

## O médico diante da morte no pronto socorro

Janaína de Souza Aredes<sup>I</sup>, Karla Cristina Giacomini<sup>II</sup>, Josélia Oliveira Araújo Firmo<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Instituto René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>II</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>III</sup> Instituto René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. Belo Horizonte, MG, Brasil

### RESUMO

**OBJETIVO:** Analisar a forma como médicos, enquanto parte de um grupo sociocultural, lidam com diferentes tipos de morte, em um serviço de pronto socorro metropolitano.

**MÉTODOS:** Trata-se de uma etnografia realizada em um dos maiores serviços de pronto socorro da América Latina. A coleta dos dados deu-se ao longo de nove meses de observação participante e entrevistas com 43 médicos de diferentes especialidades – 25 homens e 18 mulheres, entre 28 e 69 anos.

**RESULTADOS:** À análise, guiada pelo modelo dos Signos, Significados e Ações, nota-se um vasto mosaico de situações e questões que medeiam o cuidado médico em uma unidade de pronto socorro. Os resultados apontaram que os médicos podem considerar uma morte mais difícil se comparada a outras, a depender de critérios: o etário; a identificação ou não com o paciente; as circunstâncias da morte e o questionamento médico quanto a sua responsabilidade no processo de morte.

**CONCLUSÕES:** Para os médicos, nenhuma morte é fácil. Cada morte pode ser mais ou menos difícil, a depender de diferentes critérios que medeiam o cuidado médico em uma unidade de pronto socorro e revelam questões de ordem social, ética e moral das mais diversas.

**DESCRITORES:** Médicos, psicologia. Atitude Frente à Morte, etnologia. Medicina de Emergência. Antropologia Médica. Pesquisa Qualitativa.

#### Correspondência:

Josélia Oliveira Araújo Firmo  
Instituto René Rachou – Fiocruz/NESPE  
Av. Augusto de Lima, 1715  
30190-009 Belo Horizonte, MG, Brasil  
E-mail: firmoj@minas.fiocruz.br

**Recebido:** 13 jun 2017

**Aprovado:** 2 out 2017

**Como citar:** Aredes JS, Giacomini KC, Firmo JOA. O médico diante da morte no pronto socorro. Rev Saude Publica. 2018;52:42.

**Copyright:** Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



## INTRODUÇÃO

A morte tem sido postergada em razão do avanço dos recursos biotecnológicos, do advento de espaços específicos de cuidado intensivo<sup>1</sup> e, mais recentemente, da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – essencial para sobrevivência de vítimas de acidente e violência<sup>2,3</sup>. No pronto atendimento, espaço de luta pela vida, cabe ao médico evitar ou adiar a morte<sup>1,3</sup>. Contudo, a depender da gravidade das lesões, nem a agilidade e a eficiência do atendimento de urgência e emergência nem todo o aparato biomédico revelam-se suficientes para impedir esse desfecho<sup>2</sup>. Entende-se por urgência um quadro agudo em que não há risco iminente de falência das funções vitais; enquanto a emergência refere-se à constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de falências das funções vitais e exige tratamento médico imediato<sup>4</sup>.

Pesquisas internacionais exploram o conceito de “salvar vidas”<sup>5</sup>, o uso racional das intervenções terapêuticas<sup>6</sup> e os valores de vida e saúde que medeiam as decisões médicas<sup>7</sup>. No Brasil, estudos abordam os critérios médicos de priorização de pacientes na emergência<sup>8</sup>, as mortes nas unidades de terapia intensiva (UTI)<sup>1</sup>, o impacto da violência no pronto atendimento<sup>9</sup> e as relações entre categorias profissionais no SAMU<sup>10</sup>.

Porém, na literatura consultada, não foram identificados estudos que incluam a percepção do profissional médico ante a morte no contexto de urgência e emergência. Diante dessas lacunas, o objetivo desta etnografia hospitalar foi analisar a forma como médicos, enquanto parte de um grupo sociocultural, lidam com diferentes tipos de morte, em um serviço de pronto socorro metropolitano.

## MÉTODOS

Esta pesquisa qualitativa parte de uma abordagem antropológica hermenêutica<sup>11</sup>, na qual se enfatiza o significado que os grupos sociais atribuem a determinados fenômenos, considerando-se o contexto sociocultural. Trata-se de uma análise das relações humanas a partir de um processo de significação imbricado junto às perspectivas individual e coletiva<sup>12</sup>, ancorada nos pressupostos da antropologia médica. Essa corrente introduz uma análise compreensiva direcionada para a dinâmica do adoecimento, considera a interferência da cultura no processo de saúde e doença e propõe críticas ao modelo biomédico de saúde<sup>13</sup>. Todos os elementos que envolvem o processo saúde-doença resultam de significados e interpretações imbricados aos processos sociais, psicológicos e biológicos e contribuem para a compreensão dos distintos fatores que medeiam a formação das “realidades médicas”.

### Área e População de Estudo

O presente trabalho compõe um estudo etnográfico<sup>11</sup> iniciado em 2012, no contexto de um dos maiores serviços públicos de pronto atendimento ao politrauma e a queimados da América Latina. A opção por um serviço de urgência e emergência justifica-se porque ali os médicos lidam com um público muito diverso e cujo processo de morte dá-se por circunstâncias variadas.

Situado no hipercentro da cidade de Belo Horizonte e referência para todo o estado de Minas Gerais, o território de investigação dispõe de 440 leitos, sendo 130 de cuidados intensivos, dos quais 24 destinam-se ao cuidado de pessoas gravemente incapacitadas (Diário de Campo, 2013). Com cerca de 600 médicos e 50 residentes, a população de estudo foi constituída por médicos plantonistas que atuam em setores específicos para pacientes graves com risco de morte ou de incapacidades definitivas.

### Coleta e Análise dos Dados

Este estudo foi baseado em observações empíricas e entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado sobre o cuidado médico diante dos limites da vida e da morte no contexto

hospitalar. A coleta dos dados deu-se ao longo de nove meses de observação participante e entrevistas voluntárias – durante plantões noturnos e diurnos – junto a 43 médicos de diferentes especialidades – 25 homens e 18 mulheres, entre 28 e 69 anos. A seleção aconteceu pelo método “bola de neve”<sup>14</sup> e a amostra final foi regulada pelo critério de saturação<sup>15</sup>. Não houve recusas.

A análise dos dados foi indutiva e orientada pelo modelo dos “Signos, Significados e Ações”<sup>12</sup>, com o objetivo de conhecer como esses profissionais pensam e agem em relação aos diferentes tipos de morte presentes em sua atuação no pronto socorro. Parte-se do horizonte pragmático dos indivíduos a fim de identificar e compreender as lógicas conceituais agregadas a suas ações, bem como os distintos fatores que os influenciam<sup>12</sup>.

Para assegurar o anonimato dos entrevistados, eles foram identificados, respectivamente, pela ordem da entrevista, especialidade médica, sexo (F para feminino, M para masculino) e idade.

### Aspectos Éticos

Este estudo é parte do projeto maior “VIDAS EM RISCO: uma abordagem antropológica sobre as representações da morte entre médicos que trabalham em setores de urgência”, aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 03751612.0.0000.5149) e da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (Registro CEP/ADC/FHEMIG 022/2012 – SIPRO 29128/2012-7). Ele está em acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na esfera da saúde pública, uma multiplicidade de condições médicas e físicas idênticas podem gerar distintas demandas de atendimento. Os corredores e salas de um pronto socorro, geralmente, são lugares onde imperam a tensão e a pressa em favor da vida de um público muito diverso, que inclui profissionais atônitos, familiares, policiais, pacientes de todas as idades, entre outros (Diário de Campo, 2013).

A análise dos dados etnográficos possibilitou identificar diferentes critérios ênicos que orientam as mortes “mais difíceis” para o médico no contexto pesquisado, a saber: a) o critério etário; b) a identificação ou não com o paciente; c) as circunstâncias da morte e d) o questionamento médico quanto à sua responsabilidade no processo de morte, conforme sumarizado na Figura 1.

Na percepção deste médico, a morte de uma criança impacta todo o plantão:

“Não tem condições não, a sala inteira, naquele plantão inteiro murcha depois que morre uma criança, é muito ruim, porque não é natural uma criança morrer (...)” (E22, clínica médica, M, 33 anos)

Nessas ocasiões, observava-se uma “comoção em cadeia” por todo o hospital no caso de óbitos infantis – era frequente ouvir dos médicos: “Eu não consigo”, “Eu não aguento”, “Eu não tenho estrutura” (Diário de Campo, 2013). Tais reações potencializam a sensação de derrota e fracasso que os médicos experimentam em situações de óbito infantil<sup>1</sup>. Nota-se que a dificuldade do médico é inversamente proporcional à idade de óbito do paciente, como neste relato:

“Na cronologia da vida, a gente está acostumado a enterrar velhos e não jovens.” (E38, pediatria, F, 57 anos)

Nessa perspectiva, quanto mais jovem, maior é a chance de um prognóstico de cura favorável, maior a potencialidade de recuperação e maior o investimento em recursos biomédicos. Em contrapartida, mais difícil é a morte. Essa percepção difere daquela observada por Ariès<sup>16</sup>, autor que se dedicou a pesquisar o lugar da criança e da morte nas sociedades tradicional e industrial, conforme esquema apresentado na Figura 2.

Na sociedade tradicional, a socialização infantil, incluindo a transmissão dos valores e dos conhecimentos, não era garantida pela família, o que enfraquecia os vínculos e reduzia o valor social da vida e da morte da criança<sup>1,16</sup>. Quanto à morte infantil, tratava-se de um evento recorrente e precoce, devido à pouca infraestrutura higiênica, que acontecia no domicílio, sem maior repercussão social. Por outro lado, nas sociedades industrial e pós-moderna, a melhoria das condições de vida e o progresso biotecnológico da Medicina modificaram essa situação e a morte de crianças passou a causar comoção e sofrimento<sup>16</sup>.

O critério etário se desdobra nas ações médicas, ou seja, a orientação do cuidado segue também a lógica do curso de vida. Médicos de diferentes especialidades refletem sobre o que baliza a escolha de um paciente em detrimento de outro, caso surja uma vaga no CTI:

“Se você tem, por exemplo, um paciente de 80 anos de idade, com um trauma gravíssimo, que eu sei que a chance de ele morrer é enorme, e eu tenho um jovem com o mesmo trauma, que a chance de se recuperar é muito maior, se eu tiver que decidir, eu vou optar pelo jovem. (...) Algumas vezes, a gente é obrigado a tomar esse tipo de decisão.” (E10, cirurgia geral, M, 39 anos)

	Signos	Significados	
Critério etário: o valor da vida diminui com a idade ↓	<i>Morte de jovem, criança, são pessoas que não tiveram oportunidade, não deram opção para ela, tiraram dela a chance de viver. (E31, clínica médica, M, 58 anos)</i>	O valor da vida e da morte varia conforme a idade do paciente	Critério funcional: O valor da vida aumenta conforme a perspectiva de produtividade ↑
	Quando o paciente é idoso não muda muito, mas pelo menos parece que você não sente tanto como se fosse um jovem. (E35, clínica médica, M, 69 anos)		
	Eu já fui a velórios de pacientes, e eu levei quase um mês para me recuperar, nunca mais eu vou (...) porque é como se eu tivesse perdido um sobrinho, daí você volta e a pauleira continua. Você vivencia outro luto e começa tudo de novo e eu não posso perder um sobrinho toda semana, se não, eu enlouqueço. (E36, pediatria, M, 46 anos)	Identificação do médico com o paciente	
	Quando você se identifica com a pessoa que está morrendo, quando é uma pessoa da sua idade, da sua classe social, da idade do seu sobrinho. Quando você olha e pensa: <i>poderia ter sido eu; meu sobrinho; minha mãe</i> . Esse tipo de coisa sempre abala. (E7, anesthesiologia, F, 35 anos)		
	(...) são as <i>mulheres grávidas</i> , porque é uma responsabilidade dobrada de cuidar de uma mulher que vai ser mãe e cuidar de uma criança que nem nasceu e viveu. (E10, cirurgia geral, M, 39 anos)	Circunstâncias que ocasionaram ou mediaram o óbito	
	Tem vez que além da morte resta um passivo de confusão, <i>problema jurídico, financeiro</i> e as <i>pessoas despreparadas</i> . Você vê mãe perdendo filho, isso é um negócio incomensurável. (E1, cirurgia cardiovascular, M, 53 anos)		
Às vezes, o <i>ser humano é culpado</i> por aquilo que trouxe a circunstância, então o cara que estava dirigindo completamente alcoolizado bateu o carro, isso não me sensibiliza tanto do que o cara que estava indo trabalhar e um maluco atropelou ele. (E19, neurocirurgia, M, 32 anos)			
A moça foi atropelada, era <i>prostituta, usuária de crack</i> (...). Eu chorei nesse caso, porque eu tive tanto dó do pai que eu não consegui nem dar a notícia, quem deu a notícia foi a assistente social. Ele disse que tentou tirá-la das drogas, da prostituição e era o marido que a obrigava a se prostituir. Ela tinha 19 anos, já tinha 3 filhos. Eu fico pensando a que ponto chega o ser humano, porque é o <i>protótipo que a sociedade não liga; se morrer, foi mais um</i> . (E5, anesthesiologia, F, 32 anos)			
Eu não consigo entender uma <i>criança querer morrer</i> . Eu já vi uma criança de 7 anos, tomou remédio duas vezes, nas duas vezes foi salva, e quando saiu disse: “eu vou tentar de novo, eu quero morrer”. E depois eu fiquei sabendo que ele pulou em frente de um caminhão e morreu. O suicídio em adolescentes e crianças é chocante. (E39, pediatria, F, 58 anos).			
Já vi <i>paciente de 80 anos tentar suicídio</i> , porque ele não tinha mais nada na vida, ele me disse “não tenho nada, eu já deveria ter morrido. Não sei o que estou fazendo aqui. Estou fazendo hora extra”. (E23, clínica médica, F, 57 anos)			
A morte que eu mais tenho dificuldade para lidar é quando eu penso que <i>podia ter sido feito algo para evitar</i> . (E26, clínica médica, M, 32 anos)	Dúvidas sobre a responsabilidade pelo desfecho que levou ao óbito do paciente		
Porque isso (a morte) não é culpa do profissional com quem acontece, isso é inerente à prática médica (...). Deve ser algo horrível, se alguma medicação, ou por alguma razão, o <i>paciente complicar e morrer sob sua responsabilidade</i> . (E6, anesthesiologia, M, 33 anos)			
<i>Perder um paciente na mesa é a pior morte</i> , porque na mesa você está diretamente colocando a mão no problema. (E1, cirurgia cardiovascular, M, 53 anos)			

Figura 1. Critérios que orientam a definição de mortes “mais difíceis” para o médico.

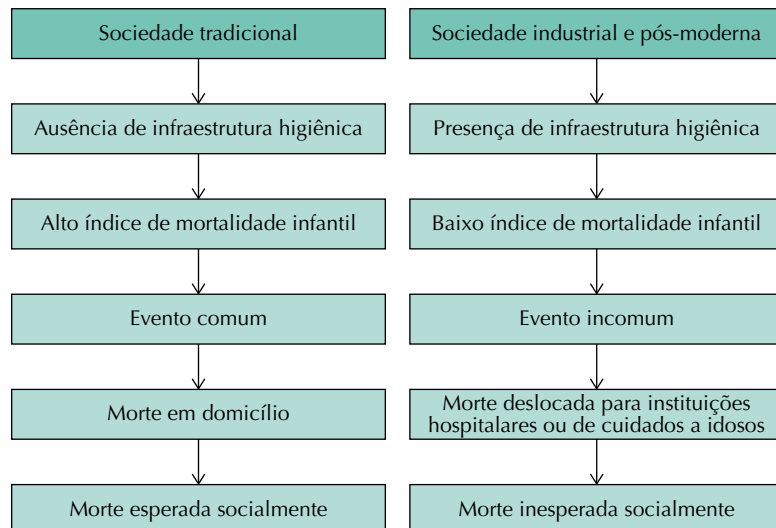


Figura elaborada pelas autoras, baseada nos estudos de Ariès<sup>16</sup>.

**Figura 2.** Evolução da expectativa da morte, nas sociedades tradicional, industrial e pós-moderna.

“Na hora de mandar para o CTI, a gente vê aquele paciente com maior possibilidade de recuperação. Pensa-se que o leito do CTI é muito nobre, muito importante, então quem merece esse leito é aquele que possui uma melhor condição de ter uma recuperação mais rápida, que tem uma perspectiva após a alta de voltar a ser uma pessoa produtiva, apta para viver a vida dela normalmente. Isso é um padrão utilizado talvez pelo mundo inteiro.” (E21, clínica médica, M, 34 anos)

A expectativa dos médicos traduz, portanto, uma recuperação funcional (restabelecimento de todas as funções do corpo) e social (restabelecimento de vínculos – “interação familiar”, “apto a trabalhar, sustentar a família, estudar”) plena do indivíduo. Para o médico, o signo “leito nobre” serve para justificar o seu grau de investimento (ou não) no cuidado, baseado em parâmetros de ordem cronológica, biológica, social e funcional. Dessa forma, a idade torna-se ainda um argumento tanto positivo (o mais jovem tem mais chances) quanto negativo (o mais idoso é preterido), em situações nas quais há recursos escassos nos serviços públicos<sup>8</sup>.

Para Debert<sup>17</sup>, a idade cronológica torna-se um fator essencial na função do Estado moderno de regular o corpo social a partir da produção de categorias e hierarquização das populações. Diversos fatores levaram à cronologização da vida: a separação delimitada da infância, adolescência, idade adulta e velhice pode ser analisada como uma resposta às alterações econômicas – transição da unidade doméstica para o mercado de trabalho. O curso da vida moderno, especialmente o valor positivo atribuído à juventude, espelha a lógica fordista, baseada na produtividade econômica e no condicionamento do indivíduo “aos requisitos racionalizadores da ordem social”. Por outro lado, o Estado seria a instituição mestra do curso da vida, na medida em que regulamenta todas as suas etapas, do nascimento à morte<sup>17</sup>.

Portanto, subjacente ao critério etário, privilegia-se o investimento no cuidado conforme a maior perspectiva de funcionalidade do paciente. A funcionalidade diz respeito a todas as funções do corpo, atividades e participação; enquanto a incapacidade relaciona-se às deficiências, à limitação da atividade ou à restrição na participação social<sup>18</sup>.

Os critérios etário e funcional atravessam todos os demais. Na percepção dos entrevistados, o cuidado baseia-se na perspectiva da produtividade econômica e na funcionalidade do indivíduo, especialmente quanto a sua adequação a condições de produção. Isso espelha os preceitos que regem a organização ocidental capitalista, segundo os quais a sociedade – e, por extensão, o sistema de saúde – deveria investir somente em pessoas potencialmente produtivas<sup>19</sup>. Na saúde, a funcionalidade associa-se a características positivas enquanto a incapacidade usualmente está vinculada a aspectos negativos, a depender do contexto social e cultural em que acontecem<sup>18</sup>.

O novo modelo contemporâneo da morte<sup>20</sup> – e da vida – repercute a alteração na percepção desses conceitos, paralela à mudança econômica ocorrida na sociedade. Com a emergência do capitalismo e, conseqüentemente, de uma nova ordem social, os modos como as pessoas viviam tiveram que ser remodelados à nova estrutura social. A expansão do processo de industrialização e a exigência de maior oferta de mão-de-obra no meio urbano resultaram em forte êxodo rural. Tais mudanças ocasionaram condições insalubres de moradia e indisponibilidade da família para cuidar do enfermo. Por sua vez, a indústria precisava de trabalhadores com boas condições de saúde; porém, a família não conseguia mais fazê-lo e os doentes foram levados para outros locais de cuidado: os hospitais. A migração do processo de morrer para o hospital suscitou uma redefinição da morte, sobretudo os princípios éticos e morais que atravessa a prática dos médicos. A morte passa a ser medicalizada, inscrita em regras e rotinas institucionais que focam a competência e a eficiência médica para manter a vida<sup>21</sup>.

Ao mesmo tempo, a morte e aqueles pacientes sem possibilidade de cura passaram a ser ocultados e rechaçados em uma sociedade cada vez mais dotada de progressos científicos, tecnológicos<sup>20</sup> e baseada em valores de produção e consumo<sup>22</sup>. Nessa sociedade, aqueles que não conseguem participar do trabalho, da compra e do lazer são abandonados, marginalizados e esquecidos.

Outro critério é a identificação ou não com o paciente morto (Figura 1). Este médico reconhece:

“A gente não pode ser hipócrita, eu estou aqui na emergência e chega um paciente, vítima de um tiro, então, você fica sabendo da história que era um assaltante que estava trocando tiro com a polícia. Claro que como médico as intervenções são as mesmas em qualquer paciente. Agora, é muito diferente se eu estou aqui de plantão e chega uma criança de um ou dois anos que se afogou na piscina da casa da avó. Claro que foram dois pacientes que chegaram aqui no hospital e morreram, mas tem casos que te comove, então quem é da equipe e tem filho nessa idade, eles se projetam naquela situação. Você tem uma família que sofreu um acidente de carro, e no acidente morreu pai e mãe e a criança ficou sozinha. Ou um pai que perdeu um filho, é claro que isso aí, o envolvimento, a comoção, é diferente. Ninguém fica frio numa situação dessa, mas é claro que você tem que exercitar e trabalhar de forma técnica, as situações que você vive não podem interferir nas decisões que você tem que tomar, no seu raciocínio clínico, isso não pode acontecer.” (E14, cirurgia geral, M, 47 anos)

Durante a observação participante, foi possível notar que o cuidado médico e a técnica em favor do restabelecimento da vida respeitam a prioridade ditada pela condição clínica e hemodinâmica, independentemente de quem seja o paciente. Porém, nota-se uma contradição entre o pensar e o agir do profissional: o médico assiste prontamente o paciente sem distinção de qualquer natureza; mas, paralelamente a isso, ele emite juízos de valor que contrariam os postulados de uma prática médica imparcial<sup>23</sup>. O vínculo, a relação e a solidariedade do profissional reverberam a violência social do cotidiano do serviço, a depender do perfil “mocinho, vítima ou bandido” que o médico supõe em cada paciente. Nesse sentido, pode-se dizer que no contexto de urgência e emergência, a técnica e a relação médico-paciente podem ser duas ações de sentidos opostos ao longo do cuidado<sup>23</sup>.

Quanto às circunstâncias do óbito (Figura 1), algumas são consideradas mais difíceis do que outras, como destacam estes profissionais:

“Eu sempre brinco aqui que eu não gosto de dar plantão aqui no período de férias, porque é a época que as famílias viajam, pegam a estrada, e sempre vai acontecer uma tragédia familiar, mãe, pai, filhos, envolvidos em algum tipo de acidente mais grave.” (E11, cirurgia geral, M, 39 anos)

“A natureza já define que quem tem que morrer primeiro é o idoso (...). Além disso, nós pegamos crianças aqui totalmente saudáveis. (...) É uma agressão para a gente, é a interrupção de uma vida que tinha um potencial muito grande ainda.” (E3, anestesiologia, F, 42 anos)

No universo pesquisado, exceto em idosos, as mortes de crianças, pais, jovens e gestantes são consideradas como “precoces ou injustas”. Para os médicos, o óbito de crianças ou jovens trata-se de uma interrupção brusca do devir ou vir-a-ser, que se refere a todo o potencial de concretizar realizações no futuro<sup>1</sup>. Este médico enfatiza as conseqüências dessas mortes abruptas:

“Morte abrupta, morte violenta, é o trânsito, o assassinato, o roubo (...) deixa sequelas muito dramáticas para quem fica.” (E31, clínica médica, M, 58 anos)

Quanto às mortes relacionadas à violência, trata-se de um problema de saúde pública brasileiro<sup>24</sup>, pois, em um ciclo vicioso, ela está na origem do trauma – compreendido como toda e qualquer lesão no corpo, ocasionada por ação externa a ele, de origem física ou química (Diário de Campo, 2013) – e na obrigação da vítima de lidar com eventuais sequelas que não a deixam esquecer a causa de seu sofrimento.

Na percepção do médico, a morte por suicídio adquire contornos distintos a depender da etapa de vida do paciente. Na infância e na juventude alguém atentar contra a própria vida gera um sentimento de culpa ante a impotência do profissional em abordar o sofrimento que ele supõe que a pessoa experimenta. No suicida idoso, a ausência de vínculos sociais, a desesperança e o sofrimento emocional<sup>25</sup> que o profissional atribui à velhice tornam o ato em certa medida justificável. Ressalte-se a subnotificação de casos de suicídio nesse grupo etário: em idosos, a morte é esperada e muitos autoextermínios são atestados como se fossem acidentes ou mortes por causa natural<sup>26</sup>.

Para os profissionais entrevistados, o idoso já experimenta, de certo modo, uma *morte em vida* (Diário de Campo, 2013), que traduz uma morte social – aquela que ocorre antes do morrer biológico e implica em perdas de papéis sociais com repercussões políticas, econômicas, na assistência à saúde e na medicalização da vida<sup>27</sup>. Essa condição se estende a todos os pacientes emicamamente considerados “crônico-sequelados”: vítimas de trauma ou agravamento de doença clínica que ocasionaram uma seqüela crônica. Essas pessoas experimentam a dependência contínua de ajuda humana e de aparelhos, o isolamento social e a falta de possibilidade de interação com o meio.

Conforme apresentado na Figura 1, uma morte é considerada difícil quando o profissional tem dúvidas quanto à sua responsabilidade pelo desfecho. Esta profissional explica:

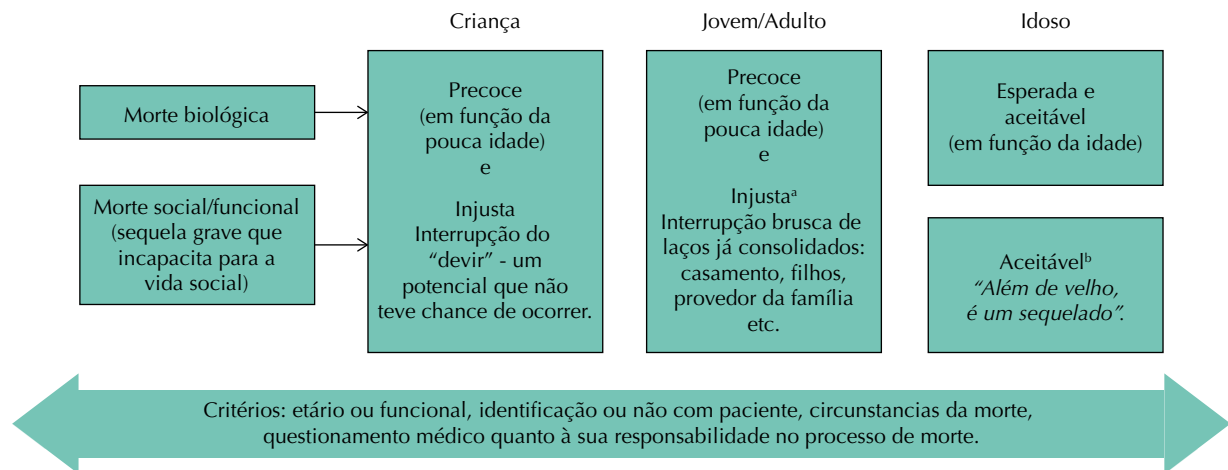
“Eventualmente, a gente chega à conclusão de que alguma coisa poderia ter sido feita aqui dentro (...). Não que a gente tenha demorado por desleixo, por imperícia ou negligência. No trauma, você tem que pensar e agir rápido, e às vezes a gente não consegue definir (a conduta) naquele momento (...). Às vezes uma conduta, tomada dois minutos depois, faz diferença.” (E11, cirurgia geral, M, 39 anos)

Nos dias atuais, o progresso da medicina permite a cura e o tratamento de inúmeras doenças, mas ainda acontecem mortes que os profissionais julgam que poderiam ser evitadas ou menos penosas.

Para cada profissional, independentemente da especialidade médica e do tempo de trabalho, a pior morte é aquela com quem ele(a) tem de lidar. Isso evidencia o impacto da morte de um paciente em suas vidas<sup>23</sup>, tendo em vista a sua reação ante a consciência da finitude, própria da condição humana. Ora, a morte não escolhe o momento, a modalidade ou a quem vai revestir – crianças, jovens, idosos, pobres e ricos, brancos e negros e de modos distintos, mortes naturais, violentas, acidentais, prematuras – delegando ao médico uma reflexão distinta para cada caso<sup>3</sup>.

O esquema analítico da Figura 3 apresenta como os médicos definem a morte e como a justificam, segundo os diferentes aspectos envolvidos.

Na prática médica de um pronto atendimento, ainda que se almeje um acesso universal aos cuidados de saúde para os cidadãos, os sistemas de saúde, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, têm restrições de recursos, que devem ser consideradas ao elaborar decisões racionais sobre as intervenções terapêuticas<sup>6</sup>. Para Menezes<sup>28</sup>, ao profissional de medicina são conferidas responsabilidades sobre decisões alicerçadas a perspectivas técnicas, sociais e morais que possuem implicações diretas nos indivíduos (profissionais e pacientes), nas instituições e na coletividade<sup>8</sup>. Outro estudo<sup>6</sup> sustenta que a tomada de decisão médica é sumariamente baseada em dois tipos de julgamento: o científico e o



<sup>a</sup> Injusta: apenas em casos nos quais o paciente é considerado "vítima" do trauma ou da doença.

<sup>b</sup> Aceitável: porque a sobrevivência de um idoso gravemente incapacitado é compreendida como um fardo.

**Figura 3.** A morte como desfecho do cuidado nas diferentes etapas da vida.

de valor social. O primeiro é necessário para interpretar a ciência: o quanto é confiável a eficácia de determinada conduta? Os resultados são generalizáveis para a população na qual a intervenção poderia ser utilizada? Enquanto o segundo relaciona-se às ciências sociais e não às ciências clínicas, e propõe questões como, por exemplo, o ano da vida das crianças deve ser considerado mais valioso do que um ano de vida extra de seus avós?<sup>6</sup>

Não há respostas simples. Inserido em um campo profissional específico, que deve por um lado garantir a vida e por outro reagir de forma ética à morte de seus pacientes, o que se percebe é uma imbricação circular entre a condição de profissional médico e de sujeito<sup>29</sup>.

Pensar as dificuldades da prática médica diante da morte remete ao conceito de fato social total proposto por Mauss<sup>30</sup>, que diz respeito à compreensão transversal de diferentes esferas constitutivas da vida social (psicológicas, fisiológicas, culturais, históricas, dentre outras). É válido destacar que essa totalidade na qual os fenômenos sociais se inserem somente pode ser apreendida na experiência vivida do indivíduo<sup>30</sup>.

Embora esta análise etnográfica tenha se debruçado sobre uma miríade de tipologias de morte, não foi possível abarcar toda a complexidade que o fenômeno morte traz para o profissional médico que atua no imperativo do tempo, sob forte pressão pessoal, profissional e institucional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No pronto atendimento, o envolvimento dos médicos entrevistados varia conforme o contexto da morte. O posicionamento subjetivo dos profissionais – mediado por suas percepções e ações – é balizado conforme o momento do curso da vida experimentado pelo paciente. Nesse ciclo de vida compartimentalizado – criança, jovem/adulto e idoso –, o cuidado médico (e o seu desfecho) é orientado (e justificado) de forma relacional ao critério etário e à funcionalidade potencial do paciente.

Depreende-se da análise que não há mortes fáceis para os médicos. Elas podem ser mais ou menos difíceis, a depender de diferentes critérios que medeiam o cuidado médico em uma unidade de pronto socorro e revelam questões de ordem social, ética e moral das mais diversas.

Pesquisas futuras são necessárias para compreender como médicos que atuam em outros contextos e junto a outras tipologias de morte lidam com esse fenômeno.



## REFERÊNCIAS

1. Menezes RA, Barbosa PC. A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(9):2653-62. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900020>
2. Martins CBG, Mello Jorge MHP. Analysis of service to fatal victims by external causes: domiciliary survey. *J Nurs UFPE*. 2014;8(3):669-79. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i3a9724p669-679-2014>
3. Consorte J. A morte na prática médica. In: Martins JS, organizador. A morte e os mortos na sociedade brasileira. São Paulo: Hucitec, 1983. p.38-57.
4. Gomes AM. Emergência: planejamento e organização da unidade: assistência de enfermagem. São Paulo: E.P.U.; 1994.
5. Chapell RY. Against ‘Saving Lives’: equal concern and differential impact. *Bioethics*. 2016;30(3):159-64. <https://doi.org/10.1111/bioe.12171>
6. Rawlins MD. A population approach to the rational use of therapeutic interventions. *Clin Ther*. 2013;35(10):1634-8. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2013.08.010>
7. Watt H. Life and health: a value in itself for human beings? *HEC Forum*. 2015;27(3):207-28. <https://doi.org/10.1007/s10730-015-9288-2>
8. Fortes PAC, Pereira PCA. Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética. *Rev Assoc Med Bras*. 2012 58(3):335-40. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000300014>
9. Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
10. Seminotti EP, Neves EM. Dos dramas de Narciso: reflexões antropológicas a partir de uma etnografia de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de João Pessoa - PB. *Ilha Rev Antropol*. 2014;16(1):175-202. <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2014v16n1p175>
11. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989.
12. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Koumare B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d’actions. *Psychopathol Afr*. 1992;24(2):183-204.
13. Good BJ, Del Vecchio Good MJ. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: Eisenberg L, Kleinman A, editors. The relevance of Social Science for Medicine. Dordrecht: Reideil Publishing; 1980. p.165-96.
14. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
15. Fontanella BJB, Luchesi BM, Moretti B, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica*. 2011 27(2):388-94. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
16. Ariès P. História social da criança e da família. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC; 1981.
17. Debert GG. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. *Horiz Antropol*. 2010;16(34):49-70. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832010000200003>
18. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF. Lisboa: OMS; 2004 [citado 25 maio 2017]. Disponível em: [http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf)
19. Bauman Z. Modernidade Líquida. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
20. Ariès P. História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.
21. Herzlich C. Os encargos da morte. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 1993. (Estudos de Saúde Coletiva)
22. Kamal TA. A morte, o sobrenatural e a continuação da vida. In: Martins JS (Org.). A morte e os mortos na sociedade brasileira. São Paulo: Hucitec; 1983. p.201-10.
23. Aredes JS, Modesto AL. “Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas”: um estudo sobre a prática médica hospitalar. *Physis*. 2016;26(2):435-53. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200006>
24. Murray J, Cerqueira DR, Kahn T. Crime and violence in Brazil: systematic review of time trends, prevalence rates and risk factors. *Aggress Violent Behav*. 2013;18(5):471-83. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.07.003>

25. Minayo MCDS, Cavalcante FG. Tentativas de suicídio entre pessoas Idosas: revisão de literatura (2002/2013). *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(6):1751-62. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.10962014>
26. Deuter K, Procter N, Evans D, Jaworski K. Suicide in older people: revisioning new approaches. *Int J Mental Health Nurs*. 2016;25(2):144-50. <https://doi.org/10.1111/inm.12182>
27. Gurgel WB. A morte como questão social. *Barbaroi*. 2007;27(2):60-91. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.138>
28. Menezes RA. Dífíceis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI. *Physis*. 2000;10(2):27-49. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312000000200002>
29. Aredes JS. De perto e de longe: um estudo sobre as representações da morte entre médicos de CTI. *Rev Med Minas Gerais*. 2012;22 Supl 2:78-87.
30. Mauss M. Sociologia e antropologia. São Paulo: Cosac Naify; 1950 (primeira publicação).

---

**Financiamento:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES – bolsa de doutorado). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – bolsa de produtividade, Processo 303372/2014-1).

**Contribuição dos Autores:** Concepção e planejamento do estudo: JSA, KCG, JOAF. Coleta: JSA. Análise e interpretação dos dados: JSA, KCG, JOAF. Elaboração e revisão do manuscrito: JSA, KCG, JOAF. Aprovação da versão final: JSA, KCG, JOAF. Responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo: JSA, KCG, JOAF.

**Conflito de Interesses:** Os autores declaram não haver conflito de interesses.