfecho acaba evoluindo para um óbito. Experiência que muitos residentes têm também a oportunidade de vivenciar. Existem coisas que não são treináveis, nem tudo daria para ser treinado previamente...	A não percepção dos processos de morrer pela equipe a proporciona sempre um grande aprendizado para todos, principalmente para os residentes. Não se é possível prever e treinar tudo previamente.	G1 USg35 Impossibilidade da previsão de morte e treinamento para todas as intercorrências promove grandes aprendizados para equipes e residentes.
G1 US36 Outro aspecto que, infelizmente ainda hoje é assim, quando acontece um óbito, por exemplo, no internato, que você ainda não é médico ou mesmo na residência. A indicação para o aluno é que ele vá à chamada “reunião de óbito”, na qual se discutirá os aspectos orgânicos e fisiológicos da morte e por que “não deu certo?”	Diante de uma morte no internato, ainda hoje, o residente é encaminhado para a “reunião de óbito”, na qual se discute os aspectos orgânicos e fisiológicos da morte para se verificar o que “não deu certo”.	G1 USg36 O residente é encaminhado para a “reunião de óbito” para discutir os aspectos orgânicos e fisiológicos da morte quando ela ocorre no internato.
G1 US37 E para não fugir muito do tema e da pergunta, a faculdade não nos prepara para a morte e o morrer por duas questões. Primeiro, tem muitas outras coisas para aprender sobre vida, que tem que ser feito naquele tempo de 6 anos que talvez não seja suficiente para tantas informações.	A faculdade não prepara para lidar com a morte por ela se ocupar com as questões da vida.	G1 USg37 A faculdade não prepara para lidar com a morte porque se ocupa com as questões da vida.
G1 US38 E segundo pela imaturidade do aluno que não está, na maioria das vezes, interessado em discutir morte, diferente na residência que tem essa função de expor intensa e ostensivamente o aluno de forma integral, junto com seu mentor, às situações de vida e morte presentes no cotidiano da prática médica.	O aluno também não está interessado em discutir morte em sua formação de base, diferente de quando ele já está na residência emergido nas situações de vida e morte da prática médica.	G1 USg38 Aluno em formação de base não apresenta interesse pelo tema da morte, diferente na residência em que ele já a presencia e apresenta.
G1 US39 A maturidade é um tema muito importante de se pensar em qualquer momento da formação, de ser trabalhado nela, no mínimo teoricamente.	A importância de se pensar e abordar a maturidade em todos os momentos da formação acadêmica.	G1 USg39 Tematizar a maturidade em todos os momentos da formação acadêmica.
G1 US40 Apenas estamos um pouco mais próximos desse ínterim entre a vida e a morte, no aspecto técnico e no sentido de ter que salvar pessoas; eu acho que ainda entramos muito nessa coisa de que salvaremos todo mundo... Queremos ser médicos para salvar as pessoas!	O desejo de médico de salvar vidas permanece ainda hoje, talvez por estar mais próximo do ínterim entre a vida e a morte.	G1 USg40 Ser médico para salvar vida, um desejo que permanece talvez pelo ínterim entre a vida e a morte presente na prática profissional.
G1 US41 O choque maior é quando você está na residência e percebe que você não salvará ninguém e que toda essa fantasia precisa ser reformulada. Que todo aquele seu desejo e sonho terão que mudar porque nunca foi aquilo, apesar da formação como um todo nos conduzir a isso: não perder!	A necessidade de se reformular o desejo de salvar vidas durante a residência mesmo sendo algo apresentado e alimentado na formação de base.	G1 USg41 Reformular o desejo de salvar vidas durante a residência, que foi alimentado na graduação.
G1 US42 A morte é compreendida como um desfecho negativo e não uma condução para o preparo dessa possibilidade. Acredito que todos nós tenhamos tido uma formação semelhante com a ideia de que: na minha mão não morrerá; pois somos “tops” e “suprassumos” que não	A morte como algo negativo e não como uma possibilidade natural e de cuidado dela. O médico sempre deseja que ela não ocorra em suas mãos.	G1 USg42 O desejo do médico de que o paciente não morra em suas mãos por ela ser entendida como algo negativo e não como possibilidade

deixaremos ninguém morrer! Como se costuma dizer rotineiramente: “Passo o plantão, mas não foi no meu!”		natural e de cuidado.
G1 US43 E como fazer essa transposição de conseguir lidar com essa impotência, sei lá, essa coisa de que agora se pode morrer? Se morre! Trata-se de um choque, principalmente diante de mortes súbitas em que você está com o paciente e de repente ele morre, ele estava sob sua responsabilidade... Sensação imediata de não ter sido treinada diante de uma enorme impotência.	Sensação de impotência diante da transposição do agora se pode morrer sentida e apresentada como falta de treinamento, similar com o que se vivencia em mortes súbitas.	G1 USg43 Impotência na transposição do agora se pode morrer sentida como falta de treinamento.
G1 US44 Faltou habilidade de comunicação com ela naquele momento, de que estava dando tudo errado e que nós precisávamos fazer alguma coisa estando tudo errado...	A falta de habilidade de comunicação em situações de crise.	G1 USg44 Falta de habilidade de comunicação em situações de crise.
G1 US45 Eu falava assim: “Eu não tenho pena!” Eu olhava como um fato! Morreu, está aí, foi doado para uma escola que diseca cadáveres.	A doação de cadáveres para a faculdade entendida como fato e não como pena.	G1 USg45 Doação de cadáveres entendida como fato e não pena.
G1 US46 Eu falei assim: “Que vida esses dois teriam?” Pois acredito que as pessoas que vem para cá é aquilo que não foi. A pena e o pesar daquilo que não foram e que poderiam ter sido! Eles iriam sobreviver, mas de uma maneira desumana, ingrata e com um desfecho parecido com o do outro adulto ao lado.	Cadáveres percebidos e entendidos como aquilo que não foram porque tiveram uma vida desumana.	G1 USg46 Cadáveres percebidos e entendidos como aquilo que não foram porque tiveram uma vida desumana.
G1 US47 Aquele momento da faculdade, do contato com a morte naquela sala de anatomia, foi isso! [...] eu não sentia pena, pena de que? Daquela pessoa? Daquela condição de vida que ele teve para ter chegado ali e servir como um corpo para um estudante?	O contato com a morte na sala de anatomia com ausência de sentimento de “pena” do cadáver por imaginar a vida desumana que ele teve para ter sido doado.	G1 USg47 Contato com a morte na sala de anatomia sem “pena” por imaginar a vida desumana que ele teve para ter sido doado.
G1 US48 [...] precisamos compreender a imaturidade e a coisa do poder, do conhecimento advindo da possibilidade de ser médico, na fantasia de não falhar e de ter respostas, de poder salvar vidas.	A imaturidade e o poder diante do ser médico na fantasia de não falhar, de ter respostas e de salvar vidas.	G1 USg48 Imaturidade e poder alimentam a fantasia de salvar vidas.
G1 US49 Nesse caso não estamos informando o óbito, mas imagine você falar para a família: “Olha, a pessoa que você ama foi assassinado, foi esfaqueado...” Eu já vi, por exemplo, pessoas, familiares, entrando em prantos quando me viram saindo do local com a arma, com a faca.	Informar um óbito é diferente de você descrever um crime acompanhado de morte em que as pessoas costumam se desesperar.	G1 USg49 Informar um óbito é diferente de descrever um crime acompanhado de morte.
G1 US50 Lidar com essas pessoas que compõem o cenário do óbito é complicado porque você não tem uma orientação ou procedimento para isso como um protocolo. Então, realmente isso fica muito de cada um. Eu, pela minha formação, quando tenho alguma situação dessa natureza eu converso com a família mesmo não entrando em detalhes como, por exemplo, questionando quantas facadas a pessoa levou, etc.	Lidar com as pessoas em cenários de morte é sempre um desafio pela ausência de um protocolo tornando algo particular e pessoal de cada profissional	G1 USg50 Lidar com cenários de morte demanda recursos pessoais e particulares de cada profissional pela ausência de protocolo.
G1 US51 Você acolhe a família, apesar da decisão de não entrar em detalhes ser uma escolha do profissional, mas o fato é que você não foi preparado para isso! Então, você na verdade recorre à sua história. É uma decisão sua!	O profissional recorre a sua própria história de vida para acolher a família em situações de morte.	G1 USg51 A própria história de vida como recurso para o profissional acolher a família em situações de morte.
G1 US52 Você decidiu que não é bom, que não é conveniente... O importante é estabelecer uma relação empática para o compartilhamento das informações.	A relação de empatia como recurso para o compartilhamento das informações.	G1 USg52 Empatia como recurso no compartilhamento de informações.
G1 US53 A única instrução oferecida é o que não deve ser falado por alguma razão e não, pelo contrário, deve ser dito sim e, às vezes, só a escuta também é muito bem-vinda. A ordem é não falar! É, e a maioria não fala!	A única instrução em cenários de morte é para não falar, enquanto se deve falar sim e, muitas vezes, a escuta é muito bem-vinda.	G1 USg53 Instrução para não se falar em cenário de morte enquanto se deve ouvir e falar sim a depender de cada caso.

<p>G1 US54 O delegado apenas que dá entrevista, nós, médicos, não! Como também não somos instruídos como dar notícia de óbitos, de morte... E como dar essas notícias? Eu lembro uma vez no Campo Limpo diante de oito assassinatos ocorridos naquela madrugada, em 12 horas. Oito cadáveres baleados e como dar a notícia para as famílias? É assim, vai lá e fala...</p>	<p>Médicos não dão entrevistas diante de mortes e nem são preparados para notificá-las para as famílias, mesmo sendo sua função então você vai e fala...</p>	<p>G1 USg54 Médicos não são instruídos para darem entrevistas diante de mortes e nem preparados para notificá-las.</p>
<p>G1 US55 Aí, chega o técnico e fala assim: “A esposa do paciente chegou e quer conversar com a senhora” Eu falei: “Sobre o que?” “Aquele que chegou lá...” “Ah, tah bom!” Aí eu pensava: como é que eu vou falar? Eu fui testando as maneiras de falar, só que são jeitos de falar que eu fui criando para mim, de acordo com as reações que eu presenciava.</p>	<p>As diferentes maneiras e a melhor forma de comunicar um óbito construído pelo próprio profissional a partir de tentativas e erros.</p>	<p>G1 USg55 Diferentes maneiras de comunicar um óbito.</p>
<p>G1 US56 [...] Sim, a senhora sabe o que aconteceu? “Ah, então, ele estava em casa e a polícia veio, aí não sei...” As pessoas contam assim... Hoje eu tenho esse jeito de dizer fazendo com que a pessoa fale da própria percepção sobre o acontecido.</p>	<p>O acolhimento como possibilidade de expressão da percepção e de resposta ao óbito do familiar.</p>	<p>G1 USg56 Expressão da percepção do óbito pelo familiar através do acolhimento do médico.</p>
<p>G1 US57 Eu não falo: “Ele morreu!” Eu só confirmo o que a pessoa já concluiu. Porque, de algum modo, ela já interagiu com o ocorrido, pois não está ali à toa! [...] Me fale a verdade, não me esconde nada”. “Sim, morreu!” Não falo infelizmente nem felizmente, simplesmente digo: “Sim, morreu!”</p>	<p>Apresentar apenas uma confirmação do óbito já percebido e expressado pelo familiar.</p>	<p>G1 USg57 Confirmação do óbito já percebido e mencionado pelo familiar.</p>
<p>G1 US58 Isso eu aprendi com a vida, apesar de achar que eu até poderia falar muitas outras coisas, mas o fato é que também estamos perdidos e imersos naquele turbilhão de emoções e sentimentos daquele contexto e acabamos nem sabendo por onde começar...</p>	<p>A presença de emoções e sentimentos no contexto de morte também mobiliza o profissional e afeta o seu modo de notificar um óbito por exemplo.</p>	<p>G1 USg58 Profissional mobilizado pelas emoções e sentimentos no momento da notificação do óbito.</p>
<p>G1 US59 E ela ficaria melhor se você não tivesse colocado todo esse peso no seu modo de comunicar. Ou seja, é claro que você vai aprendendo, acho que a última vez foi muito melhor que a primeira, agora: “Oi, tudo bem? Como você está?” Uma entrevista para o jornal... Outra coisa ruim é quando o profissional chega e diz: “Eu preciso conversar com você e você precisa ser forte!” Péssimo!</p>	<p>A importância de se aprimorar, com a experiência profissional de cada, o modo de notificar um óbito.</p>	<p>G1 USg59 Importância de aprimorar o modo de notificação de óbitos.</p>
<p>G1 US60 É um processo de aprimoramento infinito com experiências profissionais em situações de vida e morte. Mesmo chegando hoje melhor que antes! Acho até que dá para falar: “Eu posso fazer melhor ainda – posso usar outras expressões e isso varia muito de pessoa para pessoa”.</p>	<p>Trata-se de um processo infinito de aprimoramento do manejo das situações de vida e morte presentes no cotidiano médico.</p>	<p>G1 USg60 Aprimoramento infinito do manejo de situações de vida e morte.</p>
<p>G1 US61 Algumas pessoas se sentem extremamente ofendidas, entre aspas, quando você é tão direto... Isso acontece! Não estou nem falando das más notícias e sim da relação médico/paciente e acontece com todo mundo [...]</p>	<p>A presença da sensação de incômodo do familiar diante da notificação direta na relação médico paciente.</p>	<p>G1 USg61 Incômodo diante de notificações diretas.</p>
<p>G1 US62 É cultural o ficar rodeando... Agora o notificar a morte eu aprimorei desta maneira – deixo a pessoa contar e eu vou perguntando... Eu faço assim! Você vai conduzindo a pessoa: “... o que vinha acontecendo? Conte-me! Como estava?” Aí você vai falando no passado e a pessoa já vai percebendo. Quando ela cai no choro, é exatamente a hora que confirma a morte e você nem precisa usar as palavras morte e óbito.</p>	<p>O ficar “rodeando” faz parte da nossa cultura e deixar o familiar se dar conta da morte do seu ente querido dispensa a utilização das palavras morte e óbito.</p>	<p>G1 USg62 Permitir o familiar anunciar o óbito dispensa a utilização das palavras morte e óbito.</p>
<p>G1 US63 Logo disse: “Não façam autópsia” O</p>	<p>O desejo de atestar o óbito do</p>	<p>G1 USg63 Dificuldade</p>

que eu falei na hora? Não faz autópsia! Eu vou dar o atestado de óbito. O que passou pela minha cabeça? Médica, cirurgiã e que sabe como lidar com as pessoas... Eu vou dar o atestado de óbito! Porque eu sabia que meu pai, qualquer pai morre, menos o meu! Que na hora que eu chegasse lá... Eu iria chegar e dizer: "Pai, pára!" E claro, ele iria se levantar.	próprio pai como forma de legitimação do óbito.	de lidar com óbitos na vida pessoal.
G1 US64 Então, nós que somos médicos, preparados e formados para eu não sei o que (risos), lidamos todos os dias com a morte, mas na hora do stress emocional da notícia do óbito de um ente querido nosso, eu pelo menos, reagi assim... A forte, a independente... Logo virei um lixo no mundo diante daquela situação. Um lixo! Não sabia o que fazer...	A presença da impotência do profissional diante da morte de um ente querido.	G1 USg64 Impotência diante da morte de um ente querido.
G1 US65 Eu até me arriscaria dizer que, em termos de formação, falamos em um sentido mais amplo. Eu não especifiquei no começo propositalmente e nem nas entrevistas também, mas minha formação, neste sentido, só se dá no todo e somente por este viés que será possível melhorar a formação médica.	A formação médica voltada para as questões da morte só seria possível integrando as experiências de morte do profissional.	G1 USg65 Formação médica integrada com as experiências pessoais de morte do profissional.
G1 US66 Em termos de informação apenas, talvez eu possa mencionar aquela aula que eu tive lá no começo, a qual teve o objetivo de compartilhamento de experiências. Compartilhando vivências... Possibilitar a exposição de fantasias e temores acerca do tema. Aí, se é possível compartilhar algo que eu ainda não vivi e que poderá me servir de alguma coisa, grau ou parecido na minha prática profissional e assim vai...	A necessidade de expor e acolher os temores e fantasias do aluno acerca da morte durante sua formação acadêmica.	G1 USg66 Necessidade de expor e acolher os temores e fantasias sobre morte na formação acadêmica.
G1 US67 Costumamos dizer que: "Você não vai viver o suficiente para cometer todos os erros possíveis". Trata-se de compartilhar de outras vivências, não só com outros médicos mais velhos, mas também vivências pessoais advindas do seu mundo até aquele momento. Isso é compartilhar experiência!	A importância de se compartilhar as experiências de vida com as demais pessoas.	G1 USg67 Importância de compartilhar experiências de vida.
G1 US68 Compartilhar experiências demanda idade, maturidade, conhecimento da informação compartilhada e tudo isso não pode ser protocolar por não ser uma coisa que você tem como seguir uma receita de bolo ou fluxograma como o fluxograma de parada cardíaca que como você tem como segui-lo com precisão. Neste caso não!	Compartilhar experiências demanda maturidade e isso deve ser espontâneo e não protocolar.	G1 USg68 Compartilhar experiências de forma espontânea e não protocolar.
G1 US69 Existem certas estratégias que aí eu acho que a psicologia pode oferecer ferramentas de como falar com o outro, de como lidar e gerenciar com o stress, como ser técnico, instruído e preparado. Para isso, eu defendo muito a ideia da terapia em grupo que a psicologia pode disponibilizar ferramentas para nos instruir durante a formação acadêmica, apesar de eu considerar importante essa possibilidade durante todo o processo de formação e, principalmente, no final dela.	A importância da terapia em grupo no manejo das relações durante todo o processo de formação médica.	G1 USg69 Importância da terapia em grupo durante todo o processo de formação médica.
G1 US70 Sabemos que falar de morte, no momento, em que você está começando a faculdade, é confuso e complicado. Muitos médicos nem se lembram se este tema foi abordado em sua formação e mal se lembram do enfoque dado ao vínculo médico/paciente no segundo ano da graduação, o que não deixa de ser uma sementinha plantada para depois você	O tema da morte apresentado no início da formação médica não é compreendido em sua complexidade.	G1 USg70 O tema morte não compreendido em sua complexidade no início da formação médica.

lidar com as questões de morte.		
G1 US71 O fato é que sempre fica no plano teórico ou diluído e muito distante da vivência prática e só se torna presente quando você terá mesmo que lidar não só com as relações do atendimento em si, mas também com a parte negativa. Diferente se você tivesse sido preparado e desenvolvido previamente uma maturidade acadêmica e pessoal.	O tema da morte apresentado de forma teórica e desvinculado da experiência de vida do aluno.	G1 USg71 O tema da morte desvinculado da experiência de vida do aluno.
G1 US72 Porque uma disciplina de psicologia no segundo ou terceiro ano estará sempre focada na parte técnica da coisa e não na vivência. Por exemplo, vou estudar anatomia porque eu preciso mais, preciso entender anatomia! Então, falamos de uma relação e formação específica que não temos, ou seja, fica claro que tudo isso precisa ser casado com a vivência.	Compreensão parcial da complexidade do tema da morte na prática profissional por estar desvinculada da vivência pessoal do aluno.	G1 USg72 Necessidade de vincular a experiência pessoal do aluno ao tema da morte.
G1 US73 Talvez valha à pena você ter as vivências compartilhadas de alguém que você já atendeu, dificuldades enfrentadas, a experiência do preceptor... Isso sim fará sentido na minha compreensão, porque aí sim eles terão andado e avançado juntos produzindo sentido para a formação médica. Precisa ser compreendido e encarado que se faz necessário caminhar juntos teoria com a prática/vivência.	O compartilhamento de experiências da vida profissional como produção de sentido da prática médico para o futuro profissional.	G1 USg73 Necessidade de integração da teoria, prática e vivência como produção de sentido do fazer médico.
G1 US74 Também tem isso! Para tanto, eu acho que trocas de experiências na vida acadêmica e pessoal são muito bem vindas, por isso a importância de incentivar e trazer pessoas experientes para este cenário, no qual ele trará certos casos como exemplos e solicitará da equipe: “Como você falaria/lidaria com tal situação no lugar dele?”	A importância da exposição das experiências pessoais e do fazer médico cotidiano como produção de sentido.	G1 USg74 Exposição das experiências pessoais e do fazer médico como produção de sentido.
G1 US75 A psicologia tem todo um ferramental para instruir o médico a ter uma formação melhor através de dinâmicas de grupo ou até mesmo em situações de simulação como a gente tem da TLS da vida.	A presença da psicologia na formação médica para o manejo das relações.	G1 USg75 Psicologia na formação médica para o manejo das relações.
G1 US76 Somos muito despreparados, construímos estratégias com base nas próprias dores, no como somos e na hora que deveríamos correr atrás não o fazemos, apenas enfrentamos tais situações quando não se é mais possível fugir delas e é exatamente isso que nos leva ao endurecendo...	O endurecimento dos sentimentos advindo do despreparado no manejo com situações de dor.	G1 USg76 Endurecimento dos sentimentos advindo do despreparo no manejo com situações de dor.
G1 US77 Daí que surgem as críticas a nosso respeito de que não sofremos, de que temos uma fala dura e seca como, por exemplo, você chegar com a mãe na sala de emergência e falar exatamente assim: “Seu filho morreu!” Será que tem outra forma de falar? Algo mais elaborado? Mas estamos focados em outras notícias, coisas...	A presença de críticas a frieza do médico advindas do manejo simultâneo de situações de vida e morte.	G1 USg77 Críticas a frieza do médico.
G1 US78 Então, acredito que este seja o momento em que eles aprendem muito com seus pares e colocá-los diante de seus professores o efeito é X, enquanto eles falando, trocando experiências e aprendendo um com o outro de forma triangular configuraria um efeito 3X. O efeito triangular é significativamente melhor do que a simples troca entre pares.	A valorização do modelo triangular de formação através das trocas de experiências.	G1 USg78 Modelo triangular de formação através das trocas de experiências.
G1 US79 Se cada um compartilhar o seu caso, o da UBS, do Pronto Socorro e assim por diante... Ao ouvir do amigo como sendo verdade que ele possa aproveitar se torna muito construtivo, uma vez que vivemos um momento em que o ensino verticalizado tem caído por terra, a hierarquia	O término do modelo de verticalização do ensino e a necessidade da criação de um novo modelo de formação que abarque o estar juntos.	G1 USg79 Necessidade de um novo modelo de formação diferente do verticalizado.

<p>que nós fomos educados e treinados, e seja qual for a nossa crítica, assim que nós aprendemos, mas hoje identificamos a necessidade de um outro modelo que abarque esse compartilhamento de experiências, deste estar juntos!</p>		
<p>G1 US80 Considere que ele esteja no primeiro ou segundo ano da graduação de medicina, mas ele traz sua vivência pessoal, sua história de vida anterior a isso tudo que merece ser olhado, compartilhado e servido como base na construção de novos alicerces. Como se fosse um grande quebra cabeças que você aprende a montar depois de ralar muito. Praticamente depois de colocar todas as peças.</p>	<p>A importância de se transformar a história de vida do aluno em processo de aprendizado associado ao conhecimento formal da medicina.</p>	<p>G1 USg80 Importância de transformar a história de vida do aluno em aprendizado.</p>

TABELA 5 – REDUÇÕES – GRUPO FOCAL

TEMAS	USg	TOTAL DE USg's
1. Formação acadêmica – teórica.	G1 USg1, G1 USg2, G1 USg3, G1 USg6	4
2. Formação acadêmica – prática.	G1 USg4, G1 USg67	2
3. Informação da doença.	G1 USg5	1
4. Aprender sobre tudo sem foco.	G1 USg7	1
5. Como seria possível a formação.	G1 USg8, G1 USg9, G1 USg10, G1 USg12, G1 USg13, G1 USg14, G1 USg15, G1 USg18, G1 USg23, G1 USg24, G1 USg25, G1 USg26, G1 USg28, G1 USg29, G1 USg43, G1 USg50, G1 USg59, G1 USg65, G1 USg66, G1 USg68, G1 USg69, G1 USg70, G1 USg71, G1 USg72, G1 USg73, G1 USg74, G1 USg78, G1 USg79, G1 USg80	29
6. Dificuldade na formação de medicina.	G1 USg11, G1 USg75, G1 USg76	3
7. Médico profissional.	G1 USg16, G1 USg20, G1 USg21	3
8. Fortalecimento de vínculos.	G1 USg17, G1 USg19, G1 USg28, G1 USg30, G1 USg51, G1 USg53, G1 USg54	7
9. Críticas ao tratar sobre morte.	G1 USg21, G1 USg22, G1 USg28, G1 USg36, G1 USg37, G1 USg52, G1 USg60	7
10. Percepção da morte.	G1 USg27, G1 USg31, G1 USg42, G1 USg61, G1 USg62	5
11. Dizer afirmativo.	G1 USg32	1
12. Dificuldade no manejo da morte.	G1 USg33, G1 USg34	2
13. Imprevisibilidade da morte.	G1 USg35	1
14. Interesse do aluno pelo tema da morte.	G1 USg38, G1 USg39	2
15. Objetivo do médico: a vida.	G1 USg40, G1 USg41, G1 USg48	3
16. Dificuldades de falar sobre morte.	G1 USg44	1
17. Cadáver.	G1 USg45, G1 USg46, G1 USg47	3
18. Óbito.	G1 USg49, G1 USg56, G1 USg57, G1 USg58	4
19. Médico pessoa.	G1 USg63, G1 USg64	2
20. Crítica a frieza e cobrança pela neutralidade.	G1 USg77	1

TABELA 6 – GRANDES CATEGORIAS TEMÁTICAS – GRUPO FOCAL

TEMAS	GRANDES CATEGORIAS TEMÁTICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo do médico: a vida • Aprender sobre tudo sem foco • Fortalecimento de vínculos • Médico pessoa 	VIDA
<ul style="list-style-type: none"> • Óbito • Cadáver • Dificuldade na formação de medicina • Críticas ao tratar sobre morte • Percepção da morte • Dizer afirmativo • Dificuldade no manejo da morte • Imprevisibilidade da morte • Dificuldades de falar sobre morte • Médico profissional 	MORTE
<ul style="list-style-type: none"> • Formação acadêmica – teórica • Formação acadêmica – prática • Informação da doença • Como seria possível a formação • Fortalecimento de vínculos • Interesse do aluno pelo tema da morte • Crítica a frieza e cobrança pela neutralidade 	FORMAÇÃO ACADÊMICA – COMO DEVERIA SER

COMPREENSÃO DAS GRANDES CATEGORIAS TEMÁTICAS – GRUPO FOCAL

1. VIDA

Queremos ser médicos para salvar as pessoas!

(G1 US40)

O *Objetivo do médico: a vida*, é cuidar da vida e não da morte, talvez resida aí o ponto inicial e crucial da dificuldade de manejar com a morte na sua prática médica. Entendo que não seria possível olhar para um aspecto isolado sem esbarrar no outro e, com isso, permanece a ideia de que se deve salvar a vida daqueles que estão sob seus cuidados o que, por si só, não é uma questão, a qual, na verdade, se caracteriza pela não construção do um olhar também para a morte como fazendo parte do cuidado e da condição humana. Enquanto,

G1 US40 Apenas estamos um pouco mais próximos desse ínterim entre a vida e a morte, no aspecto técnico e no sentido de ter que salvar pessoas; eu acho que ainda entramos muito nessa coisa de que salvaremos todo mundo...

G1 US41 O choque maior é quando você está na residência e percebe que você não salvará ninguém e que toda essa fantasia precisa ser reformulada. Que todo aquele seu desejo e sonho terão que mudar porque nunca foi aquilo, apesar da formação como um todo nos conduzir a isso: não perder!

G1 US48 [...] precisamos compreender a imaturidade e a coisa do poder, do conhecimento advindo da possibilidade de ser médico, na fantasia de não falhar e de ter respostas, de poder salvar vidas.

Lidar com a frustração diante da impotência da impossibilidade de salvar vidas, coloca o médico diante da sua condição humana de ser limitado como qualquer outra pessoa, que não detém respostas para tudo e que, compreender isso, é um desafio proposto pelo processo de autoconhecimento bem vindo para qualquer profissional e pessoa, principalmente para os da área de saúde em geral.

O *Aprender sobre tudo sem foco*, de certo modo, possibilita o médico se perceber ao transitar pelas diferentes áreas do saber como possibilidade de integração da complexidade de temas relacionados à vida e à morte. A ausência de foco reside exatamente no desejo de encontrar soluções para tudo e dificuldade de aceitar a possibilidade de morte como sendo a maior limitação que lidamos em vida – seu fim. No entanto,

G1 US7 Ficamos sempre querendo e necessitando saber sobre tudo e acabamos por ficarmos desfocados mesmo.

Já o *Fortalecimento de vínculos*, como sendo a base do cuidado subsidiado pelas relações humanas, permite o manejo dos processos de morrer e o pós morte, momento que esses vínculos auxiliam na elaboração do luto dos familiares e profissionais da saúde.

G1 US17 Eles começam muito sutis e, mesmo assim, tudo se dá na relação de transferência com o paciente, pois tudo se constrói em relações de vínculo com seus pacientes, pelo menos é assim que eu vejo!

G1 US19 Ninguém ensinou como um médico lida com a morte em si, mas sim como você, naquele período, que alguém falou em psicologia médica, de contratransferência, em que você viu o médico atuando, muito mais experiente que você, em situações de doenças graves, na notificação de más notícias... Tive até uma aula que abordou a comunicação de notícias ruins.

G1 US30 Vínculo esse que garante a compreensão da família sobre o que já estava previsto, prescrito, a morte do seu ente querido. [...] Acolhimento que protege, muitas vezes, o profissional de um eventual processo ou questionamento judicial, de uma reclamação da ouvidoria que seja, porque teve um vínculo e você conseguiu conquistar a confiança da família e mostrar a limitação daquilo que você estava oferecendo como intervenção para o caso em questão...

G1 US51 Você acolhe a família, apesar da decisão de não entrar em detalhes ser uma escolha do profissional, mas o fato é que você não foi preparado para isso! Então, você na verdade recorre à sua história. É uma decisão sua!

G1 US53 A única instrução oferecida é o que não deve ser falado por alguma razão e não, pelo contrário, deve ser dito sim e, às vezes, só a escuta também é muito bem-vinda. A ordem é não falar! É, e a maioria não fala!

G1 US54 O delegado apenas que dá entrevista, nós, médicos, não! Como também não somos instruídos como dar notícia de óbitos, de morte... E como dar essas notícias? Eu lembro uma vez no Campo Limpo diante de oito assassinatos ocorridos naquela madrugada, em 12 horas. Oito cadáveres baleados e como dar a notícia para as famílias? É assim, vai lá e fala...

Identificar, respeitar e manejar com os próprios sentimentos e emoções não é uma tarefa simples colocada em paralelo a todo arcabouço teórico, técnico e prático do fazer médico e que, no momento da morte de algum paciente, esse profissional precisa, para além do exposto, acolher e manejar também com questões semelhantes despertadas nos familiares. Sabe-se que, o estabelecimento e fortalecimento do vínculo pré-estabelecido, contribui muito nesse processo.

Considera-se que o *Médico pessoa*, é imbuído de suas questões humanas necessárias para lidar e dispor de condições para exercer sua profissão em cenários de dor e sofrimento frente ao adoecimento e processos de morrer daqueles que estão sob seus cuidados.

O auto descuido leva o médico ao processo de negação da morte. Isso fica claro quando o profissional precisa lidar com a morte de um ente querido no âmbito pessoal, no qual ele precisa se despir do seu arcabouço teórico científico para se colocar como pessoa diante da própria dor pela morte do outro. Prova que,

G1 US63 Logo disse: “Não façam autópsia” O que eu falei na hora? Não faz autópsia! Eu vou dar o atestado de óbito. O que passou pela minha cabeça? Médica, cirurgiã e que sabe como lidar com as pessoas... Eu vou dar o atestado de óbito! Porque eu sabia que meu pai, qualquer pai morre, menos o meu! Que na hora que eu chegasse lá... Eu iria chegar e dizer: “Pai, pára!” E claro, ele iria se levantar.

G1 US64 Então, nós que somos médicos, preparados e formados para, eu não sei o que (risos), lidamos todos os dias com a morte, mas na hora do stress emocional da notícia do óbito de um ente querido nosso, eu pelo menos, reagi assim... A forte, a independente... Logo virei um lixo no mundo diante daquela situação. Um lixo! Não sabia o que fazer...

Situações vivenciadas no âmbito pessoal que, acolhidas por um psicólogo através da escuta clínica e/ou compartilhadas no contexto profissional, poderão sempre serem transformadas em processos de ensino e aprendizagem.

O problema é que, por desconhecerem formas de lidar com tais conteúdos mobilizados, optam por silenciarem suas experiências não favorecendo a elaboração do luto e a ressignificação dos processos de morrer – algo que interferirá diretamente no modo como esse profissional exercerá sua profissão no fazer profissional cotidiano.

É perder uma oportunidade de transformar a dor e o sofrimento em processo de aprendizagem traduzidas em práticas do cuidado; é desperdiçar algo doado pela **Vida**.

2. MORTE

[...] também estamos perdidos e imersos naquele turbilhão de emoções e sentimentos daquele contexto e acabamos nem sabendo por onde começar...

(G1 US58)

A constatação concreta de um *Óbito* retrata nossa finitude humana que diz de todos seres vivos. É estar diante do irreversível, do ter que lidar com a dor da separação, ou seja, da não possibilidade de convivência. Processo de separação total do vivido habitual e,

G1 US49 Nesse caso não estamos informando o óbito, mas imagine você falar para a família: “Olha, a pessoa que você ama foi assassinado, foi esfaqueado...” Eu já vi, por exemplo, pessoas, familiares, entrando em prantos quando me viram saindo do local com a arma, com a faca.

G1 US56 [...] Sim, a senhora sabe o que aconteceu? “Ah, então, ele estava em casa e a polícia veio, aí não sei...” As pessoas contam assim... Hoje eu tenho esse jeito de dizer fazendo com que a pessoa fale da própria percepção sobre o acontecido.

G1 US57 Eu não falo: “Ele morreu!” Eu só confirmo o que a pessoa já concluiu. Porque, de algum modo, ela já interagiu com o ocorrido, pois não está ali à toa! [...] Me fale a verdade, não me esconde nada”. “Sim, morreu!” Não falo infelizmente nem felizmente, simplesmente digo: “Sim, morreu!”

G1 US58 Isso eu aprendi com a vida, apesar de achar que eu até poderia falar muitas outras coisas...

Por mais que esses profissionais, minimamente, já tiveram seu primeiro encontro com a morte através do contato com o *Cadáver* na graduação, a morte consumada e não vivenciada, em termos de processo de morrer, demanda outros manejos. O interessante e que fica claro nas falas apresentadas abaixo, é a impossibilidade de desvincular a morte do morto, ou seja, sempre se remeterá a pessoa que morreu e, de alguma forma, isso poderá ser um dos fatores que interferem no receio do contato com pacientes em processo de morrer.

G1 US45 Eu falava assim: “Eu não tenho pena!” Eu olhava como um fato! Morreu, está aí, foi doado para uma escola que disseca cadáveres.

G1 US46 Eu falei assim: “Que vida esses dois teriam?” Pois acredito que as pessoas que vem para cá é aquilo que não foi. A pena e o pesar daquilo que não foram e que poderiam ter sido! Eles iriam sobreviver, mas de uma maneira desumana, ingrata e com um desfecho parecido com o do outro adulto ao lado.

G1 US47 Aquele momento da faculdade, do contato com a morte naquela sala de anatomia, foi isso! [...] eu não sentia pena, pena de que? Daquela pessoa? Daquela condição de vida que ele teve para ter chegado ali e servir como um corpo para um estudante?

A *Dificuldade na formação de medicina*, diz da não disponibilidade do estudante de graduação entrar em contato com o tema da morte, tema que merece e precisa ser abordado na formação mas que, ao mesmo tempo, caminha na contramão não somente da formação voltada para a vida do paciente, mas também contra as expectativas do aluno, que na sua história de vida, por questões históricas e culturais, aprendeu a negar ou não entrar em contato com a morte e seus processos.

É exatamente neste contexto, que a psicologia apresenta um arcabouço teórico, científico e prático, que contribuirá muito no sentido de integrar a história de vida do aluno com as questões de vida e morte, presentes na atuação do futuro médico, através do diálogo e apropriação das questões apresentadas, possibilitada pela escuta clínica.

G1 US11 Estou falando baseada em uma das disciplinas que eu tive na pós, mas pensando agora, se já está difícil estudar a vida com a coisa funcionando, as pessoas em si, imagine estudar a morte?

G1 US75 A psicologia tem todo um ferramental para instruir o médico a ter uma formação melhor através de dinâmicas de grupo ou até mesmo em situações de simulação como a gente tem da TLS da vida.

G1 US76 Somos muito despreparados, construímos estratégias com base nas próprias dores, no como somos e na hora que deveríamos correr atrás não o fazemos, apenas enfrentamos tais situações quando não se é mais possível fugir delas e é exatamente isso que nos leva ao endurecendo...

São *Críticas ao tratar sobre morte* a impossibilidade de padronizar o manejo com os processos de morrer e que, inevitavelmente, coloca o médico diante de suas emoções e sentimentos e também dos familiares presentes de forma intensa em cenários de morte sem estarem preparados para lidar com eles.

G1 US21 Isso tudo acaba sendo usado já que se torna impossível criar um protocolo porque se pudesse eles iram construir um de como lidar com a morte com: “Vai pra lá! Não, vai pra cá! – fluxograma”. Todos desejam um fluxograma, mas espero que não tenha [...].

G1 US22 Em breve provavelmente criarão um aplicativo para tornar tudo mais quadrado e se você pensar que isso seria uma forma, não de ensinar, mas de auxiliar no manejo com a morte.

G1 US28 Você disse que na sua faculdade você teve psicologia, já naquela época, que ensinou um pouco desse lidar com o próximo... Interessante! [...] Você foi privilegiada por ter tido isso na sua formação de base, grande mérito da sua faculdade, pois a maioria não tem ainda hoje.

G1 US37 E para não fugir muito do tema e da pergunta, a faculdade não nos prepara para a morte e o morrer por duas questões. Primeiro, tem muitas outras coisas para aprender sobre vida, que tem que ser feito naquele tempo de 6 anos que talvez não seja suficiente para tantas informações.

O mais importante é desenvolver formas de lidar com tais contextos permeados pela empatia e acolhimento da dor do outro e da sua própria, que poderão sempre ser

transformados em aprendizagem significativa na perspectiva do cenário de cuidado de humanos, uma vez que a base do cuidado está no vínculo, seja esse de que ordem for.

G1 US52 Você decidiu que não é bom, que não é conveniente... O importante é estabelecer uma relação empática para o compartilhamento das informações.
G1 US60 É um processo de aprimoramento infinito com experiências profissionais em situações de vida e morte. Mesmo chegando hoje melhor que antes! Acho até que dá para falar: “Eu posso fazer melhor ainda – posso usar outras expressões e isso varia muito de pessoa para pessoa”.

Sabe-se que a impotência vivenciada por médicos surgem da *Percepção da morte* diante dos processos de morrer, nos quais eles, por não saberem ou não terem aprendido se aproximar e cuidar de forma diferenciada dos aspectos humanos, vivenciam uma angústia diante do morrer do paciente. Saber da possibilidade de morte somente como informação não prepara o profissional para lidar com o evento em si, que demanda habilidades específicas desenvolvidas para além do saber teórico e acadêmico.

G1 US27 Outra questão é a impotência, pois fomos preparados para não deixar morrer a qualquer custo... Para não morrer! Só que morte faz parte da vida e talvez seja o momento mais importante dela, quando você olha para trás, é nesse momento!

G1 US31 Isso reflete uma total negação da morte! E, ao mesmo tempo, você se dá conta que na verdade você também está despreparado, pois eu também não tinha percebido o que estava acontecendo. Considero sempre que todos ali presentes estejam sabendo do que está acontecendo, mas não, às vezes, o cenário é outro.

G1 US42 A morte é compreendida como um desfecho negativo e não uma condução para o preparo dessa possibilidade. Acredito que todos nós tenhamos tido uma formação semelhante com a ideia de que: na minha mão não morrerá; pois somos “tops” e “suprassumos” que não deixaremos ninguém morrer! Como se costuma dizer rotineiramente: “Passo o plantão, mas não foi no meu!”

O modo como se lida com a possibilidade de morte está impresso diretamente na relação do médico com a família, a qual deve ser de acolhimento e compreensão da dor do outro, possível somente após a apropriação da experiência da própria dor advinda pela perda do seu paciente e assimilação do sentimento de impotência durante todo o processo de morrer.

G1 US61 Algumas pessoas se sentem extremamente ofendidas, entre aspas, quando você é tão direto... Isso acontece! Não estou nem falando das más notícias e sim da relação médico/paciente e acontece com todo mundo [...].

G1 US62 É cultural o ficar rodeando... Agora o notificar a morte eu aprimorei desta maneira – deixo a pessoa contar e eu vou perguntando... Eu faço assim! Você vai conduzindo a pessoa: “... o que vinha acontecendo? Conte-me! Como estava?” Aí você vai falando no passado e a pessoa já vai percebendo. Quando ela cai no choro, é exatamente a hora que confirma a morte e você nem precisa usar as palavras morte e óbito.

Diante da possibilidade de dizer pelo não dito, está impresso o *Dizer afirmativo* expressado na presença o que, muitas vezes, também se trata de uma fantasia. Sabe-se de casos de negação, nos quais, por exemplo, mesmo o familiar estando diante de uma perícia, ele demora assimilar e compreender a morte do seu ente querido. Deve-se entender e respeitar o tempo de cada pessoa que é diferente e transcende o acesso a qualquer informação objetiva e explícita. Tanto que,

G1 US32 Para mim, a melhor pessoa para dar uma notícia de morte é o legista, porque só sua presença já dispensaria qualquer discurso sobre morte.

Mas, a *Dificuldade no manejo da morte*, depende muito do contexto em que se está inserido, apesar de considerar algo delicado em qualquer cenário por esbarrar em questões culturais, conjunto de crenças, etc. Existem áreas em que a morte é mais *esperada*, como por exemplo, na oncologia, UTI... E outras em que ela, a morte, muitas vezes, não se que é pensada ou considerada, como no caso da pediatria, compreendida como sendo algo *errado* a morte de uma criança.

G1 US33 Já na pediatria não se vê tantas mortes, ou seja, não é algo comum na prática profissional de um pediatra. [...] E é muito triste porque você precisa lidar com os pais que, para eles, ocorre uma inversão da ordem natural das coisas em que sempre os mais velhos vão embora antes, nunca uma criança.

G1 US34 E nesta inversão se identifica uma negação, tanto que em todos os protocolos atuais da pediatria se exige a presença contínua de um dos pais durante todo o atendimento de emergência que pode ser potencialmente fatal.

E no desejo de que não se morra, reside a *Imprevisibilidade da morte*, que impõe a presença do profissional e demais atores no cenário de morte. Isso requer lançar mão da rigidez do desejo de que se viva a qualquer custo. Demanda a apropriação da condição humana de *viver e morrer* a qualquer momento. Fato que,

G1 US35 Aprendemos muito com as situações não planejadas do cotidiano na prática profissional com casos em que todos da equipe acham que não morrerá e o desfecho acaba evoluindo para um óbito. Experiência que muitos residentes têm também a oportunidade de vivenciar. Existem coisas que não são treináveis, nem tudo daria para ser treinado previamente...

Outro ponto extremamente importante relacionado ao tema em questão, são as *Dificuldades de falar sobre morte*, compreendido como necessidade de se olhar para os processos de comunicação, os quais deveriam ser melhores cuidados por se tratar de um dos pontos chave no cuidado humano. E aí:

G1 US44 Faltou habilidade de comunicação com ela naquele momento, de que estava dando tudo errado e que nós precisávamos fazer alguma coisa estando tudo errado...

G1 US55 Aí, chega o técnico e fala assim: “A esposa do paciente chegou e quer conversar com a senhora” Eu falei: “Sobre o que?” “Aquele que chegou lá...” “Ah, tah bom!” Aí eu pensava: como é que eu vou falar? Eu fui testando as maneiras de falar, só que são jeitos de falar que eu fui criando para mim, de acordo com as reações que eu presenciava.

E no seu cotidiano de trabalho, o *Médico profissional* terá que lidar, mesmo não tendo sido preparado para isso, como é o caso do manejo com os processos de morrer, com a morte em si e com a construção da comunicação que permeia todo esse fazer. Para esse aspecto, considero que a psicologia, a partir da escuta clínica, possa proporcionar o autoconhecimento destes profissionais possibilitando-os olhar, assimilar e refinar tais processos de comunicação presentes em todos procedimentos e no cuidado em geral.

Sabe-se que, em muitas universidades, a psicologia está inserida nos cursos de medicina e demais áreas da saúde, mas com o enfoque voltado apenas para as demais etapas do desenvolvimento humano ignorando sua última – a *morte*. Etapa ignorada até pelo despreparo do docente para abordar o tema com seus alunos.

G1 US16 Eu tive psicologia médica no segundo ano. E nessa matéria, pelo menos eu não identifiquei, a intenção de talvez fazer uma introdução de como você encarar a morte.

G1 US20 Sim, comunicação do grave, que talvez seja um começo, um caminho para que, no fim das contas, ninguém formulou algo assim: como que o médico lida com a morte, vamos ensinar vocês durante a formação, mas a soma de tudo isso mencionado através de pinceladas no contexto acadêmico possibilita o formando juntar com aquilo que ele é e com aquilo aprendido através da sua própria história de vida através das mortes que ele vivenciou e enfrentou na sua família, no seu meio, enfim...

A história de vida do aluno estará sempre presente no seu processo de aprendizagem e irá compor também a atuação profissional cotidiana do fazer médico. Isso acolhido, desenvolvido e refinado poderá ser uma excelente ferramenta no manejo com os processos de dor e sofrimento, principalmente diante da **Morte** de uma paciente.

3. FORMAÇÃO ACADÊMICA – COMO DEVERIA SER

Então eu acho que ter uma formação específica é muito importante, mesmo que na prática ela seja muito pessoal.

(S3 US149)

A verticalização do sistema tradicional de ensino apresenta, na *Formação acadêmica – teórica*, um professor ativo neste processo que, como *detentor* de todo o conhecimento, considera o aluno como alguém passivo que está ali para *adquirir* tudo que o docente expuser.

Fica claro que esse modelo autoritário, voltado para a *transmissão* do conhecimento de forma verticalizada baseado na informação de algo e não na experiência de vida do aluno, se torna pouco produtivo por não ser significativo na perspectiva do desenvolvimento de habilidades para o cuidado das questões humanas – dor e sofrimento psíquico. Recordações citadas abaixo apontam para isso:

G1 US2 [...] me vejo sentada em uma cadeira olhando o professor explicar tudo teoricamente [...].

G1 US1 Quando se fala em formação, eu me enxergo sentada em uma cadeira de escola, ainda na metodologia que eu fui exposta, porque hoje mudou bastante [...].

G1 US3 Eu ainda tenho anotado em um caderno há mais de 20 anos e me lembro perfeitamente dele dizendo: “Tem o paciente que é dramático, tem aquele que é colaborativo e tem aquele que...” E aquela aula, para mim, foi entendida, porém, não compreendida na sua complexidade.

G1 US6 Apenas aprendemos como é o mecanismo de uma insuficiência cardíaca e na histologia como é a lâmina basal da célula, assim por diante.

Fica evidente a necessidade de ampliar as metodologias nos processos de ensino aprendizagem, incluindo a valorização do compartilhamento das experiências de vida com profissionais, relacionados à morte e seus processos, em forma de relações com o vivido.

Espera-se que na *Formação acadêmica – prática* seja priorizado a importância do compartilhar experiências dos professores como forma de construção do saber do futuro profissional no processo de ensino e aprendizagem. E,

G1 US4 Talvez, se eu assistisse essa aula hoje, fosse mais útil do que naquela época que eu não tinha conteúdo para compreender.

G1 US67 Costumamos dizer que: “Você não vai viver o suficiente para cometer todos erros possíveis”. Trata-se do compartilhar de outras vivências, não só com outros médicos mais velhos, mas também vivências pessoais advindas do seu mundo até aquele momento. Isso é compartilhar experiência!

É de extrema importância que haja uma interação entre teoria e prática na formação do futuro profissional, que lidará com questões que estarão constantemente inter-relacionadas com a sua história de vida por lidar com as questões humanas que sempre dirão de todos os humanos, independente do papel ou lugar que ele ocupará no cenário de cuidado.

G1 US71 O fato é que sempre fica no plano teórico ou diluído e muito distante da vivência prática e só se torna presente quando você terá mesmo que lidar não só com as relações do atendimento em si, mas também com a parte negativa. Diferente se você tivesse sido preparado e desenvolvido previamente uma maturidade acadêmica e pessoal.

G1 US23 [...] porque eu acho que tinha mesmo que ser levado em consideração os aspectos pessoais do aluno, essa coisa do pessoal! Eu acho que precisa muito ser considerado, abordado e manejado durante a formação médica porque fez e faz falta! Pois a ausência disso deixa o profissional muito vulnerável e se sentindo sozinho neste universo de vida e morte da sua prática profissional.

G1 US8 Por fim, são coisas apresentadas como: “Aqui é a anatomia; aqui é a psicologia, aqui...” Então, pensar em mudanças no processo de aprendizagem seria integrar essas coisas já mencionadas focando no paciente que adocece e não somente na doença em si.

G1 US9 Pensar neste processo é pensar na sua presença nos diversos segmentos da atuação médica desde a intervenção primária.

A apresentação dos dados objetivos sobre aspectos orgânicos e fisiológicos do corpo humano e das doenças que o acometem, na graduação de medicina, dizem da *Informação da doença*, porém não do doente em si, como um ser vivo que lida integralmente com a doença e que, por assim ser, merece ser cuidado também.

G1 US5 E talvez, quando entramos na faculdade, nós não aprendemos sobre o doente, apenas sobre a doença.

Nesse sentido, *Como seria possível a formação* como possibilidade de integração da doença com o doente? Posso pensar na pessoa que vivencia a doença em seu processo de adoecimento como questões que deveriam ser abordadas com o aluno desde o seu ingresso no curso de medicina, algo que ele terá que lidar posteriormente na sua prática profissional. Inevitavelmente,

G1 US10 Isso deveria ser pensado e cuidado desde o primeiro ano da graduação possibilitando ao aluno alguma vivência prática dentro do conhecimento que ele está adquirindo e, aos poucos, construindo a percepção de que existe uma pessoa que tem uma demanda e você é quem pode oferecer algo àquela pessoa dentro de um conhecimento, de um método que você vai desenvolver e na hora que chegar no fim, o ideal é que você tenha dado conta de tudo, da pessoa, da doença, dos medicamentos, etc.

G1 US26 Será que tudo isso junto não me daria base para que eu consiga enfrentar melhor e dizer: “Eu tenho consciência de que a minha qualidade técnica me permitiu oferecer tudo que eu tinha para oferecer e, tranquilamente, compreender que o desfecho foi a morte e, no final, ainda me sentir tranquila

por saber que eu não falhei?!” Nesse sentido seria possível trabalhar sem culpa!

Não tenho dúvidas de que *todos pontos levantados* poderão e deverão ser trabalhados na formação do médico a começar pela inserção do tema da morte em forma de reflexão e diálogo com a história de vida daqueles que compõem o cenário de sala de aula. Na formação também merece reflexão e cuidado acerca da disponibilidade e interesse do aluno em abordar o tema, considerando que professor pode apresentar suas significações, não cabendo ao aluno descobri-las sozinho.

A morte talvez seja um dos temas mais geradores de conflitos ou de evitação na formação médica por dialogar também com os conteúdos metafísicos presentes no conjunto de crenças do aluno. Por assim ser, temos mais um tema para lidar que é a questão da religiosidade permeando os cenários de cuidado e, neste sentido, penso que somente o vínculo é capaz de abarcar e acolher o ser humano como um todo na singularidade e complexidade de sua existência.

Permanecem questões que merecem ser superadas com o fazer da formação para as quais talvez nunca teremos respostas objetivas para elas, mas poderemos desmistificá-las, o que já será um passo dado na história da formação médica a partir da compreensão da complexidade do ser humano.

G1 US12 Será que falar sobre a morte para um aluno ainda imaturo, imagino eu logo no início da formação, em uma primeira aula com meu professor e ele já abordando o tema da morte. Será que eu me desmotivaria por entender quanto trabalho daria para tentar manter a vida?

G1 US13 Entendeu? Como conseguir interpretar essas informações logo no início da formação? Como entender o que está sendo apresentado? Eu acho muito delicado! Muito delicado! Uma coisa é certa, temos que desmistificar!

G1 US14 Tem que desmistificar! E não adianta desvincularmos... Está atrelado ao conteúdo espiritual de cada um e ao modo como ele enxerga a morte no sentido religioso/espiritual.

G1 US15 Com certeza! Não tem como desvincular... Eu concordo plenamente que, na hora da morte, a questão da formação de vida e religiosa é fundamental. Como enfrentar isso?

G1 US18 Eu fiz uma faculdade que prezava muito pelo vínculo... Então, eu aprendia todo dia um pouquinho com os professores sobre empatia e talvez isso seja uma construção que, no final das contas, na hora que você for falar sobre a morte, você acabará apresentando muito de você, de quem você é!

G1 US24 Por que sempre nos questionamos de onde eu criei, inventei e tirei tudo isso? Sei que tirei um pouquinho de como foi feito, de como eu aprendi e do que eu já tinha aprendido com a vida e lidado com situações de morte. Precisa ser tocado no assunto via experiência humana e não de forma protocolar.

G1 US25 Daí vem aquela questão: de onde tirou isso? Será que não percebemos que tudo vem mesmo da experiência de vida, do ensino, uma coisa mais de formação do que de informação? É isso que nos sustenta! Claro

que não devemos nos anular e sim validar nosso conteúdo pessoal na formação acadêmica.

G1 US28 Você disse que na sua faculdade você teve psicologia, já naquela época, que ensinou um pouco desse lidar com o próximo... Interessante! [...] Você foi privilegiada por ter tido isso na sua formação de base, grande mérito da sua faculdade, pois a maioria não tem ainda hoje.

A exposição e apropriação do tema na graduação de medicina se apresenta como diferencial para os médicos, considerando a maturidade uma forma de aprendizagem e manejo com os processos de morrer que engloba, desde a escolha de procedimentos, cuidado com a dor do paciente, familiares e a sua própria, até sua morte.

Interfere também no modo de interagir com o tema, por exemplo, na notificação de um óbito, com leveza, como se é esperado. Nada nunca será capaz de superar o *vivido* – entendido como nuclear das simbolizações e construção de significados das suas vivências traduzidas em experiências.

G1 US29 Nesse sentido, você pode perceber hoje, com a maturidade que você tem, que aquilo foi uma excelente instrução para você, médica, saber lidar com o que você sente frente ao desfecho do contexto de morte, apresentado e transformado como uma questão de preservação de direitos e de justiça porque aprendeu se vincular com terceiros.

G1 US43 E como fazer essa transposição de conseguir lidar com essa impotência, sei lá, essa coisa de que agora se pode morrer? Se morre! Trata-se de um choque, principalmente diante de mortes súbitas em que você está com o paciente e de repente ele morre, ele estava sob sua responsabilidade... Sensação imediata de não ter sido treinada diante de uma enorme impotência.

G1 US50 Lidar com essas pessoas que compõem o cenário do óbito é complicado porque você não tem uma orientação ou procedimento para isso como um protocolo. Então, realmente isso fica muito de cada um. Eu, pela minha formação, quando tenho alguma situação dessa natureza eu converso com a família mesmo não entrando em detalhes como, por exemplo, questionando quantas facadas a pessoa levou, etc.

G1 US59 E ela ficaria melhor se você não tivesse colocado todo esse peso no seu modo de comunicar. Ou seja, é claro que você vai aprendendo, acho que a última vez foi muito melhor que a primeira, agora: “Oi, tudo bem? Como você está?” Uma entrevista para o jornal... Outra coisa ruim é quando o profissional chega e diz: “Eu preciso conversar com você e você precisa ser forte!” Péssimo!

A formação pode facilitar e aprimorar os processos de comunicação acerca da expressão da dor daquele que a vivencia no seu fazer profissional que é composto de fantasias, temores, receios, dentre outras tantas possibilidades humanas.

Considero que a atuação do psicólogo, oferecendo uma escuta clínica no processo de ensino aprendizagem na formação médica, seja indispensável no tocante do manejo de conteúdos psíquicos e suas significações para os futuros profissionais que lidarão com pessoas em seus processos de adoecimento e morte no seu cotidiano como médico.

G1 US65 Eu até me arriscaria dizer que, em termos de formação, falamos em um sentido mais amplo. Eu não especifiquei no começo propositalmente e nem nas entrevistas também, mas minha formação, neste sentido, só se dá no todo e somente por este viés que será possível melhorar a formação médica.

G1 US66 Em termos de informação apenas, talvez eu possa mencionar aquela aula que eu tive lá no começo, a qual teve o objetivo de compartilhamento de experiências. Compartilhando vivências... Possibilitar a exposição de fantasias e temores acerca do tema. Aí, se é possível compartilhar algo que eu ainda não vivi e que poderá me servir de alguma coisa, grau ou parecido na minha prática profissional e assim vai...

G1 US68 Compartilhar experiências demanda idade, maturidade, conhecimento da informação compartilhada e tudo isso não pode ser protocolar por não ser uma coisa que você tem como seguir uma receita de bolo ou fluxograma como o fluxograma de parada cardíaca que como você tem como segui-lo com precisão. Neste caso não!

G1 US69 Existem certas estratégias que aí eu acho que a psicologia pode oferecer ferramentas de como falar com o outro, de como lidar e gerenciar com o stress, como ser técnico, instruído e preparado. Para isso, eu defendo muito a ideia da terapia em grupo que a psicologia pode disponibilizar ferramentas para nos instruir durante a formação acadêmica, apesar de eu considerar importante essa possibilidade durante todo o processo de formação e, principalmente, no final dela.

G1 US70 Sabemos que falar de morte, no momento em que você está começando a faculdade, é confuso e complicado. Muitos médicos nem se lembram se este tema foi abordado em sua formação e mal se lembram do enfoque dado ao vínculo médico/paciente no segundo ano da graduação, o que não deixa de ser uma sementinha plantada para depois você lidar com as questões de morte.

A importância da psicologia no curso de medicina consiste em abordar as questões relacionadas à morte e à vida, focando não somente nos aspectos orgânicos e fisiológicos do corpo e das doenças, mas valorizando também a troca de experiências e criação de vínculos como sendo uma troca triangular através de dinâmicas de grupo, nas quais o sujeito possa ser acolhido e ter a abertura para compartilhar sua história de vida – a fala como construção de sentidos e atribuição de significados no processo de ensino e aprendizagem.

A troca triangular refere-se à relação estabelecida entre o professor/médico com o aluno/futuro profissional a partir da intersubjetividade construída nessa relação que, uma vez tendo ocorrido esse processo, inevitavelmente, todos sairão modificados pelo processo de resignificação presente no compartilhamento das experiências de vida da própria história de vida particular de ambos.

O modo como a psicologia está inserida na formação médica em forma de uma disciplina teórica que aborda somente os aspectos do desenvolvimento humano e psíquicos, deixando a desejar, ou não abarcando, de forma direta e necessária, a construção de vínculos a

partir da criação e validação das relações intersubjetivas, não atende a atual demanda construída e exposta neste estudo.

G1 US72 Porque uma disciplina de psicologia no segundo ou terceiro ano estará sempre focada na parte técnica da coisa e não na vivência. Por exemplo, vou estudar anatomia porque eu preciso mais, preciso entender anatomia! Então, falamos de uma relação e formação específica que não temos, ou seja, fica claro que tudo isso precisa ser casado com a vivência.

G1 US80 Considere que ele esteja no primeiro ou segundo ano da graduação de medicina, mas ele traz sua vivência pessoal, sua história de vida anterior a isso tudo que merece ser olhado, compartilhado e servido como base na construção de novos alicerces. Como se fosse um grande quebra cabeças que você aprende a montar depois de ralar muito. Praticamente depois de colocar todas as peças.

G1 US73 Talvez valha à pena você ter as vivências compartilhadas de alguém que você já atendeu, dificuldades enfrentadas, a experiência do preceptor... Isso sim fará sentido na minha compreensão, porque aí sim eles terão andado e avançado juntos produzindo sentido para a formação médica. Precisa ser compreendido e encarado que se faz necessário caminhar juntos teoria com a prática/vivência.

G1 US74 Também tem isso! Para tanto, eu acho que trocas de experiências na vida acadêmica e pessoal são muito bem vindas, por isso a importância de incentivar e trazer pessoas experientes para este cenário, no qual ele trará certos casos como exemplos e solicitará da equipe: “Como você falaria/lidaria com tal situação no lugar dele?”

G1 US78 Então, acredito que este seja o momento em que eles aprendem muito com seus pares e colocá-los diante de seus professores o efeito é X, enquanto eles falando, trocando experiências e aprendendo um com o outro de forma triangular configuraria um efeito 3X. O efeito triangular é significativamente melhor do que a simples troca entre pares.

G1 US79 Se cada um compartilhar o seu caso, o da UBS, do Pronto Socorro e assim por diante... Ao ouvir do amigo como sendo verdade que ele possa aproveitar se torna muito construtivo, uma vez que vivemos um momento em que o ensino verticalizado tem caído por terra, a hierarquia que nós fomos educados e treinados, e seja qual for a nossa crítica, assim que nós aprendemos, mas hoje identificamos a necessidade de um outro modelo que abarque esse compartilhamento de experiências, deste estar juntos!

Posso pensar que o não *Interesse do aluno pelo tema* esteja diretamente relacionado com esse modo não atrativo de apresentar e lidar com a morte em paralelo às questões culturais e históricas, no que diz respeito ao modo como se percebe e lida com ela em geral nas suas experiências de vida. Talvez isso, considerado e ressignificado em termos de processo de ensino e aprendizagem, poderá começar modificar esse cenário de evitação da morte desde a graduação. Então, o aluno não está interessado ou não se sente motivado pela forma como o tema é apresentado?

G1 US38 E segundo pela imaturidade do aluno que não está, na maioria das vezes, interessado em discutir morte, diferente na residência que tem essa função de expor intensa e ostensivamente o aluno de forma integral, junto com

seu mentor, às situações de vida e morte presentes no cotidiano da prática médica.

G1 US39 A maturidade é um tema muito importante de se pensar em qualquer momento da formação, de ser trabalhado nela, no mínimo teoricamente.

Uma formação que não abarque a pessoa humana do médico, o leva desenvolver uma fantasia de que para ser um bom profissional é necessário ser *forte* e não *demonstrar* seus sentimentos e emoções. Nasce daí, a *Crítica a frieza e cobrança pela neutralidade* como um pedido camuflado para que os profissionais não identifiquem, validem e expressem seus sentimentos e emoções.

Penso que na contramão disso, o que deve ser priorizado na área da saúde seja: vínculo, empatia, comunicação, cuidados... pontos advindos da condição de *ser humano* que, no exposto anteriormente e diferente disso, demanda que o profissional deixe de compartilhar da sua humanidade tentando ser *frio* e *neutro* na sua prática profissional como médico.

G1 US77 Daí que surgem as críticas a nosso respeito de que não sofremos, de que temos uma fala dura e seca como, por exemplo, você chegar com a mãe na sala de emergência e falar exatamente assim: “Seu filho morreu!” Será que tem outra forma de falar? Algo mais elaborado? Mas estamos focados em outras notícias, coisas...

Acho que não seria possível pensar uma **formação acadêmica – como deveria ser** diferente do acima mencionado e proposto como forma de abarcar e cuidar do fator humano presente nela para validar e aprimorar as relações de cuidado.

COMPREENDENDO O INTERROGADO...

*Quem já passou por essa vida e não viveu
pode ser mais, mas sabe menos que eu
porque a vida só se dá para quem se deu,
para quem amou, para quem chorou, para quem sofreu...*

(VINÍCIUS DE MORAES –

Como dizia o poeta)

Essa pesquisa iniciou com a inquietação acerca de qual *formação – pessoal e/ou profissional* – o médico recorre diante da morte do seu paciente e como essa formação poderia ser compreendida e repensada. Considerando que o médico não tem uma formação acadêmica que abarque o tema da morte de forma transformadora da experiência de vida em processo de aprendizagem.

Falar de morte é algo desafiador em qualquer contexto, principalmente pensando na formação tradicional da medicina, voltada totalmente para a vida e o desejo de salvá-la, que coloca o médico em um lugar *endeusado* demandando desse um saber técnico científico que não o permite aceitar a possibilidade de perda do paciente por morte.

Para tanto, tive como objetivo principal *conhecer como se dá a formação do médico no concernente ao enfrentamento da morte do seu paciente*. E objetivos específicos *possibilitar ao médico, a partir da sua experiência de vida e morte identificar e desenvolver estratégias de expressão e ressignificação dos processos de morte na sua prática profissional em diálogo com sua formação e identificar, compreender, validar e lidar com as lacunas existentes em suas formações no âmbito da atuação profissional para ressignificar suas experiências de vida e morte no manejo com seu paciente*.

Através do método fenomenológico de pesquisa, entendido como um convite para o exercício reflexivo visando à construção de novos paradigmas na produção de conhecimento que, para a análise teórica dialoguei com autores como Maurice Merleau-Ponty (2006), Heidegger (2005), dentre outros que me possibilitaram abarcar o tema investigado de forma a me aproximar das vivências e significações através do acesso às suas experiências pela escuta clínica.

Lançado o desafio, convidei 1800 médicos, dos quais apenas 9 participaram – se permitiram transitar por essa aventura do autoconhecimento – possibilitado por ter conhecido

o núcleo das suas significações acerca da morte e seus processos. A não participação dos demais pode ser entendida como forma de evitar a exposição diante do desconhecido – *si mesmo!*

Foram realizadas entrevistas com médicos que lidam cotidianamente com a morte no seu ambiente de trabalho, com a proposta de responderem e dialogarem com a seguinte questão: *O que em sua formação ressoa em seu manejo com a morte de um paciente que está sob seus cuidados?*, subsidiado pela pergunta norteadora: *Como se dá a formação do médico no concernente ao enfrentamento da morte do paciente?*

Com a análise das grandes temáticas, denominadas: 1. Tema morte no currículo do curso de medicina; 2. O que vê como importante para a formação; 3. Como a morte se mostra; 4. Tomando ciência de si; 5. Aprendendo sobre morte e como lidar com ela na profissão e; 6. Modo de conceber o médico. Foi possível compreender como atitude humana o acolher e compartilhar da condição humana, na qual paciente, família e médico comungam do mesmo solo, no qual se é possível dialogar e acolher a dor do outro por perda em suas várias modalidades.

Acredito que, somente seja possível falar de dignidade no processo de morrer, se nos debruçarmos sobre esse solo, no qual o ser humano se dá e se mostra como tal. Solo esse que, perpassadas as sedimentações da moral, nos coloca como humanos na relação com o outro, na qual se dá a ética como respeito ao modo como o outro se mostra sem o viés do julgamento e das sedimentações da moral carregada de valores e crenças.

Avançar nesta compreensão é acolher o outro na sua condição existencial mais pura, que é o seu existir datado e completo com seu nascimento e morte como possibilidades traduzidas em um fazer ético do médico em suas relações humanas.

Não posso falar de morte sem falar de corpo como núcleo significativo de suas vivências existenciais. Ou seja, falar de morte com dignidade é falar de ética, é falar do meu corpo – *existir* – em contato com o não mais existir do outro – *corpo morto*. Como também não se é possível o contato com o corpo morto sem remeter a minha própria condição humana de finito ainda vivente.

Nessa perspectiva, a morte não tem classe social, pois classe social não passaria de uma categoria a mais dentre tantas outras construídas pela moral – *sedimentações*. O que temos é também uma *morte moral* pela não condição de aproximação do médico, em especial neste estudo, da construção de um saber e legitimação da condição humana de forma ética.

O que significaria a morte para o médico? Seria ela diferente em relação as demais pessoas que vivem em um mesmo contexto histórico e geográfico? Posso compreender que a

classe médica pode ter sua compreensão sobre morte um pouco distorcida pelo desejo da salvação através do combate a morte.

Só posso dispor de uma escuta autêntica em processos de morrer que envolve muita fragilidade e dor se eu tiver as minhas questões humanas relacionadas a dor muito bem resolvidas, caso contrário, como processo de evitação, terei me esconder dela. Acredito que o profissional capaz de acolher a dor do outro seria somente aquele que teve sua dor acolhida anteriormente, através de uma escuta clínica, por exemplo.

O não acolhimento leva a solidão do paciente e médico, o primeiro que sempre acabará morrendo sozinho e isolado e o segundo se sentido culpado e responsável por não ter conseguido salvar aquela vida. O compartilhar das emoções e sentimentos como sendo uma luz natural no núcleo das vivências amenizaria a prepotência médica frente a morte do outro, transformando-a em processo de formação profissional e pessoal. Escutar a dor do outro é possibilitá-lo participar de forma ativa das relações estabelecidas nos processos de cuidado e morte.

Os dilemas éticos se dão nesse transitar entre vidas e mortes, ou seja, como se apresentam tais processos – *percepção*. E a sua não elaboração é o que tem levado à banalização dos processos de morrer e com isso a morte passou a ser um evento social a mais ou evitada e escondida. E tudo dependerá do significado que será atribuído a esses processos.

A escuta clínica se apresentou como uma possibilidade de acolhimento das emoções e sentimentos desses profissionais atuantes e/ou futuros médicos, no sentido de proporcioná-los o autoconhecimento como forma de manejo do seu próprio sofrimento diante da dor do outro. Somente a partir da escuta clínica que sair-se-á do discurso sedimentado da área médica para dar um salto na verticalização da singularidade do sujeito que se colocará diante de outros indivíduos constantemente em sua prática profissional.

Inevitavelmente transitamos pelos sintomas da contemporaneidade tais como: negação da morte, engenharia genética, dentre tantas outras áreas que validam esse olhar específico, mas que abandonam o corpo e sua corporeidade como encarnado e vivido. Busca-se o *bem dizer do médico* para tomar posse de sua insignificância frente a morte que escapa da resposta clichê de salvação.

Cabe ressaltar a importância da formação acadêmica voltada para as questões da morte, possibilitando recorrer a história de vida do aluno/profissional médico como manejo na sua prática profissional com pacientes à beira da morte, ou seja, recorre também à sua formação pessoal como sujeito na relação profissional.

Pode-se pensar que o não envolvimento com tal evento/processo seria inevitável, uma imparcialidade, muitas vezes, cobrada dos profissionais da saúde em nome da técnica e da ética profissional, mas que banaliza e desumaniza a prática do cuidar. Ou seja, depende exatamente do significado que o médico atribuiu àquela relação de cuidado, que também é carregada de simbolismo em relação ao seu próprio eu, como ser humano. Sabe-se que isso, por si só, já é bastante mobilizador.

Outro ponto importante a ser considerado é a familiaridade do médico com o tema através do contato com a morte desde início da formação pela dissecação de cadáveres, que o leva à uma banalização da vivência da morte e de manejo dela. Parece estar claro o desenvolvimento e a presença de uma impotência diante da vida e morte do outro – paciente.

Recorrer a memória do aluno de graduação sobre o tema da morte, não de uma forma desumanizada como é o contato com cadáveres, mas como corpo existente de pessoas possuidoras de uma história, é aproximá-lo da morte e suas implicações. Pois o não contato com a morte e/ou seus desvelamentos poderia levar ou contribuir para o adoecimento de um aluno ou profissional.

Aparece neste momento, a necessidade e a importância do autocuidado, do cuidado destinado a quem cuida como forma de manejo dos próprios sentimentos e emoções emergidos no contato com outro humano – *encontro humano* – oferecido pela prática da medicina dentre outras profissões da área da saúde.

Está posto que, na maioria dos cursos de medicina, o tema da morte é um tabu e ainda trabalhado de forma pouco implicada com as questões humanas. O importante é que se trata de um incômodo presente hoje também nos profissionais que já atuam na área há um certo tempo. Acredita-se que, entrando em contato com tal incômodo, isso poderá influenciar na formação de futuros profissionais.

Outro aspecto importante de ser considerado é o quanto o profissional recorre à sua experiência pessoal de vida no manejo da morte ou processo de morrer de um paciente, talvez seja esta uma forma de acessar ou acalantar os próprios sentimentos no cuidado prestado ao outro. Uma proposta que talvez permeie toda atuação do profissional, por não ser possível desvincular o cuidado das questões afetivas emergidas no encontro com pessoas.

Sendo assim, o não preparo ou desconhecimento dos modos de enfrentar o que se apresenta em mim como uma vivência corpórea, provinda do contato com o cuidado do outro – paciente – anuncia a necessidade de rever a formação profissional como um todo, no que diz respeito ao manejo dos aspectos humanos presentes em contextos de cuidado.

Falar é uma das formas de acesso àquilo mobilizado no humano e, independente do papel que o médico desempenhe ou ocupe na sociedade ou contexto, o mobilizar-se diante da morte ou de qualquer encontro humano, estará presente em todos os seres humanos – *a dor da perda*, por exemplo.

Pensando especificamente na prática médica que demanda um contato imediato e constante com a fragilidade do outro em processos de adoecimento, vida e morte; inevitavelmente, não teria como não ser afetado, e são essas recordações que merecem ser acolhidas e vivenciadas no ambiente de trabalho e de formação para que o profissional consiga manejar com futuros processos de perda.

Acredito não haver protocolos que dariam conta de abarcar e lidar com a singularidade da dor. Considero importante o acolhimento com uma postura que abrace e acolha a dor, atitude difícil e necessário em muitas situações e contextos de sofrimento.

A sensação de falta, talvez venha exatamente do desconhecimento de como conciliar uma prática técnica esperada de todo profissional, principalmente do médico, com uma postura de acolhimento da própria dor e da dor do outro; por isso, que a solidão é vivenciada por muitos profissionais ao não saberem como expor e enfrentarem seus próprios sentimentos e emoções, optando pela omissão e o não vivenciar deles como uma forma de manejo, levando, em muitos casos, a um adoecimento futuro e afastamento dos seus postos de trabalho, como é a *Síndrome de Burnout*, por exemplo.

Sabe-se que a prepotência é, ainda hoje, muito comum na prática médica e seria essa uma forma de defesa ou modo de evitar o contato com a dor? Ter uma formação que prioriza somente a técnica seria limitada no momento do encontro estritamente humano e ao se deparar com a necessidade do manejo das questões humanas do paciente e suas.

Sempre há um momento na atuação profissional que, inevitavelmente, somos obrigados a identificar, validar e reconhecer os nossos sentimentos emergidos dos cuidados prestados aos outros seres humanos. Ou, pode-se pensar que, naquela situação, foi difícil identificar e lidar com o que foi mobilizado no encontro com o outro? Seria possível mapear e controlar os pontos que seriam mobilizados no encontro com alguém? Resta-nos então lidar com o que foi mobilizado e as possibilidades de manejo são inúmeras.

Se permitir estar o mais próximo possível do outro, neste caso, de pacientes, familiares e demais profissionais que compartilham do cuidado, parece ser uma forma de compartilhamento da dor, bem como a possibilidade de acolhimento das necessidades do outro. Isso já denota uma perspectiva de mudanças na prática do cuidado, cuidado esse compreendido de um outro lugar – *humanizado*.

Faz-se necessário repensar a prática do cuidar, pois a apropriação de si parece ser uma das tarefas mais desafiadoras nesse sentido, porém importantíssima para a ampliação da compreensão dos significados atribuídos às relações de cuidado. A morte, seus significados e implicações transcendem um contexto, uma época, uma cultura... ela se aloja no imaginário daqueles que permanecem vivos. Mais que cuidar daqueles que se foram, que se vão, é preciso cuidar dos que ficaram e que continuarão a lidar com a morte e seus processos.

Seria possível definir a morte e seus significados? Nem sempre, por ela também ser um limite, trazendo em seu bojo o desconhecido. Portanto, é possível cuidar dos seus desfechos. Poder-se-ia dizer que, nenhuma das formações isoladas, dariam conta de abarcar sozinha a dor pela perda por morte de alguém, considerando que vivemos em uma cultura que não lida bem com a morte, mas poder-se-ia afirmar que cuidando da formação do sujeito como pessoa e como profissional ajudará muito no seu manejo das questões de vida e morte presentes no cuidado prestado ao outro e a si mesmo, e mais que isso, em todo e qualquer encontro humano.

Para além das duas faces da formação apresentadas, resta uma lacuna de difícil manejo por esbarrar em um vazio existencial, que é a possibilidade do não mais ter – *vida*. Isso fica evidente no próprio processo de formação – contato inicial com cadáveres.

Presente também na prática profissional do médico que atua hoje no século XXI, no qual se morre muito mal diante dos processos de morrer com longa duração – incerteza da morte e muito sofrimento proporcionado pela distanásia – interdição dela. Essa lentidão do processo gera enorme sofrimento para os pacientes, familiares e profissionais. Vivemos um cenário, no qual realizar procedimentos para salvar vidas parece ser mais fácil do que falar sobre o quadro do paciente e seus prognósticos – *possibilidade de morrer*. O médico ainda se sente dono do paciente, optando sozinho pela escolha de procedimentos.

A dificuldade na prática médica parece ser muito maior no que se refere aos processos de comunicação do que na escolha de procedimentos ou prescrição medicamentosa; sem contar a escolha por procedimentos, ao invés de dialogar com paciente e família sobre sua terminalidade. O difícil é olhar, dar atenção, dialogar e transitar pela dor do outro, situação geradora de conflitos. Apesar da *relação* médico e paciente, na formação, ainda ser um gigante a ser derrubado.

Propor tratamentos para não se falar de morte é ainda hoje um gerador de conflitos para o médico, bem como o excesso do uso de tecnologia para mascarar a dor ou prolongar o que seria inevitável – *a morte*.

Como tentativa de resposta ou diferenciação nos processos de cuidado e morte, surgem os cuidados paliativos com uma proposta diferente das UTI's, proporcionando qualidade de vida e, no agravamento da doença, uma possibilidade de acolhimento da morte – etapa da vida que merece ser vivenciada. E espera-se que um dia a morte seja compreendida como fazendo parte da vida, possibilitada desde a formação acadêmica. Não somente a morte, mas sim o contato e manejo dela.

Diferente do que muitos profissionais pensam, os cuidados paliativos não são cuidados de segunda ordem e destinados apenas às pessoas à beira da morte. São cuidados ativos prestados a qualquer pessoa diagnosticada com uma doença crônica, como o HIV/Aids, doenças autoimunes, degenerativas, alguns tipos de câncer... nos quais há possibilidade de se pensar o processo de adoecimento e morte de forma participativa e ativa por parte do paciente e seus familiares.

Posso pensar qualidade de vida como sendo o resgate da capacidade de simbolização das experiências vividas e a abertura de espaços para que se possa também falar sobre o final da vida – a própria morte – se falar é tão bom para que se calar diante de uma das maiores experiências da vida? É exatamente na resignificação dessa compreensão de algo tão estrutural da condição humana que a psicologia contribuirá através da escuta clínica.

É muito difícil, porém possível, conhecer o desejo do paciente no final de vida, sendo importante conhecer sua singularidade estabelecendo relações particulares, porém, o mais importante é que se consiga falar sobre o seu quadro atual, principalmente como ele o percebe, sendo um facilitador até na escolha pela interrupção dos tratamentos sofisticados, que já não proporcionarão benefícios, algo possível somente com médicos com um enfoque humanista, e que precisam estudar mais sobre morte e suas singularidades.

Se deparar com a morte no início da formação médica poderá dar a sensação da quebra da beleza projetada para o curso – *vida*. Inevitavelmente o que vem à tona no início do curso é a história de vida do aluno como sendo o primeiro recurso dele naquele contexto, o qual merece ser abordado, cuidado e transformado em processo de aprendizagem.

Os limites humanos precisam ser abordados na formação acadêmica de profissionais da saúde em paralelo a validação da sua condição humana como, por exemplo, o expressar das emoções e sentimentos presentes nas relações de cuidado – se permitir a isso, poderá ser uma excelente escolha do profissional, que tanto se espera dele, alguém humanizado.

É sabido que ambientes violentos e com a não validação da expressão de afeto, tenderá imprimir naqueles que os vivenciam, a redução de suas marcas afetivas. O autoconhecimento e a valorização de suas crenças são de extrema importância em todo processo de formação e

de atuação profissional. Sabe-se que, o respeito e a construção dos limites de si e do outro, só serão possíveis dessa forma.

Tenho a compreensão de que a morte não é um fracasso e sim uma etapa do desenvolvimento humano, mesmo sendo sua última. A questão não é evitar a morte e sim cuidar daquele que vivencia seu processo de morrer até sua vida ser finalizada.

Lidar com a morte é respeito e é também entrar em contato com seus limites e com os do outro; a espiritualidade se faz presente como possibilidade de compreender e substituir o *salvar* vidas por *cuidar* de vidas. Morte não é frustração, a tarefa é proporcionar conforto e dignidade.

Diante do exposto permaneceram duas questões que mereceram ser trabalhadas, que foram através do Grupo Focal, que são elas *A que formação o médico recorre diante da morte de um paciente?* e *O que seria uma formação médica ideal voltada para as questões da morte e como vocês pensariam essa formação?* Possibilitando a construção das grandes categorias temáticas, após a reduções – processo de análise – como: 1. Vida; 2. Morte e; Formação acadêmica – como deveria ser.

O grupo possibilitou a participação dos participantes que já haviam doado seus relatos individualmente sobre suas experiências de vida e morte. Foi interessante perceber o núcleo comum – o não preparo para a lida com a morte – na fala coletiva, na qual todos puderam também expor o modo como cada um pensava uma formação ideal para os futuros médicos.

Com a análise das categorias foram evidenciados alguns pontos que mereceram ser discutidos como é o caso da importância da comunicação e do compartilhar das experiências pessoais como modo estruturante na formação do profissional desde o início da formação acadêmica.

É importante aprender sobre seres humanos e seu processo de desenvolvimento para além do conhecimento sobre doenças e seus ciclos, o que restringe ou fragmenta o contato com o doente. Somente quando se olha para o ser humano é possível integrar a morte do doente, pois a doença não morre, que o faz é a pessoa adoecida. Falar de morte é falar de vínculo, o qual sustenta e acolhe a dor de quem a vivencia como vivente. O que sustenta o manejo da dor é o vínculo com a própria dor e com a dor do outro.

Pensar na dificuldade de abordar tal tema no início da formação se assemelha recorrer a outras formas de fuga do contato. Olhar para a morte no início da formação pelo contato com o cadáver poderá parecer violenta, se considerar imaginativamente a história de vida daquela pessoa que teve seu corpo doado para um laboratório de anatomia, uma situação marcante para os iniciantes.

Os processos de comunicação merecem ser cuidados no âmbito da sua significação como clareza de si, do outro e do conteúdo da comunicação, uma dificuldade humana, mas que demanda e merece cuidado como promotor de saúde. É fundamental o manejo e cuidado das relações estabelecidas em cenários de doença e morte, que podem ser sempre transformadas em processos de aprendizagem e autoconhecimento no seu próprio fazer.

Não parece ser bem vindo um protocolo para lidar com as questões da morte e do morrer, pois não seria possível protocolar uma experiência tão humana, coletiva e particular que é a morte e seus processos. Para isso, a formação acadêmica precisa transcender a apresentação formal dos temas abordados nela dando espaço à importância de compartilhar experiências, expectativas do que ainda não foi vivido e troca de experiências. O que falta é maturidade e não protocolo; e pensar que não se fala de morte porque existe tantas outras coisas para se abordar na formação também poderia ser um equívoco.

A morte merece e precisa ser entendida como sendo um evento natural do desenvolvimento humano e não percebida e compreendida como falha ou fracasso, como forma de denúncia da incompetência daqueles que a manejou. Morrer não é *errado*, *pecado* ou *fracasso*. A morte faz parte da vida daquele que se foi e dos que permaneceram e que terão que lidar com seus processos de luto pela perda, caracterizando um paradoxo.

Morte é desfecho e não erro e a faculdade não prepara para desfechos e sim para acertos, como se só a vida fosse o único acerto. É exatamente esse preparo para o desfecho que precisa ser pensado e cuidado. Ainda existe a velha e conhecida ideia da morte como sinônimo de impotência do médico, principalmente em cenários de mortes súbitas, violentas...

Entendo que a psicologia, como ciência do comportamento, terá sempre muito o que contribuir nesse processo de formação como facilitador da apropriação do ser médico como pessoa e profissional. Considero que somente diante dessa integração seria possível se ter uma formação que abarcasse os aspectos doentes e saudáveis da pessoa que vivencia seus processos de adoecimento e morte.

Infelizmente, na maioria das universidades e em diferentes cursos, a realidade brasileira ainda apresenta um sistema de ensino verticalizado – priorização do autoritarismo e submissão – enquanto o esperado seria uma formação a partir do compartilhamento das experiências – uma aprendizagem horizontal.

E nesse sentido a psicologia tem muito a contribuir, mas que inserida apenas nos primeiros anos e de forma teórica se mostra apenas como mais uma dentre tantas outras disciplinas presentes nesse momento da formação. Falta vivência, compartilhamento de experiência dos professores, como profissionais já atuantes na área e que já tiveram um dia

em situações iniciais semelhantes. Com isso o aluno vai *cru* para a prática por não haver diálogo e conexão entre teoria e prática.

Sabe-se que cuidar demanda presença que transcende o físico e clama por empatia e acolhimento da *dor* do outro que, a partir da sua própria história de vida, poderá acolher a experiência de dor do outro – *empatia* – falo não somente da dor daquele que adoeceu ou perdeu alguém, mas do futuro médico que, como aluno, vivencia também seus processos de dor no contato direto com ela desde o início da sua atuação profissional que, muitas vezes, os tornam profissionais extremamente racionais – *endurecidos* – para evitar o contato e manejo da morte e seus processos.

Essas situações acontecem pelo não acolhimento da dor por aqueles que participam do seu processo de formação. Nesse sentido, o trabalho psicoterapêutico proporcionado através da escuta clínica tem muito a contribuir, estendido não somente para os futuros profissionais, como para aqueles que já atuam há mais tempo na área médica/saúde.

A maturidade, principalmente emocional, ajuda muito na compreensão das etapas do desenvolvimento humano que engloba também a morte no seu fim. Mesmo *imaturo*, o aluno tem suas experiências pessoais desperdiçadas ou não aproveitadas por ficarem restritos à formação teórica que interfere diretamente na sua prática profissional pela busca incessante por salvar vidas – não trabalhado na formação. A imaturidade dos alunos pode ser o motivo para não falar da morte, tema somente abordado na residência, quando inevitavelmente entrará em contato com a morte em si na sua prática profissional.

Lidar com morte, transitar e atuar em seus processos demanda habilidade de acolhimento do médico que precisa, previamente, ter desenvolvido condições para acolher uma das maiores queixas de pacientes e familiares – a dor pela morte do seu ente querido. Quando se fala de morte com dignidade, se refere a essa capacidade e habilidade de acolher a dor do outro na presença da sua que também está mobilizada e demanda cuidado.

Nesse sentido, a proposta dos cuidados paliativos tem se apresentado como uma forma de acolher pacientes e seus familiares, bem como um preparo para os médicos que lidam mais diretamente com cenários de dor e morte em seu cotidiano de trabalho. Nem tudo é possível de ser trabalhado, mas sim vivenciado e quando se dá vazão para tal vivência, ela é automaticamente transformada em processo de aprendizagem. Na ausência desses processos de aprendizagem, se faz presente, muito comumente, os processos de culpa e a morte pode ser entendida como sendo *algo errado*.

Nem sempre haverá uma formação específica, mas poderá haver troca de informações, experiências, maturidade, cuidado no ouvir e falar, priorizar a escuta mais que a fala. São situações difíceis que somente a experiência para moldar e possibilitar seu fazer.

O belo dos cenários de morte, e não somente deles, é o dito pelo não verbal que diz da condição humana vivenciada por todos. Então, falar – verbalizar – anunciar – a morte, muitas vezes, não passa de uma confirmação do que já foi percebido e anunciado pelo não verbal. Diante de tamanha complexidade, o profissional se desqualifica ou banaliza o processo. O médico, por não saber o que fazer e por estar no meio de um turbilhão de emoções, desconhece e não cuida dos seus próprios sentimentos presentes em tais situações e contextos.

A partir do exposto, o médico será capaz de abarcar e de se preparar para dar más notícias. Sabe-se que muito da agressividade presente na fala do médico na notificação das más notícias é resultado da repressão dos seus sentimentos e emoções vivenciados no seu cotidiano de trabalho na lida direta com pessoas à beira da morte.

Ser direto e objetivo ao falar é diferente de ser agressivo e incompreensível em relação a dor do outro. E como proposta, permanece a abordagem de questões que aproximem os familiares do tema da morte apresentado de forma acolhedora a partir de um encontro humano e livre de qualquer estruturação prévia da fala – *abertura na presença* – do e para o humano.

Outro aspecto interessante se refere à escolha das especialidades, que dizem de processos de identificação com professores, em especial. No que diz respeito a morte, muitos se aproximarão e outros se distanciarão, apesar da evitação total da morte ser impossível na atuação do médico. Existem especialidades que lidam de uma forma mais distante dela. Acredito que nunca estaremos totalmente preparados, mas poderemos estar sempre abertos para acolher a dor do outro.

Lidar com a morte tem a ver com a forma como ela se apresenta, sabemos quem nem sempre é anunciada como possibilidade de preparo, podendo se fazer presente em cenários de despreparo para sua chegada e, também, de forma súbita, com crianças, adolescentes, homicídios, suicídios – mortes violentas... Que também interfere diretamente no registro que se constrói nos seus sobreviventes como forma de significação delas que, inevitavelmente interferirá no contato com futuras mortes.

São cenas que poderão durar um segundo ou permanecerem para sempre na memória daqueles que participaram do ocorrido. Isso possibilitará também o desenvolvimento das diversas formas de manejo dela, desde uma simples tranquilidade, a processos refinados de acolhimento ou de total evitação podendo, principalmente, chegar a processos que levam ao adoecimento.

A busca pela religiosidade aparece, muitas vezes, como forma de alívio da dor sentida. Interessante o poder da oração, mas qual a mensagem ou pedido subliminar? Morte sem sofrimento, por exemplo?! Para ir em paz e sem sofrimento? Aceitação da inevitabilidade da morte? Já na perspectiva médica, se faz presente o poder *salvar*, como fantasia de ser *Deus*, como se a salvação fosse de direito do paciente e dever do médico. *Médicos salvam vidas!*

A notificação do óbito como processo de aprendizagem refere-se a um processo no qual cada profissional lidará, a sua maneira, como forma de acolhimento, distanciamento ou fuga. O fato é que, inevitavelmente, ele recorrerá ao seu conjunto de crenças e valores a respeito do tema, que interferirá diretamente na forma da notificação que também tem a ver com a relação estabelecida previamente com o doente e sua família.

Já se é possível pensar em uma formação pautada na horizontalidade como possibilidade do compartilhamento de experiências no sentido amplo que abarque as emoções e sentimentos presentes na atuação médica. Não se é possível pensar em alguém que nunca tenha vivido qualquer experiência de morte; teorias do desenvolvimento humano já apontaram para tal aspecto.

Sendo assim, é totalmente compreensível e bem vinda a ideia de trazer para o processo de ensino e aprendizagem tais experiências de vida em diferentes circunstâncias e fases do desenvolvimento. A morte poderá continuar sendo um tabu, mas a questão humana e a necessidade do seu manejo se faz, cada vez mais, presente na formação e na prática profissional do médico.

Tudo isso só foi possível porque corpo é vida, vida é consciência, consciência é abertura e possibilidade de significação e constante ressignificação. É nesta teia que o médico constrói sua identidade e prática profissional que requer manejo e cuidado na relação com o outro humano completo e repleto de sua historicidade em diálogo com a do médico.

Falar de medicina é falar de vida, cuidado, encontro entre humanos, perdas, morte... Não seria possível falar de corpo e morte como sendo um evento exclusivamente do outro. Problematizar um tema tão complexo pode ser visto como um desafio que beira a impossibilidade, mas que possibilita vivenciar e estabelecer sempre novas relações com o tema discutido – *morte e formação médica*.

Escrever em primeira pessoa foi um desafio para se aproximar ao máximo da experiência dos participantes, compartilhada comigo neste estudo. Eu poderia continuar dialogando com toda construção teórica acerca do tema abordado criando novas sedimentações do saber, mas ao fazê-lo, eu perderia toda beleza e riqueza presente nos

depoimentos que revelaram o que foi de mais significativo no fazer médico desses profissionais em relação ao tema pautado.

A escolha apontada deu vazão à fala daquele que compartilhou comigo sua experiência pessoal e profissional, algo que deveria também ser considerado e priorizado na formação acadêmica, mesmo não sendo esse seu principal objetivo, nem tão pouco desconsiderando toda construção teórica e acadêmica sobre o tema em questão.

Esse é o avanço que a academia deveria desenvolver e proporcionar atravessando as sedimentações do conhecimento teórico para proporcionar um encontro humano como abertura, possibilitado pela escuta clínica proposta nesta pesquisa e que permanece como desafio para novos estudos e práticas acadêmicas.

O lugar do humano precisa ser reconhecido, respeitado, validado e transformado em ensino e aprendizagem de forma privilegiada em diálogo com as sedimentações. É desse lugar que eu falo e atuo como psicólogo clínico e pesquisador. Trata-se de um transcender que perpassa toda construção teórica para abarcar e acolher o ser humano através de um diálogo que não é da ordem do senso comum e sim do encontro humano que, por assim ser, se constitui e se traduz no âmbito da ética como um fazer profissional.

Em todo o mundo há um só lugar onde a morte não se pode meter, que lugar?

Esse a que chamam urna, caixão, tumba, ataúde, féretro, esquife, aí não

entro eu, aí só os vivos entram, depois de que eu os mate, claro!

Tantas palavras para uma só e triste cousa, é o costume

desta gente, nunca acabam de dizer o que querem.

(JOSÉ SARAMAGO –

As Intermittências da Morte)

“Ser Psicólogo”

*Olhar o ser humano
Que tem a sua história
De angústias e desaires
De risos de vitórias*

*Sentir-se mais humano
Ao ouvir seus sentimentos
E abrir-se para encontrar
O porque do sofrimento*

*Crescer com cada vida
Que tem sonhos e aflições
Escutar com empatia
As suas colocações*

*Trazer para si mesmo
A missão de ser feliz
Florescer o amor na profissão
E ser constante aprendiz*

*Ser psicólogo é muito mais
Que o diploma consiga mostrar
Que o livro possa explicar
Que a faculdade saiba ensinar*

*Ser psicólogo é uma jornada da alma
Que viaja para dentro
Que descobre o valor de um sentimento
E quer encontrar o país do bem estar*

*Ser psicólogo é saber que nada sabe
Até ouvir com profunda humanidade
O que acontece na intimidade
De um aflito ou alegre coração*

*É promover o que há de positivo
É acolher o que há de doloroso
Confiando que há um ser maravilhoso
Capaz de alcançar sua autorrealização.*

“A Morte Chega Cedo”

*A morte chega cedo,
Pois breve é toda vida
O instante é o arremedo
De uma coisa perdida.*

*O amor foi começado,
O ideal não acabou,
E quem tenha alcançado
Não sabe o que alcançou.*

*E tudo isto a morte
Risca por não estar certo
No caderno da sorte
Que Deus deixou aberto.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALT-EPPING, B.; LOHSE, C.; VIEBAHN, C.; STEINBÜCHEL, N. V.; BENZE, G.; NAUCK, F. On death and dying - an exploratory and evaluative study of a reflective, interdisciplinary course element in undergraduate anatomy teaching. **BMC medical education**, Estados Unidos, v. 14, p. 15. 2014.

ALVES, A. N. O. A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de medicina da UFRN – Natal - Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Natal, RN, v. 33, n. 4, p. 555-561. 2009.

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Alfragide, Portugal: Oficina do livro, 2019.

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**. Tradução de Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Ediouro, 1977/2003.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29. 2004.

_____. Uma concepção hermenêutica da saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 17, n. 1, p. 43-62. 2007.

AZEVEDO, S. D. R. Formação discursiva e discurso em Michel Foucault. **FILOGÊNESE**, Marília, SP, v.6, n. 2, p. 148-162. 2013.

BELLO, A. A. **Introdução à fenomenologia**. Tradução Ir. Jacinta Turolo Garcia e Miguel Mahfoud. Bauru, SP: Edusc, 2006.

BICUDO, M. A. V. **Fenomenologia: confrontos e avanços**. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

_____. **Pesquisa qualitativa segundo a visão fenomenológica**. São Paulo: Cortez, 2011.

BROMBERG, M. H. P. F.; KÓVACS, M. J.; CARVALHO, M. M. M. J.; CARVALHO, V. A. **Vida e morte: laços da existência**. São Paulo: Caso do Psicólogo, 1996.

BURNS, D. M. Review of One breath apart: Facing dissection. **Omega: Journal of Death and Dying**, Estados Unidos, v. 65, n. 2, p. 169-170. 2012.

CANO, D. S. **O profissional que está no fio – entre a vida e a morte: vivências, concepções e estratégias de enfrentamento psicológico de médicos oncologistas**. 2008. 192f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2008.

CARDOZO, R. A.; SOSA, M. G.; GÓMEZ, A. C.; SÁNCHEZ, A. V.; SOSA, G.; BASTIDAS, G. A.; GUEVARA, H.; ORTUNIO, M. Apreciaciones sobre la Muerte en Estudiantes del Último Año de Medicina. **Vitae: Academia Biomédica Digital**, Venezuela, n. 44, 2010.

CASANOVA, M. A. **Comprender Heidegger**. 4. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

CASELLATO, G. (Org.). **Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade**. São Paulo: Livro Pleno, 2005.

CEZARIO, E. P. **A visão da morte e do morrer dos profissionais da saúde de um hospital universitário terciário e quaternário de São Paulo**. 2009. 90f. Dissertação (Mestrado em Educação e Saúde). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CURY, P. M. **O aluno de medicina e o ensino da morte**. 2008. 73f. Tese (Livre Docência). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

DALL'AGNOL, C. M. & TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 20, n. 1, p. 5-25. 1999.

DELEUZE, G. **Crítica e Clínica**. Tradução de Peter Pál Pelbart. 2. ed. São Paulo: ed. 34, 2011.

DICKINSON, G. E. End-of-life and palliative care issues in medical and nursing schools in the United States. **Death studies**, Estados Unidos, v. 31, n. 8, p. 713-26. Set. 2007.

_____.; PAUL, E. S. End-of-life issues in UK medical schools. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, Estados Unidos, v. 32, n. 6, p. 634-640. Set. 2015.

DORNER, L.; SCHWARZKOPF, D.; SKUPIN, H.; PHILIPP, S.; GUGEL, K.; MEISSNER, W.; SCHULER, S.; HARTOG, C. S. Teaching medical students to talk about death and dying in the ICU: feasibility of a peer-tutored workshop. **Intensive care medicine**, Estados Unidos, v. 41, n. 1, p. 162-3. Jan. 2015.

DUARTE, A. C.; ALMEIDA, D. V.; POPIM, R. C. A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1207-1219. Dez. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401207&lng=en&nrm=iso>.

Acesso em: 13 Jul. 2017.

ESSLINGER, I. **De quem é a vida afinal? Descortinando os cenários da morte no hospital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FEIJOO, A. M. L. C. **A existência para além do sujeito: a crise da subjetividade moderna e suas repercussões para a possibilidade de uma clínica psicológica com fundamentos fenomenológico-existenciais**. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: Via Verita, 2011.

_____. **Existência & Psicoterapia: da psicologia sem objeto ao saber fazer na clínica psicológica existencial**. Rio de Janeiro: IFEN, 2017.

_____.; GOTO, T. A. É possível a fenomenologia de Husserl como método de pesquisa em psicologia? **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 1-9. 2016.

FERREIRA, H. F. *et al.* A abordagem do processo de morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 20, n. 3, p. 255-263. Set. 2007.

FLAUZINO, C. J. **Crônica de uma morte anunciada: o processo de morrer na fala dos pacientes oncológicos em fase avançada da doença e seus familiares**. São Paulo, 2005, 78f. Monografia (Lato sensu em Psicologia hospitalar) Universidade Santo Amaro, São Paulo, 2005.

_____. **O que acontece no encontro do médico com a morte do seu paciente**. 2012, 157f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

FRANCO, M. H. P. A família em psico-oncologia. In: KOVACS, M. J.; FRANCO, M. H. F.; CARVALHO, V. A. (Orgs.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, p. 358-361. 2008.

FRIEDEMANN, N. *et al.* On death and dying - An exploratory and evaluative study of a reflective, interdisciplinary course element in undergraduate anatomy teaching. **Medical Education**, v. 14, n. 1, p.15. Jan. 2014.

GIACOMINI, G. S. **Intuição categorial e questão do ser: aproximações entre Edmund Husserl e o jovem Martin Heidegger**. 2017. 134f. Dissertação (Mestrado em Filosofia). Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

GIBBINS, J.; MCCOUBRIE, R.; FORBES, K. Why are newly qualified doctors unprepared to care for patients at the end of life? **Medical Education**, Reino Unido, v. 45, n. 4, p. 389-399. Abr. 2011.

_____.; MCCOUBRIE, R.; MAHER, J.; FORBES, K. Incorporating palliative care into undergraduate curricula: lessons for curriculum development. **Medical education**, Estados Unidos, v. 43, n. 8, p. 776-83. Ago. 2009.

GIORGI, A. Difficulties encountered in the application of the phenomenological method in the social sciences. **Análise Psicológica**, v. 24, n. 3, p. 353-361. Jul. 2006.

_____.; SOUZA, D. **Método fenomenológico de investigação em psicologia**. Lisboa: Sociedade Unipessoal, 2010.

GOTO, T. A. **Introdução à Psicologia Fenomenológica: a Nova Psicologia de Edmund Husserl**. São Paulo: ed. Paulus, 2008.

HEGEDUS, K.; ZANA, A.; SZABÓ, G. Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude. **Palliative medicine**, Estados Unidos, v. 22, n. 3, p. 264-9. Abr. 2008.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Traduzido por Marcia Sá Cavalcate Schuback. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São Francisco, 2012.

HOBGOOD, C. D.; TAMAYO-SARVER, J. H.; HOLLAR JR., DAVID W.; SAWNING, S. Griev. Ing: Death notification skills and applications for fourth-year medical students. **Teaching and Learning in Medicine**, Reino Unido, v. 21, n. 3, p. 207-219. Jul. 2009.

HUSSERL, E. **A Crise das Ciências Europeias e a Fenomenologia Transcendental: uma Introdução à Filosofia Fenomenológica**. Tradução de Diogo Falcão Ferrer. Rio de Janeiro: ed. Forense Universitária, 2012.

HUSSERL, E. **Ideias para uma Fenomenologia Pura e para uma Filosofia Fenomenológica: Introdução à Fenomenológica Pura**. Tradução de Marcio Suzuki. São Paulo: ed. Ideias & Letras, 2006.

JONES, R.; FINLAY, F. Medical students' experiences and perception of support following the death of a patient in the UK, and while overseas during their elective period. **Postgraduate medical journal**, (s. l.) v. 90, n. 1060, p. 69-74. Fev. 2014.

KELLY, E.; NISKER, J. Medical students' first clinical experiences of death. **Medical education**, Reino Unido, v. 44, n. 4, p. 421-428, Abr. 2010.

KITZES, J. A.; KALISHMAN, S.; KINGSLEY, D. D.; MINES, J.; LAWRENCE, E. Palliative medicine death rounds: Small group learning on a vital subject. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, Estados Unidos, v. 25, n. 6, p. 483-491. Dez. – Jan. 2009.

KOTTEWAR, S. A.; BEARELLY, D.; BEARELLY, S.; JOHNSON, E. D.; FLEMING, D. A. Residents' end-of-life training experience: a literature review of interventions. **Journal of palliative medicine**, Estados Unidos, v. 17, n. 6, p. 725-32. Jun. 2014.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

_____. Pacientes em estágio avançado da doença, a dor da perda e da morte. In: CARVALHO, M. M. J. (Org.). **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.

_____. **Educação para a morte. Temas e reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

_____. FRANCO, M. H. F.; CARVALHO, V. A. (Orgs.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

_____. **Morte e existência humana: caminhos de cuidado e possibilidades de intervenção**. Rio de Janeiro: Gunabara Koogan, 2008.

_____. Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia**, São Paulo, v. 18, n. 41, p. 457-468. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo. br/pdf/paideia/v18n41/v18n41a04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n41/v18n41a04.pdf)>. Acesso em 12 Jun. 2017.

_____. **Educação para a morte. Desafio na formação de profissionais da saúde e educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

_____. A série Dilemas Éticos é organizada. [Apresentação]. **O mundo da saúde**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2012.

_____. Educação e a morte. **Rev.Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 71-81. 2012.

KÜBLER – ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios parentes.** Traduzido por Paulo Menezes. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LAURENT, A. **A morte da morte: como a medicina biotecnológica vai transformar profundamente a humanidade.** Traduzido por Maria Idalina Lopes Ferreira. – Barueri: Manole, 2018.

LELONEK, M.; ZINK, T. First code. Death brings to life the intangibles of professionalism. **Minnesota medicine**, Estados Unidos, v. 90 n. 8, p. 31-2. Ago. 2007.

LIBERATO, R. O luto do profissional de saúde: a visão do psicólogo. In: G. Casellato (Org.), **O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido**, p. 155-182. São Paulo, SP: Summus, 2015.

MARTINS, L. M.; DUARTE, N. (Orgs.). **Formação de professores: limites contemporâneos e alternativas necessárias.** São Paulo: Cultura acadêmica, 2010.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos.** 5. ed. São Paulo: Centuuro, 2005.

MCILWAINE, L.; SCARLETT, V.; VENTERS, A.; KER, J. S. The different levels of learning about dying and death: an evaluation of a personal, professional and interprofessional learning journey. **Medical teacher**, Estados Unidos, v. 29, n. 6, p. 151-159. Set. 2007.

MELLO, A. A. M.; SILVA, L. C. A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. **Revista da abordagem gestáltica**, Goiânia, v. 18, n. 1, p. 52-60. Jun. 2012.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção.** Tradução Carlos A. R. de Moura. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Fenomenologia da percepção.** Traduzido por Carlos A. R. de Moura. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

_____. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Revista Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626. Mar. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232012000300007 &lng=en&nrm=iso>.

Acesso em 14 Jul. 2017.

MORELL, E. A. Learning that a death can be a good death. **Journal of palliative medicine**, Estados Unidos, v. 15, n. 2, p. 248-9. Fev. 2012.

MUTTO, E. M.; CAVAZZOLI, C.; BALLBÉ, J. A.; TAMBONE, V.; CENTENO, C.; VILLAR, M. J. Teaching dying patient care in three universities in Argentina, Spain, and Italy. **Journal of Palliative Medicine**, Estados Unidos, v. 12, n. 9, Set. 2009.

NIGRO, M. **Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.

NORDSTRÖM, A.; FJELLMAN-WIKLUND, A.; GRYSSELL, T. Drama as a pedagogical tool for practicing death notification-experiences from Swedish medical students. **BMC medical education**, Estados Unidos, v. 11, p. 74. 2011.

PEÇANHA, D. L. N. Câncer: recursos de enfrentamento na trajetória da doença. In: KOVACS, M. J.; FRANCO, M. H. F.; CARVALHO, V. A. (Orgs.) **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, p. 209-217. 2008.

QUIRINO, G. G. **O médico diante da morte na urgência e emergência: reflexões sobre o “ser” médico**. 2007. 121f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

ROGERS, G.; DE ROOY, N. J.; BOWE, P. Simulated death can be an appropriate training tool for medical students. **Medical education**, Estados Unidos, v. 45, n. 10, p. 1061. Out. 2011.

ROSENBLATT, P. C. Learning from the dead. **Death Studies**, Reino Unido, v. 34, n. 5, p. 469-472. Mai. 2010.

SARAMAGO, J. **As Intermittências da Morte**. São Paulo: ed. Companhia das Letras, 2005.

SCHILLERSTROM, J. E.; SANCHEZ-REILLY, S.; O'DONNELL, L. Improving student comfort with death and dying discussions through facilitated family encounters. **Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry**, Estados Unidos, v. 36, n. 3, p. 188-90. Mai. 2012.

SIDDIQUI, M. F.; HOLLEY, J. L. Residents' practices and perceptions about do not resuscitate orders and pronouncing death: An opportunity for clinical training. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, Estados Unidos, v. 28, n. 2, p. 94-97. Mar. 2011.

SILVA, G. S. N. **A construção do "ser médico" e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado**. 2007. 295f. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

_____.; AYRES, J. R. C. M. A construção do "ser médico" e a morte: Significados e implicações para a Humanização do cuidado. In: Pinheiro R.; MATTOS R. A. (Orgs.) **Ateliê do Cuidado - VII Seminário do Projeto de integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde**, 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, p. 255-276, 2008.

_____.; AYRES, J. R. C. M. O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 487-496, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n4/v34n4_a03.pdf>. Acesso em 11 jul. 2017.

SIMONETTI, A. **Psicologia hospitalar e psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

SOBANI, Z. A.; AHMED, N.; BHAMANI, A.; SHARIF, H.; BEG, M. A. Desensitisation of medical students towards the dying. **Medical Education**, Reino Unido, v. 44, n. 11. Nov. 2010.

STEYTLER, M. E. **Vivências de médicos que atuam em oncologia diante da terminalidade: uma análise compreensiva**. 2007. 100p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SZYMANSKI, H. (Org.) **A Entrevista na Pesquisa em Educação: A Prática Reflexiva**. Brasília: ed. Liber, 2004.

TAN, A.; ROSS, S. P.; DUERKSEN, K. Death is not always a failure: Outcomes from implementing an online virtual patient clinical case in palliative care for family medicine clerkship. **Medical Education Online**, Estados Unidos, v. 18, Nov. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3838968/>> Acesso em 13 Jul. 2017.

TAYLOR, D.; LUTERMAN, A.; RICHARDS, W. O.; GONZALEZ, R. P.; RODNING, C. B. Application of the Core Competencies After Unexpected Patient Death: Consolation of the Grieved. **SurgEduc**, Nova Iorque, v. 70, n. 1, p. 37-47. Nov. 2012.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

TUCKER, T. Culture of death denial: relevant or rhetoric in medical education? **Journal of palliative medicine**, Estados Unidos, v. 12, n. 12, p. 1105-8. Dez. 2009.

VAZ, J. M. **O simples facto de o doente se sentir compreendido é, em si mesmo, terapêutico**.

Disponível em: www.encurtador.com.br/wPW29. Acessado em 07 abr. 2019.

VEIT, M. T.; CARVALHO, V. A. Psico-oncologia: definições e área de atuação. In: KOVACS, M. J.; FRANCO, M. H. F.; CARVALHO, V. A. (Orgs.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, p. 15-19. 2008.

WESTPHAL, M.F; BÓGUS, C.M. & FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 120, n. 6, p. 472-482. 1996.

YARDLEY, S. Death is not the only harm: Psychological fidelity in simulation. **Medical Education**, Reino Unido, v. 45, n. 10, Out. 2011.

YUPPA, D. P.; STRAKER, N. A fellow's perspective on facing death. In: STRAKER, N. (Ed). **Facing cancer and the fear of death: A psychoanalytic perspective on treatment**. Estados Unidos: Jason Aronson, p. 13-19. 2013.

ANEXO I:

CARTA CONVITE

Convido-o(a) para participar como voluntário da pesquisa de doutorado intitulada: **“Século XXI: morte da morte? Formação como possibilidade de expressão e ressignificação da experiência do médico com a morte”**. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com método fenomenológico sobre o tema da formação médica no tocante da morte, no que diz respeito à possibilidade da criação de espaços para expressão e ressignificação do processo de morrer a partir da vivência de médicos e criação de estratégias de manejo de sentimentos e emoções emergidos na lida com pacientes em processo de morrer. Tem como objetivo principal *conhecer como se dá a formação do médico no concernente ao enfrentamento da morte do seu paciente*. E específicos *possibilitar ao médico, a partir da sua experiência de vida e morte identificar e desenvolver estratégias de expressão e ressignificação dos processos de morte na sua prática profissional em diálogo com sua formação e identificar, compreender, validar e lidar com as lacunas existentes em suas formações no âmbito da atuação profissional para ressignificar suas experiências de vida e morte no manejo com seu paciente*. Sabe-se que médicos lidam cotidianamente com questões: O que é a morte e o morrer? O que representa para o médico cuidar de um paciente “condenado” à morte? O que significa perder um paciente? O que é viver? As questões humanas como a morte estão presentes na formação do médico? O que é ser médico diante da morte do seu paciente? Como é ter que entender que a morte não é uma doença a ser combatida? A formação médica está voltada para os aspectos técnicos ou humanos? São questões que me levam pensar onde residem as dificuldades do médico em lidar com a morte do seu paciente. Para tanto, interrogo: **“Como se dá a formação do médico no concernente ao enfrentamento da morte do paciente?”** Nas entrevistas realizadas, pergunto aos médicos: *“O que em sua formação ressoa em seu manejo com a morte de um paciente que está sob seus cuidados?”* Após a aprovação do CEP e assinatura do TCLE os participantes realizarão de 01 a 02 encontros para a realização do grupo focal posteriormente as entrevistas individuais. Os dados serão analisados de acordo com os padrões de análise do método fenomenológico. Este estudo será desenvolvido considerando os princípios da bioética propostos pela resolução CNS96/1996: autonomia, beneficência e não maleficência e resolução 466 (2012). A participação dos médicos será voluntária e este estudo poderá beneficiar seus participantes oportunizando-os uma reflexão sobre suas práticas com pacientes em processos de morrer.

Para os interessados, favor entrar em contato direto com o pesquisador:

Candido Jeronimo Flauzino

E-mail: candidoj.f@usp.br

Whatsapp: (11) 98648-8677

ANEXO II:**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

O Sr(a). está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: “*Século XXI: morte da morte? Formação como possibilidade de expressão e ressignificação da experiência do médico com a morte*”, de responsabilidade do psicólogo/pesquisador Candido Jeronimo Flauzino – CRP 06/73572, doutorando em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (PSA) pela Universidade de São Paulo – USP e sob orientação da Profa. Dra. Maria Julia Kovács.

O objetivo desta pesquisa é *conhecer como se dá a formação do médico no concernente ao enfrentamento da morte do seu paciente. E específicos possibilitar ao médico, a partir da sua experiência de vida e morte identificar e desenvolver estratégias de expressão e ressignificação dos processos de morte na sua prática profissional em diálogo com sua formação e identificar, compreender, validar e lidar com as lacunas existentes em suas formações no âmbito da atuação profissional para ressignificar suas experiências de vida e morte no manejo com seu paciente.*

O Sr(a). receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa. Os seus dados ou qualquer informação pessoal que possa identificá-lo(a) serão descaracterizados ou mesmo omitidos, em respeito à confidencialidade e privacidade, sendo mantido o sigilo diante de informações que permitam identificá-lo(a) em toda e qualquer situação, conforme os princípios éticos e as definições da Portaria do Ministério da Saúde 196/96 sobre Pesquisa com Seres Humanos.

A participação do Sr(a). neste estudo envolve inicialmente participar de uma entrevista individual, aberta e com duração estimada de 1 hora e posteriormente do grupo focal com duração em torno de 2 duas horas cada com um número de encontros (01 ou 02). Informamos que o seu tempo de resposta será respeitado e que você pode se recusar a responder qualquer questão que provoque sofrimento. A entrevista será gravada e sua transcrição será disponibilizada por e-mail ao entrevistado posteriormente caso ele tenha interesse.

O depoimento do Sr(a). será gravado, transcrito e analisado sem qualquer prejuízo para o sigilo e condição de informação anônima, sendo reservadas as informações que possam identificar, de alguma forma, o participante.

Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa e os resultados da pesquisa serão devolvidos ao Sr(a). por meio de uma cópia impressa ou eletrônica e serão publicados na comunidade científica.

Esta pesquisa possui riscos mínimos ao participante. Não será usada nenhuma técnica invasiva, porém algum desconforto pode ser gerado por despertar lembranças momentâneas que podem causar algum sofrimento. Neste caso, o Sr(a). será acolhido pelo pesquisador e encaminhado ao serviço de suporte psicológico.

Este estudo poderá beneficiar seus participantes oportunizando-os uma reflexão sobre suas práticas com pacientes em processos de morrer e implicações no que diz respeito à perda por morte dos seus pacientes. A participação dos médicos será voluntária, não havendo qualquer tipo de pagamento, despesa pessoal, ou de obrigatoriedade pela participação.

O Sr(a). tem, inclusive, o direito de retirar seu consentimento e sair da pesquisa sem que isso lhe traga qualquer tipo de prejuízo ou ônus, bastando apenas para isso formalizar este desejo para o pesquisador. E ainda que se retire da pesquisa, o Sr(a). mantém o direito de ter acesso às informações pertinentes a este estudo até o seu final.

Em qualquer etapa do estudo, o Sr(a). terá acesso ao responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou informações do andamento da pesquisa na Av. Paulista, 2202 – Conj. 102 – Cerqueira Cesar – São Paulo – SP. Telefone: (11) 3285-5859; e-mail: candidoj.f@usp.br

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – CEPH-IPUSP – Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 – Bloco G, 2º andar, sala 27 – CEP: 05.508-030 – Cidade Universitária – São Paulo – SP. E-mail: ceph.ip@usp.br – Tel. (11) 3091-4182

Dados relevantes da entrevista serão utilizados na pesquisa, e as citações sem identificação ficarão disponíveis ao público, bem como, para ensino, publicação em periódicos, livros e/ou apresentações em encontros científicos.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA:

NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE No.:

SEXO : M F - **ESCOLARIDADE:**

DATA NASCIMENTO:/...../.....^[]_[][SEP]

EMAIL:

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável pela pesquisa e a outra com o participante da pesquisa.

Eu, _____ declaro estar devidamente esclarecido sobre os propósitos e procedimentos da pesquisa: “*Século XXI: morte da morte? Formação como possibilidade de expressão e ressignificação da experiência do médico com a morte*”, ciente de todos os direitos e em pleno acordo em participar e ter as entrevistas gravadas, transcritas e analisadas estando de posse de uma cópia deste Termo.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do Pesquisador

_____, _____ de _____ de _____

ANEXO III:**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO**

USP- INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: SÉCULO XXI: MORTE DA MORTE? FORMAÇÃO COMO
POSSIBILIDADE DE EXPRESSÃO E RESSIGNIFICAÇÃO
DA EXPERIÊNCIA DO MÉDICO COM A MORTE.

Pesquisador: CANDIDO JERONIMO FLAUZINO

Versão: 1

CAAE: 86587417.9.0000.5561

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 028981/2018

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Informamos que o projeto SÉCULO XXI: MORTE DA MORTE? FORMAÇÃO COMO POSSIBILIDADE DE EXPRESSÃO E RESSIGNIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO MÉDICO COM A MORTE que tem como pesquisador responsável CANDIDO JERONIMO FLAUZINO, foi recebido para análise ética no CEP USP- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo em 02/04/2018 às 10:00.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: comite.etica.ipusp@gmail.com

05/03/2019

Plataforma Brasil


Saúde

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SÉCULO XXI: A MORTE DA MORTE - POSSIBILIDADES DE EXPRESSÃO E RESSIGNIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA MÉDICA COM A MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR
Pesquisador Responsável: CANDIDO JERONIMO FLAUZINO
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 86587417.9.0000.5561
Submetido em: 23/03/2018
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO



Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_794336

- DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1
 - Pendência Documental (PO) - Versão 1
 - Documentos do Projeto
 - Comprovante de Recepção - Submissã
 - Declaração de Instituição e Infrastrutu
 - Declaração de Pesquisadores - Submis
 - Folha de Rosto - Submissão 3
 - Informações Básicas do Projeto - Subm
 - Outros - Submissão 3
 - Projeto Detalhado / Brochura Investigac
 - TCLE / Termos de Assentimento / Justif
 - Apreciação 3 - USP- Instituto de Psicologia
 - Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
-------------------	----------	---------	----------	-------

- LISTA DE CENTROS PARTICIPANTES E COPARTICIPANTES

Apreciação ↕	CAAE ↕	Pesquisador Responsável ↕	Comitê de Ética ↕	Instituição ↕	Situação ↕	Tipo ↕	R.C ↕
--------------	--------	---------------------------	-------------------	---------------	------------	--------	-------

- HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Des tino	Informações
PO	18/04/2018 11:33:29	Parecer liberado	1	Coordenador	USP- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo	PESQUISADOR	
PO	18/04/2018 11:33:12	Parecer do Colegiado Editado	1	Coordenador	USP- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo	USP- Instituto d e Psicologia da São Paulo	
PO	16/04/2018 16:10:43	Parecer do colegiado emitido	1	Coordenador	USP- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo	USP- Instituto d e Psicologia da São Paulo	
PO	15/04/2018 22:00:29	Parecer do relator emitido	1	Membro do CEP	USP- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo	USP- Instituto d e Psicologia da São Paulo	
PO	15/04/2018 19:03:06	Aceitação de Elaboração de Relatoria	1	Membro do CEP	USP- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo	USP- Instituto d e Psicologia da São Paulo	
PO	05/04/2018 07:48:19	Confirmação de Indicação de Relatoria	1	Coordenador	USP- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo	USP- Instituto d e Psicologia da São Paulo	
PO	02/04/2018 09:00:58	Indicação de Relatoria	1	Secretária	USP- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo	USP- Instituto d e Psicologia da São Paulo	
PO	02/04/2018 09:00:15	Aceitação do pp	1	Secretária	USP- Instituto de Psicologia da	USP- Instituto d e Psicologia da São	

					Universidade de São Paulo	Paulo	
PO	23/03/2018 19:24:23	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	USP- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo	
PO	09/02/2018 10:36:30	Rejeição do PP	1	Secretária	USP- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo	PESQUISADOR	Não houve alteração do CNPJ na parte correspondentVer mais >>
				« «	«	Ocorrência 1 a 10 de 13 registro(s)	» » »

<http://plataformabrasil.saude.gov.br/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf>

05/03/2019

Plataforma Brasil

LEGENDA:

(*) Apreciação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador	POp = Projeto Original de Centro Participante	POc = Projeto Original de Centro Coparticipante
E = Emenda de Centro Coordenador	Ep = Emenda de Centro Participante	Ec = Emenda de Centro Coparticipante
N = Notificação de Centro Coordenador	Np = Notificação de Centro Participante	Nc = Notificação de Centro Coparticipante

(*) Tipo

P = Projeto de Centro Coordenador Pp = Projeto de Centro Participante Pc = Projeto de Centro Coparticipante

(*) Formação do CAAE

Ano de submissão do Projeto						Tipo do centro			Código do Comitê que está analisando o projeto										
n	n	n	n	n	n	a	a	.	dv	.	t	x	x	x	.	l	l	l	l
Sequencial para todos os Projetos submetidos para apreciação						Dígito verificador			Sequencial, quando estudo possui Centro(s) Participante(s) e/ou Coparticipante(s)										

Este sistema foi desenvolvido para o navegador Mozilla Firefox.
(versão 9 ou superior)

<http://plataformabrasil.saude.gov.br/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf> 2/2

ANEXO IV:**ENTREVISTAS – RELATOS LITERALIZADOS****PERCORRENDO OS RELATOS*****ENTREVISTA 1:******RELATO LITERALIZADO – ALBERTO***

“O que em sua formação ressoa em seu manejo com a morte de um paciente que está sob seus cuidados?”

Eu sou médico, formado em 1999, com residências em clínica médica e terapia intensiva. Comecei em hospitais da cidade de São Paulo em 2005. Depois fiz algumas especializações como: neurointensivismo, nutrição clínica e doutorado, defendido em 2017.

Em relação à sua pergunta, a morte sempre é uma coisa que nos ronda a todo momento... Eu era músico, considero uma particularidade, diz que não se deixa de ser músico, mas depois do 3º ano de faculdade eu já não fazia mais nada apesar de manter a sensibilidade provinda dela.

O meu primeiro contato com a morte foi no meu primeiro e segundo dia de faculdade, lembro que era a primeira aula de anatomia e tinha uns cadáveres, hoje já mudou até um pouco isso, mas nós tínhamos um cadáver inteiro para dessecar e, de repente, eu me olhei, eu nunca tinha parado para pensar nisso: poxa, eu vou virar isso! Foi meu primeiro impacto...

Eu tive depressão no primeiro ano de faculdade, fiquei um mês e meio afastado, quis largar a faculdade e por isso que me interessou a pergunta que você fez porque eu sei, trabalho em psicoterapia até hoje. Eu sei que isso teve um impacto grande, tem um monte de coisa para trás, mas teve um impacto grande essa percepção inicial.

Tinha um outro aspecto, perdi alguns conhecidos e colegas, alguns, e não foram poucos os traumas; por acidente de carro no interior e alguns aqui em São Paulo, eu já morava aqui. E assim, eu nunca havia parado para pensar nisso, mas aquilo chocava um pouquinho, a terminalidade!

Depois, na UTI, eu comecei a ter um pouco mais de contato com isso e eu não consigo lembrar, é outra coisa que chamou atenção a pergunta, é assim, eu não consigo... eu já

conversei com colegas sobre isso, quando que foi discutido conosco essa questão do término de vida na minha formação.

Eu estou neste hospital universitário há 7 anos, fico com os residentes, sou responsável pela formação dos residentes em terapia intensiva do centro médico também, que é muito ligado à formação da terapia intensiva da grande parte dos professores daqui e, mesmo fazendo parte do programa de medicina intensiva daqui, não tinha isso!

Na minha formação não tive isso e aqui ainda está muito recente. Não me recordo! Uma coisa que tenha tido impacto, falado ou discutido... E como é isso? Como é a percepção? O que você entende disso? Do significado? Chegou e acabou... Meu primeiro contato foi esse no primeiro ano. É uma situação que marcou o término, acompanhar o fim de vida; e o término de vida foi quando eu estava no meu quinto ano, no internato, com as moléstias infecciosas.

Na M.I. eu acompanhei um paciente com HIV avançado e com uma neoplasia associada. Já não lembro qual mais; ele estava lúcido, relativamente jovem, naquele tempo ainda estava começando a terapia de alta efetividade contra o HIV, então, ainda tinha esses casos. Eu lembro que eu fiquei do lado do paciente, assim, não sei porque, daí ele foi ficando ofegante, já rebaixou a consciência e morreu. Quanto tempo demorou, não me lembro, mas lembro dessa cena. Foi uma das... isso já no quinto ano.

No primeiro ano foi esse contato e eu fiquei, não sei se é trauma, mas um pouco para trás, pois o primeiro impacto já tinha vindo, não ia voltar mais. A minha inocência em relação à morte tinha passado ali. Não tenho médicos na família e nem próximos, sou irmão de três e os meus irmãos, um fez odontologia, saiu da odonto e hoje é advogado e o outro é fisioterapeuta que trabalha na ortopedia. Meu pai é professor de matemática, minha mãe é professora de português, meus avós eram professores, mas trabalhavam com outras coisas e eu não tinha referencial médico e me lembro dessas duas situações.

Eu percebi que precisaria entender isso melhor ou ler algumas coisas e percebi que... sei lá! A impressão que tenho, conversando, é que se morre muito mal, principalmente na UTI. Morreremos e sabemos disso... Durante um tempo eu tinha uma certa ansiedade, um bloqueio de conversar sobre isso... Então, eu comecei ter a percepção de que se morria muito mal.

Quando eu fiquei no norte, em São Paulo já tinha, estava começando o embrião, eu lembro alguma coisa disso, mas era pouco também. Tinham algumas distanásias, umas coisas que me chocavam muito, principalmente por ser um hospital oncológico e eu via coisas que

não, nem científicas e nem coisas que nós enxergávamos porque, muitas vezes, é uma área de muita incerteza, eu acho!

Enxergávamos que o paciente era terminal de todos os aspectos, que ele tinha uma doença terminal, com condição clínica terminal e sem possibilidade de recuperação, de ser submetido à algum tratamento mesmo que existisse; e mesmo assim, ficava aquela obstinação por tratamento fosse por questões familiares ou não.

Eu percebia que, às vezes, tinham questões financeiras e familiares envolvidas, seja por causa do médico ser o principal dono do paciente, seja por aquela incerteza da equipe da UTI, mas eu comecei a notar isso mais quando eu fui para terapia intensiva porque hoje se morre muito mais em hospitais.

Nas minhas áreas eu fiz muito mais em hospital do que no consultório e eu percebo que se morre muito mais em hospitais e, por assim ser, acaba morrendo muito mais nas UTI's. Na clínica se tinha menos contato com a morte, com o processo de morrer, pelo menos não com a morte que chegou infectou e morreu ali, que foi atropelado ou teve um infarto agudo do miocárdio e morreu em poucas horas na emergência, na UTI não!

Comecei a ter acompanhamento do processo de morte e hoje com a tecnologia, com o conhecimento técnico, com a disponibilidade de recursos, caros muitas vezes, prolongamos um processo de morte e, muitas vezes, sem benefício claro e isso, como eu falei, comecei a perceber ainda em São Paulo. Quando eu fui para o norte, eu atendia uma população mais jovem, em uma região que tinha muitos traumas e poucos recursos.

A morte está um pouco mais banalizada lá. Tinham coisas que me chocavam, hoje na internet cada vez aparece mais, o pessoal filmava o assassinato dos outros, o pessoal lá brigava de facão, presenciei, atendi alguns feridos disso, lá tem, as pessoas morrem ainda de verminose.

Quando falam que precisamos ir para fora para ver pobreza, não, é só ir um pouquinho para o norte do Brasil. Mas eu comecei ver uma população que aceitava a morte talvez mais facilmente e mais banalizada em jovens. E lá eu estava na clínica, pois eu não ficava muito no hospital. Não tinha UTI, nada, então... eu me distanciei porque as pessoas morriam de trauma ou de alguma infecção grave porque as que conseguiam estabilizar não morriam lá, eles eram transferidos de lá.

E quando eu retornei, voltei a trabalhar na minha área principal que é UTI, voltei para universidade e comecei novamente pensar mais sobre isso. Trabalho em uma UTI com 40 leitos e nesta aqui de 6; e, principalmente no hospital privado, eu comecei ver que esse cenário se repete e o processo de morte nos envolve.

Na equipe multiprofissional, eu percebo que envolve a família, envolve muita comunicação, envolve, eu acho, além da empatia. Hoje em dia as pessoas gostam muito de falar sobre empatia e eu acho que não é somente isso. Cada um morre de um jeito e por mais que imaginamos saber como conversar com o familiar, que você vai entender as necessidades do seu doente que, muitas vezes, não consegue expressar porque ele está intubado, inconsciente ou em delírio, a morte parou de me assustar!

Eu perdi meu avô! (emoção/pausa) E quando eu lembro dele, é saudosismo agora, não é? (pausa/emoção) Eu estava de plantão aqui, ele morreu no interior, em uma UTI de lá! Já era idoso e estávamos programando a festa de 90 anos dele. Primeiro ele dirigindo bateu o carro e teve um traumatismo craniano, depois caiu em casa e teve outro traumatismo craniano e fez um hematoma subdural, foi para o hospital, no qual eu já tinha conversado diversas vezes.

Ele não tinha condições clínicas de ser submetido à nenhuma terapêutica, já estava no seu extremo de vida e ele, algumas vezes, falava para mim que não tinha medo de morrer, mas não gostaria de ficar sofrendo. Minha avó ficou internada por um tempo prolongado, está viva até hoje, mas ele não gostaria de ter ficado igual minha avó.

E eu liguei para falar com a colega porque eu não consegui sair do plantão no dia e como eu sou o único médico na família; meus tios e meu pai estavam lá. Para falar que: “Olha, não queria que intubasse meu avô”, mas ele já estava intubado e ela começou a me descrever o cenário clínico e eu não tinha falado que era intensivista, longe de ser arrogante ou prepotente, mas qual a minha qualificação... nada disso! E eu só queria saber do meu avô como uma pessoa, como gente.

Fui tratado de forma inadequada pela colega e aí tive que falar: “Olha, só estou ligando, na verdade não queria, perguntando se tinha um diarista, só para você entender, para eu poder passar essas coisas que a minha família gostaria”. Faltava uns 20 minutos para visita e nós tínhamos decidido isso. Meu pai me ligou e disse: “não vai fazer nada, deixa o homem em paz, veja como ele está”. Eu não sabia ainda que ele já estava intubado. Aí a colega me tratou muito mal, assim...

Primeiro eu perguntei se tinha um diarista e ela: “Por que? Aqui os médicos...” Essa foi a resposta que eu tive: “Aqui os médicos são acompanhados por uma médica titular que é diarista”. Eu falei: “Então, tudo bem?! Eu só queria saber porque eu preciso passar umas orientações, como eu sou médico e a senhora está se dispondo a falar comigo por telefone, eu sei que não é o melhor, mas, como plantonista, a senhora deve entender que eu não consigo sair daqui”.

A noite eu vou para aí, mas no momento eu não consigo! É só para dizer que eu não gostaria que dialisasse meu avô, pois minha família vai entrar e vai dizer isso para você, ok? Todos eles solicitarão que você não aumentasse... “Não, ele está apenas com um cheirinho de droga”. A dose que ela me falou não era “cheirinho”, pois estava em via periférica e, tirando os aspectos técnicos, o jeito que ela falou comigo não foi muito legal.

E aí eu comecei a olhar mais para mim. Pensei: Será que eu falo assim com os outros também? Então, essas vivências... Isso já tocava minha cabeça e eu comecei ver que precisávamos melhorar isso. O médico não é só técnico e é exigido bastante do intensivista a questão técnica neste aspecto. E, apesar de muitas vezes, eu já ter repetido esse jargão: “Ah, é mais fácil fazer, ir fazendo, do que conversar e explicar para família”; eu, sinceramente, não acho isso, não faço isso já há algum tempo.

Não acho que tenha uma receita, mas acho que tudo que pudermos fazer para tentar melhorar esse momento cheio de incertezas, olhando, principalmente, para o paciente e os desejos e as coisas dele; como que nós, como equipe multiprofissional, atuamos nesse momento? Não acha que tenha um papel definido para nada.

Queremos procedimentos e protocolo para tudo. Com o tempo e com o conhecimento sabemos que o protocolo ajuda a aferir, medir, programar, planejar, monitorar, mas ele não ajuda, às vezes, cuidar de pessoas diferentes, momentos diferentes, situações diferentes e culturas diferentes. Ele não se encaixa nesse aspecto!

A questão da morte me incomoda muito porque eu acho que deixamos muito a desejar, fazemos menos do que poderíamos fazer... Não estou falando somente da questão técnica, mas sim do fato de darmos mais atenção e de abriremos as portas para uma política de implantação. Isso seria bem legal!

Eu tenho uma experiência legal porque trabalho com dois médicos mais experientes. Então, da formação, eu aprendo muito com ela até hoje. Eu comecei a enxergar a coisa sem o lado latino. Acho que temos que nos inserir nisso, mas eu não sei como. Eu leio, procuro olhar e instigar. E quando vamos conversar com os familiares, nesses momentos, é com familiar em geral porque o paciente não me pergunta.

Estou formado desde 1999 e me lembro de apenas uma vez o paciente me perguntando se ia morrer. Que era só... Foi uma vez em um pronto socorro um moleque que havia sofrido um trauma e eu não era nem formado, eu acho. Eu acho que era interno. A memória que eu tenho gravada! Não sei se essa memória é real ou foi a percepção que ficou. Mas eu lembro disso. Fora isso, não!

Já vi paciente escrever para mim sobre complicações respiratórias em uma situação de terminalidade: “Você que vai me intubar?” Eu falei: “Olha, precisa!” Primeiro eu perguntei e ele escreveu: “Eu preciso mesmo ser intubado?” Ele já estava com a ventilação não invasiva há mais de 24 horas e não queria ser intubado. Só que ele tinha uma relação melhor comigo.

Eu cheguei no plantão e ele já me chamou e falou: “Eu preciso mesmo ser intubado?” Aí eu falei: “Precisa, precisa sim por isso, por isso...” Expliquei e aí ele: “Tá bom! É você quem vai me intubar?” A outra pergunta que eu fiz: “Provavelmente. Você quer que seja isso?” Aí ele não escreveu e só respondeu que sim com a cabeça. Eu falei: “Você não está aguentando mais a máscara?” Ele falou: “Também!”

Ele não perguntou se ele ia morrer e sim: “Você acha que se intubar poderá me ajudar a melhorar?” Ele tinha uma infecção com um tumor avançado. Aí eu falei: “Sim, se não, eu não falaria para você, não ia propor para você a intubação”. Ele até riu. Porque ele sabia. A gente conversava um diálogo franco, assim... Aí, ele falou: “Tá bom!”

Então, assim, nós nos preparamos, foi uma intubação tranquila, ainda bem, graças a Deus; mas assim, ele veio a falecer em 48 horas. Assim, melhorou o sofrimento dele no meu entendimento e da colega, por exemplo. Eu olhei para ele, para o que ele queria. Também porque ele perguntou para mim... Eu sei que a minha, talvez a minha resposta, pela relação que eu criei com ele, poderia até induzir isso.

A colega, por exemplo, nesse paciente, achava que nós tínhamos que intubá-lo e sedá-lo. Eu não sei o que era melhor. Até hoje eu não sei! Foi decidido na hora conversando com ele. Eu acho que essas experiências, estou citando uma, eu vivencio com uma certa frequência.

Já conversei com uma família com onze filhos em um quarto um pouquinho maior que este aqui que nós estamos para falar sobre se amputava ou não a perna que não tinha condição clínica de melhora. Se o paciente melhorar essa conversa servirá para o passado e se piorar vamos ter que rediscutir. Basicamente assim que nós fazemos.

E, mesmo assim, muitas vezes, eu acho que não foi o que nós poderíamos ter feito. Muitas vezes eu percebo no ambiente que eu estou que é um processo solitário. Está melhorando, mas era assim, um médico andando pelos lugares que eu estou hoje. Eu estou em uma universidade.

E estou em um outro hospital privado muito bom que teria uma condição melhor do que lugares que não tem. Agora tem a psicóloga participando disso muito ativamente e um grupo de psicólogos, no qual, uma delas, encabeçou montar um núcleo de cuidados paliativos na instituição, que foi a proposta agora para direção. Porque para tentar melhorar essa hora,

sabe, tentar melhorar isso, porque ninguém voltou ainda para nos falar se é bom ou ruim. Então, pelo menos, cada um com suas crenças.

E eu acho que nós também, muitas vezes... como médico, o que me incomoda e a outros colegas também, somos muito prepotentes, achamos que sabemos muito o que é melhor para os outros. E isso vem da formação! Eu percebo, está certo que já faz quase vinte, quinze, quatorze anos, sei lá... que eu saí da universidade de uma outra muito boa também, porque estou agora em uma boa universidade e que o processo de ensino já mudou bastante.

As pessoas estão vendo culturalmente e, também, os mais novos são diferentes. Mas percebo que essa coisa de nós acharmos ainda o que é melhor para o outro, principalmente na área de terapia intensiva, prevalece; e é sobre a decisão compartilhada, ainda tem muito conflito com o dono do doente, principalmente com os oncologistas.

É muito complicado a relação. Lógico que não são todos e o médico, muitas vezes, quando a enfermeira fala: “Ah...” Tem colega que se sente incomodado porque a enfermeira perguntou para a fisioterapeuta: “Oh, nós vamos pisar no freio?” “Mas não dá para deixar ela assim, não vai intubar?” Eu percebo que têm colegas que têm dificuldade, falo colegas, porque eu já sai dessa fase... Fui treinado em uma equipe multiprofissional muito boa na minha residência que já era multiprofissional e tive o privilégio de ter até dentista na equipe.

Eu acho que desenvolvi isso um pouco mais do que vejo no meu dia-a-dia, olhando para os meus pares nos contextos que eu transito hoje. Percebo que pecamos um pouco com isso por falarmos: “Não, melhor para ele é intubar... não, melhor para ele é deixá-lo sedado ou, o melhor para ele é tirar da UTI e deixar com a família... assim!”

Isso nós decidimos entre nós e, muitas vezes, não discutimos com a família de fato, não vai lá ver o que o paciente quer de fato ou as coisas vão se enrolando até que o paciente não tem mais condições de responder por ele. Ou fazemos uma coisa velada que foi o que eu encontrei com o meu doutorado que, muitas vezes, chamamos de tratamentos.

Aí, por exemplo, começa cair a pressão do paciente em frente a tudo isso e você pensa: “Ah, aquele paciente não, espera um pouco” Isso eu acho muito complicado do ponto de vista ético. Na minha cabeça eu tenho conflitos comigo em relação a essas coisas. Eu falo muito e procuro falar bastante com a família quanto a isso. Eu chamo, eu convoco... A assistente social tem um papel fundamental aqui e no outro hospital também. Nós enxergamos para fora da casinha da UTI.

Eu tento e busco conhecimento disso e eu tiro muito, procuro tirar muito, não só do conhecimento técnico, mas qual técnica de abordagem a ser usada para falar. Eu tento extrair

do meu dia-a-dia e dessas relações, principalmente dos conflitos, o que gerou aquilo, porque o colega foi assim, porque eu fui assim com o colega, etc.

Eu resolvo os problemas dos residentes e, muitas vezes, é muito de comunicação e comportamento. E ao invés de eu olhar para eles de uma forma punitiva, procuro observar porque aquilo ocorreu nessas situações relacionadas a mortalidade, porque tem uns que ficam muito bravos com os oncologistas porque querem ficar fazendo quimioterapia que não tem mais condições.

Às vezes, a dificuldade é técnica, porque temos que entendê-la, mas a maior parte das vezes, não é! É de entendimento e comunicação e eu procuro abstrair isso para o dia a dia e olhar essas coisas para entender quando gerar conflito, sentar e conversar com todos envolvidos; vamos discutir, trazer a enfermeira, a psicóloga... e quando isso é feito, conseguimos fazer essas conversas no nosso dia a dia; apesar de que tenho a impressão e a sensação de que ainda fazemos isso de uma forma muito tecnicista, não diria fria, porque esse conceito varia no dia a dia. Mas ainda muito mecânica e muito no contexto hospitalar não ampliando para se ver também as questões culturais em geral.

Isso me afligia antes, mas hoje não mais, e sim me motiva para algumas coisas. Até para aliviar o sofrimento porque, com o passar do tempo, na medicina e principalmente na área em que eu estou, você acaba vendo que nós não curamos muita coisa. Apenas transformamos algumas doenças agudas em crônicas. Percebo, impressão pessoal, que apenas tocamos muitas doenças, por exemplo, curei uma pneumonia, mas deixei o cara enfisematoso, curei um choque séptico grave, mas o deixei paraplégico, limitado e com alteração cognitiva.

Os nossos pacientes na UTI, quando estudamos os que sobreviveram a longo prazo e a curto prazo, uma parcela considerável morre mais ao longo do prazo, quem passou por uma UTI e quem não. Em geral, eu percebo também que eles têm uma qualidade de vida com sequelas disso.

Então, assim, eu curei? Curei aquele evento agudo, mas e a consequência disso? Então, devemos olhar esse todo! Como é que eu vou fazer? Como que, a morte entrando nesse aspecto, por que vamos morrer? Vamos morrer! Sabemos que uma hora vai... E, muitas vezes, apenas não sabemos o momento.

Eu percebo uma outra coisa que é mais fácil para mim. Nesse final de semana morreu a avó da minha esposa com 82 anos. Desde que eu a conheci há cinco ou seis anos ela já estava com Alzheimer, com contato debilitado, sendo cuidada pelo marido que tem 85 anos e com suporte global da família, muito bem disponibilizado e ela veio a falecer de uma pneumonia agora.

Foi em uma cidade pequena, e assim: foi para o hospital com essa pneumonia e sabíamos o que ia acontecer. Ela piorou um pouco durante a noite e no outro dia ela morreu. Ficamos tristes, mas a família toda, inclusive minha esposa e a mãe dela, aceitaram facilmente.

Já aqui, por exemplo, mesmo não conhecendo, não tendo uma ligação afetiva já mais fortalecida com a família ou, por outras questões, às vezes, nós temos pacientes jovens com neoplasias extremamente agressivas que são situações que mexem comigo. Por exemplo: poxa, um filhinho de 7 anos querendo ver a mãe que está aqui. E assim, ela está consciente, orientada, mas com uma infecção de ovário que sabemos que isso não vai sair daqui porque, em geral, pelo perfil dos nossos pacientes chegados pelo SUS, com quadros avançados e fora de possibilidades terapêuticas e aí vivemos situações como: traga o filho para ver a mãe...

E como explicar isso? O marido com conhecimento, não sei se acadêmico, não é esse o termo correto, mas assim, o cognitivo, como você faz para pessoa entender isso? Tem pessoas que entendem e enxergam a morte até muito melhor que nós, muito melhor! Percebo isso em pessoas mais idosas; já em pessoas mais jovens, percebo muita raiva, entendeu, muita... e não é negação; às vezes sim, mas não é isso!

Eu percebo que você está falando uma coisa e, às vezes, a pessoa está entendendo outra e, quantas vezes, isso cria algumas coisas que são situações meio inusitadas. Eu sou a favor de trazer o cachorro e, oh, vai trazer? Chama a colega da CCH para ver como faremos com a presença deste cachorro se este for o desejo do paciente.

E o que fazer se este é de uma criança que vem em um dia e ela faleceu no outro? Isso vem se repetindo, aumentando... e o que eu vislumbro, como intensivista, é que isso só vai aumentar. Na minha pesquisa de doutorado e pesquisando as coisas pelo mundo, os hospitais estão diminuindo os leitos para tratamento de doenças mais agudas, ou seja, as enfermarias, e com tudo isso aumentando os leitos de UTI's e de hospícios aonde estes existem. Aqui nós estamos passando por um momento semelhante e as pessoas estão, cada vez mais, morrendo nos hospitais, cada vez mais morrendo em situações de irreversibilidade, e nós prolongando essas coisas...

Eu não sei como isso deve ser feito. Tem bastante gente estudando, como você, como outras pessoas... Eu acho que nós precisamos melhorar isso de alguma forma, mas eu não sei como. Não tenho muito claro se existe um norte para nós, mas existe um pegar o farolzinho e ir atrás porque o sofrimento que isso envolve, percebo pela transferência nesses momentos que, para mim, pelo menos, é muito pesado. Precisamos dar um jeito nisso! Não sofro mais com a questão da morte, às vezes penso nisso, mas não é uma coisa que me aflige.

Quando eu entrei na faculdade eu lembro que foi um choque bem grande perceber a finitude e suas formas. E tem um outro aspecto que eu acho importante citar que no outro hospital, privado, nós cuidamos de muitos médicos, são muitos! Eu tenho médico internado em quase todos os meus plantões. Muitos professores de faculdade vão para lá ou são transferidos para São Paulo, depende da família, mas cuidamos de muitos médicos e eu percebo um medo em alguns deles. Essa questão de saber da finitude e de suas interferências.

A interferência de querer achar, que nós, como médicos, sabemos o que fazer, mas que como paciente isso fica muito complicado; percebo também que é o medo, principalmente nos médicos mais vividos, que trabalharam com pacientes mais graves... Para exemplificar, é diferente com um professor da dermatopatologia, que já aconteceu, e eu cuidava de um outro professor quando cheguei aqui, cuidando em termos de equipe.

No meu plantão um professor que era da cirurgia de trauma, o medo dele era de não ter o que fazer, não quero fazer, dizia: “façam isso comigo, que não quero aquilo...”, mas é uma parcela muito pequena. Muitos querem dar palpite. Eu acho isso interessante! Agora o que eu acho difícil, às vezes, é o palpite técnico, muitas vezes enviesado, não sei porque disso também. Nunca fui ler e nem fui estudar para ver se tem alguma coisa sobre isso.

A interferência também de outros médicos porque aí tem um médico, aí vai um monte de médicos, colegas de lá e todo mundo querendo dar palpite, todos! Então, o cuidado se torna mais difícil! Até falamos: “Poxa, internou um médico...” Caras e bocas dos colegas – sensação do contexto.

A morte do meu paciente tem vários significados para mim: depende do paciente, do momento, de como eu estou, do meu momento pessoal também e, depende, do contexto técnico. Percebo isso e que estou melhorando com o tempo, eu acho; mas o que eu falo do contexto técnico, às vezes, tem uma falha técnica que você percebe hoje e o médico do dia seguinte é melhor, entende?

Nós percebemos que, se não tivesse acontecido isso, se não tivesse aquilo, só que isso eu escuto muito dos familiares: “Ah, se tivesse trazido antes”, “Se tivesse trazido depois”, mas o “tivesse” já passou! Então, essa reflexão eu uso mais como aprendizado porque é mais fácil para eu aceitar!

Acho que eu penso muito mais no conforto, lógico, curativo também, isso em um paciente com uma doença avançada, no extremo de idade, com paciente mais idoso, pois não cuido de crianças porque eu tenho uma dificuldade também, mas é com criança, eu acho que é mais fácil de eu aprender, independente muito da situação, mas aceitar a morte nesses outros grupos...

Agora os pacientes mais jovens que tenho, tudo bem, eu aceito, não é um sofrimento, mas você leva, eu faço uma analogia, assim: aquela cruzinha que o cara faz no estetoscópio lá que a gente brincava e que eu não acho nada legal, mas teve uma época que eu lembrava o nome e a situação dos pacientes que faleceram, em geral. Agora já foram muitos eu já não lembro mais.

A morte do paciente, muitas vezes, não é só dele, nem só minha, e eu estou falando de mim. Tem muitos! Tem a família envolvida, o reflexo na enfermagem, nas fisioterapeutas... Eu falo “elas” porque a maioria das que eu trabalho hoje são mulheres. Isso já faz algum tempo, não saberia precisar quanto. Automaticamente eu olho para tudo isso em cada processo que isso acontece.

Por eu me envolver com esse lado acabo ficando mais presente na conversa com a família no dia a dia de lá, pois eu ficava 3 dias por semana lá. Agora estou diminuindo um pouco porque acabava se tornando um dia que eu estava lá e normalmente a enfermeira vinha conversar comigo sobre as dúvidas que ela tinha, a fisioterapeuta e, às vezes, a equipe vinha: “OH, vai até quando, isso?”

Eu não consigo olhar a morte do paciente como sendo só para mim, eu olho para a família, se tem filho pequeno ou não; penso, às vezes, porque não são todos os momentos, mas em alguns sim, por exemplo: quem vai pegar aquele filho na escola de agora em diante? Como é isso?

Então, em algum momento, a morte para mim era uma coisa que acabava ali e, muitas vezes, ela não acabou ali. Acabou ali, naquele momento, aquele sofrimento, aquela situação. Eu acho que não dá para eu definir para você como sendo uma coisa. A morte é um evento! Como o nascimento é outro...

A morte, especificamente para mim, tem um contexto muito maior do que ela só findou aquela vida ali. Porque quando morre uma pessoa, morre alguém ali em geral que tem reflexos na sociedade, vamos dizer assim. Tem reflexos na equipe que às vezes é mais e em outras quase que imperceptível; tem reflexos na família dele e no contexto dela como um todo. Reflexos que vão além do conhecido porque é uma pessoa e quando falamos percebemos que estamos fazendo isso mal, estamos cuidando mal de pessoas porque estou me esquecendo que ela tem todo esse contexto.

Eu sou casado com uma enfermeira da área da UTI que hoje atua na área de ensino, às vezes, eu chego e vou trocar ideia com ela para desabafar ou conversar sobre um paciente e tem alguns que acho que todo médico tem, aquele paciente que você percebe. Tenho esse exemplo que eu falei que para mim foi demais. Eu acho que eu fui além do que eu devia. Eu

tenho 43 anos e ele tinha 45. Isso foi há uns 2 anos. Um câncer de pâncreas, motorista de ônibus, para você entender o contexto.

O plano de saúde dele aqui tem padrões como os planos de saúde de São Paulo ou outras. No hospital que eu trabalho 99% dos pacientes são deste plano, a estratificação, pela qual o pedreiro vai ficar internado, vai ser tratado pelos mesmos médicos e pela mesma equipe da mesma forma que um diretor de empresa, ou seja, todos serão tratados da mesma forma. O que muda é o quarto. Um fica sozinho e o outro não. E assim, isso é um contexto que eu acho bacana porque não muda isso daí.

A equipe nem tem essa percepção! Eu, como vim de outra formação e que passei por um hospital de alto padrão, tinha essa percepção; saí de um hospital público em que, muitas vezes, essa questão da “pessoa” era diferenciada. Com este paciente, por exemplo, eu comecei a me envolver com ele porque eu conhecia o caso dele.

Tem um doutor aqui que opera vias biliares, muito bom cirurgião, que eu vejo a parte clínica, às vezes, dos pacientes dele. E eu fui acompanhar esse paciente que fez uma gastroendopancreatômia, chamada de GDP, uma cirurgia grande e eu o acompanhei porque ele ficou um tempo na UTI e depois saiu por estar muito desnutrido e eu faço parte da equipe de nutrição também.

Ele ficou com nutrição parental, teve alguns feriados e ele teve internação prolongada, infeccionou, voltou para UTI, ficou internado uns dois meses; e aí sim você conhece a esposa, o filho mais velho, a filha adolescente e, nas visitas na UTI, nas passagens pelo quarto, fui conhecendo tudo isso.

E ele com uma vontade tremenda de viver, apesar da esposa saber que era uma doença muito grave. E ela assim: “Por que ele abriu uma fístula gástrica?” Era um buraco aqui, em cima do estômago! Foi tentado operar nesse tempo, abriu de novo porque tinha um tumor envolvido ali, uma coisa muito complexa e aí ele ficava desnutrido com a parental e mesmo assim queria comer.

E chegou uma hora em que: “Ah não pode comer que vai piorar a fistula?” Nós conversamos e eu falei que pouco importava ele comer e ela falou: “Mas se ele morrer disso?” Jamais! Ele foi embora, internou umas duas ou três vezes em um processo longo, não sei precisar se o tempo foi longo ou se foi para mim por eu estar vivenciando, porque aquilo foi longo na minha memória.

E por que eu faço essas reflexões também? Assim, olhando, trocando ideia, eu pensava que eu nem era o médico principal dele. Eu estava acompanhando-o somente pela parte nutricional. Na última internação dele, ele estava só pele e osso, assim, muito ruim, a esposa

também envelheceu absurdamente vendo o sofrimento dele que parou a vida deles, uma questão social...

Teve uma vez que ela veio me procurar com a questão de que se precisava pagar alguma coisa... se o plano estava me pagando... Nossa, isso você, né? Eu comecei a olhar isso e pensei: poxa, e a filha deles? Ele me falava que ela queria fazer faculdade e a esposa estava preocupada com isso. Pensei, ainda: ele não quer ir embora e não é só por ele e sim por um monte de coisas. E, de fato, ele falava: “Oh, eu vou melhorar, né?”

Ele nunca me perguntou se ele iria morrer. E eu vendo ele definhar e morrendo na minha frente. Teve uma época em que eu não aguentei, isso começou a me incomodar demais, eu lembro que eu saí e enchi o caneco com minha esposa. Aí eu falei dele o dia inteiro, assim. Eu falei: Cara, passou do meu limite, eu entrei demais, eu acho! Essa é a questão!

Por isso que me marcou e não faz muito tempo. Pensei: não, preciso fazer alguma coisa além do que eu estou fazendo de técnico, de atenção, sentei-me como doutor com ele. Convenci-me de que não tinha o que fazer porque ele já estava comendo e saindo tudo pelo buraco.

Então, acreditei que ele iria morrer naquela internação. Posso conversar com a família sobre isso? Levá-lo ou não para a UTI de novo? E ele, ele mesmo não estava querendo, mas eu queria saber da família porque se ele fosse para UTI, fosse não sei o que, qual era o desejo de todos? Quais ele ainda tinha? Eu não me sentia confortável para perguntar para ele diretamente.

Eu queria sondar a família. Ele falou: “Não, pode conversar!” Eu chamei a assistente social e a psicóloga, daí sentamos com os dois filhos e conversamos muito! Eles já sabiam o meu nome melhor do que eu os deles e percebi que eles estavam bem cientes, já olhando alternativas para quando o pai faltasse. E aí eu comecei a olhar, poxa, tem momentos. Eles já passaram...

Tem “nego” que fica muito bravo, como falei, parece que não está escutando o que você está falando. Tem outros que começam: “Oh, melhora? Piora?”. Tem outros que olha, não tem jeito, o que eu vou fazer daqui para frente? E eles estavam nesse momento. Isso me deu um pouco mais de paz. Eu não sei explicar o porquê, mas falei: poxa, agora vamos cuidar dele então...

Conversei com o pessoal da nutrição, paramos de colher exames todos os dias, lógico que com segurança, paramos de furá-lo e perguntamos para ele o que ele queria comer: O que você quer? Queria sorvete, oh, dê sorvete para ele. Quer não sei o quê... dê... Isso tudo provindo desta conversa também... Foram poucos dias e depois ele veio falecer.

E, assim: ele chegou ir para UTI, um colega da ala o encaminhou porque ele chocou, mas chegando na UTI todo mundo já o conhecia. Então, apenas o deixaram confortável, colocaram um pouco de analgesia para ele e faleceu. E aí? Neste caso eu pensei: Caramba! Como nos envolvemos ou não... Porque eu percebo, e isso eu nunca consegui fazer, ficar totalmente alheio.

Vão falar: “O médico acostuma, fica frio...” Eu não consigo fazer isso de jeito nenhum e, assim, eu sou muito transparente. Então, essas questões todas, o significado da morte eu não conseguiria definir um, mas talvez se eu fosse escrever em uma pergunta de prova eu diria: vamos ser humanos como médicos diante da finitude.

Eu não consigo definir porque a percepção muda ao longo do tempo, eu percebo também! A percepção que eu tenho hoje da morte é diferente para cada ente, para cada pessoa que está vindo a falecer. E depende do contexto todo que é grande. Mas ela vai muito além daquilo.

A morte afeta também os que estão vivos, nos afeta no dia a dia, afeta não sei o que... E a impressão que eu tenho é a de que dá para fazer mais. O que nós estamos fazendo está errado, nesse momento! É uma coisa que faz parte, eu acho, do cuidado, e é isso que me fez estudar temas relacionados ao óbito.

Aqui no Brasil eu faço parte da comissão da morbidade materna nacional, na qual estudamos maneiras de diminuir as complicações muito graves ou que podem levar à morte e que levam à morte das gestantes. E é um tema assim.

Eu fui chamado para participar disso e fui me embrenhando e estou entrando agora em um grupo de pesquisa aqui da universidade para melhorar isso, porque eu acho que o fazemos muito mal. Eu estou repetindo isso diversas vezes porque é uma questão que permanece para mim: como que nós melhorariamos essas coisas?

A percepção da morte se modifica o tempo todo. Não é uma coisa esgotável, um estanque. Eu a enxergava como um término, mas não é só um término porque depende de um contexto todo que é grande. Eu acho que hoje a morte pode ser um término ali, pode ser um término para aquela pessoa, talvez seja de fato apenas um término mesmo porque ninguém voltou, eu uso esse jargão, mas fica um legado, fica o que deixou...

Como eu falo do meu avô: ficou a educação, ficou os momentos legais, ficou eu até aqui que eu sei que teve uma contribuição grande dele porque meus pais tiveram uma dificuldade quando eu era mais novo... Então, assim, não dá para dizer que é término. Eu tenho um pedacinho dele em mim. E eu percebo isso com os pacientes também. E fica...

difícil definir. Difícil! E sempre, no fundo, me causa alguma emoção que não é só tristeza, ou alívio, ou um ufá!

Às vezes, “gozado”, a primeira vez que eu senti isso fiquei até meio incomodado porque a sensação era de dever cumprido, mas parecia que eu estava olhando somente para mim, mas não, estava olhando também para aquele que eu devia ter cuidado, mas fica um “será?”

Apesar de que, se eu estou me sentindo em paz é porque eu fiz o que a minha consciência, minha técnica, minha equipe, meu ponto de vista pequeno e pessoal me permitiu que fosse feito como melhor. O que deveria ter sido bom para ambas as partes... E é isso! Não consigo definir melhor para você, não!

ENTREVISTA 2:**RELATO LITERALIZADO – PRISCILA**

“O que em sua formação ressoa em seu manejo com a morte de um paciente que está sob seus cuidados?”

Eu sou médica, com residência em cirurgia geral com ênfase em trauma. Na sequência eu fiz nutrologia, também em regime de residência médica – com duração de dois anos. E, por último, doutorado em nutrição na oncologia. Durante este tempo todo de formada, 15 anos, eu trabalhei em vários prontos socorros de traumas e cirurgias. E, desde 2011, eu trabalho também com nutrologia e câncer.

E o que em minha formação ressoa no cuidado e manejo do paciente que está sob os meus cuidados? Quando ele morre... A minha formação foi bem antagônica, porque a cirurgia de trauma e a nutrologia parecem não se encontrar, mas em algum momento elas se encontram porque é medicina! Mas na atuação do dia a dia o foco é realmente bastante diferente.

Quando eu comecei a trabalhar como cirurgiã geral, na verdade, como residente de cirurgia, o meu primeiro contato em pronto socorro, totalmente crua, recém saída de uma faculdade achando que sabia muito, mas que, na verdade, precisando aprender muito mais; naquele momento eu achava que eu tinha que ter essa armadura para poder me garantir.

Saí de casa, vim sozinha para São Paulo, e enfrentei a vida com bastante dificuldade. Fui para um hospital de trauma, para um pronto socorro bastante violento na periferia de São Paulo – e lá eu vi o que há de mais miserável na vida humana que é a perda da dignidade. Pessoas baleadas e tratadas como ninguém, chegando no pronto socorro com muita agressividade, muita violência, muita falta de esperança, muita brutalidade...

Um ambiente bastante insalubre... Tinha o material estéril para suturas e, obviamente, um centro cirúrgico, enfim... Mas um ambiente insalubre e muito ruim. Chegou ao ponto de uma vez eu ver apagar a luz e todos que estavam no respirador morrerem na sala de emergência porque acabou a luz e o gerador não entrou. Coisas que chegam ser até criminosas, assim! E ficou por isso mesmo.

Então, naquele momento eu aprendi a ser bruta também. Eu não era pouco bruta e sim muito bruta, bastante insensível em relação à morte de muitas pessoas. Eu confesso e sinto até vergonha de falar, mas hoje, com o conteúdo que eu tenho, com a formação que eu tenho,

tudo que eu aprendi com o exercício da empatia, que eu busquei em um momento em que realmente eu não tinha.

Eu vivia momentos pessoais muito difíceis que não me deram amparo. Eu não aprendi a ter afeto, porque eu vim de uma família sem afeto. E aí eu chego em um ambiente totalmente agressivo, eu também não sentia muito. Quando chegava um baleado, eu falava: “Operar? Pronto, morreu! Já foi...” “Ah, se for bandido menos um”. Isso mesmo!

O cuidado de dizer: “Que pena! Nossa, coitado. Não, vamos tentar fazer o melhor por ele...” Não, não era. Não passava! Mas, no fundo, tinha alguma coisa porque eu me lembro de alguns pacientes, em especial, que me despertaram sentimentos. Por exemplo: um senhor – nunca me esqueci dele. Paciente que teve o intestino curto e eu o ajudei bastante. Tanto que por causa dele me motivou a fazer nutrologia.

No dia em que ele morreu eu chorei junto com ele. Ele morrendo olhando para mim dentro da UTI. Eu até me emociono quando falo dele, foi um momento de muita luta e que eu via que em volta não tinha apoio. Parecia que era só eu ali cuidando dele.

Agora, o que me fez ter esse sentimento todo por um paciente? Ao passo que no pronto socorro eu era outra. Parecia outra pessoa, entende? Eu tinha muita pena. Eu tive muita pena dele. Lutei muito. Mas eu sei que a doença dele era muito grave.

Hoje existem recursos melhores para garantir a sobrevivência de uma pessoa com uma doença grave, em uma condição tão grave de um intestino curto que foi perdido por uma trombose mesentérica com obstrução e coagulação que aconteceu de forma errada, infartando o intestino dele levando-o a óbito. Eu não esqueço do olhar dele. Ele estava verde, ictérico... Já confuso, mas ainda olhava para mim querendo dizer alguma coisa.

Eu tenho certeza que naquele dia eu sairia da UTI chorando e logo na saída encontrei a esposa de um outro paciente na porta, também chorando. Quando ela me viu saindo chorando da UTI, ela me abraçou e tentou me consolar. Só que o marido dela estava morrendo em outro leito. E ela achou que eu estava lá dentro sofrendo pelo marido dela, logo me abraçou e me consolou. Eu não falei nada sobre o marido dela, apenas disse: “É, não deu!” Ao mesmo tempo eu também estava sentida pelo marido dela.

Porque, naquela ocasião, o chefe da cirurgia não gostava de mim. Ele me odiava! E ele tentou, durante o ano inteirinho que ele foi meu chefe, me tirar da residência. Eu chorava todos os dias, mas eu não saí. Eu terminei! Porque se eu não terminasse, acabou! O que eu ia fazer da minha vida? Voltar para casa?

E aí eu lembro que quando foi a cirurgia desse paciente, já no centro cirúrgico, o paciente deitado, pronto para ser operado, quando meu chefe olhou e perguntou: “Mas é você

que vai operar? Não! Vamos fazer mais uma tomografia e ver se é isso mesmo; ou seja, esperou girar os residentes e operou com outro residente”.

Só que a cirurgia não deu certo. E ele foi internado na enfermaria com cuidados medíocres e quando chegou o meu rodízio ele estava séptico e saindo fezes pela ferida operatória. E o chefe me falou: “Se você não conhece fezes, cocô, eu vou botar um balde de merda e mandar você cheirar todo dia para você descobrir o que é cocô, porque você não consegue identificar uma merda de outra”.

Assim, sabe? Eu falei: “Mas eu não estava cuidando desse paciente. O rodízio virou hoje. Eu cheguei agora!” Aí, o outro residente: “Calma, não responda!” Porque eu era tida como respondona. E aí eu falei: “Eu não vou sofrer uma agressão à toa. Eu não tenho responsabilidade nenhuma por isso...” E ele: “Calma, calma...” Calma, porque era ele o responsável. E aí no final a família toda processou o hospital e todos que passaram no prontuário dele, menos eu!

O chefe pegou a lista dos acusados, dos indiciados e ainda falou: “Está faltando um nome, aqui, o da Dra.”. E a filha do paciente prontamente disse: “Mas, se a Dra., tivesse tido a responsabilidade de cuidar do meu pai, ele estaria vivo. Porque na hora da morte o senhor não estava lá, mas ela estava!” Então, eu acredito que, em muitas coisas, eu fui muito protegida espiritualmente de todos esses perigos e ataques que eu passei.

No fundo tinha um despertar e um sentimento por esses doentes guardados em mim que não era trabalhado. Eu não sinto culpa nenhuma, por nada, por nenhum que tenha morrido. Eu sinto pena pelas condições que eles morreram. Isso eu sinto, pena!

Eu sei que eu estava lá, de uma alguma maneira, fazendo diferença para alguém. Ao passo que para outros eu não estava ali fazendo diferença alguma no sentido de acolhimento, de carinho, de amparo, não estava! Mas para alguns eu estava. E aí eu me vejo: Quem sou eu nesses dois lugares? Parece duas pessoas. Mas o que me despertava? Eu não sei, esse foi o meu começo.

O lidar comigo e com os outros, o estar sozinha e ter que sobreviver parecia que a morte era uma coisa que estava no meio do pacote do “tinha que!” Eu tinha que ser forte, tinha que ser tudo.

E depois disso eu fiz a residência em nutrologia, e comecei trabalhar na periferia como cirurgiã geral. Um pouco mais ou menos assim dos sentimentos. Alguns mais despertados outros não. E, mesmo um pouco mais branda, continuei sendo bruta em um pronto socorro sem recursos, com muitas pessoas agressivas, pois era época do PT, período em que chutavam porta, nos xingavam... com a presença de muita raiva e mágoa entre os próprios médicos.

Eu queria ir embora de lá, pois não suportava aquele povo. Tinha um ortopedista que atendia assim: “Tah, hum...” Um raio X. “Tah bom, não tem nada!” Ele saía da sala e apagava a luz com o doente lá dentro. Não estava nem aí. Pois existia uma agressividade dos dois lados. Tinha os óbitos, as mortes... Tinha alguns que vinham drogados, a ponto de tirar o craque de dentro do bolso do cara...

Chegava aqui: “Ah, rachou a cabeça no chão, o miolo saiu para fora!” Chega a ser até um desprezo ao corpo que está ali. Então, eu não tinha sentimento. “Ah, tem que preencher, que saco ter que preencher um monte de papel do atestado de óbito, de não sei o que...” Estava lá na madrugada preenchendo. Era um pouco assim...

Quando eu fui para a oncologia em 2011, eu vi que era um hospital que tratava melhor o médico. É melhor cuidado e mais ouvido... É um hospital limpo, bonito, bem construído... Tem uma atenção e administração boa para o médico. Eu me sinto muito acolhida pela diretoria em geral, como médica no hospital.

Eles pagam em dia e tem todas as regras trabalhistas também em dia. Por exemplo, esse da periferia, que eu trabalhei como cirurgiã, fiquei 4 anos completos na emergência. E ninguém liberou o contrato SPDM para mim porque eu era CLT. Eu também não tinha preparo nenhum para lutar pelos meus direitos: pedir o fundo de garantia e uma assinatura na carteira, eu não tinha!

Então, eu ficava revoltada, por que o dia que não tinha clínico o cirurgião tinha que atender? Não, o cirurgião não tem que atender quando não tem clínico, quando não tem psiquiatra... Não sou eu que tenho que atender. Mas, por que eles não fechavam a porta? Porque, assim, eles ganhavam um plantão extra. O suposto médico que não estava ali!

Então, essas agressões vêm de todos os lados. Pelo menos vinha de todos os lados. Hoje, eu não aceito mais um emprego nessas condições. Eu não aceito! E aí, voltando para a oncologia, eu comecei sentir um pouco mais da humanização. É um paciente que vem do mesmo lugar de onde eu estou acostumada. Ele está ali na porta do pronto socorro, ele também é agressivo, sem educação, bruto... Tem aquele que não, que é humilde, que tem educação e paciência até demais... Tem de tudo. É o mesmo!

As pessoas são as mesmas se você for pensar no coletivo. Só que chega, mais que isso não vai. O atendimento além disso, só pagando. No começo eu chegava a dizer que eles estavam domesticados. Como se fossem bichos que chegassem domesticados. É agressivo eu falar nisso, mas é o jeito de resumir quem diz assim: “No fim, o que eu compreendi?” Que quando a pessoa é bem tratada ela nos trata bem também e quando ela é agredida, ela nos agride também.

E o que acontecia na periferia, lugares em que eu trabalhei? O que acontecia? Nós tratávamos mal e também éramos mal tratados. Então virava um ciclo vicioso que ninguém cortava. Era um toma lá dá cá o tempo inteiro... O tempo todo! Aí chega na oncologia e somos bem tratadas. O ambiente é calmo e isso favorece. Estamos em sintonia, harmonia e mais equilibrados.

O doente está em um sofrimento muito profundo, pois todos que estão ali têm um câncer e pensam em morte. Eles pensam na morte! Aí, chegamos para um doente que está bem cuidado e ele também nos recebe com carinho, é uma retribuição. Logo a morte na oncologia eu vejo muito mais do que em um pronto socorro de urgência com baleados que eu vejo muito. Porque morre mais!

É um doente que vai pela primeira vez, tem alta, a doença fica controlada porque ele fez a químio, logo ficou “sem” a doença e ele continua vindo ao hospital reforçando que ele é oncológico e não aparece a doença... A cada seis meses ele faz exame novamente para ver se o treco voltou.

Tentando me colocar no lugar dele, coisa que eu não fazia antes, me explicando, é um sofrimento muito grande! É um reforço o tempo inteiro. Ele não vai esquecer que ele tem isso daí. Alguns têm alta mesmo. Mas outros... Ah, com 5 anos você fica livre. Como é essa tortura daqui há 5 anos que ainda não veio, não apareceu, como vai ser o próximo exame?

E aí doutor, tem novidade? Como está o resultado do exame? Uma pessoa que até pega o exame e lê, ela entende o que está escrito ali. Nível cultural que não melhorou nesses quinze anos de porta, não melhorou! Às vezes, eu tenho a impressão que piorou o nível de compreensão. A escolaridade que o governo ofereceria dentro da Constituição, piorou! A qualidade de compreensão piorou...

O exercício que fazemos para traduzir as coisas e perceber que o outro, como doente, compreende uma informação, até o tempo verbal, é um exercício diário que fazemos... Isso melhora a compreensão e é algo que não aprendemos na faculdade. E assim: Neste momento eu já estava me sensibilizando para entrar, começar a estudar o espiritismo, que eu sempre almejei.

A influência dos ensinamentos da doutrina ajudou muito a me humanizar frente as pessoas. Então, foi um conjunto estudar o espiritismo e trabalhar com câncer no hospital que me deu condições de trabalhar com a morte. Eu saí de um ambiente insalubre e bruto que, por mim mesma, eu provavelmente não conseguiria ter as reações que eu tenho hoje para cortar essa agressividade que vinha de todo lado. Aí hoje, eu consigo me controlar.

Controlar no sentido de não ter a impulsividade de uma resposta imediata por qualquer coisa. Eu não preciso responder tudo! Eu aprendi ponderar. E aí, eu consigo ter empatia com esse doente que está no fim. E quando, diante de uma alta hospitalar, minha especialidade em nutrologia, me possibilita entender o fim de um corpo orgânico. Isso eu aprendi com a nutrição.

Porque no pronto socorro, levou um tiro é o fim do corpo e pronto! Pegou uma artéria importante é o fim do corpo por causa do tiro... E quando a coisa acontece por um processo orgânico, metabólico, celular...? Eu vou aprendendo cada vez mais!

Hoje eu consigo compreender de uma forma muito diferente do que em 2011 quando eu cheguei na oncologia, que eu queria dar nutrição para todo mundo porque eu achava que só assim que a pessoa sobreviveria. E não, tem que respeitar o limite do corpo que não vai processar a nutrição, na hora do fim. E chegar nesse limite é compreender e respeitar o corpo.

Eu aprendi muito vendo o câncer, entendendo a nutrição, vendo como as coisas funcionam e amparada pelo estudo do espiritismo, percebi muito mais sobre o limite do corpo e o respeito por ele. É o respeito do outro como ele é. Eu não tenho o poder de querer mudar o outro: “Ah, o outro é bruto, não gosta de mim e eu vou fazer o que?” O corpo é mesma coisa! O que eu posso fazer para mudar aquilo?

Tratou por cinco anos, recentivou e morreu... foi fracasso no tratamento? A pergunta é essa! Não foi fracasso porque a dignidade que ele teve e a oportunidade de ser bem tratado até e durante esse tempo, é uma marca de sucesso. Ele pôde fazer isso. Pôde ter isso. Fazer isso com ele mesmo e ter esta oportunidade é promover saúde e controle do sofrimento, função nossa e que favorece o sucesso.

Hoje eu entristeço com a morte de alguns pacientes. Entristeço mesmo! Eu estava vindo no carro e escutei uma música que não me lembro o nome, mas que foi de uma novela chamada “Fera Radical” e ele morreu de câncer. Um rapaz lindo que tinha assim..., das informações que eu tenho, de um artista distante que não era meu amigo pessoal, mas uma pessoa marcante, bonita, que fez filmes bonitos, que dançava muito bem, que tinha um estilo de vida muito simplista para tudo que ele era e que, por um câncer de pâncreas, morreu! E ele teve recurso de tratamento, então eu sinto muita pena pela morte dessas pessoas. Sinto pena!

Uma vez uma apresentadora de TV, quando estava com aquela doença no peritônio, perguntaram para ela: “Você tem medo de morrer? Ela sabia que ia, né! Você tem medo?” E ela falou: “Não tenho medo. Eu tenho pena! Eu não sinto medo, eu sinto pena de morrer”.

E hoje, quando eu vejo os meus doentes..., uma vez eu entrei no quarto, uma senhora muito distinta, muito pobrezinha, surrada pela vida, magrinha, miudinha... Das bem

simples. Rostinho cheio de ruga e o filho deitado na cama com um câncer metastático avançadíssimo, já todo consumido, a barriga distendida, aquela cena do cadavérico deitado em uma cama, respirando pouco, com a cor mudada, já sem brilho nos olhos... morrendo mesmo.

E eu entrando no quarto para ver se ele estava com sonda parenteral ou não... Hoje, eu não chego nisso, hoje eu sei que ele não iria melhorar e logo fica mais difícil encontrar esta cena. Então, talvez eu tenha melhorado um pouco esse suporte oferecido antes. Nós melhoramos! Diante daquela cena da senhora vendo seu filho morrendo e ela com aquele aperto no peito, sabendo que não teria mais volta porque estava na cara que não voltaria e eu entrar no quarto e falar o que naquele momento?

Ao entrar no quarto eu tenho que falar alguma coisa e, neste caso, por exemplo, o que eu diria? Entrar e dizer: “Ah, está bom e sair do quarto?” Eu acho pior! Eu me sinto na obrigação de dizer alguma coisa, mas dizer alguma coisa que seja mais confortável do que algo que possa piorar a situação. Então, é necessário ter essa sensibilidade e isso você vai treinando também.

E eu falei assim: “Seu filho! Eu tive a oportunidade de cuidar dele e a senhora é quem?” Eu falei: “Eu sou a nutróloga. Lembra aquele soro branco que ele usou? Ela falou: “Sei, que tirou ontem?” Eu falei: “Sim! Chegou a hora de tirar. Agora não ia precisar disso porque não ia fazer bem para ele... E como é que a senhora está se sentindo?” – “Ah, não tem o que fazer, né, doutora?”.

Então chega uma hora que não dá! Eles falam assim, tipo, já está conversado! Alguém já trabalhou isso lá atrás, né? Eu falei assim: Esse é o momento mais importante da vida, falei isso! Esse é o dia, é o momento mais importante da vida, em que olhamos para traz e se despede da vida. Porque é nesse dia que faz sentido do porquê nascemos.

Fique com ele, pois ele sabe, de alguma maneira, que a senhora está aqui com ele e não fique triste porque ele está voltando para casa – alguma coisa nesse sentido. Aí ela falou: “É, não tem... Tem a hora que a gente, que é mãe, quer cuidar, mas não adianta mais... a morte vence!” Eu falei: “E isso não é um fracasso seu... Isso acontece!” Eu tento não entrar na religião porque temos que respeitar a religião de todos assim como eu quero que me respeite. Eu acho importante não ficar impondo as coisas neste momento.

Assim, eu fiquei quatro anos fora do pronto socorro para fazer meu doutorado e para entrar e acompanhar o inventário do meu pai que morreu de repente, de um aneurisma, enfim... E aí, agora eu voltei para o pronto socorro por dois motivos: Um é porque eu gosto, é

o que eu sei fazer; e outro, porque eu precisava de dinheiro, porque de graça eu não ia, claro! Faço com amor, mas não faria de graça, mas vejo que eu voltei diferente!

Eu me vejo hoje lidando com a morte com empenho de cuidar de uma pessoa que está ali e que vai, poderá morrer! Chega um baleado para mim o empenho e a dedicação que eu tenho por aquela pessoa é muito diferente do que eu tinha lá no começo. É como se trabalhar e nunca ter sido bem tratada se transformou em empatia com o próximo.

Posso estar cansada no fim de semana no pronto socorro, mas eu não tenho direito de agredir ninguém. Eu não tenho direito nenhum de projetar minhas mágoas no paciente. E quando eu vejo que terceiros têm segundas intenções como, por exemplo: Chegou um senhor que levou a mãe embora, de volta para casa, depois de uma internação longa na psiquiatria por um surto, e ela saiu de lá com um buraco nas costas, com uma escara e com uma úlcera por pressão porque a cama é uma maca dura...

E ele chegou falando assim: “Eu entrego ela de um jeito para vocês e vocês me devolvem desse jeito? Estou entregando aqui de novo para vocês consertarem”. Aí eu falei assim: “Bom, isso aqui não é uma funilaria. Ela é quem?” – “Minha mãe!” – “Então vamos tratar ela direito. Deixe-me ver o que está acontecendo. Não é questão de pegar e devolver. Calma, vamos ver o que está acontecendo!”

E aí eu percebi que era véspera de um feriado e ele queria deixá-la internada. Ao passo que se eu deixasse ela internada iria piorar a situação porque ela voltaria para maca dura e o que ela precisava era voltar para casa e mobilizar para aquilo cicatrizar que, enquanto mais deitada ela ficasse, pior seria. É chegar nessa hora e não desequilibrar e conseguir resolver o conflito, mas de um jeito que eu jamais fiz anteriormente.

“Estou vendo que você gosta da sua mãe...” Entendeu? Eu estou vendo que ele não gosta! Estou vendo que não! Mas eu jogo assim: “Eu estou vendo a sua preocupação”. Eu entendo e admiro você por estar tão preocupado, mas eu vou pedir para você me escutar porque eu quero o bem dela. E você é quem vai ajudá-la muito, mais do que eu!

Então, começa assim, você ganha a pessoa, é político... E junto com a assistente social, oferece os recursos do curativo pela saúde da família. Ou seja, esse gerenciamento do conflito eu aprendi assim... Desse jeito!

Com a trajetória que eu tive, para não se estender muito, porque já deu trinta minutos de fala, quando me vem um doente que está muito doente e que precisa e ele não tem para onde ir, eu consigo me sensibilizar considerando que de onde ele veio é muito ruim, que a vida dele não é boa e que eu não posso esperar uma educação de alguém que nunca teve como ninguém podia esperar de mim uma empatia que eu nunca tive lá atrás.

Então, eu tive uma segunda chance, pois eu era muito radical. Eu achava que ninguém tinha que ter segunda chance. Hoje eu entendi que as pessoas têm que ter uma segunda chance de qualquer coisa se elas estiverem dispostas realmente a melhorar porque eu tive essa segunda chance. Uma pessoa difícil, que revidava tudo, tive a segunda chance e me tornei uma pessoa melhor com isso! Eu me sinto uma pessoa melhor com isso!

Quanto ao lidar com a morte, eu fugia muito, mas isso faz parte desse contexto e da minha compreensão. Lidar com a morte hoje para mim é muito mais lidar com o respeito. Eu fiz o máximo que pude! Mas eu também tenho um limite do: “Até onde eu vou para não me prejudicar?” Têm seus limites ali também! E agora, eu fico até o fim? Até o fim do plantão ou passo o plantão de boa sem muito apego?

Eu consigo ter esse discernimento e me sensibilizo com a morte do outro quando eu vejo que não teve recursos para ir além. E sinto pena, porque às vezes, o recurso faltou. O recurso faltou, por exemplo; eu vejo que, às vezes, um paciente infartado na periferia que, se tivesse um cateterismo, ele sobreviveria e lá ele não tem e ele morre. Isso é falta de recurso!

E pedem para entrar, no caso, em cirurgia, porque nesse caso é cirurgia, para drenar um tórax de um paciente que está fazendo um bronco espasmo, sendo que não tem que drenar tórax por um bronco espasmo causado por um clínico que errou. Aí eu desvendar o que ele tem aqui se é um bronco espasmo ou um edema agudo, ou um pulmão congesto por outras razões que não um AVC. Não é isso que vai melhorar a vida dele!

Drenar um pulmão aqui poderá piorar a vida dele porque eu vou adicionar mais invasão. Vou provocar mais resposta metabólica. Não dreno porque essa é sua função, você é cirurgiã, então você tem que drenar. Falei: “Não! Eu tenho que pensar também e é o seguinte: eu vou drenar para depois você falar que eu estava com preguiça?”

Só que eu vou escrever que não tinha indicação e foi você que mandou drenar. Você ainda quer que drene? Quer apostar? Não vai melhorar, mas eu drenei e não saiu um pingo de sangue e eu falei: “Esse paciente está chocado!” Não tem líquido no pulmão e não melhorou a situação. Você não pediu para drenar porque estava saturando a 89? Agora está saturando em 87. Em que que o dreno melhorou? Você poderia fazer um Raio X, mas não fizeram.

Só que agora a função da cirurgia acabou! Falar que isso é do meu setor e que você só fica com a parte clínica do paciente, e que antes você tinha uma colega para te ajudar em todos os sentidos? Agora você tem uma cirurgiã que vem aqui para fazer o serviço braçal? Não, acabou! Então, hoje eu falo o que antes eu não falava. Eu perdia na discussão com o calor da emoção e tinha que abaixar a bola.

Hoje eu vejo um doente que chega... Outro dia eu fiquei com dó... Eu nem sei se eu já te falei disso... De um menino novinho, entre 25 e 30 anos, com um câncer terminal também, naquelas condições, daquele primeiro que eu contei, e que chegou no pronto socorro e nem conseguia deitar, se não ele teria uma parada respiratória, e o único lugar que ele tinha para encostar era uma caixa de papelão.

Colocaram a caixa de papelão na maca, dobraram o colchão e ele morreu sentado, coitado, em uma caixa de papelão, mas foi o máximo que conseguiram dar para ele. Qual é o meu sentimento em relação a isso? De pena destas condições. E aí o que me conforta é o espiritismo que me esclarece muitas coisas sobre isso.

Então, assim, quando você pergunta: o que em minha formação consegue me dar de apoio para eu lidar com a morte, ou me dar de condições? Entender nutrição em um ambiente menos insalubre me fez permitir entender cientificamente como é o processo da morte celular. O espiritismo me deu o conforto e a compreensão de coisas que eu não tinha antes. E pessoalmente me ajudou a não piorar a situação do outro.

Eu não estou aqui para chutar a boca de ninguém, não me importa quem foi a pessoa e o que ela fez da vida. O julgamento não me cabe! É cuidar da dignidade, promover uma morte com dignidade. É cuidar da dignidade do outro! E o que eu tenho de papel, nisso? É não me sentir frustrada porque morreu, pois não estamos aqui para salvar todo mundo, não é isso que a medicina se propõe, embora seja ensinado que sim. Apesar de aprender na vida que não! Podemos apenas promover conforto e dignidade para as pessoas. Então é isso!

A minha profissão lida com morte todos os dias, mas para eu lidar com a morte do outro eu tenho que lidar com a minha vida. E eu consigo hoje compreender a minha morte... E com isso promover uma morte muito mais serena. O impacto de quando meu pai morreu, mexeu muito comigo também.

Porque eu falava assim: “Qualquer pai pode morrer, menos o meu”. O meu, não! E eu queria que fizesse autópsia porque para mim ele iria levantar do caixão no meio do velório. Eu fiquei tão confusa naquele dia que eu cheguei a pensar nisso, porque eu sabia que se ele fosse para autópsia ele não levantaria mais.

Ele não ia voltar mesmo, já estava morto! Então, na hora desse impacto emocional muito grande, vendo meu pai morrendo, ou já morto. Ele morreu instantaneamente e ter tido esse tipo de reação, e ao passo que hoje eu sinto, me sinto mais calma... eu estou fazendo um contraponto do extremo stress emocional que foi quando meu pai morreu... Meu pai!

Então, quando um doente meu morre, por mais que eu tenha vínculo afetivo ou não tenha.... Ou tenha tido mais contato, empatia, carinho... ou tenha recebido também... Enfim,

ou que não tenha tido... Enfim, uma pessoa que não tem história comigo, que é um paciente que está ali... então, é assim, eu vejo assim: Hoje, o que eu tenho que ter é o controle dessa emoção, mas não significa ser ausente do que se pode sentir pelo outro.

Então, assim, o extremo do stress emocional de quando meu pai morreu não me fez ser racional. E hoje, para ser racional, eu tenho que ter emoção na medida certa. Mas não ausência de empatia ou sentimentos. Não ausência de compaixão, acho que a palavra é essa.

Aqui, eu tive emoção demais com meu pai morrendo e o racional totalmente bagunçado – ele vai se levantar no velório! É meu pai! E ele vai falar para todo mundo: “O que vocês estão fazendo aqui?” É insano alguém que tenha tido um aneurisma de aorta, que se rompeu, fazer isso! Não vai, pois está morto! Então, naquele momento, o excesso de emoção e sofrimento não me permitiu racionalizar com todo o conhecimento técnico que eu tenho.

Passou durante o velório mesmo, pois eu já estava convencida da morte dele, mas eu temia ver o atestado de óbito e o que estava escrito ali. Eu concluí que ele estava realmente morto depois que eu o li. Soube que ele não levantaria mesmo; e, assim, do lado de lá o stress emocional, do lado de cá, eu não posso ter o stress porque eu preciso da parte racional do cuidado ao outro que espera de mim, como médica, desse cuidado. É a minha profissão diante disso.

Falando de morte, quando se morre? Mas ao passo que eu tenho que ter um controle emocional para fazer esse equilíbrio, eu não posso não ter compaixão porque eu já não consigo mais não ter. Então, compaixão, caridade e misericórdia são três coisas que me modulam para conseguir lidar com a morte do outro de um jeito mais doce, respeitoso e conseguir fazer o meu trabalho racional melhor.

E foi a compreensão da nutrição que me fez entender isso melhor através do aspecto orgânico. Acho que é isso! Fico feliz por poder compartilhar com você minha história e de poder falar quarenta minutos uma coisa que eu realmente não me preparei para falar...

ENTREVISTA 3:**RELATO LITERALIZADO – ROGÉRIO**

“O que em sua formação ressoa em seu manejo com a morte de um paciente que está sob seus cuidados?”

Eu sou formado em medicina e estou no 3º ano de residência em ginecologia e obstetrícia. Da formação, do que me foi passado e que me foi construindo durante esses anos para lidar com a morte de um paciente, foi uma coisa um pouco do que eu acho, foi de degrau por degrau. Desde o primeiro ano isso foi muito falado na parte de ética, a questão da eutanásia, ortotanásia, distanásia e de toda discriminação em torno disso, mas tudo muito teórico.

A única parte palpável, de você ter contato com a morte e com o processo de morrer, de fato com o paciente chegando na terminalidade, é um pouco já nos 5º e 6º anos, quando você começa a ter mais contato com esse tipo de paciente. Até então, você tem muito contato com paciente ambulatorial, paciente que está internado, mas é eletivo, ou então, o paciente com trauma, que chega assim e é uma coisa muito repentina; às vezes, ele morre muito rápido que também nem dá tempo de você conhecer o caso do paciente em si.

No 5º e 6º anos, já no fim da faculdade, você começa ter um pouquinho mais de contato com isso. Com pacientes oncológicos e não oncológicos, mas com pacientes que já apresentavam uma doença infecciosa mais avançada. A parte de contato guiado, nesse assunto, é mais no último ano da faculdade que tem discussões de casos.

Em uma disciplina tem discussões sobre como lidar com as várias formas de você lidar e quando o médico tem o direito de ter um induto também, daquele paciente que ele tanto investiu, que ele conheceu o paciente, a família, e também de reconhecer o limite quanto ao que você está fazendo está ajudando ou piorando o quadro do paciente.

O que você está fazendo vai acrescentar para o paciente, ou o que você está fazendo está, na verdade, provocando o inevitável. Aquilo que você está tratando não é advindo da família, ou até da sua própria ansiedade, como não deixar aquela paciente morrer por uma questão de orgulho seu. Uma questão de promessa, mesmo que não seja uma promessa feita para família, mas é uma questão de você não dar aquele sofrimento para esta família naquele momento. Isso tudo começa ser mostrado para você e você começa a ter mais contato...

Já na residência eu tive muito mais contato com o sofrimento que aparentemente é inevitável, mas que pode ser lidado de forma diferente. Você pode levar o processo da morte do paciente como uma coisa natural, como sendo uma coisa inevitável para todos nós e que chegaremos nisso inevitavelmente.

E você pode levar isso de uma forma sem ser entendida como uma luta contra a morte. O ponto é fazer o máximo que der, vamos prometer, tentar fazer, tomar medidas invasivas, transferências para UTI, intubar o paciente, dextubar o paciente; tudo isso é uma questão que você começa, aos poucos, saber quando você deve ou não fazer, porque tem pacientes que você sabe que não vão ter um benefício com este ou aquele procedimento.

Às vezes, o paciente tem o benefício de não ficar intubado, de não ficar no leito de UTI e conseguir receber aquela última visita de um familiar que está morando longe, de um irmão que estava meio brigado e que, naquele momento, quis ir lá conversar. Às vezes, isso para o paciente é mais benéfico do que para o próprio familiar. Você começa a ver e ouvir tudo isso!

Muitos familiares vêm me agradecer por eu não ter feito, quase nada comparado com aqueles pacientes que foram levados para a UTI, e acabaram morrendo nela fora da presença de um familiar. Muitos dos familiares que viram a morte acontecer me agradeceram mais por ter deixado eles presenciarem isso, por terem participado da morte da mãe, da filha, da irmã... Qualquer possibilidade de estar presente tem essa gratidão da família, uma gratidão interna, mesmo de você perceber que talvez você tenha feito o melhor para a paciente.

É importante perceber que não foi dar um dia a mais de vida para ele, ou algumas horas a mais para ele, mas foi dar uma passagem de um jeito mais humanizado, mais digno para o paciente. Então, do lado dos familiares, o importante é estar sem tubos e máquinas, deixando-o o mais natural possível sem mecanismos para atrapalhá-lo neste último momento. Ele não pode conversar com um familiar porque ele está com um tubo na traqueia, está com cateter para alimentação e isso o atrapalha conversar.

Quer dizer, tira dele a possibilidade de falar alguma coisa que ele queria falar. E, às vezes, será essa a última palavra, a última conversa, a última... às vezes, é um pedido de desculpas, um: “Eu te perdoo!” por alguma coisa... Assim, às vezes, para o paciente e para a família é muito melhor do que você saber que, na hora em que a minha mãe morreu, tinha dois médicos em cima dela fazendo massagem cardíaca e um 3º tentando intubar.

Na maioria das vezes, esta passagem de uma forma mais natural é mais benéfica para todos: equipe, paciente e parece ser para a família também pelo retorno dado; mas isso não é fácil, você saber que tem que determinar um ponto de não mais investir. Proporcionar

conforto sim, mas nada heroico que vá tirar um paciente que está preso numa maca com sonda em quase todos seus orifícios, o que é horrível!

E tudo isso é construído com a família também! A paciente vai ter garantido seu conforto se a família também estiver confortada, pois não adianta você combinar uma coisa e praticar outra como no caso em que a paciente deseja conversar com alguém e eu não disponibilizar essa possibilidade para a paciente e explicar o que está acontecendo se sentindo respeitando seus desejos e tendo os da família em relação ao paciente atendidos.

A paciente, às vezes, topa até mais facilmente que a própria família. Ela sabe o que ela está sentindo. Ninguém chega num ponto de terminalidade, exceto os abruptos, achando que está tudo ótimo. Ninguém fala: “Oh, tudo bem, passei por 4/5 ciclos de quimioterapia e já me falaram que é a última que eu tenho, porque não estou conseguindo comer, não vou ao banheiro, não estou conseguindo andar e estou ótimo”. Ninguém em sã consciência acha isso!

A família, muitas vezes, tenta ignorar essa parte, por exemplo: “Ainda tem alguma coisa para ser feito pela minha mãe, pela minha irmã, pela minha avó?” Alguma coisa que ainda deva ser feita. A UTI tem essa simbologia de ser o lugar onde tudo é feito, onde reside a salvação, a última salvação...

Então, na UTI está a fantasia de que: “se foi para a UTI, logo terá jeito”. Então vai dar certo, uma coisa que: “Ah, a avó está morrendo, mas se ela for para a UTI ela será salva”. E, muitas vezes, não tem isso e isso tem que ser falado para e com a família para que seja construído com ela uma forma de aceitação de que o paciente tem direito a não querer medidas invasivas e você, como médico, tem o direito e o dever de falar: “Daqui pra frente não poderei fazer muito mais por ela, porque tudo que for proposto eu não acrescentarei conforto, nem milagre e menos ainda mais tempo de vida”

Ou seja, fazer uma nova cirurgia para tentar diminuir um tumor, uma nova quimioterapia mais agressiva em uma paciente já muito debilitada... Você não acrescentaria qualidade de vida e sim atrapalharia o percurso natural dela que, muitas vezes, diante de uma paciente mal você promete uma cirurgia? Você promete!

Ao prometer um novo tratamento, uma nova quimioterapia, um tubo, um ventilador, uma diálise que seja, você estará oferecendo riscos para um paciente que já não está na melhor das condições clínicas. Isso tem que ser construído com a família porque eles têm e devem saber o porquê destas decisões para não acharem que você abandonou o paciente.

E aí você perdeu a família e na hora que isso acontece ela se estressa, perde um pouco a calma e isso reflete no processo muitas vezes com a presença de questionamentos sobre o

que você conversou com o paciente. Começa questionar se você realmente fez tudo o que você conversou sobre terminalidade, sobre palição e o reflexo disso tudo para o paciente.

Se a família está irritada e acha que tem alguma coisa para ser feita e o médico está falando que não tem nada que possa ser feito, que não tem salvação como alguma coisa milagrosa, ela pode questionar você.

Quando o paciente começa questionar você e não mais a família eu acho ainda pior, porque o paciente perdeu a confiança na família e ainda fala: “Ah, se eles querem, se a minha família quiser que façam uma cirurgia em mim que eu não quero fazer. Eu já fiz sei lá quantas e não quero passar por uma nova cirurgia”. Ou, então: “Minha família quer que me intubem e que me deixe sedada em um leito de UTI, que eu não vejo a hora passar e morro dormindo, com o tubo eu não falo o que eu devia falar”.

E, às vezes, cria atrito com a própria família também. Então, eu acho que são 3 caminhos com 3 pessoas envolvidas: o médico está tranquilo porque ele está falando... Não achar que ele é o pior médico por ter pacientes que morreram.

Então, assim: “Comigo o paciente não morre! Sou um ótimo médico porque paciente meu não morre!” Isso é uma mentira, não tem como, a não ser que você lide com coisas que não envolvam o paciente em si com possibilidade de morrer como uma patologia ou anatomia patológica, uma amostra somente, um exame para olhar; fora essas, quase todos as outras vão ter contato com a morte em algum momento da vida profissional.

O principal é o paciente e ele deve estar tranquilo porque você não pode ter um paciente que está morrendo e desesperado com isso, o que não deixa o processo mais calmo. Uma conversa que o paciente precisa ter se ele estiver estressado, desesperado, achando que estão abandonando-o, que não estão fazendo mais nada porque ele é um problema: “Se fosse outro paciente com a mesma coisa eles medicariam e com ele não estão fazendo. Então, por que comigo?”

Não é com você, é que tudo com esse paciente não dá para fazer muita coisa. O paciente vai evoluir para óbito, não se sabe em quanto tempo, mas será uma coisa inevitável. Então, o paciente sabendo disso, ele fica mais calmo e, às vezes, até essa calma melhora o quadro dele – a pessoa dá uma melhorada, a dor já não é tão mais insuportável, a falta de ar não é uma coisa que incomoda tanto... não que ele aceite, mas ele entende o que está acontecendo.

Então, pára de ter um componente de desespero e de ansiedade que deixa tudo pior. E também a família, a 3ª pessoa, a 3ª entidade envolvida é a família que deve ajudar nesse processo. Tem que ajudar o paciente a trazer informações novas como: “olha, tem que

conversar com o primo, conversar com alguém, tirar alguma dúvida com algum médico: ‘Ah, aquele exame, o primeiro que eu fiz já dava para saber o que eu tinha? Já estava desse jeito? Tudo que eu passei nesses anos teve algum motivo? Eu precisava ter feito tantas cirurgias como eu fiz? Eu precisava fazer tantas quimioterapias como eu fiz? Se eu não tivesse feito nada no começo eu estaria melhor ou pior agora?’”

Muitos desses questionamentos, a família traz junto com o paciente porque, a partir do momento em que o paciente começa a fazer um tratamento, cada vez mais paliativo do que curativo, é paciente e uma família que estão acostumados com notícias ruins. Então, eles querem saber se aquelas notícias ruins foram dadas nos momentos certos ou se já deveria ter sido dado uma notícia logo no começo.

Então, a melhor coisa que eu vejo muito acontecer: “Ah, mas o primeiro médico que me viu lá no posto de saúde, quando ele viu a minha mamografia e viu que era um câncer, ele já não poderia ter me dado a opção de eu não fazer nada de tratamento?” Poderia, não sei... E, às vezes, a família também traz essas informações.

Acho que fugi bastante! (risos) A parte de formação... É difícil você ter uma formação fechada, padronizada e protocolar ensinando o que se deve falar, como se deve falar, o quanto se deve falar sobre... Alguns pacientes, você sabe que eles estão em processo de morte, mas o paciente fala que não quer saber. É direito do paciente e daí você muda todo esse discurso com o paciente: “Você pergunta como é que ele está, mas não dá previsões, de data, de tempo, de exames, nada; você está fazendo vista grossa do processo de piora do paciente, mas é um paciente e uma família que pode não querer saber”.

Então, você tem que ter dois discursos com a mesma coisa. E são pacientes com níveis de instrução e autoconhecimento diferentes. Às vezes, é um paciente que tem completamente noção do tratamento dele, que acompanhou e sabe o que é uma quimioterapia e para que ela está sendo feita... Ele pode não saber nos termos técnicos, mas sabe o que se é esperado de acontecer quanto uma ou outra coisa.

Se a cirurgia é curativa ou não, algumas pessoas sabem já outras não. Alguns entregam na sua mão e falam: “Faz o que você acha melhor.” E os discursos são diferentes, os momentos de se falar são diferentes, os jeitos de se falar são diferentes. Você explicar para um paciente que tem completo conhecimento e entendimento do que está acontecendo com ele, de que aquela última linha de tratamento para ele é só de conforto, não é mais uma cura; às vezes, é mais fácil você falar diretamente do que um paciente que entregou tudo na sua mão e não quis saber do que...

A gente lida com as famílias que, até o último segundo, não deixa você falar para o paciente que ele tem câncer. Em princípio, é uma doença diferente, é um mioma, alguma coisa... Eu sou contrário a isso! Eu, pessoalmente, tenho que me convencer muito de que o paciente não pode saber mesmo. Porque eu sou a favor de que o paciente deva saber.

Ele se olha no espelho, o paciente olha no espelho, e percebe como uma caveira porque fez quimioterapia. Como isso pode ser apenas um mioma? O paciente sabe que o que ele tem é grave! E a coisa cultural que mais você sabe de gravidade é câncer. É a primeira coisa que você pensa. Ninguém faz quimioterapia para uma coisa que não é tão sério.

Então, o paciente deve saber, mas tem pacientes que não querem também e famílias que também não querem saber. Os discursos são diferentes: “Isso é comentado”, “isso é passado”, “isso é passado de cima para baixo”. Assim que um médico mais experiente passa uma informação, e você teve a disciplina de ética médica, principalmente no 6º ano, não sei se ainda tem nesse modelo, mas tinha também os grupos de discussão sobre terminalidade a questão se torna mais fácil.

De algum jeito isso é falado na formação, seja através de conversas em grupos e compartilhamento de experiências próprias; mas, assim, quando você fala isso para um acadêmico que ele não teve ainda a experiência de falar com o paciente e com a família, isso não tem tanto efeito.

A partir do momento em que você entra na residência isso inverte porque agora você é o cara que tem que dar a notícia, que tem que conversar e explicar para a família... É você que vai contar para o aluno, para o interno como foi essa conversa para daí ele ter isso como um modelo, não a ser seguido, mas como um guia. Eu acho que a formação é muito pessoal. É muito necessária ter alguém que dê esse guia e norte, mas é muito pessoal e tem pessoas e pessoas também, médicos e médicos...

Existem pessoas que sabem conversar de uma forma clara, possível de entender e com calma que não estresse ainda mais o paciente. Têm pessoas que não conseguem e que não têm treinamento; eu acho que vai do jeito que a pessoa fala e vê a coisa! Você pode até padronizar, mas o produto final é muito pessoal e uma formação é mais ou menos isso, composta pela sua vivência e contato com os vários pacientes que você precisou atuar com essas conversas compartilhando as várias experiências de vida dos pacientes e das famílias.

As suas experiências você já fala para cada paciente: “Oh, eu já tentei esse tipo de coisa e não deu muito certo, deveria conversar todo mundo junto, separei família de paciente, separei as pessoas da família e conversei com cada uma em momentos diferentes, mas cada um é diferente, então é difícil você padronizar!”

Eu acho interessante você ser o primeiro cara a falar: “Precisamos falar sobre isso!” Porque, mesmo que não tenha esse cara que, na sua formação, falou: “Precisamos falar sobre isso!” Quando você estiver atuando você vai ter falar sobre isso. Então eu acho que ter uma formação específica é muito importante, mesmo que na prática ela seja muito pessoal.

Para mim, a morte de um paciente já foi pior! Já foi mais difícil! A morte do meu paciente deixou de ser um tabu e passou ser uma questão de não posso falar sobre isso, não quero falar sobre isso, ou então, eu me sinto pior como médico!

Eu acho que já falei um pouco antes: “Já chorei por morte de pacientes”. Não porque eu achei que dava para fazer alguma coisa, mas pelo processo todo, pelas questões familiares envolvidas que, na hora que você começa a lidar com a morte, você não tem somente o meu paciente que morreu, mas também as pessoas que estão ficando.

Quando você tem um paciente terminal ou um paciente que morreu, você tinha aquele paciente para cuidar que agora você não tem mais, mas você herda uma rede familiar ali que, naqueles primeiros momentos, primeiros dias, vai recorrer muito a você. Na enfermaria eu tive o caso de uma filha de uma paciente que voltava de dois em dois dias, por uma semana, para conversar comigo.

A mãe dela já tinha morrido há uma semana, mas, mesmo assim, ela precisava tirar dúvidas porque quando ela chegava em casa ela ficava pensando, daí ela voltava e era uma pessoa que não era minha paciente. Não tinha um vínculo comigo de médico e paciente. Ela criou esse vínculo comigo porque era eu que estava lá quando sua mãe morreu.

Daí eu que tive que conversar com a família. Eu que trouxe aquela informação toda para eles e tentei explicar o processo da morte e a busca por conforto. E eles vieram conversar de uma forma não agressiva, mas procurar uma explicação para seus novos questionamentos de uma pessoa que não havia conseguido explicar do jeito que eles tivessem gostado antes. Então eu acho que você herda isso!

Então, a morte de um paciente para mim pode ser dolorosa e pode ser assim: “Eu não queria que esse paciente morresse”. Mas ela não é uma coisa que me atormenta mais, assim, de falar. Não tenho medo de falar sobre isso ou receio, que preciso que alguém esteja junto comigo e fale no meu lugar com a família, terceirizando a função. Eu acho que deixou de ser isso, porque a partir do momento que você começa a perceber que é sua função e que você não estava ali somente para cuidar e curar. Você também estava para dar o último apoio, o último conforto...

Isso vira uma parte do seu trabalho e eu digo até que é uma parte prazerosa, não a morte em si, mas o processo de você aprender a criar isso e perceber que você conseguiu criar

isso de uma forma boa. De você conseguir trazer entendimento naquele momento de ansiedade, de você trazer conforto no momento de dor, de angústia, de desespero, e ver que você conseguiu fazer isso é prazeroso também de uma forma meio “deturpadinha”, mas o é.

Óbvio que continuamos sempre entendendo o outro lado, assim, é difícil falar disso desde o começo: “Ah, esse paciente não adianta mais fazer nada”, desde o começo! Não, você vai tentar, você vai tentar até você chegar no seu limite ou até chegar no limite do paciente. É difícil você, de cara, falar assim: “Essa paciente não merece um tratamento porque ela não vai aguentar”. Para ela o processo evolutivo da própria doença vai ser mais confortável do que você expor prontamente todo o prognóstico do caso.

A paciente muito idosa e cheia de deformidades, às vezes, você deixar o processo natural da doença, explicando para paciente e para família sempre é, muitas vezes, a melhor escolha, mas eu acho que é a minoria, infelizmente. Você vai tentar tratar, você vai oferecer medidas, tudo para paciente e para família, mas você também sabe que, em alguns casos, você não vai conseguir! Não é 100% de aproveitamento, não é essa palavra, não é 100% de cura, mas sim de melhora e de resposta.

Então, você tem que identificar o outro lado, que faz parte do seu dia-a-dia. Então, se você não se acostumar com o processo da morte, com o processo da conversar sobre ela, se transforma em uma grande angústia para você também, para o próprio médico. Porque você não está preparado para isso. Se você estiver minimamente preparado, você nunca estará preparado para tudo, mas se você estiver minimamente preparado isso lhe dará um fechamento de tudo.

Você tentou, você tentou... Você fez um tratamento a mais, achou melhor não fazer e chega no fim que, às vezes, é a cura, mas aquela paciente poderá voltar para você e ainda entrar no ciclo de um novo tratamento, tratamento, tratamento e evoluir para óbito. Ou ela vai ter outra complicação e não passar mais por você ou uma paciente que você vai tratar, tratar, tratar e vai morrer. Então, fecha um ciclo!

Eu acho que isso é importante. Você participar desse ciclo também... Ao invés de: “Eu não lido com morte de um paciente eu só tento curar e na hora que ela morrer eu não participo”. Fica uma coisa meio aberta! Um nó não dado, né? Eu acho prazeroso para nossa função e profissão de médico, sempre fechar um ciclo.

Seja ver o paciente ir embora curado sem previsão de volta no seu ambulatório porque ele está bem. Seja um paciente que você tentou operar e melhorou ou não; você fez um tratamento e até melhorou um pouquinho, mas você vai continuar seguindo-o por bastante tempo ou um paciente que vai evoluir para óbito.

Acho que, nos 3 casos, tiveram seus fechamentos, um ciclo que se fecha! Eu acho que é importante isso! Você começar e ver o fim, e também o óbito não é a mais legal delas, mas faz bastante parte. E hoje em dia eu vejo assim, eu fico feliz porque era uma coisa que me dava muito medo na época de faculdade. Lidar com a morte... eu tinha medo das enfermarias, onde os pacientes morriam, assim na oncoclínica como um todo que é onde você tem mais contato.

Tinha medo das enfermarias porque, assim: “Como eu vou lidar com isso?” Mas, a partir do momento em que você ganha uma certa confiança, ganha um certo jeito de você falar, uma coisa mais pessoal sua, que faz parte do seu dia-a-dia. Então, faz parte do seu tratamento também a partir dos feedbacks positivos das famílias.

Feedbacks positivos: “Com aquela família eu mandei bem!” Eu vejo que eles estão indo embora mais tranquilos do que chegaram. Mesmo tendo perdido, eu fazendo parte do processo de luto deles, eles estão indo embora mais tranquilos. Nunca felizes, porém tranquilos.

Acho que isso é uma coisa prazerosa: “A minha função, eu fiz com aquela paciente”. Não conseguiria fazer mais nada, mas eu consegui dar um conforto para ele até o último minuto e consegui dar um conforto, aonde seria difícil de dar, que é para a família que ficará no momento em que o paciente se for.

Então, eu acho que é isso... Hoje em dia eu vejo assim! Eu vejo também a parte que pode ser gratificante. Prazerosa não seria uma ideia boa. Gratificante fica uma ideia melhor. Uma função gratificante sua de você ver que você conseguiu, naquele momento tão difícil, difícil de falar, difícil de trazer questões, tipo: “Vamos dar mais conforto e parar de investir”; isso transformar em uma forma de conforto para família e paciente. Então, eu vejo isso!

As experiências são várias, mas as marcantes são poucas, de marcar a ponto de eu lembrar o rosto do familiar que veio conversar comigo... Mas tem, tem essa aí de uma senhora super jovem com um câncer de mama que ficou por 4 anos, se eu não me engano, acompanhada pela filha. A filha era nova também, com uns 20 e poucos anos, quem acompanhou todas as internações da mãe comigo na enfermaria umas 2 ou 3 vezes no mesmo mês, por exemplo.

E diante de uma complicação ela acabou falecendo, em uma noite de um plantão que eu não estava. Então, eu tinha visto ela pela manhã, estava mais ou menos igual, fui embora e ao longo daquele dia ela foi piorando, piorando, piorando até chegando a falecer a noite.

Cheguei no dia seguinte e ela não estava mais lá, me relataram o ocorrido com o caso, pois era uma paciente que eu gostava bastante. Uma paciente do bem, animada, não animada

demais, mas apresentava uma forma de lidar com a doença dela com alegria, tentando sempre fazer piadas, extrovertida.

E a filha, tal qual, sempre brincando muito também, sempre brincava com o problema. Brincava que a mãe estava careca... E a paciente teve uma complicação grave e acabou falecendo. Ah, no dia seguinte, a família não veio me ver porque eles estavam cuidando do velório, mas, no segundo dia a filha veio e gastamos uma meia hora, 40 minutos conversando. Uma conversa bem tranquila!

E não foi pedindo explicações e sim para perguntar o que eu achava, o que eu estava sabendo, porque eles ficaram meio angustiados de eu não estar lá, na hora. Cuidei dela todos os dias. A mulher ia para casa melhorava e voltava, a mulher ia para casa melhorava e voltava, e nessa 3ª internação ela não conseguiu ir embora. Então, eles vieram me perguntar porque eu não estava lá na hora?

Ficaram preocupados comigo, de eu ter chegado lá no outro dia e ela não estar mais lá. Foi uma conversa bem gostosa, pois a filha dela tinha o direito e a possibilidade de estar em qualquer outro lugar. O último lugar que ela devia estar seria aqui, no hospital, onde a mãe dela morreu dois dias antes.

Ela não tinha mais nenhuma ligação com aqui, mas ela fez questão de voltar, e ainda voltou mais umas duas ou três vezes para falar com as enfermeiras que ela não tinha conseguido falar na ocasião do óbito e ela sempre trazia um presentinho, alguma coisa para elas.

E ela fazia questão de agradecer a equipe por tudo que conseguimos fazer, por ter dado um pouco de conforto para ela, aonde ela achou que ela não teria por ter perdido sua mãe nova, com 44 anos de idade. E isso trazia um medo pra ela. Porque era câncer de mama, ela é mulher, filha... então, assim, deu uma angústia muito grande.

Ela conversou sobre isso. Ela estava preocupada com ela agora. Com ela e com a filha novinha dela, com 1 ou 2 anos de vida... E estava preocupada com isso, fato da mamãe que foi cedo e o que ela deveria fazer daqui para frente... Ela conversou um pouquinho sobre a mãe e depois começou a perguntar dela. Que ela estava mais angustiada agora e queria, se ela passasse pelo mesmo processo, ter a certeza de que ela seria tratada do mesmo jeito.

Isso é bem gratificante para mim, para as enfermeiras que estavam lá e para equipe toda porque foi uma família que voltou ainda por algum tempo. E todo mundo conhecia, deixava ela entrar, na recepção era só deixar entrar, deixa, deixa... entrar! Nós sabíamos o que ela vinha fazer. Ela vinha conversar, tirar dúvida, ver como estavam as pessoas, vinha conversar com os outros pacientes que ela acabou conhecendo durante os longos dias.

Tivemos experiências ruins e menos agradáveis de famílias que foram agressivas, mas que depois viram que não se tratava de um abandono da nossa parte, só não queríamos anunciar a piora da paciente e que viram depois como uma coisa boa nós termos dado aquele tempo com a paciente lúcida, falando sobre tudo e sugerindo para ela conversar com o irmão que estava morando longe e com o neto que queria ver a avó que estava internada já há 15 dias... Então, perceberam depois que aquilo lá foi melhor para própria paciente.

A paciente agradeceu por não ter ido para UTI e nem para o centro cirúrgico. Enquanto, a família queria, queria, queria... insistia, insistia, insistia... e isso depois eles voltaram e viram que não era tão assim. E vieram agradecer também. São dois exemplos que eu tive que eu mais me lembro. Tive vários outros parecidos, com esses dois opostos: família que sempre ajudou no processo todo e foi uma coisa bem fluida e fácil; e a paciente que a família foi combativa, a paciente foi combativa e no final deu certo.

Não estou me gabando, nem tenho tanta experiência assim. Tem casos em que a família ou o paciente que brigou durante todo o processo, que questionou tudo, não aceitou a morte e saiu reclamando e criticando tudo. Porém, eu não tive esse contato, então, não saberia falar, de uma família que não aceitou o processo e que até hoje questionam e reclamam, isso eu não tive, ainda!

ENTREVISTA 4:**RELATO LITERALIZADO – EUNICE**

“O que em sua formação ressoa em seu manejo com a morte de um paciente que está sob seus cuidados?”

Eu tenho 32 anos, fiz faculdade de medicina e entrei direto na residência de cirurgia geral em São Paulo e agora estou na UTI. De formação acadêmica eu acho que muito pouco ou talvez nada. O que ressoa na minha formação como pessoa aí eu posso dizer algumas coisas pelas quais eu passei e que talvez me ajudem a lidar com esse tipo de situação.

Minha mãe é psiquiatra e acho que o manejo dela com os pacientes e com as pessoas, de alguma forma, é diferente de você tratar as pessoas, de ver os pacientes e enxergar para além deles: seus problemas, conflitos e principalmente a família.

Na minha formação em UTI procurei ir atrás de cuidados paliativos porque eu acho que a morte faz parte da vida e, principalmente dos médicos, que têm uma dificuldade muito grande de entender isso. A morte vai acontecer independente do que eu faça, ou mesmo qualquer intervenção que outras pessoas possam fazer.

As pessoas vão morrer, não somente os pacientes, mas todo mundo vai morrer um dia. Tentamos postergar isso o máximo possível! Mas acho que acabamos transformando esse processo em sofrimento. No sábado, eu fiquei no posto a manhã inteira! Aí eu tinha um paciente que estava muito bem, eu ia dar alta para ele, aí ele falou: “Nossa!”

Eu sempre pergunto para o paciente: “Como você passou a noite? Você conseguiu dormir bem?” O sono eu acho muito importante. E aí ele falou: “Nossa, tem muita gente aqui que fica gemendo. Como as pessoas sofrem para morrer, né?” Eu acho que é exatamente isso. Acabamos postergando tanto tentando intervir, não deixando que a morte aconteça, e isso atrapalha mais do que ajuda.

Então, eu acho que foi mais a minha formação não acadêmica que talvez tenha me ajudado a ver as coisas da forma como eu as enxergo. E eu enxergo a morte desse jeito, como se fosse parte da vida e que tem certas situações em que não é uma droga que eu vou dar que vai mudar, não é o antibiótico, não é colher uma cultura...

É falar para o paciente e para a família que eu estou ali; é dar um abraço... Faço bastante abraçoterapia nos meus pacientes e familiares. É mostrar que aquilo faz parte e que

faremos com que essa transição, essa passagem e esse momento seja o menos traumático possível tanto para o paciente quanto para família e para quem fica.

Muitos pacientes estão sedados e intubados, então eu falo: “Não é o paciente que está sofrendo. Ele está com analgésicos; quem está sofrendo são vocês que estão ficando”. O processo de morrer envolve mais do que só o paciente, nos envolve também e principalmente a família.

O morrer de um familiar é algo muito traumático e, às vezes, escutamos: “A minha mãe já morreu aqui, agora meu pai está passando pela mesma situação. Eu não queria que ele partisse do mesmo jeito...” Eu tento fazer isso de uma forma diferente.

A morte de um paciente depende de diferentes situações, desde quem é este paciente até pelo que ele está passando... Como tem pacientes muito jovens que chegam com o quadro muito grave... Teve uma semana que tivemos um paciente com um quadro gravíssimo que nem deu tempo de descobrir exatamente o que era, ficou mais na suspeita do que seria. Ele teve uma endocardite, suspeita de uma vacinação viral secundária do H1N1; e é muito decepcionante e frustrante.

Às vezes, com alguns pacientes que ainda não chegaram no que seria “final da vida”; porque, quem sou eu para falar qual é o fim da vida de uma pessoa, pior ainda para alguns pacientes um pouco mais jovens; porque temos bastante pacientes oncológicos e neurológicos que acabamos perdendo e isso é muito frustrante!

Eu sou muito aberta e sempre falo bastante principalmente para a família: “Eu lamento muito não ter mais nada que eu possa fazer, não ter nenhuma terapia que eu possa oferecer que revertesse isso”. Porque faz parte da ordem natural das coisas as pessoas falecerem, mas não tão rápido! Por exemplo: a situação de um paciente oncológico grave e jovem ou não daquela forma, ou não com tanto sofrimento.

Aqui é bastante grande e temos muitos pacientes muito diferentes com todos os tipos de diagnósticos. Foi um dos motivos pelo qual eu escolhi estar aqui! Muitas vezes, nos deparamos com esse tipo de situação em que você se sente um nada.

Em relação ao paciente eu sou igual a moça da limpeza. Eu não sei nada mais que eu possa fazer para mudar ou para reverter o quadro. Então é muito frustrante. Eu me sinto péssima e realmente um nada. Quando só podemos oferecer o conforto, o abraço, o silêncio e deixar eles falarem, chorarem e expressarem o que eles quiserem dizer, fazer, falar....

Por exemplo, uma senhorinha de 94 anos, com uma insuficiência cardíaca descompensada, eu cheguei e conversei com os filhos dela e falei: “Olha, faz parte, ela tem 94

anos e já viveu bastante”. Eles contaram todas as coisas que ela fazia e disseram que se ela saísse dessa ela sairia com a unha feita!

É fato, sabe, ela está rebaixada, eu vou sedar, intubar para prolongar uma vida que hoje sabemos o desfecho e aonde vai chegar? Então, nesses momentos, ela está ótima, ontem eu vim servir o jantar para ela, ela comeu horrores que eu fiquei até assustada de tanto que ela comeu.

Às vezes, têm pacientes que eu fico feliz quando eles finalmente partem, outras vezes não, tem uma grande parte, principalmente aqueles que ficam no posto B por séculos, que têm pacientes internados lá há 6 meses, 9 meses...Você sabe que não vai conseguir devolver para ele o mínimo de vida. Aquilo não é vida, aquilo é sobrevida. É algo que a gente impôs e tem que ser desse jeito. Algo que a gente faz!

Com a medicina acabamos produzindo um monte de coisas. Os pacientes têm tubo aqui, tubo ali, outro na narina, um aqui, outro na uretra, um na “gastrostomia” e eles nem abrem o olho. Ou se abrem o olho é só; o que é isso? Então, também já conversei muito com a minha mãe sobre isso, a minha mãe teve câncer de mama, “ressedivou”, então, tivemos a oportunidade de conversar bastante... Que eu sempre procuro fazer com os meus pacientes o que eu gostaria que fosse feito para mim ou para minha mãe nestas condições.

A minha mãe não iria querer um tubo em nenhum lugar que fosse. Ela quer conforto, ela quer dignidade. Morrer do mesmo jeito que ela viveu: bonita, alegre, feliz podendo ainda fazer o mínimo das coisas que ela fazia antes... Então, certos pacientes, quando eles partem, é um alívio! Não só para nós, mas principalmente para a família, porque o paciente está sofrendo nesse tipo de situação. Às vezes, nem está aqui mais!

Passa tantos dias, tantas semanas, tantos meses sem abrir os olhos e a enfermagem vira para um lado, vira para o outro, aspira, aumenta a dieta, vomita a dieta... Nossa! A senhora que estava do lado dessa de 94 anos, teve uma insuficiência hepática e fez uma “interorrágia” que eu quase chorei. Falei: “Meu, isso não é jeito de morrer, não é justo, é injusto você deixar uma senhora passar por esse tipo de situação. Muito triste!”.

Nossa, aqui o centro médico proporciona todos tipos de experiência, uma coisa que eu falei para minha mãe que é muito interessante é que costumamos ganhar presentes e os mais bonitos, os mais carinhosos; porque, às vezes, vale mais você receber um cartão do que ganhar uma bolsa, por exemplo. Foram das famílias dos pacientes que partiram e isso é muito satisfatório! E muito... faz com que você fique se sentindo muito bem.

Tem um caso que, esse é o melhor que eu fiquei meio que sentindo assim bem, sabe, muito feliz! Eu recebi uma paciente aqui, jovem, uns 50 e poucos anos com um quadro de

ELA avançada. Ela estava na casa dela já fazia duas semanas com sonda nasal, pois não conseguia comer, porque quando tentavam fazer ela engolir, saturava, ficava desconfortável, queria voltar e ela fez uma “policistite”. Mas eu acho que foi uma sorte ela vir para cá. E no que ela veio para cá, ela falou que não queria ser operada porque se ela fosse operada ela precisaria ser intubada e ela não queria uma “gastrostomia...”

O marido dela falou para mim que ela quase fez ele assinar um termo no cartório dizendo que ela não queria tubo em nenhum lugar. E ela veio para cá, estava na enfermaria tratando com antibiótico essa policistite que é algo que nós não fazemos aqui, é um problema que se resolve cirurgicamente. E aí ela subiu para cá por causa do padrão respiratório.

Ela chegou sem acesso... Aí você pensa: “ELA, é aquilo que tira toda a inervação dos músculos e o paciente não faz nada”. Ele começa não andando, começa a engasgar e daí não fala porque os músculos perdem toda inervação e vai ficando tudo flácido. Então, sabemos a trajetória de um paciente com ELA. Você sabe que ele vai se tornar um “traqueostomizado” e um “gastrossomizado”, fato!

E quando ela veio para cá, eu fiquei muito irritada com esta situação. Porque, você vai me mandar uma paciente com ELA para cá que não vai nem operar? Vai ocupar o leito de um paciente que precisa. E, na verdade, ela precisava muito vir para cá? Muito!

Quando ela veio estava lúcida e orientada, só não falava, o restante era igualzinho nós. Também tinha a casa dela, seus filhos, uma pessoa que tinha um bom nível social e cultural e aí o negócio começa ficar diferente, você meio que se coloca nessa situação.

Eu faço muita projeção, comecei a conversar com ela e vi que ela era uma paciente lúcida, então falei: “Olha, eu preciso pegar uma veia do seu pescoço porque a senhora não tem acesso nos braços, se não toda hora vai vir alguém aqui furar a senhora e isso vai ser muito incômodo. Agora vai doer um pouco, mas logo vai passar...”

E a família queria estar junto com ela durante todos os procedimentos: banho, troca, durante isso, durante aquilo e eu com muito medo de ficar sozinha... Acho que por ser tão lúcida, orientada e que escutava tudo, acabamos, diante de tanto sofrimento, nos distanciando. Então, chega para dar banho no paciente, a enfermagem fala bobagem e acaba escapando mesmo. Acho até que é uma forma de conseguirmos lidar tranquilamente com essa situação.

Aí fui conversando com ela, o marido contou essa história de que ela não queria nada e eu vi que ela precisava de apoio, de um pouco mais de esclarecimento porque daquele jeito com a sonda nasal ela não ia durar muito tempo e que eu poderia oferecer uma vida melhor do que essa que ela estava tendo. Então eu deixei...

Ela chegou e eu falei que ela precisaria receber alimentação e que nós teríamos que resolver isso de algum jeito e que eu ia precisar conversar com ela, mas primeiro eu queria que ela se acalmasse e se ambientasse.

E aí o marido dela não queria... o que eu faço com ela? Queria que eu falasse com ele para ele conversar com ela. Eu falei não! A minha relação é com ela. Ela é a minha paciente. Então eu fui... Eu sempre assim, comecei falar com ela: “Eu gostaria de conversar com a senhora sobre a ‘traqueo’”. Aí ela começou chorar. Falei: “Não, enquanto a senhora estiver chorando eu não vou conversar, pois a senhora nem ouviu ainda o que eu tenho para falar”.

Aí eu fui, expliquei para ela a importância e disse que ela ia tirar isso daqui que deformava o rosto dela. Um triângulo de plástico que fica aqui jogando ar com força e que ela conseguiria falar porque ficaria com os lábios livres, logo entenderíamos o que ela falaria e não teria falta de ar. Higienizar a “traqueo” é uma coisa muito simples!

E outra coisa, precisaremos fazer uma “gastrostomia”. Aí começou a chorar. Falei: “Não, por favor não chore, escute o que eu tenho para falar: ‘A senhora vai querer que passe um tubo no seu nariz para ficar raspando a sua garganta causando náuseas? A senhora não consegue comer pela boca e daqui para frente ainda não sabemos’”.

Sabe, há dez anos que ela tinha ELA. É muito tempo para ela ficar desse jeito, fazer agora “traqueo” e “gastro”. Fui e conversei com ela! É muito importante você conversar com o paciente e com a família para eles saberem que eles podem confiar em você e que você falará a verdade para eles. É muito importante ter confiança para o sucesso do tratamento.

E aí foi muito legal porque ela chegou aqui, eu achando que ela iria morrer, ela achando também que iria morrer... E a família parecendo gato, você chegava perto já arrepiava e, por fim, eles ficaram no banho, coisa que a enfermagem não suporta que familiar fique durante o banho. Ficavam no banho e ajudavam de verdade.

Ela fez aniversário aqui de 52 anos e foi embora para casa dela. E, no dia que ela foi embora, eu falei: “Ah, hoje não sou eu, que estou acostumada cuidar da senhora. A senhora está com outra doutora – fique tranquila!” Porque depois que você cria uma ligação é difícil você passar o cuidado para outro, mas essa é a melhor médica e pessoa que existe aqui... Aí ela balançava assim a cabeça. “Mas ela é boa, ela vai cuidar da senhora...”

Eu dei codeína para ela porque ela tinha muita tosse por causa da “traqueo”. Então, você vai tentando fazer coisas para deixar o paciente confortável, para ele ficar bem; poxa vida, embora nem sempre aconteça isso: “Ah, o protocolo não manda fazer isso!” Mas é o seu paciente e não o paciente que chegou. É uma pessoa específica!

Bom, aí ela balançou a cabeça: “O que foi?” Ela falou que eu era a melhor médica do mundo, a médica dela. Eu era o anjo da vida dela. E olha... isso não tem preço e nem palavras. E aí eu falei que é por isso que a gente faz o que a gente faz! Ela está no final da vida? Está! A doença dela é terminal? Sim! Ela vai morrer bem antes que eu, que a minha mãe, que você? Vai! Mas o meu objetivo é dar o máximo de conforto possível até que chegue a hora dela, que não sou eu que vou determinar, obviamente!

Isso foi uma coisa muito legal, que eu fiquei muito, mas muito feliz. Você realmente fazer a diferença para uma pessoa. Você ser o fator modificador da doença. E ela tinha uma família que apoiava muito, dois meninos e uma menina e o marido super dedicado.

Você percebe que eles eram meio ariscos também entre eles, pois tudo era em função dela, por exemplo: a primeira vez que ela foi tomar banho sozinha, que ela veio tomar banho aqui e o pessoal não queria que a filha ficasse, eu falei: “Eu vou ficar! Eu vou ficar...” Ah, segura a cabeça dela, ela bateu com a cabeça na grade. “Eu seguro a cabeça dela. Pode ir!”. E ela começou a chorar e falava para filha dela: “Não vai embora, não me deixe sozinha” Eu falei para ela (filha): “Vai! Eu vou ficar aqui com a sua mãe!”. Até eu dei banho nela...

Aí, quando ela saiu, ficou só eu, eu falei: “Não pode fazer isso com sua filha. Jogar esse tipo de responsabilidade em cima dela. Nem 18 anos ela tem. Ela é uma criança e ela passa o dia inteiro aqui cuidando da senhora”. Então, lindo, não sei o que, depois nas costas é outra coisa... Não, é sinceridade!

É olhar no olho, é dar o suporte que precisa, dizer isso é possível, é ser sincero! Vai doer, pode estar com medo de fazer a “traqueio”, a “braquio” que é dos que mais dói e pode ter que ficar para sempre eu não sei, pode tirar... Aí teremos que viver um dia de cada vez. E aí vai... Foi bem legal, eu sei porque me senti muito bem mesmo de ter feito uma coisa boa.

ENTREVISTA 5:**RELATO LITERALIZADO – ROSIMEIRE**

“O que em sua formação ressoa em seu manejo com a morte de um paciente que está sob seus cuidados?”

Sou intensivista. Sou formada no exterior e a formação que recebi quanto aos cuidados e acompanhamentos no final da vida foi muito pouco. Na verdade, em nenhuma parte do mundo nos prepara para acompanhar os pacientes e as famílias nesses processos.

Teriam que, não sei como, ser autodidata talvez, aprender a lidar com essa situação, igual no hospital onde eu trabalho, sempre que há situações desse tipo temos o acompanhamento da psicologia, psiquiatria e serviço social quando são situações muito complicadas. Mas não tive nenhuma formação a respeito!

Como parte final de um processo inevitável em que todos, em algum momento, vamos participar; muitas vezes, é complicado essas situações quando a família, mais que tudo, e mesmo o paciente não têm consciência do processo para o desenlace inevitável que é a morte.

Como intensivista, o mais difícil é sempre dar a má notícia para a família e tranquilizar os demais pacientes. Às vezes, sinto que os pacientes gostam quando eu digo: “fiquem tranquilos, porque vamos cuidar e ajudá-lo a morrer...” porque, às vezes, não há mais nada que se possa fazer.

Isso me parece muito difícil e o que ajuda para abordar esse tipo de situação é a experiência. Obviamente a primeira vez é muito duro, mas depois você vai adquirindo certa força e encontrando um tipo de linguagem verbal e não verbal com a família e os pacientes. Creio que a experiência seja a única facilitadora!

Recordo-me muito do caso de um paciente de 36 anos, que chegou ruim com problema respiratório rapidamente progressivo e que dois dias depois morreu. Não sabíamos o que o havia matado. Foi mandado direto para autópsia. Nós, por lei no exterior, temos esse tipo de conduta que nos permite enviar rapidamente para a autópsia quando não é clara a causa da morte.

Deu-me muito pesar porque me tocou muito a família que foi no fim de semana e o acompanhou desde que entrou na UTI até a morte dele. Todo esse processo meu tocou porque me fez pensar que todos podemos estar nessa situação e o que mais fortalece é a família e a

serenidade, a tranquilidade que, como especialista, a leitura da linguagem verbal e não verbal para contar como é a situação para cada um.

É muito difícil os pacientes que chegam muito ruins e que, rapidamente, pioram e morrem, pois têm famílias que não entendem. Tem até as famílias que acreditam que o sistema os matou ou que o especialista deixou de realizar algum procedimento, mas também têm que entender que são formas e que a primeira etapa é a de negação; temos que entender isso!

Eu creio que para enfrentar esse tipo de situações foi a minha experiência pessoal que me ajudou de quando a minha mãe morreu na UTI e os intensivistas de plantão, naquele momento, não tiveram tanto tato para me dar a informação na hora. E com essa experiência eu aprendi que eu não queria dar a notícia como foi dada a mim e trato de dar a notícia de forma muito tranquila.

Eu sempre respondo as questões do paciente ou quando a família pergunta eu explico as possíveis complicações e digo que a pessoa que vai morrer seria para sempre um doente crônico caso não falecesse. Compreender este contexto ajuda a família muitas vezes.

Não sei, mas há muitos casos, muitos casos mesmo que me tocaram. Tem o caso de uma paciente não tratada, estava muito mal, apresentou muitas complicações e a mãe numa negação absoluta desde que entrou na UTI. Logo, sem ter consciência, a enfermeira deu à paciente e o desenlace final e por fim faleceu a paciente e a mãe.

Quase um ano depois que a paciente faleceu fomos questionados se demoramos muito para realizar os procedimentos, se a deixamos morrer e até se a matamos. Então, creio também que tem a ver com o momento das pessoas; veja, por exemplo, nos países europeus, as pessoas recebem a notícia de uma morte com muita tranquilidade. Aqui, na América Latina, eu tenho que controlar o momento da notificação e dizer ao primeiro que pergunta com muito tato para abordar a família...

Nós, latinos americanos, não temos o momento de deixar participar de decisões previamente manifestadas pelo paciente e família. Então, diz assim: “Quando eu morrer...” Algo como sendo quase que inatingível, o que eu chamo de retardo cultural, pessoas que não entendem a morte como sendo para todos. Não entendem o que é uma doação de órgãos... Está posto uma limitação para entender o que é esse processo de morrer porque é muito difícil na nossa cultura.

ENTREVISTA 6:**RELATO LITERALIZADO – CARLA**

“O que em sua formação ressoa em seu manejo com a morte de um paciente que está sob seus cuidados?”

Durante minha formação eu não tive nenhuma aula sobre morte. A palavra nem se quer foi mencionada durante meus seis anos de faculdade, ao menos quando o paciente morria. Esse negócio de morte encefálica, história de cuidados paliativos, final de vida e paciente terminal é coisa recente!

Aliás, somente a partir dos anos 90 é que começamos discutir morte encefálica mediante a implementação dos programas de transplantes, então, precisamos nos aprimorar naquilo que foi chamado de morte encefálica e trabalharmos nessa ideia de “coração ainda batendo” e você pedindo a doação dos órgãos para a família e trabalhando com ela também essa é a ideia.

E somente a partir dos anos 90 evoluímos neste assunto. E ainda, uma vez diagnosticada a morte encefálica, entendida como sendo o primeiro impacto da morte, ainda hoje, trata-se de situações muito delicadas neste sentido. A própria lei brasileira fala que você não é obrigado a desligar os aparelhos, pois tem que respeitar a dor da família.

Em algumas situações a família não deixa, entre aspas, desligá-los. Então, você fala com família que é importante desligar e eles, principalmente quando o paciente é jovem, a família não aceita na esperança do surgimento de um milagre, sei lá o que; então, às vezes, acontece mesmo com morte diagnosticada que, principalmente no jovem, o coração parará somente depois de 24, 48 e até 72 horas.

E pior, temos que atestar o óbito somente no último batimento cardíaco. A morte não é coisa relativa, para mim morte é morte, pois ninguém voltou de uma morte encefálica. Fica vivo porque está nos aparelhos porque quando desligá-los tudo irá parar, entendeu?

Eu ainda tenho visto pacientes com o diagnóstico de morte encefálica diagnosticada e, diante disso, existem dois caminhos: desligar os aparelhos ou virar doador, pois não há contra indicação para doação que, pela legislação brasileira, a doação de órgãos não é obrigatória, ninguém é obrigado a doá-los e quando a família se nega a doar espera-se que se desligue todos os aparelhos, mas até hoje eu não vi ninguém desligá-los.

Existem médicos que lidam bem com esta situação e que teve, entre aspas, coragem de desligar o ventilador, ou seja, até a morte encefálica ainda não foi bem assimilada e digerida

no nosso meio. E, muitas vezes, a família também pede para que não seja desligado e isso acaba por gerar um gasto e investimento completamente desnecessário, ninguém voltou da morte encefálica, é morte mesmo!

E, por outro lado, permanece a precariedade da saúde pública, dos convênios de qualquer jeito, gastando 3.500 reais por dia, dois dias totalizando 7.000 e sendo investido 3.500 por dia por não ter finalizado tal processo de morte.

Essa é uma parte da questão e a outra são agora os cuidados paliativos. Nós temos milhões de pessoas nestes programas. E será que todo mundo tem que morrer na UTI ligado aos ventiladores, traqueostomizados e dialisados? Eu acho que há um exagero total. Na Europa, saúde é um pouco mais humanizada do que no Brasil. Por quê? Lá, quase em todos os países, tem seguro de saúde público. E, ainda assim, os recursos são muito mais otimizados.

Lá não é o paciente quem manda, ele tem o médico generalista e este o indica para um especialista enquanto, no Brasil, cada paciente procura o especialista que quiser e como quiser disponível nos convênios. Isso faz com que se duplique e/ou triplique a realização de exames; que se duplique e/ou triplique as avaliações e, se duplique e/ou triplique a confecção de imagens, etc. Ou seja, se gasta muito mais dinheiro desnecessariamente.

E muitas coisas que o generalista poderia resolver e não é resolvido lá na base, vai procurando um norte sem muita noção, fazendo todos os exames e isso não é culpa do paciente e sim do sistema que acaba, por assim ser, prejudicando a realização de um diagnóstico mais preciso.

Isso é um lado, de outro temos muitos velhos que ficam na reta final da sua vida e, com isso, praticamente sem muitas opções terapêuticas pela frente neste caminhar pela possibilidade de se livrar do problema e de não assistir a angústia de quem está morrendo.

Sendo assim, internam no hospital o paciente já muito complicado, vai direto para a UTI e fica investindo em um paciente que, de qualquer jeito, sairá dali no caixão depois de uma semana ou um ano pela frente. Isso também acontece e muito!

Recentemente, na Sociedade de Terapia Intensiva, está se discutindo muito a respeito de pacientes terminais. Enquanto que, na Europa, já se cuida muito mais com muito menos dinheiro; quer dizer, se faz muito mais pela saúde do paciente com menos gastos desnecessários. Muitas vezes, esses pacientes ficam em suas casas com propostas terapêuticas específicas focadas nos cuidados básicos de analgesia, oxigênio...

E, no Brasil, se interna na UTI, o que aumenta demais o custo do paciente; eu não me imagino morando em uma UTI no final da minha vida. Eu farei de tudo, se Deus quiser, nesta situação, para eu morrer na minha casa e não obrigatoriamente na UTI. É triste terminar a

vida pendurado nos aparelhos, sozinho, sem a família por perto e, sei lá, sabendo que está na reta final.

Por isso que agora temos as equipes de cuidados paliativos que define, na reta final da vida, quem está na reta final da doença, sejam submetidas aos cuidados paliativos de suporte com a função de humanizar esse final de vida sem exagerar nos investimentos e tratamentos, por já sabermos que não daria em nada.

Esse processo já se iniciou no Brasil, mas ainda precisa passar por todas as instâncias da organização. Na minha opinião particular, eu acho que todo hospital deveria ter uma equipe de cuidados paliativos para que, essa equipe treinada para uma situação complexa e bastante delicada, na qual se define que o paciente já não é mais curável, que ele é paliativo e pode ser cuidado neste processo de passagem da vida para um outro plano.

Trata-se de uma linha tênue com possibilidades de erro porque este paciente ainda poderia ser curado. E mais, não é qualquer profissional que pode atestar, isso demanda uma equipe pronta, formada, treinada e madura para tomar tais decisões. Tanto para fazer paliativos na UTI quanto para devolver para a família cuidar em casa nesta reta final, às vezes!

A nossa sociedade não tem dinheiro para investir em cuidados paliativos sendo tudo por custo da sociedade. Tem que botar, um pouquinho, a responsabilidade na família! Eu sei que nossa vida é complicada, que trabalhamos o dia inteiro, que em casa não tem ninguém, que cada vez menos contamos com a presença da família por perto, demandando, muitas vezes, a contratação de empregados e até cuidadores.

Está tudo muito difícil, muito apertado e não é nada fácil se organizar para isso, mas é uma solução um pouco mais humanizada, de custo um pouco menor do que se tem achado, porque não haverá como toda a humanidade morrer no hospital.

Definir morte é definir o ser não viável, assim eu a defino! Teve morte encefálica e eu, diante de uma disfunção com três ou quatro funções em falência já está à beira da morte para mim. E na UTI tudo é monitorizado, ou seja, não há nenhum problema em diagnosticar a morte.

Diagnosticamos a morte antes dela acontecer de fato porque conhecemos os limites que nos indicam a não volta. Então, para que mal tratar o paciente com choques que não responderão mais; que diante de uma volta duraria mais 24 ou 48 horas. A disfunção e a evolução para a morte são muito conhecidas pelo intensivista.

Antigamente não participávamos deste processo de morrer do paciente, isso acontece hoje, que em quase todos plantões alguém morre. Atualmente a mortalidade nas UTI's vai de 8 a 20% dependendo do perfil da UTI. Então, viver a morte, é o nosso dia-a-dia!

Eu, pessoalmente, até tenho problemas como velórios e sepultamentos porque eu já vivo em um mundo muito triste, na constante luta entre a vida e a morte, diretamente, pois quem está na UTI correrá sempre o risco de morrer, um risco imediato de morte! A ideia é sempre ir para a UTI, para nós recuperá-los e voltar para a família posteriormente.

Então, trabalhar neste contexto, ao participar de velórios, enterros e tal, é uma situação que me deixa “down” por uma semana no mínimo, a ponto, por exemplo, de eu desejar, como todo mundo, uma morte rápida e sem sofrimento, obviamente!

Eu tenho 66 anos de idade, na melhor hipótese, viverei mais 14/15 anos até chegar nos 80 anos, se der isso, então, eu já decidi com a minha família que eu quero ser cremada e não quero velório. E quero que minhas cinzas sejam jogadas em um riacho abaixo da minha casa para nem dar trabalho para os meus filhos cuidando de túmulo e tendo gastos em dia de finados com flores e tal... Completamente desnecessário!

Eu prefiro viver no coração e na mente dos meus filhos enquanto eles estiverem vivos e se, eventualmente eu tiver netos, deixarei imprimido na memória deles a minha lembrança.

Vivemos esta vida sem nem saber o porquê, o como... Pouquíssimas coisas escolhemos na vida. Parece que escolhemos tudo, mas isso não é verdade! Nascemos apenas com uma carga genética e em uma família x o seu corredor já é traçado com essa história genética e social; então, pouca coisa dentro deste pequeno corredor você escolhe e o que acontece depois disso ninguém sabe também.

Existem pessoas que recorrem à alguma religião para acreditar na existência e sobrevivência da alma que, mesmo assim, qual seria o prazer e função da sua existência lá nas nuvens? Eu não penso nas coisas que Deus não me deu a chance de pensar. Não me preocupo! Não tenho nenhuma evidência do que acontecerá depois. Eu mal dou conta daquilo que acontece hoje na minha vida... Imagina em o outro plano? Nem gasto energia para pensar nesse assunto.

E tem um outro detalhe, como eu estou fortemente em pé no momento, apesar de já ter estado várias vezes à beira da morte, tive um choque anafilático, com parada cardíaca, mas apesar disso tudo, eu penso: todo mundo tem medo de morte e a única coisa que me conforta é que estaremos diante de três possibilidades: desaparecerá tudo, se existir alma ela sobreviverá e acreditar que existe o céu.

Para a igreja católica existe o paraíso e o inferno; sendo assim, você ainda pode cair nesse outro lado esquerdo. É um problema, pois dá medo, não? Ok! E se Deus existir e for generoso como dizem, que nos deu inteligência, honestidade e uma família, então uma boa parte da vida já está predestinada.

Sendo assim, que culpa teria uma pessoa por ter caído em uma família que não deu estrutura ou ter se tornado um bandido? E ainda me interessa muito saber se isso é verdade, sou muito curiosa, curiosidade para saber se existe esse segundo plano e, se sim, conhecê-lo.

Agora a possibilidade da existência do paraíso e inferno, considerando que todos nós somos pecadores, logo todos nós iremos para o inferno? Fica muito pesado pensar assim, mas Deus é generoso e todos teremos que ir ao paraíso, como possibilidade de compreender toda essa existência e nos esquecermos que somos temporários.

Vivemos uma luta incessante por poder, dinheiro, ganância para impressionar pessoas... Meu Deus, para que tudo isso? Não tem sentido! Assim eu penso e penso que não tenho medo de morrer, porque irá saciar minha curiosidade de saber do que se trata.

Eu tenho medo do inferno e do paraíso por não saber para onde iremos nesta perspectiva. E por quanto tempo ficaríamos lá até chegar o último conchavo? Esperando Jesus voltar para terra e ressuscitar todos que já morreram e sei lá o que fará conosco... Se é que se tem alguma verdade nisso tudo! É isso!

ENTREVISTA 7:**RELATO LITERALIZADO – DÉBORA**

“O que em sua formação ressoa em seu manejo com a morte de um paciente que está sob seus cuidados?”

Eu sou médica de formação e vou contar um pouco da minha trajetória, porque eu trabalhei durante um ano em uma enfermaria de idosos, logo de recém-formada, momento em que eu não tinha passado na prova de residência e eu escolhi trabalhar por um ano, pós formação.

Eu me formei em 2009 e nesse ano eu trabalhei como plantonista nessa enfermaria do ABC. Hoje eu sou pediatra e médica de adolescentes. Eu fiz residência em pediatria no ano seguinte com duração de dois anos e um ano de medicina para adolescentes.

Hoje eu trabalho na enfermaria pediátrica de um hospital público na cidade de São Paulo, também no ambulatório de medicina para adolescentes da mesma instituição e no Pronto Socorro Infantil de um hospital privado na mesma cidade.

Então, na verdade, a minha atuação nesse período pós formação, já como médica, eu me deparei com a morte diversas vezes. Na residência eu tinha me deparado com a morte, enquanto na faculdade não, pois na formação, como internato, você sempre tem um certo respaldo e a sua responsabilidade não só é dividida como também supervisionada.

Você não assina o atestado de óbito quando você é interno porque você não pode ver a morte e eu acho que existe uma coisa com o atestado de óbito que parece concretizar tudo! Você tem toda a responsabilidade, não só pelo que aconteceu, mas por aquele fim.

Aquilo tem tudo a ver com você, de certa forma, independentemente de você ter acompanhado o paciente por muito tempo ou não, mas você vai assinar um documento que tem a ver com a morte daquela pessoa. Então, assim... Até a faculdade eu tive algumas aulas, inclusive como preencher um atestado de óbito.

E aí o foco era a prova da residência, porque na prova de residência caía questões sobre o atestado de óbito e você fica pensando tanto na prova e na hora que você vê o atestado de óbito, realmente da morte de alguém, e que aquilo é de sua responsabilidade, você vê que é muito mais difícil que responder a prova da residência.

É muito mais difícil porque envolve uma série de coisas, não só o documento, mas muitas outras coisas. Então, é assim: você tem uma certa abordagem dessa parte documental...

eu a tive logo no segundo ano da faculdade em psicologia médica, voltada muito para essa coisa de como o médico se sente diante de determinadas situações. Não só da terminalidade de um paciente e notificação de más notícias como também nos casos graves.

Você não dá um diagnóstico de morte, mas você revela diagnósticos de doenças graves, que vão exigir um tratamento, às vezes, muito penoso ou que terá a ver com a morte do paciente com aquele diagnóstico. Nós tínhamos essa abordagem, mas isso foi no segundo ano da faculdade e aí somente depois no internato, que é no 5º ano, você tem essa responsabilidade dividida ao ter que lidar com a morte. Até assistir, por exemplo, a notificação da morte para uma família.

Você assiste, mas você não é responsável; no internato, você pode estar perto, próximo, mas na condição de ouvinte. Você assiste muito a tudo no internato! Não que você não o faça, mas você mais assiste do que faz.

E aí, no dia que você se forma, eu lembro que eu tive uma aula magna de um professor que falou, assim: “Você escolheu ser médico, você escolheu mal!”. Aí, você fala: Gente! Na última aula do curso de medicina e o cara falou isso? E ele é um médico legista, famoso...

Foi o momento, eu acho, em que mais se falou de morte, no meu último dia de aula. Minha aula magna, que mais se falou de morte de um ponto de vista mais amplo, não só do documento que você vai preencher e nem somente do impacto que você terá diante da notificação das notícias ruins.

Quando você está no segundo ano, em que você nunca deu uma notícia ruim, fica um pouco dissociado falar de morte. O ensino até parece querer entrar nesse assunto, e até entra, mas talvez devesse ser em um outro momento da formação e não neste período em que você não está vivendo aquilo de verdade. Você não tem noção do que é aquilo!

No segundo ano você nem sabe direito o que é medicina. Você está muito nas cadeiras básicas, como anatomia... Então, na formação, é assim, existe, mas parece que ela não é muito eficaz. Eu sou graduada por uma universidade pública e eu até perguntei se ainda existe o curso de psicologia médica no segundo ano? Sim! Logo, pensei: Nossa, não podiam pôr um pouquinho mais para frente?

Assim, tive, porém um pouco deslocado! Eu tive uma abordagem no final sobre a parte documental e, nesse meu ano de experiência, na enfermaria de idosos, onde eu assinei três atestados de óbito em uma mesma noite. Em seis horas eu assinei três atestados de óbito. Como nós falamos: Eu toquei três paradas e dei três notícias de morte para as famílias.

Claro que nós estamos falando de idosos que não é com que eu trabalho agora, até poderia existir uma certa compreensão da família pelo momento que o idoso vivia, que a

família também vivia, estavam doentes há algum tempo, internados há bastante tempo, então, até falamos: “É o momento em que se espera a morte de alguma forma”; mas não vou dizer que não foi difícil, porque eu estava sozinha naquele momento! Eu era a única médica de plantão nessa enfermaria.

Eu cuidava de mais de 50 leitos sendo que 80% tinha mais de 80 anos. Então, as chances que eu tinha de ver uma morte eram muito grandes. Todo dia, a caminho de lá, parecia que o desenhinho da morte já estava impresso, mas vamos lá, juntas, e espero que você me dê uma trégua hoje ou durante algumas horas, pelo menos, não tantas mortes consecutivas e esse foi o dia que eu decidi que talvez eu não fosse uma pessoa que pudesse fazer uma especialidade que encarasse a morte tão frequentemente.

Então, foi aí que eu mudei de ideia! Eu tinha prestado clínica médica e depois eu fui fazer pediatria. Sou muito feliz como pediatra porque eu tinha dúvidas. Eu queria uma carreira clínica, mas eu tinha dúvida entre a clínica médica de adultos ou a própria pediatria.

Na pediatria você vê a morte com menor frequência, mas eu acho que ela é tão chocante quanto. A notícia de morte para um familiar, eu tive pelo menos três experiências que foram mais marcantes; assim, outras pessoas, eu tive outros óbitos, mas apenas três foram muito marcantes, como o de uma criança que chegou morta no pronto socorro.

Um bebê de 4 meses que fizemos tudo, como se fosse possível reanimá-la e o fizemos por mais de duas horas na presença da mãe. Na pediatria é importante um familiar acompanhar a reanimação e/ou todo procedimento de tentativa. Eu não tive muito contato com o mundo dos adultos, mas na pediatria é importante acompanhar a reanimação independente do resultado.

Eu me lembro dessa mãe em um lugar bem simples, SUS na periferia de São Paulo, a criança já chegou morta e nós ficamos mais de duas horas tentando reanimá-la, fizemos tudo que era possível e a criança não voltou. E conversar com essa mãe considerando todo esse contexto, às vezes, não entendendo a finalidade daquele procedimento e que não foi possível revertê-la foi uma experiência única.

Eu acho que ninguém está preparado para isso. Ninguém... Ninguém! Para conversar com uma mãe de um bebe de 4 meses que chegou morto e que você ficou duas horas fazendo tudo que era possível e até digo que lá, naquele momento, tinha até uma estrutura física sem que alguém pudesse dizer: “Ah, você não tinha... não teve o que fazer”. Nessa situação não foi isso!

Eu tinha o que fazer, eu tinha material, eu tinha material humano, eu tinha material físico, eu tinha um lugar, um ventilador, eu tinha, eu tinha... eu tinha! Mas a criança já tinha ido e se voltasse seria com muita sequela, que esse é um outro dilema na pediatria.

Uma reanimação prolongada em uma criança pequena provavelmente ela teria mais chance de voltar do que um adulto, porém, ela tem todo um tempo de vida útil, entre aspas. Porque, dependendo das sequelas desse tempo de parada, ela poderá ficar comprometida para o resto da sua vida. E você é um dos responsáveis por isso também!

Ah, mas ela viveu! Com que qualidade? Existe um outro ponto na pediatria que eu acho complicado que é a questão da reanimação a qualquer custo por ser criança e ninguém pensa na vida dessa pessoa depois. Dessa família...

Hoje em dia tem uma grande parcela de pessoas que não sobreviveriam em outras épocas e sobrevivem hoje por esses recursos que existem e tudo que se empenha nas crianças, só que elas pagam todo o preço disso depois e isso não é falado, nem mesmo a própria morte quando ela ocorre.

Eu acho que hoje em dia a mensagem expressa é: não se pode morrer, ninguém pode morrer porque existem recursos que fazem as pessoas reviverem, logo ninguém morrerá. A despeito do que vai acontecer depois é uma outra discussão também. Eu me lembro de uma criança que tinha uma situação de terminalidade por uma leucemia que já tinha recidivado e eu era residente e estava de plantão no andar e era uma criança sob cuidados paliativos.

A mãe sabia, já era uma morte esperada, pois a criança estava há bastante tempo sob cuidados paliativos e sem mais nenhuma proposta terapêutica, ficava mais para conforto e manejo de dor e, por isso, que não conseguia ir para casa porque usava medicações que não tinham como serem feitas em casa. Foi uma das cenas mais clássicas que eu vi da morte que, na verdade, eu nem esperava que fosse daquele jeito, mas eu acho que foi muito bem guiada, principalmente, pela mãe.

A mãe estava preparada, entre aspas, para aquilo e talvez o trabalho dos cuidados paliativos tenha sido muito bom para que ela pudesse levar aquilo, naquele momento, da forma como foi. Ela simplesmente o colocou para dormir. Parece que no momento da morte ela o colocou para dormir e ele morreu.

Eles ficaram bastante tempo juntos na hora da morte, a ponto de ela pedir um tempo a mais depois que ele faleceu, ela pediu para trocá-lo, ela o levou até o lugar onde os corpos das crianças que morrem no hospital ficam aguardando a funerária para retirá-los e o fez.

Essa mãe voltou ao hospital várias vezes depois do ocorrido, ela voltou fazer um trabalho com as crianças da oncologia pediátrica e compartilhar um pouco não só da

experiência dela, de morte em si, mas dos cuidados paliativos como um todo. Isso foi o outro extremo para mim.

Se eu for falar das mortes inesperadas, agudas e que não se tem muito o que falar, principalmente quando é criança, que é o exemplo da criança no pronto socorro, e esse outro que era uma criança em situação de terminalidade que foi muito bem acompanhada, de certa forma, pela equipe de cuidados paliativos, também no hospital público, que foi uma coisa muito mais tranquila, entre aspas.

E aí você me pergunta: “Como foi atestar o óbito de uma e de outra?” Eu sei que foi extremamente difícil preencher, em todos os sentidos! Parece que você não consegue raciocinar: Por que aconteceu? O que pode ter acontecido? Também tinha isso porque ele chegou parado, o que poderia ter acontecido com essa criança? Essa daqui já tinha diagnóstico...

Não é só porque tinha diagnóstico, não é só pela parte teórica que pode ser difícil ou não você assinar um atestado de óbito. É pela situação toda que se apresenta ali. Não só da parte técnica. Esses foram dois exemplos e tem um outro que eu me lembro, que na verdade, ficou um pouco no meio do caminho, que não recebeu tantos cuidados paliativos.

Neste caso eu acho que a atuação do médico, naquele momento agudo, entre aspas, já apresentada como uma situação de terminalidade, mas sem nenhum acompanhamento adequado, de tentar fazer um certo preparo com a família sobre aquilo. O médico também tem uma atuação fundamental neste momento crítico na tentativa de melhorar a compreensão do quadro desde que este médico tenha um back ground nos aspectos de terminalidade.

Agora se o profissional não está bem psiquicamente dificilmente ele conseguirá manejar com esses aspectos de vida e morte. Você não consegue oferecer um apoio suficiente nesse momento. O apoio de verdade não é necessariamente uma palavra... Engraçado, que quando você conversa com os graduandos, eles falam assim: “Mas o que você fala?” Eles querem uma fórmula mágica.

Principalmente por não existir tal fórmula ou receita; como, por exemplo, para criar filhos, existe uma receita? O certo e o errado? Não existe! O que existe é bom senso, empatia e isso sim o curso de medicina deixa desejar. Você entra em várias áreas e mesmo sem eles darem esse nome eles falam sobre isso.

Então, chego a pensar que não precisa de algo muito específico para falar de morte, mas talvez, esse olhar que todas as especialidades podem ter em relação ao outro e de se interessar pelo outro, que dispensa qualquer comentário. Às vezes, um olhar que você tem

para a pessoa, uma forma até de ver o paciente, às vezes, que é diferente do modo como o familiar vê e lida com o paciente.

A forma como se vê e age diante de um momento crítico depende muito da maturidade e experiência e, por isso, neste sentido, o interno tem pouco jogo de cintura. Eles são meio travados por ficarem presos em protocolos.

Então, eu não vejo uma forma para melhorar isso, porque não existe protocolo para isso! Talvez a vida dê, mas eu acho que é uma sementinha que cada médico pode plantar de empatia e de interesse pelo outro. Eu acho que a graduação a própria graduação de algum modo induz a determinadas especialidades, mas no geral desenvolve um mecanismo de se livrar da dor do paciente.

Isso me dói o coração porque a partir momento que você escolheu ser médico, você deveria estar interessado pelo outro. Eu acho que acabou a medicina! Porque ela poderá chegar em um nível técnico absurdo porque parece que quanto mais ela avança, mais ela precisaria voltar atrás. Parece que quanto mais para frente você vai, mais você precisa pensar nas coisas que ficaram da medicina tradicional, por exemplo, o exame clínico e físico.

O olho no olho? O que nós vamos fazer? O que eu quero fazer? O médico no auge da sua prepotência, onipotência e onipresença diz: “você toma este remédio!” Eu prescrevo e você toma! Então, cada vez mais se volta naquela coisa: “não, espera aí!” O que acontece que não dá para tomar o remédio? Esquece: qual é o problema? O que está acontecendo?

Então, fingimos que tratamos, o paciente finge ser tratado e isso não serve para nada nem para ninguém! Enquanto, tudo o que precisamos, muitas vezes, é aprender com a prática do dia a dia mesmo. O lidar com o paciente não é ensinado, ou seja, aprendemos no dia a dia mesmo.

Em uma situação crítica, como é, por exemplo, de morte, você recorrerá a este modo de lidar aprendido no seu dia a dia. E quando se pensa sobre isso tudo é um absurdo, porque o paciente está na sua frente, tomando ou não remédio, e você não cria uma empatia para ajudá-lo e isso é uma coisa que você precisará em um momento crítico que dependerá, inevitavelmente, do quanto você tiver feito em momentos não críticos.

Como, em momentos críticos, você já fica meio sem pensar direito, se esse modo de estabelecer uma relação empática com o paciente não estiver internalizada, você não o fará.

Eu confesso estar preocupada com a formação médica em todos os sentidos quando eu paro para pensar sobre o assunto, principalmente, em relação a falta de empatia no atendimento comum, então, imagine em momentos críticos. Isso tem que fazer parte da

formação básica, inclusive no final dela que é quando lidamos de fato com a pessoa do paciente.

Falar daquilo que também é pertinente ao humano que é a morte dele, mas ainda é igual falar sobre sexualidade com uma criança de 6 anos explicando coisas específicas. Ela não tem demanda para aquilo naquele momento, mas faz parte da vida dela como um todo. Eu tenho a impressão que é mais ou menos isso! Porque só falar de morte para um cara do segundo ano da graduação, ele fica olhando para sua cara e fala: “Ah, tá! Quando chegar lá eu vejo”.

Sugiro falar coisas mais pertinentes a cada momento da formação e o mesmo para a questão da morte para quando você começar ter o contato real com ela para você conseguir lidar de uma forma melhor com isso e seus desdobramentos. Pelo menos você entraria em contato com o assunto fazendo mais sentido para o aluno.

Eu acho que falta falar mais sobre o assunto e a religião tem muito a ver com esse não falar sobre dando a ideia da salvação. E isso influencia o médico por ele também ser humano e pela ideia do endeusamento apresentada na formação acadêmica que o coloca na frente de um paciente como sendo Deus.

A formação médica faz um pouco disso! Fala: “Você está acima de várias coisas. Você não chora, se uma pessoa morre, a perda para você é normal...” Alguém me perguntou: “Se alguém morre, para você é normal, né?” Desde quando a morte pode ser normal porque você é médico? A morte pode ser normal porque você tem uma elaboração sobre ela, não necessariamente normalidade que não te leva necessariamente à uma coisa triste ou à uma coisa pesada.

A morte engloba muitas coisas do profissional também, como, por exemplo, a espiritualidade, possibilitando explicações não só científicas, mas que também satisfaça de algum modo compreender tal evento. Alias, reduzir tudo ao cientificismo distancia também de questões humanas.

A verdade é que ninguém sabe fazer direito! Eu já vi médico dando notícia de morte que eu falei assim: “Sério? Você falou assim para pessoa?” Como se fosse assim: “Fui comprar pão na padaria!” Sabe? “Ah, sinto muito!” e vira as costas e vai embora. Você acabou de falar que uma pessoa querida ou não, morreu e dane-se? Você falou para quem foi ali receber a notícia, você falou assim, virou as costas e foi embora. Parecia um seriado de TV!

Logo pensei, não é assim e fiquei pensando, onde ele aprendeu a não fazer assim, também? Ele fez o que deu na cabeça dele, deu no coração dele, sei lá! Ou o que ele achava

ou aguentava fazer naquele momento... O fato é que ninguém ensina e fica por isso mesmo! E, teoricamente, eu acho que deveria ter outras formas de abordar não protocolar, mas um acolhimento desenvolvido no profissional.

Conheço um artigo que aborda a questão da notificação do óbito, apesar de que tentava apresentar uma fórmula, “entre aspas”. É coisa de americano, totalmente protocolar, por mencionar quantos minutos você deveria ficar ali parado, aguardando a pessoa notificada reagir ou não.

Eu não compartilho deste modelo também, mas não deixa de ser uma tentativa de falar sobre o assunto, de colocar uma atitude talvez meio engessada, mas uma atitude que abre espaço para aquela pessoa que está em sofrimento, falar alguma coisa, pedir alguma informação e/ou esclarecer alguma coisa.... apesar da frieza, porém menor do que a do tipo: “Sinto muito! E sai andando”. Entre aspas, esse modelo americano, dá a abertura da pessoa fazer e falar.

Eu não sei! Acho também que precisaria, além de tudo, de algo que abordasse não somente a formação, mas também disponibilizasse uma assistência psicológica ao aluno de medicina com a criação de espaços, nos quais eles pudessem se expressar como pessoa e não somente voltado para a responsabilização do médico como um todo, que só o leva a um endeusamento que não existe.

ENTREVISTA 8:**RELATO LITERALIZADO – RODRIGO**

“O que em sua formação ressoa em seu manejo com a morte de um paciente que está sob seus cuidados?”

Eu tenho 28 anos, sou médico, fiz clínica médica por dois anos e agora eu sou residente do 3º ano da medicina intensiva.

Em relação a pergunta, na minha formação existiu um componente ético muito importante, desde o primeiro ano da graduação. Ao longo dos 6 anos da graduação tivemos reuniões que falavam da ética médica e, a partir do 4º, 5º ano, quando começamos ter contato no cuidado direto com o paciente, passamos ter uma visão que preza muito pelo bem estar do doente.

Preza-se não somente pela parte técnica, mas também pela parte do cuidado com o componente humano, que caracteriza um fazer ético. E, na minha graduação, foi muito forte a parte dos cuidados paliativos que tem sido desenvolvido muito nos últimos anos. A equipe de emergência da universidade, em especial, tem isso muito desenvolvido e empenhado na cultura deles e por isso acabaram trazendo isso para a nossa formação de base.

Então, ao longo do 6º ano, quando se começa ter cuidado com doentes mais críticos e na residência de clínica médica quando se passa pelas unidades intensivas, tem um componente de não estender o cuidado do doente sem proposta de melhora de uma maneira muito importante; então, nós temos a limitação de cuidados e a garantia do conforto sem estender aquele que é o cuidado do conceito de ortotanásia muito bem estabelecido. Isso sempre foi muito conversado ao longo da nossa formação.

Discute-se sobre o que o doente acha, o que a família do doente acha... O que ele gostaria que fosse feito naquela situação. Questiona se o paciente gostaria que aquilo fosse continuado daquele jeito. Pergunta para os demais membros da equipe se eles fariam isso para um parente deles e isso desfoca o automatismo das condutas no cuidado aos doentes que, invariavelmente, são os que acabam falecendo mais.

Ao longo da minha formação foi esse o perfil de doentes que acabavam falecendo com doenças crônicas e degenerativas de difícil manejo porque, por ser um centro de cuidado, cuida-se de doentes muito graves, embora atualmente não seja o perfil das diversas outras residências aqui no país.

Eu não sei com quais especificamente você está trabalhando na sua pesquisa, mas, invariavelmente são doentes já em estado de terminalidade, com doenças difíceis de curar. Isso ao longo da graduação e ao longo da residência em clínica médica e terapia intensiva é um pouco menos porque tem muitos pós-operatórios, com um doente com um perfil um pouco diferente.

Entretanto, a terminalidade e o cuidado da morte de um doente que está sob os meus cuidados foi uma coisa que eu já venho trabalhando, só na formação, pelo menos 9 anos, de algum jeito ou de outro; então, para mim, eu particularmente tenho pouca dificuldade em lidar com essa situação. A gente acaba tendo bastante treinamento em relação a isso ao longo da graduação e da residência.

A morte de um paciente é uma coisa que me entristece sempre que acontece, mas é uma tristeza profissional, mas estamos sempre bem assessorados ao longo do processo, pelo menos aqui. E por passar pela residência e trabalhar em hospitais, criamos uma rede de segurança que nos fortalece nas tomadas de decisões em relação a conduta do doente, caracterizando-as como boas e melhores.

E se o doente teve aquele desfecho, depois de todas as discussões envolvidas, é um desfecho que seria ou que aconteceria em qualquer lugar que ele estivesse. Isso dá muita tranquilidade na hora de lidar com isso e falar com a família. E o preparo emocional que nós temos para lidar com isso, vem ao longo das reuniões de ética, reuniões de casos clínicos de terminalidade que nós temos ao longo da formação e na residência clínica.

Alguns estágios têm até 3 reuniões por semana para discutir os casos mais difíceis e conduzir estes casos em grupo. Para isso se reúne a equipe de cuidados paliativos, o pessoal do grupo de ética do hospital, a equipe clínica, a fisioterapia, a enfermagem, a equipe multidisciplinar e discute o caso expondo o que está acontecendo e as propostas e limitações são discutidas e tudo é decidido em conjunto.

Todo esse arcabouço ético e de equipe dá muita tranquilidade na hora de lidar com o óbito de um paciente ou limitação de cuidados; então, eu nunca me senti particularmente agredido com o óbito de um paciente.

Tem algumas coisas que incomodam quando é um óbito agudo, por exemplo, em um atendimento do pronto socorro, mas entendido como fazendo parte também dos cuidados de emergência, não tem como não me causar, ao longo da minha formação, grandes angústias, porque no contexto de emergência esse tipo de situação, quando bem conduzida e, mesmo assim, levando ao óbito, dificilmente tem alguma coisa diferente que poderia ter sido feita.

Então, são as duas situações: o paciente que vai a óbito depois de uma internação prolongada e tudo isso, pelo menos aqui, é sempre muito bem discutido, então, dificilmente se tem alguma sensação de angústia surpreendente; e o óbito do paciente em situação de emergência que é, pelo próprio contexto de emergência, intervenções rápidas e dinâmicas e se o paciente falece é porque dificilmente algo a mais poderia ter sido feito naquele momento.

Tudo isso, estando bem assessorado pelos preceptores, dá essa sensação de tranquilidade. Ao longo da minha carreira, curta no exercício efetivo da profissão e longa de formação, eu não tive muitas dificuldades com o manejo e nem grandes angústias ou grandes dúvidas em relação ao lidar com a morte.

Conversar com as famílias é sempre muito difícil, mas somos bastante treinados ao longo da formação com simulações com atores e os próprios professores participam bastante conosco na hora da conversa, eles nos deixam tomar a frente, mas estão ali presentes.

Tudo isso dá bastante tranquilidade e nos dá um ferramental para lidar com essas situações de forma tranquila. Temos muita segurança por termos tido este aspecto inserido na formação acadêmica daqui. E, ao longo desses anos todos aqui nos hospitais universitários, possibilita tomar decisões de forma tranquila e ver o desfecho, se desfavorável, de forma tranquila por saber que o desfecho não poderia ter sido muito diferente em outro lugar.

Então, eu não sei se é esse o enfoque da pergunta, no sentido de que eu particularmente nunca, não tenho grandes sofrimentos passados, ou grandes angústias ou traumas em relação aos óbitos dos doentes os quais eu cuidei. Por causa de todos esses cenários e de toda essa formação de uma década, que eu acredito que até o momento não me apresentou nenhuma situação que eu não soubesse lidar com alguma qualidade e dignidade.

Algumas situações mais difíceis que outras, algumas mais complexas que outras, situações agudas mais difíceis de lidar, mas eu não me encontrei ainda, pode ser que aconteça, mas até o momento não tive nenhuma situação com a qual eu não soubesse, de alguma maneira, contornar e fazer aquilo funcionar de uma maneira que fosse para outro caminho do que eu queria que fosse. Por exemplo, conversar com famílias ou conversar com equipe, lidar com limitações de cuidados; tudo isso sempre foi conversado de um jeito funcional.

A morte do meu paciente nunca significou uma derrota para mim, no sentido de, por exemplo, a morte de um doente agudo, na qual eu ficasse pensando: “Ah, queria que não fosse assim!” “Poderia ter sido diferente!” É uma coisa que cria um pouco mais de angústia, mas não é uma coisa que, por causa de tudo isso, não tenho um sentimento de derrota com a morte. Nunca tive!

E por causa de tudo isso que eu falei, todo esse arcabouço de cuidado dispendido nessas situações drásticas acaba dando uma impressão de que é um resultado que ocorreria independente de outras atitudes, quando acaba acontecendo. Por exemplo, um paciente que está internado há muito tempo, quando ele vem a óbito, é um desfecho natural da condição da qual ele estava passando. Não teria, dificilmente, como intervir de jeito diferente para evitar aquele desfecho do óbito.

Eu entendo como parte natural do cuidado do doente, ainda mais aqui que o perfil de doentes muito graves que nós cuidamos, então, invariavelmente nesse contexto, o óbito está sempre muito presente. E, dado a gravidade das doenças, acabamos conhecendo a história natural da progressão dessas doenças e o óbito está sempre presente e é compreendido como sendo parte natural da vida dele.

Pacientes oncológicos, pacientes com problemas cardiológicos graves, pacientes com pneumopatias graves têm um risco muito grande de falecimento e, às vezes, vimos em outros serviços, que é prolongado o cuidado desses doentes com o intuito de tentar prolongar a vida, mas sem pensar tanto na qualidade de vida do doente e sem pensar tanto no que aquele doente gostaria que fosse feito e acaba prolongando internações que eventualmente vão levar ao mesmo desfecho com um tempo mais prolongado e aumento do sofrimento.

Então, eu acabo normalmente encarando como um próximo passo, uma progressão natural daquilo que o paciente vinha passando. Isso em um contexto ideal, que nós conhecemos aqui, de estar internado, tendo todo o cuidado e assessoria das especialidades e, invariavelmente, com todo o arsenal técnico que precisamos para garantir que o doente seja bem cuidado.

Quando tudo isso acontece dá essa impressão de que é uma evolução natural. Eu não tive ainda experiência com hospitais com recursos muito limitados. Nos hospitais que eu trabalhei até hoje e os daqui, são hospitais que têm recurso. Então, eu nunca me vi ou enfrentei uma situação, na qual eu precisaria fazer tal coisa ideal e não teria como ser realizada e saber que o doente irá falecer em decorrência disso.

Eu imagino que a sensação seja um pouco mais de impotência, nesse momento, e aí não é a minha impressão de progressão natural. Para mim, invariavelmente, quando um doente, sob os meus cuidados, falece, em situações nas quais eu me encontrei até agora, foi uma coisa que não me causou angústia no sentido de falha. Foi mais uma progressão, por que qual seria o próximo passo daquela condição daquele doente?

Trata-se de um componente mais clínico, porque pacientes residentes da cirurgia têm outro perfil, são muito mais agudos, advindos de cirurgias que, às vezes, não teriam o

desfecho desfavorável e acabam tendo e isso muda um pouco. Mas a minha especialidade que é a clínica normalmente vai mais para esse lado da progressão natural da doença mesmo.

Por isso, de tudo que eu falei, eu defendo o trabalho psicológico desde o início da formação do médico, algo que eu tive desde o início da graduação. Tanto que eu tenho colegas de outras escolas que tiveram mais dificuldade e que, quando começaram a residência aqui, às vezes, se encontram em situações de limitação de cuidado, de um óbito de um paciente que eles acreditavam que talvez pudessem ter feito mais coisas.

Mas que, ao longo do tempo, eles vão vendo, participando de todas as reuniões de ética, discussões clínicas com as equipes multidisciplinares e começam entender a visão de cuidado, limitação de cuidado, cuidado proporcional, cuidado paliativo, ortotanásia e, todos esses conceitos, acabam sendo esclarecidos e acaba dando um pouco mais de tranquilidade para lidar com o óbito. Com todo esse arcabouço ferramental só pode funcionar bem! Até o momento eu não tive grandes traumas em relação a isso!

ENTREVISTA 9:**RELATO LITERALIZADO – MILA**

“O que em sua formação ressoa em seu manejo com a morte de um paciente que está sob seus cuidados?”

Eu tenho 36 anos, fiz faculdade de medicina, residência médica de cirurgia geral e Terapia intensiva. O que na minha formação? De pessoa? Na verdade, eu não tenho ideia! Lidar? Eu acho que eu encaro a morte naturalmente, principalmente nos pacientes mais graves. Acho que na minha formação que foi no hospital público é um pouco mais natural, ou nós temos menos preocupação com família, com processo todo, então isso é bem diferente do que é aqui no hospital particular que, muitas vezes, não deixam o paciente morrer por conta da expectativa da família, enfim...

Não sei, acho que é isso! Formação específica de como lidar com a morte acho que eu nunca tive. Cuidados paliativos, na residência, não tinha nada específico. Então, na verdade, foi trabalhando que eu fui aprendendo a lidar e encarar mais naturalmente. A morte é isso!

A morte de um paciente para mim depende do caso, também tem o desejo do paciente. Tem paciente que para mim é uma derrota, é uma incapacidade. E tem paciente, também, que é um alívio. Assim, eu até fico aliviada e acho que, enfim, é muito também da idade do paciente, da doença e do que era esperado para cada caso. Mas não é sempre!

Em alguns casos para mim a morte dele é uma derrota, incapacidade... Na maioria dos casos! Eu acho que, na maioria dos pacientes que nós perdemos, era previsível, são pacientes idosos, logo é mais natural também. Eu também já perdi alguns pacientes jovens, pacientes que, enfim, não foram normais para mim, fique triste, mas é isso!

ANEXO V:

GRUPO – RELATO LITERALIZADO

TRANSCRIÇÃO DO GRUPO

A que formação o médico recorre diante da morte de um paciente?

O que seria uma formação médica ideal voltada para as questões da morte e como essa formação poderia ser pensada?

Quando se fala em formação, eu me enxergo sentada em uma cadeira de escola, ainda na metodologia que eu fui exposta, porque hoje mudou bastante, tem um método TPL, aquele método diferente... Mudou! Mas, mesmo assim, me vejo sentada em uma cadeira olhando o professor explicar tudo teoricamente. Ainda me lembro da primeira aula de semiologia com o professor Abdo, infectologista, que nos falou sobre os tipos de pacientes.

Eu achei isso muito interessante! Eu ainda tenho anotado em um caderno há mais de 20 anos e me lembro perfeitamente dele dizendo: “Tem o paciente que é dramático, tem aquele que é colaborativo e tem aquele que...” E aquela aula, para mim, foi entendida, porém, não compreendida na sua complexidade. Talvez, se eu assistisse essa aula hoje, fosse mais útil do que naquela época que eu não tinha conteúdo para compreender.

E talvez, quando entramos na faculdade, nós não aprendemos sobre o doente, apenas sobre a doença. Aprendemos sobre doença! Apenas aprendemos como é o mecanismo de uma insuficiência cardíaca e na histologia como é a lâmina basal da célula, assim por diante. Em anatomia onde fica o fígado... Aprendemos essas coisas e, em seguida, vem a clínica com o raciocínio clínico propedêutico em um momento em que ainda pouco sabemos qual seria a dose de uma determinada medicação. Ficamos sempre querendo e necessitando saber sobre tudo e acabamos por ficarmos desfocados mesmo.

Por fim, são coisas apresentadas como: “Aqui é a anatomia; aqui é a psicologia, aqui...” Então, pensar em mudanças no processo de aprendizagem seria integrar essas coisas já mencionadas focando no paciente que adoce e não somente na doença em si.

Pensar neste processo é pensar na sua presença nos diversos segmentos da atuação médica desde a intervenção primária. Isso deveria ser pensado e cuidado desde o primeiro ano da graduação possibilitando ao aluno alguma vivência prática dentro do conhecimento que ele

está adquirindo e, aos poucos, construindo a percepção de que existe uma pessoa que tem uma demanda e você é quem pode oferecer algo àquela pessoa dentro de um conhecimento, de um método que você vai desenvolver e na hora que chegar no fim, o ideal é que você tenha dado conta de tudo, da pessoa, da doença, dos medicamentos, etc.

Isso coloca o aluno dentro de um sistema integrado de coisas, algo presente de forma discreta nos quinto e sexto anos e com isso acaba integrando. Não sei como será com essa nova estrutura em que eles já fariam o inverso. Já começa no integral. Será que vai faltar base para ele saber o que é a estrutura de uma célula?

E se no meio da história ele descobrir algo estrutural de base depois de já ter visto uma coisa maior, mais complexa? Eu não sei! Eu não teria condições de responder isso! Estou falando baseada em uma das disciplinas que eu tive na pós, mas pensando agora, se já está difícil estudar a vida com a coisa funcionando, as pessoas em si, imagine estudar a morte?

Será que falar sobre a morte para um aluno ainda imaturo, imagino eu logo no início da formação, em uma primeira aula com meu professor e ele já abordando o tema da morte. Será que eu me desmotivaria por entender quanto trabalho daria para tentar manter a vida?

Entendeu? Como conseguir interpretar essas informações logo no início da formação? Como entender o que está sendo apresentado? Eu acho muito delicado! Muito delicado! Uma coisa é certa, temos que desmistificar! Tem que desmistificar! E não adianta desvincularmos... Está atrelado ao conteúdo espiritual de cada um e ao modo como ele enxerga a morte no sentido religioso/espiritual.

Com certeza! Não tem como desvincular... Eu concordo plenamente que, na hora da morte, a questão da formação de vida e religiosa é fundamental. Como enfrentar isso? Com certeza! Eu tive psicologia médica no segundo ano. E nessa matéria, pelo menos eu não identifiquei, a intenção de talvez fazer uma introdução de como você encarar a morte.

Eles começam muito sutis e, mesmo assim, tudo se dá na relação de transferência com o paciente, pois tudo se constrói em relações de vínculo com seus pacientes, pelo menos é assim que eu vejo! Eu fiz uma faculdade que prezava muito pelo vínculo... Então, eu aprendia todo dia um pouquinho com os professores sobre empatia e talvez isso seja uma construção que, no final das contas, na hora que você for falar sobre a morte, você acabará apresentando muito de você, de quem você é!

Ninguém ensinou como um médico lida com a morte em si, mas sim como você, naquele período, que alguém falou em psicologia médica, de contratransferência, em que você viu o médico atuando, muito mais experiente que você, em situações de doenças graves, na notificação de más notícias... Tive até uma aula que abordou a comunicação de notícias ruins.

Sim, comunicação do grave, que talvez seja um começo, um caminho para que, no fim das contas, ninguém formulou algo assim: como que o médico lida com a morte, vamos ensinar vocês durante a formação, mas a soma de tudo isso mencionado através de pinceladas no contexto acadêmico possibilita o formando juntar com aquilo que ele é e com aquilo aprendido através da sua própria história de vida através das mortes que ele vivenciou e enfrentou na sua família, no seu meio, enfim...

Isso tudo acaba sendo usado já que se torna impossível criar um protocolo porque se pudesse eles iriam construir um de como lidar com a morte com: “Vai pra lá! Não, vai pra cá! – fluxograma”. Todos desejam um fluxograma, mas espero que não tenha, pelo amor de Deus! Em breve provavelmente criarão um aplicativo para tornar tudo mais quadradinho e se você pensar que isso seria uma forma, não de ensinar, mas de auxiliar no manejo com a morte.

Isso não seria bom para ser apresentado e introduzido na formação, porque eu acho que tinha mesmo que ser levado em consideração os aspectos pessoais do aluno, essa coisa do pessoal! Eu acho que precisa muito ser considerado, abordado e manejado durante a formação médica porque fez e faz falta! Pois a ausência disso deixa o profissional muito vulnerável e se sentindo sozinho neste universo de vida e morte da sua prática profissional.

Por que sempre nos questionamos de onde eu criei, inventei e tirei tudo isso? Sei que tirei um pouquinho de como foi feito, de como eu aprendi e do que eu já tinha aprendido com a vida e lidado com situações de morte. Precisa ser tocado no assunto via experiência humana e não de forma protocolar.

Daí vem aquela questão: de onde tirou isso? Será que não percebemos que tudo vem mesmo da experiência de vida, do ensino, uma coisa mais de formação do que de informação? É isso que nos sustenta! Claro que não devemos nos anular e sim validar nosso conteúdo pessoal na formação acadêmica.

Será que tudo isso junto não me daria base para que eu consiga enfrentar melhor e dizer: “Eu tenho consciência de que a minha qualidade técnica me permitiu oferecer tudo que eu tinha para oferecer e, tranquilamente, compreender que o desfecho foi a morte e, no final, ainda me sentir tranquila por saber que eu não falhei?!” Nesse sentido seria possível trabalhar sem culpa!

Outra questão é a impotência, pois fomos preparados para não deixar morrer a qualquer custo... Para não morrer! Só que morte faz parte da vida e talvez seja o momento mais importante dela, quando você olha para trás, é nesse momento!

Você disse que na sua faculdade você teve psicologia, já naquela época, que ensinou um pouco desse lidar com o próximo... Interessante! Pois vai ao encontro daquilo que eu disse no começo que frequentemente aprendemos cuidar de doenças e não de doentes. Você foi privilegiada por ter tido isso na sua formação de base, grande mérito da sua faculdade, pois a maioria não tem ainda hoje.

Nesse sentido, você pode perceber hoje, com a maturidade que você tem, que aquilo foi uma excelente instrução para você, médica, saber lidar com o que você sente frente ao desfecho do contexto de morte, apresentado e transformado como uma questão de preservação de direitos e de justiça porque aprendeu se vincular com terceiros.

Vínculo esse que garante a compreensão da família sobre o que já estava previsto, prescrito, a morte do seu ente querido. Claro que não estamos falando de uma situação de urgência, emergência... Acolhimento que protege, muitas vezes, o profissional de um eventual processo ou questionamento judicial, de uma reclamação da ouvidoria que seja, porque teve um vínculo e você conseguiu conquistar a confiança da família e mostrar a limitação daquilo que você estava oferecendo como intervenção para o caso em questão...

Hoje em dia tem a questão de você convencer a família ou aqueles que estão em torno e o próprio paciente que você está oferecendo o que existe de melhor e que tem os limites da vida, da medicina, dos recursos e que aquele questionamento, aquela revolta que vai virar no outro, que não seja você o foco, porque o médico não pode ser o foco da fúria do outro que perdeu alguém que não queria perder, ou seja, a aceitação!

Você acha que, naquele momento, no segundo ano da formação, a abordagem dada foi para essa preservação ou que estavam preocupados, de fato, com o aluno ainda muito cru, que não tinha noção do que era a vida e muito menos do que é a morte? O que você acha que ficou internalizado em você?

É complexo responder isso, mas eu tenho a total noção do que é, do que aconteceu, do ganho que eu tive... Claro que agora, mais de dez anos depois, já quase quinze, a maturidade contribui na forma como eu enxerguei isso naquele momento também, acho que é como os alunos ainda enxergam esse ano – fase inicial da formação.

Eles têm, atualmente, eu até perguntei recentemente para alguns alunos se eles ainda têm psicologia médica e, na verdade, quando você fala sobre isso, você nem entende o monte de matérias que você tem, aí tem um valor que eu acho que fica meio vago por que onde estaria mesmo a importância daquela matéria e formação de vínculo?

Nossa! Vínculo é legal, mas vínculo, na cabeça deles, provavelmente seja entendido como aquele já feito com o paciente pela relação ou condição já dada e posta. Por que não se

faz vínculo? Eles ainda são um pouco inocentes em relação a isso, a esse modo de viver a medicina por não estarem vivendo sua prática ainda, apenas almejam. Eles ainda estão querendo!

Compreendo que, do ponto de vista da faculdade, eu acho que a intenção do vínculo era vínculo de verdade, não necessariamente de vínculo para proteger o médico futuramente. É uma coisa que naturalmente acontece... Hoje mesmo eu dei uma aula e até falei disso.

Permanece questões como a dúvida de uma aluna quanto a presença de uma terceira pessoa na realização de um exame clínico/físico. Não entendi! Por que você quer chamar uma outra pessoa? Aí ela falou: “Não, eu quero chamar outra pessoa porque se o paciente pensar qualquer coisa, tem uma outra pessoa que vai ser a palavra dele contra a nossa”. Logo falei: “Mas espere! Você está achando que vai acontecer um processo judicial, você está partindo do pré-suposto que tudo vai virar um processo?”

Continuei: “Você não acredita no que você faz? Você não acredita...?” Eu acho que o médico, apesar de hoje ter um movimento muito de judicialização da medicina, em que o médico tem uma prerrogativa de que está errado, não de que ele está certo, eu acredito muito, talvez pela minha formação, de que, como eu estou fazendo a coisa certa, é muito difícil eu ser processada. Ah, mas a pessoa pode falar que você fez... Ok, mas o que eu fiz?

Se você cuida da sua atuação você precisará acreditar nela... Logo, você evitará questionamentos. Exato! E se você realmente se interessou por aquela pessoa sentada na sua frente, você realmente fez uma história de verdade e você encarou ela com o problema que ela tem você dará uma devolutiva em relação aquilo através da realização de procedimentos necessários. Logo o exame físico fará e será entendido como parte de uma consulta médica clínica.

Porém, temos dois ambientes, um que temos tempo e outro que é o da urgência e emergência. São dois momentos diferentes e complexos! E infelizmente o SUS virou uma audiência e o ambulatório virou PS. Como criar um vínculo acolhedor em 5 minutos? Como formar um vínculo acolhedor? E seja lá qual for, apresentam-se as revoltas e questionamentos sobre o surgimento de eventuais doenças e pedidos de exames...

Até um pedido de exame desnecessário que você vai ter que conversar com essa pessoa, dizer que irá examinar melhor... Muitas vezes, o paciente já vem com uma ideia formada que, para desconstruir, não se levaria 5 minutos... E você acaba tendo que explicar para que serve um raio x de crânio, etc. Pensar no caso de crianças que terão uma vida toda pela frente acumulando irradiação no organismo...

Já no caso da medicina legal eu entendo os 5 minutos (risos)! Por que você escolheu medicina legal? “Ah, eu sempre gostei dessa área, talvez porque uma das professoras mais brilhantes da graduação, e que me deu a aula inaugural, é médica legista e eu já fiquei encantado por ela. E mesmo porque medicina legal não foi a minha primeira especialidade!” Fiz outra antes, como medicina esportiva!

Medicina legal, algo buscado o tempo todo! Pensava não ser capaz e nem ter acesso, até conhecer a formação em medicina legal. Fiz medicina esportiva porque eu gostava e era a opção acessível na época, pois eu curti muito até conhecer uma médica legista que falou: “Não, tem sim... Você pode fazer! Tem especialização...”

E com isso veio a pergunta: “O que a formação pode influenciar no lidar com a morte?” Então, veja, eu compreendi que na medicina legal não se faz somente autópsia, e sim muitas outras coisas como exames físicos, clínicos, necropsias... mas é o que mais se aproxima do morto. Os demais médicos detectam a morte e o encaminha, nós recebemos o morto.

Na polícia científica, que é onde eu atuo no momento, eu só vejo morto, porque na verdade eu faço o local do crime. Então, eu o examino no local da morte. Eu faço o exame no local. O mais interessante, que realmente aconteceu de eu dar uma notícia de crime, uma notícia de morte falha. Eu cheguei no local e não sabia o que estava acontecendo e qual seria minha conduta, pois o nosso sistema de atendimento só nos chama para ir à determinado local aonde tem um cadáver, uma boa parte das vítimas é por algum crime, e a outra boa parte das mortes são naturais ou suspeitas.

Tratava-se de uma morte natural, não tive dúvida, mas tinha alguma coisa ali que não estava muito clara e você tem que examinar. Então, para vocês entenderem, qual é o procedimento? Você chega no local, por exemplo, uma casa, a família está lá, você pede licença, examina e já libera o corpo dentro de poucos minutos e na sequência vem o IML para recolhê-lo.

Tudo bem até aí, fiz todo o procedimento, voltei para sala e fui informar a família do óbito. Na verdade, nem do óbito porque o corpo já estava lá há horas. Fui apenas orientá-los! Logo a mãe se levantou e disse não saber que seu filho estava morto. Ela achou que era apenas um atendimento médico.

Ninguém havia explicado para ela! Então, na hora que eu falei: “Vou chamar o carro do IML para recolher o corpo, ela questionou: ‘Como assim, o corpo?’” Imediatamente pensei: “Ninguém contou para ela que ele morreu!” Isso aconteceu já fazia umas 4 horas e ela estava com ele no momento da morte.

Isso reflete uma total negação da morte! E, ao mesmo tempo, você se dá conta que na verdade você também está despreparado, pois eu também não tinha percebido o que estava acontecendo. Considero sempre que todos ali presentes estejam sabendo do que está acontecendo, mas não, às vezes, o cenário é outro.

Considero que o clima e a energia do lugar ficam diferentes. Lógico! E acabei não tendo uma resposta objetiva para isso que ocorreu. Para mim, a melhor pessoa para dar uma notícia de morte é o legista, porque só sua presença já dispensaria qualquer discurso sobre morte.

E teve uma outra, não foi aqui, que eu achei muito dramático, porque eu fui e era uma situação que eu parei e pensei: “Tah! Eu espero...” Eu tinha outras coisas para fazer, mas aguardei e ainda disse: “Fique tranquila!” Cheguei, era um adolescente de 18 anos que tinha morrido em casa de uma morte súbita e no quarto ele estava deitado na cama, morto! Verifiquei e certifiquei que não tinha nada mesmo, nem consumo de droga. Mas ao chegar me deparei com a seguinte cena: “A mãe abraçada com o cadáver!” E aí? Ninguém esperaria até por ser algo da ordem natural da vida!

Já na pediatria não se vê tantas mortes, ou seja, não é algo comum na prática profissional de um pediatra. Tanto que quando ela acontece, costuma-se até falar que vale por 20. Parece que você assinou 20 atestados de óbitos no mesmo dia. E é muito triste porque você precisa lidar com os pais que, para eles, ocorre uma inversão da ordem natural das coisas em que sempre os mais velhos vão embora antes, nunca uma criança.

E nesta inversão se identifica uma negação, tanto que em todos os protocolos atuais da pediatria se exige a presença contínua de um dos pais durante todo o atendimento de emergência que pode ser potencialmente fatal. Isso é uma das coisas que faz parte dessa elaboração, entre aspas, que possibilita os pais assistirem tudo que foi feito como possível para aquele caso, seja uma reanimação ou qualquer outro procedimento que apresente risco de morte.

Uma dúvida: “Isso você aprendeu na faculdade ou depois?” Na verdade, a determinação protocolar para deixar os pais presentes no procedimento aconteceu depois da minha formação, mas eu me lembro de situações com pessoas adultas inclusive, em que preferiram deixar um familiar presente e durante a reanimação, ou melhor, não se pediu para que saísse. O médico preferiu que deixasse! Era um idoso, inclusive! Pediu para que a pessoa assistisse o procedimento.

Teoricamente a pessoa – acompanhante poderia atrapalhar o procedimento e, na verdade, é um preâmbulo do que se pode acontecer, pôr exemplo, o desfecho da morte. O

ganho é a pessoa assistir o que estava acontecendo e o que foi feito, coisas que realmente estariam fora do que a medicina podia oferecer durante todo o tempo do socorro e que por hora foi feito o que precisava ser feito. Existe um limite e foi neste limite que se chegou em termos de intervenção. E esse limite é a morte!

Considerando a disponibilidade de todos os recursos e também sua omissão diante da não disponibilidade evitando se expor – realidade brasileira! E a faculdade não aborda isso, na realidade: “A faculdade prepara as pessoas para acertarem! Para serem grandes e não errar!” É até engraçado quando as coisas não saem do jeito programado, nem seria uma questão de erro em si!”. Desfecho negativo!

Ser brilhante é você tirar 10 na prova, o que não garante necessariamente você conseguir contornar uma situação com desfecho ruim. Nunca! Eu nunca vi um preceptor virar para o residente e dizer: “Oh, deu tudo certo! Parabéns...” Pode ter dado tudo certo, mas morreu! Não é o que você queria, mas você foi lá, comunicou a família, mas as pessoas estão, muitas vezes, contidas dentro da própria tristeza, do luto e tudo mais...

Aconteceu... Foi ok! Tudo bem... A dignidade aconteceu, foi digno! Muito difícil, já vivenciei isso no lugar do familiar. Ficar ao lado da sua mãe e assisti-la morrer sob cuidados paliativos e ficar ao lado dela é uma coisa muito dolorosa...

Aprendemos muito com as situações não planejadas do cotidiano na prática profissional com casos em que todos da equipe acham que não morrerá e o desfecho acaba evoluindo para um óbito. Experiência que muitos residentes têm também a oportunidade de vivenciar. Existem coisas que não são treináveis, nem tudo daria para ser treinado previamente...

Outro aspecto que, infelizmente ainda hoje é assim, quando acontece um óbito, por exemplo, no internato, que você ainda não é médico ou mesmo na residência. A indicação para o aluno é que ele vá à chamada “reunião de óbito”, na qual se discutirá os aspectos orgânicos e fisiológicos da morte e por que “não deu certo?”

Tem horas em que você estica ou encolhe a discussão e você fica procurando coisas, por exemplo, de quem é a culpa? Eu já passei por isso! Então, para poder ficar livre, você diz: “Ah, mas também ele fumou a vida inteira... morreu sangrando... cirrose...” Foi ele que fez isso com a vida dele! E não é hora de julgar e fazer isso com os pacientes, mas o faz para poder dizer que não foi o médico que errou e para evitar questionamentos posteriores.

E com isso toda família concorda e fala: “Realmente, ele bebia tanto, doutora! Foi por causa disso?” – “Foi, foi por causa disso!” Aí, saem aliviados... Aspectos da vida moderna, na qual temos que enfrentar qualquer coisa como terceirizar a culpa.

Você sabe que eu estava vendo uma palestra de um médico espírita, afirmando que foi feito um trabalho científico, no qual se verificou se as pessoas que receberam oração em estados graves sobreviveram mais ou menos. Se a oração teria alguma interferência na sobrevivência das pessoas.

Organizaram e fizeram os grupos com os pacientes e, alguns do grupo, não recebiam oração, enquanto outros recebiam oração do grupo de oração que ia no mesmo horário e, extensivamente, faziam as orações, liam o evangelho... aquelas coisas todas! E outros, embora tivessem familiares que rezassem por eles, não recebiam esse protocolo de oração.

No final da pesquisa, claro, sabemos que estatisticamente tudo pode acontecer, mas o resultado mostrou que as pessoas que receberam mais oração morreram, morreram mais. “Então, não rezem por mim...” (Risos) Aí, foram entender o porquê! Você estava rezando para que? Qual era a sua intenção? Por que chamaram a família para virem juntos?

Anunciavam que haveria o horário de oração logo já vinham os familiares rezar junto. E por que rezavam? Para a pessoa ficar bem ou para morrer logo? A maioria deles estavam rezando para morrer logo, porque o sofrimento era muito grande naquele cenário de dor, na certeza do desfecho de morte anunciada pela gravidade da doença irreversível.

Trata-se de um prolongamento do sofrimento e não da vida. Muitos se manifestavam dizendo: “Eu rezei para acabar com isso logo!” Aí vem toda interpretação espírita de que: “Realmente foi aquele desligamento...” Então, rezava-se para que a pessoa morresse ou para a família em si. Ou seja, o familiar estava ali rezando para que houvesse a aceitação da partida do outro e, espiritualmente dizendo, quando a pessoa permite esse desenlace é como se ela soltasse a alma do outro para seguir o seu caminho – sentido espiritual.

Então, conseguiram fazer uma pesquisa de que rezar a mais depende da intenção da oração e muitos rezam para que aquele sofrimento acabe. E o que seria acabar com o sofrimento? Morrer! Até por saber que não iria curar, voltar... Ou seja, ocorre uma aceitação da morte por saber da sua inevitabilidade. Chegará a hora do paciente e a nossa também. Chegará a nossa vez, em algum momento seremos pacientes, trocar-se-ão os papéis...

E para não fugir muito do tema e da pergunta, a faculdade não nos prepara para a morte e o morrer por duas questões. Primeiro, tem muitas outras coisas para aprender sobre vida, que tem que ser feito naquele tempo de 6 anos que talvez não seja suficiente para tantas informações.

E segundo pela imaturidade do aluno que não está, na maioria das vezes, interessado em discutir morte, diferente na residência que tem essa função de expor intensa e

ostensivamente o aluno de forma integral, junto com seu mentor, às situações de vida e morte presentes no cotidiano da prática médica.

Por que a ideia da residência? Para o médico se especializar no tempo mais curto possível, se não ele demoraria 20 anos para ser especialista. Necessário? Enfim, depois que institucionalizou a residência, se tornou uma formalidade, mas essa ideia da exposição integral e intensiva é o mais original e marcante em uma residência. Em muitos casos, trata-se do momento mais marcante da formação médica.

Na formação médica, a residência é o nosso momento mais marcante e é talvez nessa hora, em que estamos sobrecarregados e estressados, porque é para ser assim, período em que começamos ver como as coisas funcionam na prática. É assim, não sei se deveria ser, enfim...

A maturidade é um tema muito importante de se pensar em qualquer momento da formação, de ser trabalhado nela, no mínimo teoricamente. Entrar em uma faculdade de medicina aos 18 anos de idade, se bem que hoje eles demoram para entrar em função da enorme concorrência. Então, quando você começa a faculdade, às vezes, não é mais tão jovem assim.

E você já começa um pouco mais maduro, mas talvez para uma profissão como a nossa, eu costumo dizer para os alunos: “Não somos melhores que ninguém!” Apenas fazemos coisas que a maioria não faz e é só isso! Não é melhor, a palavra, é apenas fazer coisas que as outras pessoas não fazem e lidar com coisas que as outras pessoas não lidam...

O ser humano fragilizado é uma carga muito grande e tem outras pessoas na área da saúde que também lidam com essa fragilidade e que sentem essa carga como nós sentimos. Apenas estamos um pouco mais próximos desse ínterim entre a vida e a morte, no aspecto técnico e no sentido de ter que salvar pessoas; eu acho que ainda entramos muito nessa coisa de que salvaremos todo mundo... Queremos ser médicos para salvar as pessoas!

O choque maior é quando você está na residência e percebe que você não salvará ninguém e que toda essa fantasia precisa ser reformulada. Que todo aquele seu desejo e sonho terão que mudar porque nunca foi aquilo, apesar da formação como um todo nos conduzir a isso: não perder!

A morte é compreendida como um desfecho negativo e não uma condução para o preparo dessa possibilidade. Acredito que todos nós tenhamos tido uma formação semelhante com a ideia de que: na minha mão não morrerá; pois somos “tops” e “supra sumos” que não deixaremos ninguém morrer! Como se costuma dizer rotineiramente: “Passo o plantão, mas não foi no meu!”

E como fazer essa transposição de conseguir lidar com essa impotência, sei lá, essa coisa de que agora se pode morrer? Se morre! Trata-se de um choque, principalmente diante de mortes súbitas em que você está com o paciente e de repente ele morre, ele estava sob sua responsabilidade... Sensação imediata de não ter sido treinada diante de uma enorme impotência.

Por exemplo, eu estou na cirurgia há muito tempo e lá eu recebo baleados que entram pelo pronto socorro ou pela urgência em uma adrenalina semelhante, onde você sabe que tudo poderá acontecer. Você não quer que aquilo (morte) aconteça e, muitas vezes, nem considera a possibilidade dela ocorrer e ela ocorre.

Em uma outra perspectiva, no contexto pediátrico, não diria que eu nunca peguei, mas uma vez eu estava no consultório atendendo uma criança grave. A mãe, não sei, sei lá o que aconteceu com ela, talvez não tenha conseguido identificar a gravidade do estado de saúde da sua filha e agendou uma consulta de encaixe para a criança.

Logo eu peguei a criança no colo, botei dentro do meu carro junto com a mãe e apenas disse: “Estamos indo para o hospital agora!” Aí a mulher ficou me olhando sem entender muita coisa e, no mínimo, imaginando: vim ao consultório para fazer uma consulta, na qual a médica pouco falou e nem olhou na minha cara direito...

Não se tratava de uma questão de olhar na cara e sim de olhar, olhar para a criança e identificar sua gravidade e, neste caso, o tempo foi tudo... Mas isso é infinitamente menos frequente do que quando eu estou no PS em que eu sei que qualquer ficha que abrir ali a morte será uma possibilidade.

Agora isso, no consultório, fiquei chocadíssima! Na verdade, talvez eu não tenha sido muito clara com essa mãe. Assim, eu acho que fui clara nesse sentido, de falar que estávamos indo imediatamente para o pronto socorro. E ela olhou para mim reagindo como se eu estivesse fazendo algo totalmente fora de propósito até por eu não saber passar para ela e, talvez de alguma forma, que tudo havia falhado.

Eu poderia facilmente ter dito: “A senhora está no lugar errado, eu aqui não tenho muito o que fazer, porque o seu filho veio numa condição muito mais grave do que se pode oferecer de cuidado aqui no consultório e dizer que seria para o hospital que teríamos que ir... Faltou habilidade de comunicação com ela naquele momento, de que estava dando tudo errado e que nós precisávamos fazer alguma coisa estando tudo errado...”

E a pergunta que rotineiramente nos fazem: “Doutor, doutora, tem risco?” “Tem algum risco?” O que eu falo? O que é risco? Você está com medo de que? Os médicos não dizem se é grave, se precisará ir à UTI e os riscos que o quadro apresenta como possibilidade.

Às vezes, a preocupação está muito antes da necessidade de se colher exames e aí eles questionam: “Mas tem que colher exame?” Sim e depois fazer a medicação e um monte de coisas...

Recentemente eu fiz um curso sobre urgência pediátrica com duração de dois dias inteiros e insanos sobre a sistematização do atendimento avançado a vida. Teoricamente você teria que reanimar e fazer tudo o possível? Enquanto a ideia era cuidar da criança de uma forma sistematizada depois de ter ficado imerso em um curso com duração de 18 horas com uma prova teórica e outra prática no final do curso e eu fiz exatamente o que eu faço e como faço.

Na verdade, a situação era com uma criança na sala de emergência e não uma criança parada ou morta; então, eu fui conversar com a mãe, pois existe um protocolo que solicita a obtenção da história de vida da criança. Obtive a história e no final falei: “O seu filho é grave, ele vai ser encaminhado para UTI”. Aí um outro colega me olhou e disse: “Mas ninguém falou isso!” Ficou nítido que o susto se resumia no fato de se prender sempre à uma sistematização.

Sistematização focada apenas no acerto do procedimento sem se preocupar com a abordagem com a mãe para levantar informações que tenha levado àquela condição. Olhar para o aspecto técnico resolverá apenas e talvez o problema da criança, mas é daí? Você precisa dar devolutiva para aquela pessoa, por exemplo: “Olha, agora nós vamos fazer isso, aquilo... O caso é grave, seu filho está em uma situação crítica, de risco e por isso será encaminhada para a UTI, lugar com condições melhores de monitoramento”.

Assim, a mãe até brincou: “Ah doutora, pelo amor de Deus, como assim?” Falei: “... é melhor conversarmos e esclarecer do que ficarmos fingindo que não está acontecendo nada diante de um quadro grave”. Fazendo assim, você já prepara para um possível desfecho indesejado. Porque querer é uma coisa, poder é outra!

E falando de criança, foi no primeiro ano de faculdade, em anatomia, que eu entrei pela primeira vez, na sala de anatomia, em contato com um monte de defunto para analisar. Aquele fedor de formol, aquele monte de gente morta, um negócio horroroso. Eu passava o dia inteiro atordoada, com os olhos e nariz ardendo. Faz parte!

Engraçado, prestamos vestibular e logo no primeiro ano de faculdade já nos sentimos médicos do bairro. Eu me lembro que depois de já termos tido algumas aulas de anatomia, de repente entraram dois cadáveres de crianças, dois bebês, pois deveriam ter uns 6 ou 8 meses de idade. O que aconteceu na aula? Entram os alunos, um bando de bicho grilo que não sabe o

que querem da vida, fazendo medicina que, ao abrir a sala de anatomia para na aula, dissecar cadáver e, de repente, chegou uma doação de dois corpos para o hospital.

Depois de algum tempo, o técnico pegou e botou os dois bebês em cima de uma das mesas de secção, o outro técnico estava expondo os demais cadáveres para os grupos, e nós vínhamos dissecando, cada grupo tem o seu cadáver e tal e os bebês ali. Muitas das minhas colegas, a maioria delas, foram vê-los, que dó! Muito bonitinhos... Estavam ali, deitados, duros, cinzas... Acho que todos se deram conta disso e aí ficou aquele climão! Simplesmente ninguém falou nada, botaram os dois ali!

Eu só me lembro que eu conversei com um colega e perguntei: “Será que eu tenho algum problema?” Porque eu não sinto pena, não estou sentindo nada por ver essas duas crianças ali. Para mim, elas simplesmente morreram! Foi o tempo que eles tiveram. Eu nem era espírita na época. Ele só respondeu: “Eu também não sinto nada! E sabe por quê? Porque pelo menos esses dois não tiveram a vida desgraçada que esse outro teve.

Esse outro teve uma vida desgraçada, de sei lá, 50 ou 60 anos de idade e não teve nem condições para ser enterrado e foi doado para um hospital escola para ser dissecado por um monte de alunos. Esses dois, a mesma coisa, só que eles não viveram a vida desgraçada que esse aqui viveu. E eu falei: “Eu não conseguia...” Olha, estou até arrepiada por me lembrar dele falando isso.

Eu falei: “Eu não conseguia dizer isso!” Mas talvez se eu estivesse sentindo isso eu teria tido pena também, porque eu não tive! Eu falava: “Se sentir pena é porque sentia raiva também”. Mas nesse momento não tem motivo para se sentir raiva? Eu falava assim: “Eu não tenho pena!” Eu olhava como um fato! Morreu, está aí, foi doado para uma escola que diseca cadáveres.

Eu falei assim: “Que vida esses dois teriam?” Pois acredito que as pessoas que vem para cá é aquilo que não foi. A pena e o pesar daquilo que não foram e que poderiam ter sido! Eles iriam sobreviver, mas de uma maneira desumana, ingrata e com um desfecho parecido com o do outro adulto ao lado. Entendido como um corpo que cresceu, desenvolveu por conta do sistema biológico, morreu e veio para o hospital escola, ou que perdeu a chance de uma adoção, de uma família feliz, linda, maravilhosa que ia estudar numa escola particular e depois seria um doutor... Não!

Qual seria a chance para essas pessoas? Então, assim, eu não sei! Aquele momento da faculdade, do contato com a morte naquela sala de anatomia, foi isso! Tinha muita curiosidade em relação à criança. Essa coisa da pena talvez perdesse espaço para mim porque

eu não sentia pena, pena de que? Daquela pessoa? Daquela condição de vida que ele teve para ter chegado ali e servir como um corpo para um estudante?

Eu tinha curiosidade, talvez uma coisa meio legista: “O que será que aconteceu?” Na verdade, somos imaturos quando entramos na faculdade e ainda achamos que resolvemos tudo como policiais. Vamos saber tantas coisas médicas... Como morreu, em que circunstâncias isso aconteceu...

Talvez você não pensasse na morte na aula de anatomia porque você sabia que todas essas pessoas tinham alguma condição que você queria até descobrir, meio legista, do que morreu... E eu ainda era meio maluca mesmo porque eu perguntava. Eu perguntava para os técnicos: “Você sabe do que ele morreu?” Temos que descobrir ou menos tentar descobrir.

Ou seja, precisamos compreender a imaturidade e a coisa do poder, do conhecimento advindo da possibilidade de ser médico, na fantasia de não falhar e de ter respostas, de poder salvar vidas. Um dos casos mais estranhos que eu me lembro foi de um amigo, ele foi a vítima. Ele foi a vítima! Ele foi encontrado em estado de decomposição de um cafezal no interior da cidade que eu sou.

Não teve violência e nem dá para falar que foi suicídio ou homicídio, não dá para falar que foi homicídio, como policiais peritos, estamos batendo a cabeça e ainda não conseguimos definir... Como outros da polícia, tenho amigos também da polícia de lá (interior) que falaram: “Oh, estamos batendo a cabeça aqui, você não pode dar uma assistência?” Eu falei: “Mande todo o material laudado para mim, manda!”

E ao ler o laudo eu disse: “Tudo certo, é isso!” Qual é o problema? O laudo do legista e o laudo do perito batem no seguinte quesito: “Ele morreu há 3 dias, pois o corpo foi encontrado na segunda feira e ele sumiu na sexta, ótimo, fechou!” Ou seja, o legista falou, o perito falou, fizeram o estudo científico até do caso e certo, ótimo!

Na segunda análise, análise do entomologista forense significou que, sim, ele morreu há 3 dias. Ali eles estavam (silêncio) – Eles estavam o que? Naquele lugar onde foi encontrado ele estava aonde? Então ele foi levado, o corpo foi levado... Ele não morreu ali! Não, pois partindo do princípio que o cadáver não se desloca espontaneamente já não é mais uma morte natural e sim um arquivo. Estávamos lidando com um homicídio com desova de cadáver ou auxílio – instigação e induzimento ao suicídio... Agora tem que saber qual.

Entretanto, não achou nada! No corpo não tem nada, não achou DNA porque ele já estava em decomposição. Nem uma perfuração por faca, por projétil, nada... Não tinha nada – velório com caixão aberto... Não tinha nada!

Veja só a resposta, mandei um áudio para o investigador que é um amigo pessoal meu e dele também e falei: “Nossa, eu acho tão formal...” Existem alguns assuntos que não se fala ao telefone e nem por áudio, mas os argumentos são seus e eles estão muito bem colocados. Tecnicamente colocado, eu não vou saber fazer isso! Mas para registrar o óbito e justificar o desfecho do caso foi necessário mostrar o áudio.

Nesse caso não estamos informando o óbito, mas imagine você falar para a família: “Olha, a pessoa que você ama foi assassinado, foi esfaqueado...” Eu já vi, por exemplo, pessoas, familiares, entrando em prantos quando me viram saindo do local com a arma, com a faca. Uma vez, a mãe de um menino entrou em prantos... E eu passei, estava com as minhas coisas e a faca, já lacrada, em cima. Ela viu a faca e começou a chorar desesperadamente.

Lidar com essas pessoas que compõem o cenário do óbito é complicado porque você não tem uma orientação ou procedimento para isso como um protocolo. Então, realmente isso fica muito de cada um. Eu, pela minha formação, quando tenho alguma situação dessa natureza eu converso com a família mesmo não entrando em detalhes como, por exemplo, questionando quantas facadas a pessoa levou, etc.

Você acolhe a família, apesar da decisão de não entrar em detalhes ser uma escolha do profissional, mas o fato é que você não foi preparado para isso! Então, você na verdade recorre à sua história. É uma decisão sua! Você decidiu que não é bom, que não é conveniente... O importante é estabelecer uma relação empática para o compartilhamento das informações.

A única instrução oferecida é o que não deve ser falado por alguma razão e não, pelo contrário, deve ser dito sim e, às vezes, só a escuta também é muito bem-vinda. A ordem é não falar! É, e a maioria não fala! A ordem da polícia científica é a seguinte: “Não, vocês não se comuniquem com ninguém!” “Não, nem com a imprensa!” Por instrução... Mas você já viu perito oficial dar entrevista? Nunca! Jamais, não dão!

O delegado apenas que dá entrevista, nós, médicos, não! Como também não somos instruídos como dar notícia de óbitos, de morte... E como dar essas notícias? Eu lembro uma vez no Campo Limpo diante de oito assassinatos ocorridos naquela madrugada, em 12 horas. Oito cadáveres baleados e como dar a notícia para as famílias? É assim, vai lá e fala...

Aí, chega o técnico e fala assim: “A esposa do paciente chegou e quer conversar com a senhora” Eu falei: “Sobre o que?” “Aquele que chegou lá...” “Ah, tah bom!” Aí eu pensava: como é que eu vou falar? Eu fui testando as maneiras de falar, só que são jeitos de falar que eu fui criando para mim, de acordo com as reações que eu presenciava. Se funcionava ou não,

igual criança. Se ela faz pirraça e funcionou ela vai ser pirracenta. Se ela faz pirraça e não funcionou ela muda a estratégia. Essa é a educação!

Eu fui me educando. Autodidata! Eu chegava e falava: “Então, fulano chegou...” Aí, eu pensei: vou mudar! Aí passei a falar: “A senhora veio saber sobre quem? Sobre tal pessoa?” Nisso chegava um chorando: “O que aconteceu?” Logo respondia: “Não sei – Estou aqui no pronto socorro e recebi ele aqui!”. “Mas ele está bem?” “Não!” “Onde ele está?...”

Não sabemos, existem vários mundos, pois na minha casa tem várias moradas... Então, eu cheguei perguntar: “O que você acha?” Porque já tive caso que falei: “A senhora é o que do fulano?” “Ah, eu sou a esposa!” Sim, a senhora sabe o que aconteceu? “Ah, então, ele estava em casa e a polícia veio, aí não sei...” As pessoas contam assim... Hoje eu tenho esse jeito de dizer fazendo com que a pessoa fale da própria percepção sobre o acontecido.

Eu não falo: “Ele morreu!” Eu só confirmo o que a pessoa já concluiu. Porque, de algum modo, ela já interagiu com o ocorrido, pois não está ali à toa! E quando morre durante o tratamento é diferente, aí eu tenho que dizer: “O que vinha acontecendo, como chegou até aqui... E durante a conversa eles costumam perguntar: “Ah doutora, ele morreu? Me fale a verdade, não me esconde nada”. “Sim, morreu!” Não falo infelizmente nem felizmente, simplesmente digo: “Sim, morreu!”

Isso eu aprendi com a vida, apesar de achar que eu até poderia falar muitas outras coisas, mas o fato é que também estamos perdidos e imersos naquele turbilhão de emoções e sentimentos daquele contexto e acabamos nem sabendo por onde começar... O mesmo acontece com a revelação do diagnóstico do HIV, que você também nem sabe por onde começar. Todos diagnósticos de HIV que eu dei foram muito difíceis e você acaba jogando uma carga que não é necessariamente a do paciente e sim sua!

E ela ficaria melhor se você não tivesse colocado todo esse peso no seu modo de comunicar. Ou seja, é claro que você vai aprendendo, acho que a última vez foi muito melhor que a primeira, agora: “Oi, tudo bem? Como você está?” Uma entrevista para o jornal... Outra coisa ruim é quando o profissional chega e diz: “Eu preciso conversar com você e você precisa ser forte!” Péssimo!

É um processo de aprimoramento infinito com experiências profissionais em situações de vida e morte. Mesmo chegando hoje melhor que antes! Acho até que dá para falar: “Eu posso fazer melhor ainda – posso usar outras expressões e isso varia muito de pessoa para pessoa”.

Algumas pessoas se sentem extremamente ofendidas, entre aspas, quando você é tão direto... Isso acontece! Não estou nem falando das más notícias e sim da relação

médico/paciente e acontece com todo mundo, por exemplo, eu presenciei hoje no ambulatório mãe e filho que deixaram de ir ao pediatra: “Ah não doutora, ele é muito grosso!”

Ao checar o que consideraram como “grosso” entendi que era ser “direto” e eu conheço o médico mencionado e sei que ele não é grosseiro e sim direto, o que é diferente. Acredito que seja algo cultural, porque um amigo europeu comentou o seguinte: “Por que vocês brasileiros dão tanta volta? Vocês são cheios de mimimi...”

É cultural o ficar rodeando... Agora o notificar a morte eu aprimorei desta maneira – deixo a pessoa contar e eu vou perguntando... Eu faço assim! Você vai conduzindo a pessoa: “... o que vinha acontecendo? Conte-me! Como estava?” Aí você vai falando no passado e a pessoa já vai percebendo. Quando ela cai no choro, é exatamente a hora que confirma a morte e você nem precisa usar as palavras morte e óbito.

Eu falo morreu e não faleceu. E quando a pessoa cai no choro ou se senta e é amparado por um segundo eu saio da frente. Porque eu sou a pessoa que não é bem-vinda naquele momento e ocasião. Eu trouxe a má notícia! Então, eu saio fora! Não por medo de agressão, nada! Porque a pessoa precisa elaborar sozinha. Então, eu me afasto, porque naquela hora ela não vai me ouvir. Eu vim dar a notícia e não o consolo... Não dá para fazer as duas coisas. Não dá! Então eu saio de perto. Tem familiar que já me abraçou e me agradeceu: “Doutora, muito obrigada por tudo!”

Quando a iniciativa vem do familiar é diferente, eu acolho, fui receptiva, coisa que no pronto socorro não acontece porque não se tem um vínculo pré-estabelecido, são aquelas horas ali e acabou. Diferente do contexto de internação que muitas pessoas me abraçavam, outras deixavam presente no dia seguinte e, às vezes, mandavam até cartas. E eu pensava: “Põe na ouvidoria um elogio que vai ser mais útil...” Já outros voltavam apenas para agradecer. Porque, assim, é um outro momento!

Existe o outro lado também, o que o médico recebe a notícia de morte de um familiar, como eu recebi da morte do meu pai. Como eu recebi a notícia? Da melhor maneira possível! Meu irmão ligou chorando e disse: “O pai morreu...” Pronto! Como assim? “O pai morreu” Todo mundo chorando e assim foi... E você a pessoa que sempre acha tudo normal...

Logo disse: “Não façam autópsia” O que eu falei na hora? Não faz autópsia! Eu vou dar o atestado de óbito. O que passou pela minha cabeça? Médica, cirurgiã e que sabe como lidar com as pessoas... Eu vou dar o atestado de óbito! Porque eu sabia que meu pai, qualquer pai morre, menos o meu! Que na hora que eu chegasse lá... Eu iria chegar e dizer: “Pai, pára!” E claro, ele iria se levantar.

E aí eu perdi o contato com meu irmão durante o voo, pois tive que ir para cidade dos meus pais, e quando cheguei lá, o corpo já estava no IML, daí sai o meu professor, que eu lembro quem foi esse professor, e fala: “Por que você não quer que faça autópsia?” Eu sei que você assinará um papel aqui dizendo que você será responsável por qualquer coisa que acontecer depois... Eu não consigo! Vou fazer...

Depois vão falar que eu quis bater nele... Pode fazer! Vão falar que eu o matei para pegar herança... Então, fez a autópsia e era um aneurisma de aorta roto e tinha muito sangue da barriga, o meu professor saiu e falou com o meu irmão. Esse momento eu sei porque ele me contou... Tudo isso enquanto eu estava no avião.

O legista questionou: “Ele sofreu um acidente ou alguém bateu nele, o que aconteceu? Teve briga? Não, não teve nada!” Veja se ele está roxo – pedido do meu irmão. Ele não brigou com ninguém, o que tem é muito sangue da barriga... E meu irmão questionou o legista sobre isso! Nesse nível de autópsia, imagine se tivesse batido o carro, sairia como um politrauma...

Saído com o resultado de um politrauma eu não iria atrás porque eu sabia que se tivesse feito autópsia a pessoa não voltaria mais. Então, nós que somos médicos, preparados e formados para, eu não sei o que (risos), lidamos todos os dias com a morte, mas na hora do stress emocional da notícia do óbito de um ente querido nosso, eu pelo menos, reagi assim... A forte, a independente... Logo virei um lixo no mundo diante daquela situação. Um lixo! Não sabia o que fazer...

Cheguei a pensar que ele tivesse tido um infarto. Ainda bem que fez autópsia e, com isso, se teve um diagnóstico correto e soube de fato o que aconteceu. Então, eu acho que este é o nosso outro lado! O que isso mexeu comigo? Olha que experiência cruel para me fazer uma pessoa melhor na sua pergunta...

Eu até me arriscaria dizer que, em termos de formação, falamos em um sentido mais amplo. Eu não especifiquei no começo propositalmente e nem nas entrevistas também, mas minha formação, neste sentido, só se dá no todo e somente por este viés que será possível melhorar a formação médica.

Em termos de informação apenas, talvez eu possa mencionar aquela aula que eu tive lá no comecinho, a qual teve o objetivo de compartilhamento de experiências. Compartilhando vivências... Possibilitar a exposição de fantasias e temores acerca do tema. Aí, se é possível compartilhar algo que eu ainda não vivi e que poderá me servir de alguma coisa, grau ou parecido na minha prática profissional e assim vai...

Costumamos dizer que: “Você não vai viver o suficiente para cometer todos erros possíveis”. Trata-se do compartilhar de outras vivências, não só com outros médicos mais velhos, mas também vivências pessoais advindas do seu mundo até aquele momento. Isso é compartilhar experiência!

Compartilhar experiências demanda idade, maturidade, conhecimento da informação compartilhada e tudo isso não pode ser protocolar por não ser uma coisa que você tem como seguir uma receita de bolo ou fluxograma como o fluxograma de parada cardíaca que como você tem como segui-lo com precisão. Neste caso não!

Existem certas estratégias que aí eu acho que a psicologia pode oferecer ferramentas de como falar com o outro, de como lidar e gerenciar com o stress, como ser técnico, instruído e preparado. Para isso, eu defendo muito a ideia da terapia em grupo que a psicologia pode disponibilizar ferramentas para nos instruir durante a formação acadêmica, apesar de eu considerar importante essa possibilidade durante todo o processo de formação e, principalmente, no final dela.

Sabemos que falar de morte, no momento em que você está começando a faculdade, é confuso e complicado. Muitos médicos nem se lembram se este tema foi abordado em sua formação e mal se lembram do enfoque dado ao vínculo médico/paciente no segundo ano da graduação, o que não deixa de ser uma sementinha plantada para depois você lidar com as questões de morte.

O fato é que sempre fica no plano teórico ou diluído e muito distante da vivência prática e só se torna presente quando você terá mesmo que lidar não só com as relações do atendimento em si, mas também com a parte negativa. Diferente se você tivesse sido preparado e desenvolvido previamente uma maturidade acadêmica e pessoal.

Porque uma disciplina de psicologia no segundo ou terceiro ano estará sempre focada na parte técnica da coisa e não na vivência. Por exemplo, vou estudar anatomia porque eu preciso mais, preciso entender anatomia! Então, falamos de uma relação e formação específica que não temos, ou seja, fica claro que tudo isso precisa ser casado com a vivência.

A vivência vai ser mais precoce? A vivência da relação médico/paciente vai ser mais precoce por causa do método, da metodologia ativa, do PDL que você já vai para o atendimento mesmo bastante cru de conhecimento, mas você já tem uma relação médico/paciente apresentada e discutida.

Talvez valha à pena você ter as vivências compartilhadas de alguém que você já atendeu, dificuldades enfrentadas, a experiência do preceptor... Isso sim fará sentido na minha compreensão, porque aí sim eles terão andado e avançado juntos produzindo sentido para a

formação médica. Precisa ser compreendido e encarado que se faz necessário caminhar juntos teoria com a prática/vivência.

Porque tudo dependerá no final da minha maturidade para lidar com a situação. Às vezes, dá vontade de correr, de sumir... Eu não quero estar aqui! Pensa: Eu tenho que enfrentar tudo? Por que eu TENHO que enfrentar tudo? Eu posso ter alguém para me ajudar? Até onde eu posso ir?

Também tem isso! Para tanto, eu acho que trocas de experiências na vida acadêmica e pessoal são muito bem vindas, por isso a importância de incentivar e trazer pessoas experientes para este cenário, no qual ele trará certos casos como exemplos e solicitará da equipe: “Como vocêalaria/lidaria com tal situação no lugar dele?” A psicologia tem todo um ferramental para instruir o médico a ter uma formação melhor através de dinâmicas de grupo ou até mesmo em situações de simulação como a gente tem da TLS da vida.

Somos muito despreparados, construímos estratégias com base nas próprias dores, no como somos e na hora que deveríamos correr atrás não o fazemos, apenas enfrentamos tais situações quando não se é mais possível fugir delas e é exatamente isso que nos leva ao endurecendo...

Daí que surgem as críticas a nosso respeito de que não sofremos, de que temos uma fala dura e seca como, por exemplo, você chegar com a mãe na sala de emergência e falar exatamente assim: “Seu filho morreu!” Será que tem outra forma de falar? Algo mais elaborado? Mas estamos focados em outras notícias, coisas...

Será? Eu ampliaria um pouco para as nossas vivências juntamente com a experiência dos professores compartilhada conosco. Eu acho que eles estão em uma fase da vida, eu os chamo de adolescentes sênior, que são os primeiros e segundos anistas, que vivem ainda como adolescentes, ainda na dependência financeira dos pais e se comportando como tais.

Então, acredito que este seja o momento em que eles aprendem muito com seus pares e colocá-los diante de seus professores o efeito é X, enquanto eles falando, trocando experiências e aprendendo um com o outro de forma triangular configuraria um efeito 3X. O efeito triangular é significativamente melhor do que a simples troca entre pares.

Se cada um compartilhar o seu caso, o da UBS, do Pronto Socorro e assim por diante... Ao ouvir do amigo como sendo verdade que ele possa aproveitar se torna muito construtivo, uma vez em que vivemos em um momento em que o ensino verticalizado tem caído por terra, a hierarquia que nós fomos educados e treinados, e seja qual for a nossa crítica, assim que nós aprendemos, mas hoje identificamos a necessidade de um outro modelo que abarque esse compartilhamento de experiências, deste estar juntos!

Modelo este em que o pai ensina o filho e vice versa! E que consequências isso geraria? Nós teremos que ver como esse processo se dará! Como será? Como abordaremos assuntos como a morte nesse método? Em que ele seja o protagonista, entre aspas, do aprendizado mesmo com toda imaturidade e pouca vivência ou nenhuma dele na área médica.

Considere que ele esteja no primeiro ou segundo ano da graduação de medicina, mas ele traz sua vivência pessoal, sua história de vida anterior a isso tudo e isso merece ser olhado, compartilhado e servido como base na construção de novos alicerces. Como se fosse um grande quebra cabeças que você aprende a montar depois de ralar muito. Praticamente depois de colocar todas as peças.

Tudo isso não vem de graça, vem com dor, infelizmente aprendemos com a dor também. Uma das notícias mais radicais que eu dei para um paciente, eu acabei com ele. Despejei totalmente. Deu uns 3 dias a esposa veio: “O que você falou para meu marido?” Pensei: “Maravilha – Ele está fazendo exercício!” Você vê como funciona para algumas pessoas o não passar a mão na cabeça!

ANEXO VI:

Período: últimos 10 anos

LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

Segue abaixo as estratégias de busca utilizadas, foi recorrido as principais fontes de informações acadêmicas de ambiência geral e também as específicas da psicologia, considerando como intervalo de tempo os últimos dez anos. Os descritores utilizados para as buscas são os termos autorizados pelos vocabulários controlados: BVS, BVS-PSI e DeCS nos idiomas português, inglês e espanhol.

Importante salientar que ao lançar os descritores: “educação médica, morte e fenomenologia”, encontrou-se apenas dois estudos nacionais o que aponta para a necessidade da ampliação de tal produção acadêmica, ou seja, de estudos que se utilizem do método fenomenológico de pesquisa e escuta clínica em diálogo com a formação médica.

Veja quadro abaixo:

DEDALUS – Banco de dados bibliográficos da USP			
Termos	Palavras adjacentes	Total de Registros recuperados	Obras
“FENOMENOLOGIA” “EDUCAÇÃO EM RELAÇÃO À MORTE” "EDUCAÇÃO MÉDICA "	Não	0	
"EDUCAÇÃO EM RELAÇÃO À MORTE" "EDUCAÇÃO MÉDICA "	Não	1	O aluno de medicina e o ensino da morte. Cury, Patricia Maluf.
"EDUCAÇÃO MÉDICA " "MORTE" “FENOMENOLOGIA”	Não	1	O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. Silva, Geórgia Sibebe Nogueira da.
“ATITUDE FRENTE À MORTE” "EDUCAÇÃO MÉDICA " "RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE"	Não	0	
"ATITUDE FRENTE À MORTE" "EDUCAÇÃO MÉDICA "	Não	0	
"TANATOLOGIA" "EDUCAÇÃO MÉDICA "	Não	0	
"TANATOLOGIA"	Não	12 1 relevante	A visão da morte e do morrer dos profissionais da saúde de um hospital universitário terciário e quaternário de São Paulo. <u>Cezario, Edenise Piccoli</u>
“RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE” “MORTE”	Não	3 1 relevante	Vivências de médicos que atuam em oncologia diante da terminalidade: uma análise compreensiva Steytler, Martha Ethel
Portal de Periódicos da Capes			
“DEATH EDUCATION” “EDUCATION, MEDICAL”	Não	5 1 relevante	<i>End-of-life and palliative care issues in medical and nursing schools in the United States</i>
"EDUCAÇÃO EM RELAÇÃO À MORTE" OU “TANATOLOGIA” "EDUCAÇÃO MÉDICA "	Não	0	
“EDUCACIÓN CON RELACIÓN A LA MUERTE” “EDUCACIÓN MÉDICA”	Não	0	
“TANATOLOGY”	Não	9 1 relevante	<i>Apreciaciones sobre la Muerte en Estudiantes del Último Año de Medicina.</i> Cardozo, Rosa A.; Sosa, Miguel G.; Gómez,

			<i>Andrea C.; Sánchez, Ana V.; Sosa, Gerónimo; Bastidas, Gilberto A.; Guevara, Harold; Ortunio, Magaly.</i>
“TANATOLOGÍA”	Não	49 1 relevante (resultado igual a estratégia anterior)	<i>Apreciaciones sobre la Muerte en Estudiantes del Último Año de Medicina. Cardozo, Rosa A.; Sosa, Miguel G.; Gómez, Andrea C.; Sánchez, Ana V.; Sosa, Gerónimo; Bastidas, Gilberto A.; Guevara, Harold; Ortunio, Magaly.</i>
"MORTE" "EDUCAÇÃO MÉDICA"	Não	9 2 relevantes	A construção do "ser médico" e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado. Silva, Georgia Sibeles Nogueira Da. <i>Death within the medical undergraduate routine: students' views. Duarte, Anaisa Caparroz; de Almeida, Debora Vieira; Popim, Regina Celia.</i>
“DEATH” “EDUCATION, MEDICAL”	Não	19 4 relevantes	Medical students' first clinical experiences of death. Kelly, Emily; Nisker, Jeff Teaching medical students to talk about death and dying in the ICU: feasibility of a peer-tutored workshop Dorner, Lena; Schwarzkopf, Daniel; Skupin, Helga. Et al. Medical students' experiences and perception of support following the death of a patient in the UK, and while overseas during their elective period Jones, Rachel; Finlay, Fiona The different levels of learning about dying and death: an evaluation of a personal, professional and interprofessional learning journey. Mcilwaine, L; Scarlett, V;

			Venters, A ; Ker, J S.
"MUERTE" "EDUCACIÓN CON RELACIÓN A LA MUERTE"	Não	1 Não relevante	
"DEATH ATTITUDE" "EDUCATION, MEDICAL"	Não	0	
"ATITUDE FRENTE À MORTE" "EDUCAÇÃO MÉDICA "	Não	0	
"ACTITUD FRENTE A LA MUERTE" "EDUCACIÓN MÉDICA"	Não	0	
Repositório CRUESP (Conselho de Reitores das Universidades Estaduais Paulistas)			
"EDUCAÇÃO EM RELAÇÃO À MORTE" "EDUCAÇÃO MÉDICA "	Não	1 Recurso igual ao obtido no catálogo DEDALUS	O aluno de medicina e o ensino da morte. <i>Cury, Patricia Maluf</i>
"DEATH EDUCATION" "EDUCATION, MEDICAL"	Não	0	
"EDUCACIÓN CON RELACIÓN A LA MUERTE" "EDUCACIÓN MÉDICA"	Não	0	
"TANATOLOGIA" "EDUCAÇÃO MÉDICA "	Não	0	
"TANATOLOGY" "EDUCATION, MEDICAL"	Não	0	
"TANATOLOGY"	Não	0	
"TANATOLOGÍA"	Não	9 Nenhum relevante	
"MORTE" "EDUCAÇÃO MÉDICA "	Não	4 2 relevantes (recursos iguais aos obtidos na DEDALUS)	<i>O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. Silva, Geórgia Sibele Nogueira Da; Ayres, José Ricardo De Carvalho Mesquita. O aluno de medicina e o ensino da morte. Patricia Maluf Cury</i>
"DEATH" "EDUCATION, MEDICAL"	Não	2 1 relevante (recurso igual ao obtido no DEDALUS)	O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica; Facing death: thesearch for Quiron in medical education
"MUERTE" "EDUCACIÓN CON RELACIÓN A LA MUERTE"	Não	1 Não relevante	
"ATITUDE FRENTE À MORTE" "EDUCAÇÃO MÉDICA "	Não	0	

"DEATH ATTITUDE" "EDUCATION, MEDICAL"	Não	0	
"ACTITUD FRENTE A LA MUERTE" "EDUCACIÓN MÉDICA"	Não	0	
P@TERNON - UNESP			
"EDUCAÇÃO EM RELAÇÃO À MORTE" "EDUCAÇÃO MÉDICA "	Não	0	
"DEATH EDUCATION" "EDUCATION, MEDICAL"	Não	4 Nenhum relevante	
"EDUCACIÓN CON RELACIÓN A LA MUERTE" "EDUCACIÓN MÉDICA"	Não	5 Nenhum relevante	
"TANATOLOGIA" "EDUCAÇÃO MÉDICA "	Não	0	
"TANATOLOGY" "EDUCATION, MEDICAL"	Não	0	
"TANATOLOGY"	Não	5 1 Relevante (mesmo recurso obtido no DEDALUS)	
"TANATOLOGÍA"	Não	34 Nenhum relevante	
"MORTE" "EDUCAÇÃO MÉDICA "	Não	4 1 relevante (mesmo recurso obtido no DEDALUS)	<i>Death within the medical undergraduate routine: students' views/A morte no cotidiano da graduacao: um olhar do aluno de medicina/La muerte en el cotidiano de la graduacion: una mirada del alumno de medicina. Duarte, Anaisa Caparroz ; de Almeida, Debora Vieira ; Popim, Regina Celia</i>
"DEATH" "DEATH"	Não	174 14 Relevantes (3 resultados repetidos de outras estratégias de busca)	Culture of death denial: relevant or rhetoric in medical education? Tucker, Tara Learning that a death can be a good death Morell, Emily A Improving student comfort with death and dying discussions through facilitated family encounters Schillerstrom, Jason E ;

			<p>Sanchez-Reilly, Sandra ; O'Donnell, Louise</p> <p>Simulated death can be an appropriate training tool for medical students Rogers, Gary ; De Rooy, Nicole Jones ; Bowe, Paul</p> <p>Drama as a pedagogical tool for practicing death notification-experiences from Swedish medical students Autor: Nordström, Anna; Fjellman-Wiklund, Anncristine; Grysell, Tomas</p> <p>On death and dying - an exploratory and evaluative study of a reflective, interdisciplinary course element in undergraduate anatomy teaching Alt-Epping, Bernd; Lohse, Constanze; Viebahn, Christoph ; Steinbüchel, Nicole Von; Benze, Gesine; Nauck, Friedemann.</p> <p>Residents' end-of-life training experience: a literature review of interventions Kottewar, Saket A; Bearely, Dilip; Bearely, Smith ; Johnson, E Diane; Fleming, David A.</p> <p>Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude. Hegedus, K ; Zana, A ; Szabó, G.</p> <p>Incorporating palliative care into undergraduate curricula: lessons for curriculum development Gibbins, Jane; Mccoubrie, Rachel; Maher, Jane; Forbes, Karen.</p> <p>First code. Death brings to life the intangibles of professionalism Lelonek, Meghan; Zink,</p>
--	--	--	---

			Therese.
“MUERTE” “EDUCACIÓN CON RELACIÓN A LA MUERTE”	Não	19 Nenhum relevante	
“ATITUDE FRENTE À MORTE” “EDUCAÇÃO MÉDICA”	Não	0	
"DEATH ATTITUDE" “EDUCATION, MEDICAL”	Não	6 1 relevante (mesmo recurso obtido no DEDALUS)	<i>Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude. Hegedus, K; Zana, A ; Szabó, G</i>
“ACTITUD FRENTE A LA MUERTE” “EDUCACIÓN MÉDICA”	Não	0	
"FENOMENOLOGIA" "EDUCAÇÃO EM RELAÇÃO À MORTE" "EDUCAÇÃO MÉDICA"	Não	0	
"FENOMENOLOGIA" “MORTE” “EDUCAÇÃO MÉDICA”	Não	1 (mesmo recurso obtido no DEDALUS)	<i>Death within the medical undergraduate routine: students' views/A morte no cotidiano da graduacao: um olhar do aluno de medicina/La muerte en el cotidiano de la graduacion: una mirada del alumno de medicina. Duarte, Anaisa Caparroz; de Almeida, Debora Vieira; Popim, Regina Celia.</i>
APA Psyc Net – American Psychological Association Bases: PsycINFO, PsycARTICLES, APA Books			
“DEATH EDUCATION” “EDUCATION, MEDICAL”	Não	3 1 relevante	Learning from the dead. Rosenblatt, Paul C.
“TANATOLOGY” “EDUCATION, MEDICAL”	Não	0	
“TANATOLOGY”	Não	0	
“DEATH” “EDUCATION, MEDICAL”	Não	105 12 relevantes	<i>End-of-life issues in UK medical schools. Dickinson, George E.; Paul, Elizabeth S. Death is not always a failure: Outcomes from implementing an online virtual patient clinical case in palliative care for</i>

			<p>family medicine clerkship. Tan, Amy; Ross, Shelley Paige; Duerksen, Kimberley.</p> <p>A fellow's perspective on facing death. Yuppa, David P.; Straker, Norman.</p> <p>Review of One breath apart: Facing dissection. Burns, Donna M.</p> <p>Why are newly qualified doctors unprepared to care for patients at the end of life? Gibbins, Jane; McCoubrie, Rachel; Forbes, Karen.</p> <p>Death is not the only harm: Psychological fidelity in simulation. Yardley, Sarah.</p> <p>Residents' practices and perceptions about do not resuscitate orders and pronouncing death: An opportunity for clinical training. Siddiqui, Mohammad F.; Holley, Jean L.</p> <p>Desensitisation of medical students towards the dying. Sobani, Zain A.; Ahmed, Nayla; Bhamani, Aryn; Sharif, Hasanat; Beg, Mohammad Asim.</p> <p>Medical students first clinical experiences of death. Kelly, Emily; Nisker, Jeff.</p> <p>Palliative medicine death rounds: Small group learning on a vital subject. Kitzes, Judith A.; Kalishman, Summers; Kingsley, Darra D.; Mines, Jan; Lawrence, Elizabeth.</p> <p>Teaching dying patient care in three universities in Argentina, Spain, and Italy": Erratum</p>
--	--	--	---

			<p>Mutto, Eduardo Mario; Cavazzoli, Carlos; Ballbé, JosepmariaArgemi; Tambone, Vittoradolfo; Centeno, Carlos; Villar, Marcelo Jose.</p> <p>Griev_Ing: Death notification skills and applications for fourth-year medical students. Hobgood, Cherri D.; Tamayo-Sarver, Joshua H.; Hollar Jr., David W.; Sawning, Susan.</p>
"DEATH ATTITUDE" "EDUCATION, MEDICAL"	Não	0	
<i>Web of Science – Biological Abstract</i>			
"DEATH EDUCATION" "EDUCATION, MEDICAL"	Não	1 (nãorelevante)	
"TANATOLOGY" "EDUCATION, MEDICAL"	Não	0	
"TANATOLOGY"	Não	6 (nenhumarelevante)	
"DEATH" "EDUCATION, MEDICAL"	Não	0	
"DEATH ATTITUDE" "EDUCATION, MEDICAL"	Não	0	
<i>Web of Science - Coleção Principal (Thomson Reuters Scientific)</i>			
"DEATH EDUCATION" "EDUCATION, MEDICAL"	Não	1 Nãorelevante	
"TANATOLOGY" "EDUCATION, MEDICAL"	Não	0	
"TANATOLOGY"	Não	3 Nenhumrelevante	
"DEATH" "EDUCATION, MEDICAL"	Não	13 1 relevante	<p>Application of the Core Competencies After Unexpected Patient Death: Consolation of the Grieved. Taylor, D (Taylor, Dan); Luterman, A (Luterman, Arnold); Richards, WO (Richards, William O.); Gonzalez, RP (Gonzalez, Richard P.); Rodning, CB (Rodning, Charles B.).</p>

"DEATH ATTITUDE" "EDUCATION, MEDICAL"	Não	0	
<i>BVS-Psi Brasil</i>			
"EDUCAÇÃO EM RELAÇÃO À MORTE" "EDUCAÇÃO MÉDICA "	Não	0	
"TANATOLOGIA" "EDUCAÇÃO MÉDICA "	Não	0	
"MORTE" "EDUCAÇÃO MÉDICA "	Não	1 Nenhum relevante	
"ATITUDE FRENTE À MORTE" "EDUCAÇÃO MÉDICA "	Não	0	
"FENOMENOLOGIA " "EDUCAÇÃO EM RELAÇÃO À MORTE" "EDUCAÇÃO MÉDICA "	Não	0	
"FENOMENOLOGIA " "MORTE" "EDUCAÇÃO MÉDICA "	Não	0	
"FENOMENOLOGIA " "MORTE" [DESCRITORES PSI PORTUGUES]	Não	1	A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana Mello, Aline Andressa Martinez; Silva, Lucia Cecília da.
"RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE" "MORTE"	Não	0	