

# **O residente de oncologia e a formação médica diante da morte**

*The resident in oncology and medical education towards death*

Ana Caroline dos Santos Barreto<sup>1</sup>

Jheyza Florêncio Alves Cordeiro<sup>2</sup>

Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros<sup>3</sup>

1 Acadêmica de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

2 Acadêmica de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

3 Mestre e doutoranda em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP; Psicóloga do ambulatório de oncologia adulto do Instituto de Medicina Integral Prof<sup>o</sup> Fernando Figueira – IMIP; Tutora do curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC CNPq/IMIP)

Correspondência: carolbarretomed@gmail.com

## RESUMO

A pesquisa teve como objetivos compreender de que modo o médico residente em oncologia experiencia a morte e como a formação e a prática clínica o influenciam no lidar com a terminalidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com seis residentes em oncologia de um serviço de saúde do Recife. Utilizou-se entrevista semiestruturada para coleta de dados, que foram trabalhados a partir da análise temática de Minayo. Os dados foram dispostos nos temas: o significado da morte, sentimentos e atitudes diante da morte, o médico diante do paciente terminal e o preparo para lidar com a morte. Entre os participantes, todos reconheceram a morte como parte da vida, mas com dificuldade em falar sobre o tema. Metade dos profissionais consideraram-se não aptos a lidar com a morte de seus pacientes, os demais se mostraram convictos. Ademais, os participantes não foram contemplados a uma boa formação para lidar com o ato de morrer, principalmente pelo ensino mecanicista da graduação. As faculdades formam o estudante de medicina para executar tecnicamente o cuidado à doença, perdendo assim a perspectiva humanística essencial na relação médico-paciente. Portanto, é relevante a necessidade da introdução de metodologias mais humanísticas para complementar o saber cuidar.

**Palavras-chave:** Atitude frente à morte; educação médica; morte; internato e residência; oncologia.

## **ABSTRACT**

This research aimed to comprehend how medical residents in oncology experience death and how their formation and clinical practice influence on dealing with terminal condition. This is a qualitative research performed with six residents in oncology of a health service in Recife. Data was collected via semi structured interviews and interpreted by Minayo's them analysis. The information gathered was arranged in the order: meaning of death, feelings and behavior facing death, physician facing the terminal ill patient and preparation to deal with death. Among the participants, all recognized death as part of life, but with difficulty to speak on the subject. Half of the professionals considered themselves not able to deal with the death of their patients, the other half considered themselves convicted to. In addition, participants weren't trained to deal with the act of dying because of the mechanistic method of teaching during graduation. The medical student is trained to technically perform, thus losing the essential humanistic perspective on the doctor-patient relationship. Therefore, it is important to introduce more humanistic methodologies to complement the knowledge of carrying.

**Key words:** Attitudes to Death; Medical education; Death; Internship and Residency; Oncology.

## INTRODUÇÃO

Tanatologia (do grego *tanathos* – morte, e *logia* – ciência) é o estudo científico da morte. O homem sempre detestou a ideia de morrer ou perder algum ente querido, e este quesito deixou de ser visto como evento natural, até a Idade Média, sinalizando para o fracasso, sendo incabível aceitar o fim, principalmente no ocidente, a partir do século XX.<sup>1</sup>

Sobre o avanço tecnológico, a medicina evoluiu modificando as relações de cuidado, vida e morte. Passivo e isolado, o enfermo padece em um leito hospitalar, e não mais em casa, cercado por seus familiares. A visão da morte, então, torna-se um tabu, uma experiência traumática e solitária, devendo ser evitada a todo custo.<sup>1</sup>

Com a institucionalização do cuidado, o médico aproxima-se do paciente com o olhar técnico voltado para a cura da patologia, sem abarcar outras dimensões do indivíduo. A partir do distanciamento nas relações médico-paciente, a busca obstinada pela cura torna-se mais importante que o cuidar, perdendo a ligação humanística.<sup>2,3</sup>

Diante da impotência frente a morte, o médico imbuído em seu fazer técnico, por vezes, acaba por desinvestir em situações nas quais os resultados não são, necessariamente, resolutivos em proporcionar a cura da enfermidade.<sup>2</sup>

Então, o ato de morrer passa a ser encarado do modo mais profissional, objetivo e realista possível. No entanto, é indispensável o inconformismo profissional, porque o médico deve ser estimulado a buscar novas opções de alívio diante a situação de um paciente incurável.<sup>2</sup>

Atualmente, os casos de câncer têm aumentado consideravelmente, representando uma das patologias mais importantes na área da saúde. Diversos fatores

(modificações demográficas, nos padrões de vida, advindos da industrialização) tornam prevalentes as doenças ditas crônicas, como o câncer.<sup>4</sup>

Nesse contexto, a formação do médico impõe competências, processadas na graduação e firmadas no decorrer da residência, dentre elas, a aquisição de aptidões técnico-científicas, autoconfiança e segurança. Ao mesmo tempo, manifesta-se o estresse devido ao desgaste emocional no ambiente do trabalho, podendo afetar negativamente o progresso das atividades.<sup>5,6</sup>

É sabido que a formação médica deixa a desejar na visão humanista, já que a graduação não costuma preparar o profissional para lidar com a terminalidade<sup>7</sup>. O médico deve considerar o indivíduo em estado terminal como um ser integral, com sentimentos, esperanças e garantia de escolhas da sua própria vida. Assim, o profissional poderá ser exemplo de orientação e um aliado ao processo de conforto. Permanecendo próximo ao paciente nos períodos difíceis, este profissional transfigura-se em um modelo mais humanizado de cuidado.<sup>2,6</sup>

Apesar de presente cotidianamente na prática profissional e interferir diretamente nas relações médico-paciente, a temática da morte é insuficientemente contemplada na graduação médica<sup>7</sup>. Portanto, este trabalho tem como objetivo compreender de que modo o médico residente em oncologia experiencia a morte e como a formação e a prática clínica o influenciam no lidar com a terminalidade.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido no setor de oncologia clínica de um centro hospitalar de referência da cidade do Recife, no período de abril de 2015 à abril de 2016.

Participaram da pesquisa, seis médicos residentes em oncologia de ambos os sexos, sendo três do primeiro ano de residência, dois do segundo e um do terceiro ano, com idades de 24 à 31 anos. O tempo decorrido entre a formação acadêmica e o momento da coleta de dados variou de 2 a 5,5 anos. Foram excluídos profissionais médicos não residentes ou outros profissionais da área de saúde.

Após a liberação da pesquisa pelo comitê de ética (CAAE 43947615.9.0000.5569), os encontros aconteceram nas enfermarias e no ambulatório de oncologia, conforme a disponibilidade dos participantes. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada, individual, audiogravada, composta por seis perguntas disparadoras construídas com o intuito de: identificar os sentimentos envolvidos em lidar com um paciente terminal; compreender a autoimagem do médico em relação à profissão; o significado da morte para os médicos e os fatores que influenciam a aceitação da morte e a tomada de decisão perante a morte iminente do paciente.

Os dados foram analisados através da Técnica de Análise Temática apresentada por Minayo (1999), utilizando-se da compreensão dos significados na abordagem do tratamento dos resultados.<sup>8</sup>

Para identificar as entrevistas e manter o anonimato dos participantes, foi utilizada a letra “A” como abreviação de “amostra” seguida de numeração de 1 a 6, de acordo com a ordem cronológica da coleta de dados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Após a transcrição das entrevistas, observou-se a frequência com que determinados conteúdos estavam presentes e se repetiam nos relatos dos participantes. A identificação dos elementos que surgiram com maior regularidade orientou o agrupamento das respostas nas seguintes categorias temáticas: “o significado da morte”, “sentimentos e atitudes diante da morte”, “o médico diante do paciente terminal” e “o preparo para lidar com a morte”.

### **1. O SIGNIFICADO DA MORTE**

A preocupação com a morte sempre esteve presente na história da humanidade. Antes interpretada pelas culturas tradicionais como mudança de status da vida na Terra para o mundo dos mortos, começa a adquirir caráter de julgamento na cultura egípcia. Na idade média, apesar dos ensinamentos da Igreja transmitirem esperança à população, o fortalecimento dessa instituição associa o morrer ao julgamento. A morte chega a ser personificada como figura que remete ao horror, podendo ser interpretada em alguns casos como castigo de Deus.<sup>9</sup>

Com os avanços científicos, transformações culturais e intelectuais, a morte deixa ser entendida apenas no âmbito do sagrado. O progresso da medicina associado aos avanços tecnológicos, à institucionalização e valorização da prática hospitalar, correntes filosóficas como o materialismo e o processo de medicalização, no qual o indivíduo se torna coadjuvante da sua própria morte, modificam a maneira de como a morte é vista e vivenciada no ocidente. Antes anunciado e vivenciado pela comunidade, o morrer passa a ser escondido e isolado pelos muros dos hospitais. A morte deixa de ser vista como condição natural e contínua da vida e passa a ser associada ao ruim, ao



que deve ser escondido. Na prática médica com intenção curativa, a morte se torna um inimigo a ser combatido.<sup>9,10</sup>

Entretanto, quando questionados sobre o que representa a morte, todos a reconheceram como parte da vida:

*“(...)é a única certeza que a gente tem. Todo mundo vai morrer um dia (...)” – A5(R1)*

*“A gente sabe que todo mundo vai morrer um dia. Todo mundo nasce. Todo mundo morre.” – A6(R3)*

A interpretação da morte como processo natural da vida participa da nova mudança de postura dos médicos observada nas últimas décadas. É essencial para retomar ao cuidado integral daqueles que estão morrendo.<sup>10</sup>

A compreensão do significado da morte passa pelas variadas dimensões humanas, religião, filosofia, antropologia, sociologia e é uma construção cultural<sup>9</sup>. A6 traz a influência da religião na percepção da morte:

*“(...)O fim do começo. Como se tivesse algo maior depois disso tudo. Acho que a gente tem que pensar em alguma coisa (...)porque senão, a gente... Vai acabar e pronto?” – A6(R3)*

O pensar na morte traz consigo inúmeros questionamentos ainda não respondidos pela ciência. Na tentativa de definir sua representação a respeito da morte, A3 e A4 apresentaram dificuldade em falar sobre o tema:

*“Essa é difícil... a morte é... é um fim de um ciclo (...)não sei muito como... descrever não” – A3(R2)*

*“O fim de um ciclo (...) não sei muito bem o que representa... o pós-morte ainda não. Nunca parei... não gosto de parar muito pra refletir sobre isso.” - A4(R1)*

Viana & Piccelli (1998), revelam achado semelhante. A dificuldade em tratar sobre o tema morte está presente mesmo entre aqueles que apontaram interesse pelo assunto. Assim, o desafio em lidar com os questionamentos e sentimentos que surgem ao se considerar a morte em profundidade se apresentam, apesar da aparentemente consideração como processo natural da vida. <sup>11</sup>

## **2. SENTIMENTOS E ATITUDES DIANTE DA MORTE**

Ao se falar de morte de forma mais ampla, os participantes expressaram medo e incertezas, além de dor e sofrimento. Identifica-se na fala de A4 a preferência em não pensar na morte associada aos questionamentos que surgem neste processo:

*“Não gosto de parar muito pra refletir sobre isso. Só gera muita incerteza(...) de não saber o que vem depois. Não é que gere medo, gera... simplesmente incerteza.” – A4(R1)*

O pensar na morte nos faz questionar inúmeros aspectos da existência humana sobre os quais ainda não há resposta completa e universal, apesar dos esforços da filosofia, das artes, das ciências e das religiões para explicá-los. <sup>12</sup>

A morte muitas vezes está associada à perda, dor e sofrimento físico, psíquico, social e espiritual. Na tentativa de retardá-la ou evitá-la, deixamos de pensar sobre ela e, conseqüentemente, no sofrimento atrelado a mesma <sup>10</sup>. No contexto dos profissionais de saúde, a morte faz parte do cotidiano e sua negação se dá de forma a evitar o contato com experiências dolorosas. Além disso, ao negar a morte, permite-se viver com a

ilusão da imortalidade<sup>12</sup>. Dessa forma, evitar pensar na morte pode ser considerada uma forma de negá-la.<sup>11</sup>

O medo da morte é universal, é a resposta psicológica mais comum diante da mesma. Quando se fala da própria morte, surgem os medos do sofrimento, da indignidade pessoal, do que vem após a morte, do julgamento, da rejeição e da própria finitude. Em relação à morte do outro, surgem os medos do abandono, da perda da relação e de ver o sofrimento do outro, gerando o sentimento de impotência<sup>13</sup>:

*“(...) acho que ninguém tá preparado para a morte, ninguém se prepara para morte. Então por isso que todo mundo tem muito medo.” – A5(R1)*

E complementa:

*“Como a gente tem muito contato com morte, acaba que...fica, se torna uma coisa comum, assim. Mas eu acho que isso quando não é com você, quando não é com uma pessoa próxima. Quando você para pra pensar em você e na sua família, todo mundo acaba tendo um pouco de medo, de sofrer, de... sentir dor. Medo de quem você vai deixar, de não saber o que é que vai acontecer depois que você morre.” – A5(R1)*

Contrapondo o medo universal em relação à morte, a fala acima foi a única que levantou essa questão de forma espontânea e clara. Tal fato pode estar relacionado ao isolamento emocional fortemente presente na medicina ou, até mesmo, ao medo de morrer inconsciente. Geralmente esse medo se trata “da extinção”, do não ser.<sup>14</sup>

Apesar disso, a maioria dos participantes relatou maior sofrimento e dificuldade de pensar sobre a morte quando expostos à possibilidade da própria morte relacionada a uma doença terminal ou da morte de familiares e pessoas próximas.

*“A gente nunca para pra pensar nisso porque sempre acha que é mais doloroso.” – A1(R1)*

*“(...)pensando em você, em alguém que seja da sua família... é mais difícil.” – A6(R3)*

*“Bom, em uma doença irrecuperável terminal... obviamente ia sofrer bastante, ninguém ia receber essa notícia feliz.” – A4(R1)*

Ainda visando a possibilidade de acometimento por uma doença terminal, os sentimentos referidos foram de revolta e aceitação:

*“A princípio sim, revoltada. (...)Depois eu iria levantar a cabeça e ia tratar. Se não tivesse como tratar, talvez eu me entregasse. Difícil pensar nisso.” – A6(R3)*

*“Não sei, faço a menor ideia (...)Acho que é uma mistura de revolta...” – A5(R1)*

Os relatos dos participantes estão em consonância com as fases do luto descritas por Kübler-Ross, sendo elas: negação, revolta, barganha, depressão e aceitação.<sup>15</sup>

Em relação à morte de pacientes sob seus cuidados, as respostas foram diversas. Sendo relatados sentimentos de fracasso, sofrimento, revolta, alívio e aceitação.

Como já comentado, no século XX o tema da morte se tornou um interdito, não se podendo falar sobre ela. O desenvolvimento das ciências médicas possibilitou a cura de várias doenças, melhoria das condições e prolongamento de vida e retardamento da morte. Tais mudanças levaram a sociedade ocidental a ver a medicina como principal fonte de respostas para a morte, lugar antes ocupado pela religião. Nesse contexto, os profissionais de saúde, principalmente o médico, carregam o “peso” de combater a morte, já que a mesma é fonte de vergonha e fracasso.<sup>9,10</sup>

Ademais, frente às incertezas escancaradas pela morte, combatê-la traz o sentimento de controle e força. Trava-se uma batalha contra a morte, que perante doenças sem possibilidade de cura, traz a tona sentimentos de frustração e desmotivação. Não aliviar o sofrimento coloca o profissional de saúde diante da sua impotência e finitude, pois a morte do outro nos remete a nossa própria morte <sup>12</sup>. Existe o sentimento de impotência em A6:

*“A gente lida muito com essa questão da morte do paciente, da falha terapêutica. E que às vezes é muito difícil, (...)às vezes você se sente como se tivesse falhado em relação àquele tratamento. (...)Acho que a gente pensa muito na falha da gente como médico.”*  
– A6(R3)

No discurso de A1 observa-se o contrário, a morte do paciente não é vista como fracasso, mas um processo natural:

*“(...)não encaro como uma derrota profissional quando um paciente chega ao óbito. Encaro como uma situação natural do processo de adoecer.”* – A1(R1)

A2 e A6 mostram o sentido positivo da finitude, como forma de aliviar o sofrimento. Assim, a morte assemelha-se a figura acolhedora a qual proporciona conforto. <sup>13</sup>

*“Pra mim hoje, a morte pode representar uma coisa até positiva dependendo de como você lida com aquele paciente, com aquela família. Pode representar o fim de uma batalha(...)”* – A2(R2)

*“Às vezes é um alívio. Você vê aquele paciente sofrer tanto, durante tanto tempo(...) Outras vezes é meio revoltante, principalmente quando é um paciente mais jovem que...*

*morre por algum quadro reversível, que morre por alguma falha no sistema de saúde. Geralmente nesses casos é mais revoltante. Mas... é difícil pra gente.” – A6(R3)*

A fala acima expõe que as circunstâncias da morte e a idade da pessoa que morre são elementos prejudiciais na aceitação da morte, o que está de acordo com a literatura sobre o lidar com a morte e os fatores de risco para o luto complicado.<sup>9,16</sup>

A morte do paciente é sentida por todos que interagem com ele, incluindo os cuidadores profissionais. Nesse contexto, o médico tem em sua rotina a presença da morte, das perdas e do luto<sup>9</sup>. A5 discorre acerca do sofrimento diante da morte de seus pacientes:

*“(...)cada paciente que a gente perde aqui... a gente sofre.” – A5(R1)*

Segundo Esslinger, “o processo de luto tem início após a perda significativa de uma pessoa, um relacionamento e/ou uma situação que tenha sido investidos afeto e energia e com os quais se tem um vínculo forte”<sup>9</sup>. Quanto maior o vínculo afetivo, maior o esforço para o desligamento<sup>13</sup>, conforme observado na fala abaixo:

*“(...)em pacientes que a gente se apega mais... e que a morte deles é um baque pra gente.” – A6(R3)*

A vivência do luto tem o papel de dar significado à perda e auxiliar o retorno às atividades cotidianas. Porém, para o seu desenvolvimento, é fundamental a expressão dos sentimentos do enlutado. A forma como se dá o processo de luto dos cuidadores profissionais é de extrema importância para a humanização do processo de morte.<sup>9,10</sup>

Entretanto, aos médicos não é permitida a expressão dos sentimentos em relação à morte de seus pacientes, tais manifestações são vistas como fracasso e fraqueza.

Desde a formação acadêmica, o olhar técnico é favorecido em detrimento das outras dimensões humanas e há um isolamento emocional do médico em relação ao paciente também na tentativa de evitar o sofrimento<sup>9,10</sup>, como podemos ver nas falas:

*“(...)a gente tem que saber dosar (...)Você também não pode muito se apegar ao paciente e à família dele, senão você vai terminar sofrendo muito em relação a isso, prejudicando até a possível relação.” – A6(R3)*

*“Eu acho que a gente não pode se envolver demais porque é uma área que... sofrimento, morte, tá presente todo o tempo. Então eu acho que se você se envolve demais cria muito vínculo com o paciente, você vai acabar sofrendo também.” – A5(R1)*

Geralmente, a dor pela perda do paciente é silenciada e sua expressão vista como inadequada à função médica. A isso se dá o nome de luto não franqueado. Essa condição está associada a fatores de risco para o luto complicado e, no profissional de saúde, à síndrome de burn-out. Portanto, salienta-se a importância do cuidado direcionado ao cuidador profissional<sup>9,17</sup>. A6 traz a sugestão de suporte psicológico para os profissionais que têm mais chances de apresentar um luto mal elaborado:

*“Acho que todo médico que lida muito com isso precisa de um acompanhamento psicológico, porque se a gente for juntando tudo e for levando pra casa, vai terminar invadindo nossa vida pessoal.” – A6(R3)*

### **3. O MÉDICO DIANTE DO PACIENTE TERMINAL**

É imprescindível o envolvimento do médico com o paciente-família diante da morte. É unanimidade entre entrevistados o médico como ser cuidador, apoiando e acolhendo. Além disso, relataram a necessidade de formação de vínculo com o paciente

e a família e o desenvolvimento de uma relação sincera. “Estar presente é função crucial para deixar o paciente mais tranquilo”.<sup>2</sup>

*“O envolvimento que deve manter é o de cuidador, apoio, de acolher a família, dar o suporte necessário... se mostrar disponível” – A1(R1)*

*“É o de muita confiança que você vai ter que ter com aquela família, afinal você está lidando com um paciente grave... focando nas medidas de conforto, não retirando a esperança... sendo sincero quanto ao quadro clínico do paciente” – A2(R2)*

*“A gente tem que “tá” bem próximo do paciente e da família... até gerar um vínculo... sempre deixar claro pra todo mundo a real situação... estar aberto às perguntas” – A3(R2)*

As intervenções médicas nesse estágio da vida, segundo Kovacs (2014), devem voltar-se à oferta de conforto com o uso de medicação para alívio dos sintomas e interrupção de tratamentos fúteis, seja na assistência hospitalar, como domiciliar<sup>18</sup>. Buscando uma morte digna, procura-se favorecer a autonomia do paciente, sem dor, com consideração aos desejos, direcionando uma comunicação ideal entre família e profissional. Afinal, “segundo antes da morte, ainda se vive”.<sup>10</sup>

Quando abordada a possibilidade de serem diagnosticados com uma doença terminal e sobre o tratamento desejado, os entrevistados referiram que gostariam de ser tratados com respeito, franqueza, sendo informados sobre a sua doença e possibilidades, sem protelar a finitude da vida. Tal achado está de acordo com a literatura.<sup>19</sup>

*“Não gostaria de ser tratada com dó ou piedade(...). É uma doença irreversível, mas você também merece tratamento” – A1(R1)*



*“Eu gostaria de ser tratado com sinceridade por parte da equipe, com acolhimento também(...)” – A2(R2)*

*“Eu gostaria de ser tratado com humanidade, sendo ouvido nas minhas queixas” – A3(R2)*

*“Com dignidade, com respeito. (...)Não ia querer que ficasse fazendo medidas de distanásia comigo... que não fosse prolongar minha vida... com qualidade de vida e não prolongar só por prolongar” – A4(R1)*

*“Acho que eu ia querer saber tudo, sobre... a verdade, a realidade sobre o prognóstico, essas coisas, até pra a pessoa se preparar, ter consciência do que “tá” acontecendo, de como é que vão ser as coisas...não sei” – A5(R1)*

Muitos associaram a profissão a um maior grau de sofrimento devido ao conhecimento técnico-científico em relação à doença e suas consequências. Em contradição ao desejo referido de ser informado sobre a enfermidade, foi levantada a hipótese de que desconhecer a doença ou a possibilidade da própria morte diminui o sofrimento. Como visto a seguir:

*“Pra gente que está lidando com uma doença todo dia, é pior porque sabemos do prognóstico, é mais difícil porque saberemos que a gente vai morrer(...). Eu acho que pra um paciente leigo, talvez seja mais fácil de encarar.” – A1(R1)*

*“Quando você tem conhecimento na área, se você já sabe como é que vai ser, qual vai ser o prognóstico, eu acho que é bem pior” – A5(R1)*

Esta contradição pode ser entendida a partir da dificuldade de comunicação da doença terminal ao paciente. Está relacionada ao medo da reação deste em se falar a

respeito, e ainda à relutância em dialogar sobre terminalidade no ocidente. Gera-se a ideia de que não informar as reais condições do paciente evitaria o sofrimento do mesmo. Porém, ao tentar esconder a informação, utilizam-se falas positivas e alegres e atitudes que não condizem com a expressão facial de preocupação e desconforto com o tema. Dessa forma, como 80% da comunicação é não-verbal, o indivíduo entende que há algo de errado e com a falta de diálogo, ambos sofrem em silêncio. Além dos profissionais de saúde, paciente e família também se abstêm em falar sobre o tema com intuito de se pouparem do sofrimento. A esta condição dá-se o nome de “Conspiração do silêncio”.<sup>19, 20</sup>

#### **4. O PREPARO PARA LIDAR COM A MORTE**

“Avanços médicos têm nos dado o poder de prolongar a vida, mas não nos têm ensinado nada de como morrer. Nosso medo da morte e amor à vida significa que nós raramente nos preparamos para a morte em si e para o processo de morrer. Então, embora todos nós saibamos que morreremos um dia, dificilmente alguém está preparado, ou está se preparando para morrer bem”.<sup>9,10</sup>

A morte nos traz a reflexão sobre a vida e sobre a nossa essência. Assim, seria um instrumento pedagógico para nos educarmos para a vida. Comenius falava que “para morrer não é necessária nenhuma arte, pois é uma coisa espontânea, mas morrer bem é a arte das artes”. E este morrer bem está intimamente relacionado ao viver bem. Entretanto, o homem ao longo de sua história foi cada vez mais se distanciando do lidar com sua finitude.<sup>10</sup>

As falas a seguir apontam a ausência do preparo para a morte, tanto da pessoa como de alguém próximo:

*“(...)eu acho que a morte é uma experiência pela qual todo mundo vai passar... apesar de ninguém "tá" preparado...principalmente pessoas jovens, (...)até pessoas mais velhas, acho que ninguém tá preparado ‘pra’ morte, ninguém se prepara ‘pra’ morte.”*  
– A5(R1)

*“Claro que ninguém está preparado para a morte de uma pessoa próxima, de um parente, de uma pessoa que você se apegou”* – A1(R1)

Porém, morte é um tema que deve e pode ser tratado sempre em todas as fases da vida <sup>10,13</sup>. Ademais, na profissão médica, é cotidiana e faz-se companheira do profissional. Segundo Kübler-Ross, “o mais importante é a atitude que assumimos e a capacidade de encarar a doença fatal e a morte. Se isto constitui um grande problema em nossa vida particular, se a morte é encarada como um tabu horrendo, medonho, jamais chegaremos a afrontá-la com calma ao ajudar um paciente”. <sup>15</sup>

Quando questionados sobre a aptidão para lidar com a morte do paciente, A1, A2 e A6 se julgaram aptas:

*“Na minha residência de clínica eu lidei muito com pacientes oncológicos e isso me fez estudar mais a respeito do assunto. (...)Na minha residência de oncologia a gente teve treinamento sobre isso e eu acho que me sinto preparada para lidar com o processo de morte do paciente* – A1(R1)

*“Sim. Hoje em dia eu me julgo apto. Existem protocolos a serem seguidos nesse processo de morte(...)”* – A2(R2)

*“Sim!... apesar de ser pouco tempo de profissão: cinco anos. Entrei na oncologia há mais ou menos dois anos. E a gente lida muito com essa questão da morte”.* – A6(R3)

Todavia, os demais participantes não se mostraram convictos de sua habilidade para lidar com a morte do paciente:

*“A gente tenta melhorar. (...)no início da residência, era uma coisa meio impactante.(...)Durante a residência a gente teve um curso de treinamento para más notícias, o que ajudou bastante”- A3(R2)*

*“Mais ou menos, tenho pouco tempo de formada... já fiz uma residência antes mas "num" tive muito contato com... morte não... nesse pouco tempo que eu tenho de formada, acho que "num" tenho muita experiência com isso. Poucos pacientes que eu vi morrer, que tive que conversar com a família. Mas, acho que... à medida que você vai tendo contato com isso, você vai adquirindo experiência.” – A5(R1)*

*“Questão bem complexa... Acho que ninguém está cem por cento apto "pra" lidar (...) – A4(R1)*

Observa-se que a maioria relaciona tal habilidade à prática profissional e preparo teórico/técnico. Vê-se que os que se julgaram aptos relataram maior contato com a morte e o morrer, além do auxílio de protocolos e treinamento técnico. Ademais, o desenvolvimento desta competência não é atribuído à graduação médica como observado em outro estudo<sup>20</sup>. É válido destacar que A4 e A5, ambas no primeiro ano de residência, foram entrevistadas próximo ao início de suas atividades na área de oncologia.

O preparo teórico e prático para lidar com a morte foi contemplado durante a residência, especialmente em oncologia:

*“Teve agora na de oncologia, a gente teve uma preparação (...)no R1 foi que a gente começou a ter uma preparação maior, melhor. Mas não, a residência de clínica*

*também não me preparou pra isso. Só agora. Eu acho que as outras residências, que não sejam de oncologia, talvez sejam mais complicadas” – A6(R3)*

Considerando esse preparo teórico, é concordante entre os participantes o fato da graduação médica não contemplar uma boa formação neste aspecto:

*“Na graduação não há preparo teórico (...) não tive nenhum rodízio, nenhuma aula que lide e trate desse assunto, que haja esse preparo, esse contato maior com o paciente em situação terminal (...) acho que minha formação não supriu nesse aspecto”. – A1(R1)*

*“De jeito nenhum, não fomos preparados para lidar com a morte. A maioria dos médicos que saem da faculdade não tem preparo, nem pra comunicar má notícia, nem pra comunicar morte, nem pra conduzir um paciente grave em fase terminal” – A2(R2)*

*“Com certeza, não. Acho que na faculdade, principalmente a minha (...) não tem nenhuma disciplina, não tem nenhuma matéria (...) que discuta isso. E às vezes até tem uma discussão, mas (...) é superficial.” – A5(R1)*

Para Blasco, a formação ética do médico é fundamental a fim de estruturar base na qual se possa firmar um modo coerente de atuação<sup>2</sup>. Todavia, o processo de atender os pacientes terminais faz-se laborioso, à proporção que a morte torna-se um fator frequente<sup>7</sup>. A vivência do profissional em ambientes de excessiva carga emocional, exige do médico uma formação não ofertada durante a graduação<sup>6</sup>. Infelizmente, aos graduandos é compartilhada uma metodologia de ensino mecanicista, na qual o estudo das patologias objetiva a cura, não aceitando a morte e a falha médica.<sup>7</sup>

*“(...) durante a graduação a gente é muito... feito assim: pra tal doença a gente trata assim. Mas a gente nunca é preparado pra... falhar. Na verdade não é nem pra falhar, é pra... se o tratamento não der certo, como a gente vai reagir? Eu vim aprender isso na*

*residência, depois da graduação. Porque na graduação você não aprende muito isso, você não sabe muito bem como lidar com o paciente, você não sabe muito bem como lidar com a morte. Difícil. Só com o tempo, com a prática clínica é que você vai aprender.(...)A gente é preparado para curar.(...)A gente não é preparado para não curar um paciente durante a faculdade” – A6(R3)*

As escolas médicas brasileiras tradicionalmente não têm auxiliado os futuros médicos a lidarem com a morte e o morrer<sup>21</sup>. Isto contribui para o distanciamento do médico da condição humana, podendo levar à perda da humanização e da integralidade<sup>22</sup>. Pode-se pontuar que a formação médica no aspecto do lidar com morte reflete, ao menos em parte, a cultura ocidental, que nega a morte e a exclui do diálogo cotidiano.

Não obstante, a fala de A4 indica a presença desta temática em sua universidade: *“Eu não diria que foi um preparo adequado e ainda é muito incipiente esse tema na graduação médica.(...)No meu curso, pelo menos, eu tive abordagem tanto de... ética em medicina quanto de... abordar a morte, de medicina mais humanizada, que antes não existia” – A4(R1)*

Este achado pode correlacionar-se com a mudança de postura do médico diante da morte e ao apoio cada vez maior da Organização Mundial de Saúde e de associações médicas a temáticas como a dos Cuidados Paliativos, trazendo uma nova abordagem ao ser humano doente.

Apesar disso, surgem ainda muitos desafios em inserir este tema em escolas e universidades fragmentadas, que não veem o ser humano em todas as suas dimensões e valorizam apenas a cognição necessária para o campo profissional. Assim, é importantíssimo retomar os pensamentos e modelos de pensadores como Comenius,

para se alcançar uma educação integral e que valorize a formação para a vida como também para morte.

Indagou-se aos participantes quais seriam suas sugestões para a formação acadêmica, visando a sua melhoria. Foi proposto: aumento do tempo de prática médica dos estudantes; maior contato com os Cuidados Paliativos e pacientes em estado terminal; criação de disciplinas sobre terminalidade e processo de adoecimento; inclusão de cuidados paliativos como matéria acadêmica; realização de discussões a respeito destes temas. Segundo Camargo, o ensino de Cuidados Paliativos na graduação tem evidência benéfica aos estudantes. Na educação médica, o seguimento da morte carece de condutas, porém, não foi identificado um recurso mais adequado para se abordar esta questão no decorrer da graduação.<sup>7</sup>

## CONCLUSÃO

Baseado nos dados obtidos neste estudo e na literatura, aponta-se mudança na forma de ver a morte, agora como processo natural da vida. Porém, ainda está atrelada ao sofrimento, medo, incertezas e impotência, havendo dificuldade em abordar este tema. Destacou-se o papel de cuidador do médico e reafirmou-se a necessidade de uma relação médico-paciente acolhedora e de respeito. Em relação ao preparo para lidar com a morte, confirma-se a insuficiência da formação acadêmica. A prática clínica e o preparo teórico oferecido na residência de oncologia influenciaram positivamente a percepção do lidar com a morte, preenchendo lacunas deixadas pela graduação. Sugeriu-se a inclusão do estudo teórico e prático da morte, cuidados paliativos durante a faculdade e suporte psicológico para os profissionais.

Considerando o impacto da morte em nossas vidas e complexidade deste tema, é de extrema importância preparar-se para ela tanto no âmbito profissional como no pessoal. Faz-se necessária a introdução e valorização do tema da morte nas universidades de medicina e ressalta-se a importância do suporte psicológico. Ademais, esta temática não se esgota no presente estudo, sendo essencial a realização de pesquisas para se ampliar a discussão. Assim, caminharemos para desconstrução do tabu acerca da morte e para formação de profissionais mais humanizados, possibilitando tranquilidade frente à finitude.



## REFERÊNCIAS

1. Kovacs MJ. Morte e Existência Humana – Caminhos de Cuidados e Possibilidades de Intervenção. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2008.
2. Blasco GP. O médico perante a morte. Revista Brasileira de Cuidados Paliativos. São Paulo: SOBRAMFA. 2009.
3. Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. Bioética. Santa Catarina. 2005; 13(2).
4. Guerra MR, Gallo CVM, Azevedo G, Mendonça S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Revista Brasileira de Cancerologia. 2005; 51(3): 227-234.
5. Fabichak C, Silva-Junior JS, Morrone LC. Síndrome de burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. São Paulo. 2014; 79-84.
6. Marta GN, Marta SN, Filho AA, Job JRPP. O estudante de medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. Revista Brasileira de Educação Médica. 2009; 33(3): 416-27.
7. Camargo AP, Nunes LMF, Reis VKR, Breschiliare MFP, Morimoto RJ, Moraes WAS. O Ensino da Morte e do Morrer na Graduação Médica Brasileira: Artigo de Revisão. Paraná. 2015; 45: 44-51.
8. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 6 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.
9. Santos FS. Tratado Brasileiro sobre Perdas e Luto. São Paulo: Atheneu Editora; 2014.
10. Santos FS. A Arte de Morrer – Visões Plurais. Vol 3. São Paulo: Editora Comenius; 2010.

11. Viana A, Piccelli H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. *Rev Ass Med Brasil*. 1998; 44(1): 21-7.
12. Kovacs MJ. Educação para a Morte. *Psicologia Ciência e Profissão*. São Paulo; 2005; 25(3): 484-497.
13. Kovacs MJ. *Morte e Desenvolvimento Humano*. 4 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
14. Coralli B. O silêncio coletivo: A morte na atualidade e o desconforto causado por ela. *Portal dos Psicólogos*. 2012.
15. Kubler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes*. 7ed. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
16. Barbosa AMGC, Massaroni L. Convivendo com a morte e o morrer. *Rev Enferm UFPE*. 2016; 10(2): 457-63.
17. Franco MHP. Cuidados paliativos e o luto no contexto hospitalar. *Rev O Mundo da Saúde*. Ano 27. 2003; 27: 1824.
18. Kovacs MJ. *A caminho da morte com dignidade no séc XXI*. 2014.
19. Carvalho RT, Parsons HA. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2 ed. São Paulo. 2012.
20. Lima VR, Buys R. Educação para a morte na formação do profissional de saúde. *Arquivos brasileiros de Psicologia*. 2008; 60(3).
21. Santos FS. *A Arte de Morrer – Visões Plurais*. Vol 2. São Paulo: Editora Comenius; 2010.
22. Azeredo NSG, Rocha CF, Carvalho PRA. O Enfrentamento da Morte e do Morrer na Formação de Acadêmicos de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2011; 35(1): 37-43.