

Representação Social de Morte e a Formação Médica: a Importância da UTI

Social representation of death and medical education: the importance of ICU

Luana Ferreira de Almeida¹
Eliane Brígida Moraes Falcão¹

PALAVRAS-CHAVE

- Ensino Superior;
- Morte;
- Medicina;
- Terapia Intensiva.

KEYWORDS:

- Higher Education;
- Death;
- Medicine;
- Intensive Care Therapy.

Recebido em: 17/11/2011

Reencaminhado em: 01/10/2012

Reencaminhado em: 04/04/2013

Aprovado em: 25/04/2013

RESUMO

Esta pesquisa identifica e analisa a representação social sobre a morte construída por médicos intensivistas, buscando compará-la aos resultados obtidos entre os médicos docentes da Clínica Médica. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com 27 médicos atuantes nas UTIs de um hospital universitário ligado a uma instituição de ensino superior federal do Brasil. Trabalhou-se com o conceito de Representação Social e a metodologia qualiquantitativa do discurso do sujeito coletivo (DSC). Os resultados mostraram que o contexto da UTI promove esforços de objetivação e naturalização da morte, mas não neutraliza os sentimentos vividos pelos médicos intensivistas. Estes reconhecem seu despreparo para lidar com situações que envolvem a morte e reivindicam o apoio de psicólogos e psicanalistas. Defendem, também, a UTI como espaço privilegiado para o contato e elaboração de atitudes pessoais e profissionais em relação à morte ao longo da graduação médica. Conclui-se que, pela especificidade do contexto da UTI, médicos e estudantes de Medicina podem testemunhar alcances e limites da atuação médica frente à inexorabilidade da morte humana e melhor elaborar suas percepções em relação a esse tema.

ABSTRACT

This study identifies and analyses the social representation of death according to a group of intensive care physicians, with the aim of comparing such representations with the results obtained from a clinic's medical staff. Semi-structured interviews were thus carried out with 27 physicians working at Intensive Care Units (ICUs) at a university hospital affiliated to a Brazilian federal higher education institution. The subject was further analysed based on the concept of Social Representations and on the Discourse of the Collective Subject (DCS) qualiquantitative methodology. Results demonstrate that the context of an ICU promotes efforts toward the naturalisation and objectification of death, although this does not neutralise feelings experienced by intensive care physicians. The latter acknowledge their lack of training on dealing with situations involving death, claiming assistance and support from psychologists and psychoanalysts. They defend the ICU as a privileged space for contact and the development of personal and professional behaviours regarding death, throughout the medical undergraduate course. Therefore, due to the uniqueness of the ICU context, physicians and medical students possess the ability to witness the reaches and limits of medical intervention in light of the inexorable nature of human death, and also to better formulate their opinions on the subject.

INTRODUÇÃO

O hospital, como espaço terapêutico, cresceu como referência central no que diz respeito à manutenção da vida e ao enfrentamento da morte ao longo das últimas décadas. Se, em épocas anteriores, o morrer era encarado como algo familiar e natural, como consequência da vida, hoje a situação é outra. O que se vê, agora, é o paciente em processo de morte, internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), cercado de tecnologias responsáveis pela manutenção da vida. De fato, como refere Ariès¹, a morte, atualmente, é medicalizada, ou seja, é assistida por meio de recursos biomédicos. A sociedade moderna, segundo Elias², a colocou nas mãos dos especialistas: os médicos.

Como outros fenômenos, a morte humana pode ser vista de formas distintas, de acordo com os significados compartilhados por essa experiência. Os sentidos atribuídos à mesma podem sofrer variações, segundo o momento histórico e contextos socioculturais^{3,2,1,4}. Contemporaneamente, no âmbito da formação médica, o estudo dos sentidos dado à morte humana tem sido estimulado por vários autores⁵⁻¹⁰. Tais estudos buscaram compreender posicionamentos e sentimentos de estudantes e de médicos docentes, de faculdades de Medicina, de universidades públicas e privadas diante da morte. Os resultados apontam que os estudantes têm dúvidas em relação à conduta pessoal e profissional diante da morte, e os médicos docentes se mostram próximos a esse quadro e, por vezes, sequer se veem como modelos de atuação para os estudantes. Tais resultados chamam a atenção tanto para o sofrimento e dificuldade dos médicos e estudantes de Medicina em lidar com situações que envolvam a morte, como para enormes entraves em estabelecer processos de formação específicos ao longo da graduação médica.

Outros estudos investigaram a questão da morte no contexto da UTI¹¹⁻¹⁴. Objetivaram avaliar e verificar a conduta e decisões de médicos intensivistas diante da morte de pacientes terminais, enfocando, sobretudo, os aspectos relacionados aos dilemas suscitados pela possibilidade de controle da vida humana por meio das biotecnologias presentes no contexto da UTI. Os resultados demonstram que a presença marcante da tecnologia para a manutenção da vida se reflete na relação médico-paciente, distanciando este profissional de uma visão integrada do indivíduo e reconfigurando a experiência de lidar com a morte.

Se confrontarmos aspectos da atuação médica no ambiente da UTI com a que ocorre em outros espaços, como consultórios e ambulatórios, poderemos dizer que, diante das características deste cenário, os médicos atuantes na UTI experimentam e vivenciam questões peculiares relacionadas à morte e ao

morrer. Isto se deve à gravidade dos pacientes ali internados e, principalmente, ao uso intenso e contínuo dos meios artificiais de suporte a órgãos vitais, que também coloca os médicos intensivistas diante da possibilidade de esgotamento de tais recursos.

Dois outros estudos, realizados em uma instituição hospitalar federal de ensino superior do Brasil e em torno do mesmo tema, foram referências para o delineamento e desenvolvimento desta investigação.

O primeiro Freitas¹⁵ teve como sujeitos os estudantes do início e do final do curso de Medicina. Buscou-se compreender a evolução de suas percepções a respeito do papel do médico diante dos pacientes à morte, assim como identificar as expectativas e avaliações quanto à forma de abordagem do assunto durante o curso. Os resultados mostraram um conjunto de papéis identificados pelos estudantes como atribuições do médico no acompanhamento ao paciente, relacionados à importância de dar a este uma morte digna, ao cuidado com os familiares e aos aspectos legais do óbito. Concluiu-se que não houve mudanças qualitativas na percepção dos estudantes entre o início e o final do curso de Medicina. No entanto, no início, os estudantes apresentaram expectativa de que a faculdade os capacitasse a desempenhar os papéis mencionados e, no final do curso, admitiram que a abordagem do tema não fora satisfatória e que, portanto, não se consideravam capazes de acompanhar tais pacientes.

No outro estudo, Falcão e Mendonça⁸ buscaram investigar as concepções, visões e valores de médicos docentes da Clínica Médica em relação ao processo de morrer. Os resultados mostraram que tais médicos perceberam sofrimentos em si próprios e nos estudantes e, também, que tais sofrimentos estavam associados tanto à influência de determinadas formas de uso de tecnologias das biociências como à ausência de espaços institucionais para reflexões a respeito. Os autores chamam a atenção para a perspectiva da biomedicina, que, por um lado, é desejável em seus efeitos como reguladora da manutenção da vida, mas, por outro, tem reforçado certas limitações acerca da compreensão dos diferentes aspectos relacionados ao paciente à morte. Contudo, a percepção geral dos médicos da Clínica Médica se aproxima da preocupante convicção de que representações em torno do tema da morte são formadas previamente ao curso de Medicina e não são influenciáveis pela formação médica.

O conjunto de tais resultados remeteu a outro cenário do exercício médico nessa mesma instituição: a UTI. Trata-se de um local dentro da instituição hospitalar que concentra todos os recursos em favor da manutenção da vida humana. Enquanto outras especialidades direcionam o foco de co-

nhcimento e interesse para um particular tipo de terapia ou determinado grupo de faixa etária, a assistência intensiva é dirigida a pacientes com ampla variedade de patologias, cujo denominador comum é a extrema gravidade da doença ou o potencial para o desenvolvimento de grandes complicações, envolvendo o risco de vida e/ou iminência de morte.

Os estudos citados sinalizam o paradoxo do uso das biotecnologias, ou seja, ao mesmo tempo em que permitem uma melhora nas condições de vida dos indivíduos e promovem um retardamento da morte, ocasionam questionamentos acerca da manutenção da vida e aceitação da terminalidade humana.

Frente às peculiaridades do contexto da UTI, outros questionamentos poderiam ser suscitados: estariam os intensivistas preparados para lidar com a morte? O convívio intenso e contínuo no contexto da UTI implicaria menor sofrimento para esses profissionais? As situações vividas na UTI levariam a comportamentos distintos na interação com outros elementos também envolvidos nesse ambiente – pacientes, familiares, profissionais? Haveria algum aprendizado a registrar a partir das relações construídas entre esses médicos e seu contexto de trabalho, sendo consideradas as situações extremas, os limites de seus esforços e a inexorabilidade da finitude humana? Nesse contexto, a vivência intensa desses médicos traria à tona percepções distintas das dos demais profissionais?

Dando continuidade aos referidos estudos, que claramente mostram carências na formação médica na instituição mencionada no que diz respeito ao lidar com a morte nos seus cotidianos profissionais, e considerando as características de uma UTI, empreendemos esta pesquisa, que teve como objetivos identificar e analisar a representação social sobre a morte construída por um grupo de médicos intensivistas e compará-la aos resultados obtidos entre os médicos docentes da Clínica Médica.

METODOLOGIA

O caminho estabelecido por esta pesquisa foi baseado nos pressupostos da Teoria das Representações Sociais¹⁶. Para Moscovici¹⁶, as representações sociais constituem a realidade das vidas dos indivíduos, as visões de mundo, refletindo a expressão dos pensamentos de dada coletividade sobre certos acontecimentos e fenômenos. Possibilitam a busca não apenas de conteúdos científicos, mas também de percepções, valores e sentimentos de um grupo específico.

Os sujeitos da pesquisa foram os médicos atuantes na UTI Geral, na UTI Pós-Operatória e na Unidade Coronariana de um hospital universitário integrado a uma instituição de ensino superior federal situada no Rio de Janeiro, considerando

que estes espaços agregam aspectos relacionados à assistência intensiva. Tais médicos também atuam na função docente, uma vez que são preceptores de estudantes de Medicina, quando estes vivenciam o contexto da UTI, de forma extra ou intracurricular. Incluíram-se no estudo os médicos que estavam presentes nessas unidades no período da coleta de dados. Foram excluídos, portanto, aqueles ausentes por licenças e/ou férias.

Durante a execução da pesquisa, foram respeitados os aspectos éticos definidos na resolução 196/96, sobre a pesquisa com seres humanos¹⁷. Sendo assim, o projeto foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (Sisnep nº 151/09). Os sujeitos receberam informações detalhadas sobre a finalidade e objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram colhidos por meio de entrevistas realizadas no local de trabalho dos sujeitos, com perguntas relacionadas ao tema da morte e à formação de médicos para lidar com essa questão. Incluíram-se, também, questões sobre crenças religiosas, levando-se em conta que a religiosidade não só corresponde a um dos aspectos da cultura humana, como se destaca por ser referência para muitos grupos no que se refere a sentidos e atitudes frente à morte e ao morrer.

Trabalhou-se com a metodologia de análise de dados, proposta por Lefèvre e Lefèvre^{18,19}, para a identificação e análise das representações sociais, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC é produzido a partir de trechos de falas dos indivíduos de uma coletividade investigada. Os vários discursos individuais, ao se encadearem, se transmutam num único discurso, que descreve significativamente as representações do coletivo investigado. A construção de um ou vários discursos coletivos é possível mediante a identificação de todas as expressões-chave e respectivas ideias centrais, presentes nas falas do grupo analisado. As expressões-chave são constituídas por transcrições literais de partes dos depoimentos dos sujeitos analisados e são organizadas em grupos de acordo com a ideia central que exprimem. As ideias centrais são as afirmações que permitem traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seus depoimentos. Com as expressões-chave, são construídos os DSC que buscam tornar clara a representação do grupo analisado.

Os discursos expressos pelos médicos intensivistas – sujeitos desta pesquisa – foram analisados e comparados aos discursos expressos pelo grupo dos médicos docentes da Clínica Médica, investigados por Falcão e Mendonça⁸. Tal comparação buscou descrever semelhanças e/ou diferenças na representação de morte de ambos os grupos de médicos, que, embora pertençam à mesma instituição universitária federal e

situada no Rio de Janeiro, realizam suas atividades em contextos específicos: UTI e Clínica Médica.

Visando à identificação das representações de morte dos médicos intensivistas, trabalhou-se com duas questões: a) Morte e morte na UTI: o que isso significa para você?; b) Na sua opinião, o que seria necessário, em termos educacionais, para a melhoria do atendimento ao paciente com risco de vida?

RESULTADOS

Entre os que atuavam regularmente nas unidades de terapia intensiva do hospital universitário pesquisado, foram entrevistados 27 médicos, que preenchiam os critérios de inclusão no estudo. A instituição mantém cursos de pós-graduação *latu* e *strictu sensu*. Dentre os investigados, 18 são do sexo masculino e 9 do sexo feminino; 5 possuem título de doutor e 14 de mestre.

Em relação aos aspectos religiosos, aproximadamente 70% dos médicos intensivistas acreditam em Deus (no contexto ou não de uma religião) e 30% são ateus. Tendo em vista os dados do IBGE²⁰, que revelaram que cerca de 93% da população brasileira declara crer em Deus (no contexto ou não de uma religião), pode-se dizer que o grupo investigado é menos religioso que a população brasileira.

A seguir, serão apresentados os DSC identificados no processo de análise metodológica para cada uma das questões. Ainda que o número de pesquisados seja pequeno, inclui-se o número de expressões-chave encontradas para cada ideia central e sua percentagem em relação ao número de investigados como um elemento a mais, permitindo melhor visualização da adesão a cada ideia central.

Seguem os discursos referentes à representação que os médicos intensivistas apresentaram em relação à morte. As expressões-chave foram reconstruídas em seis DSC.

PRIMEIRA QUESTÃO

Morte e morte na UTI: o que isso significa para você?

Discurso 1

Ideia central: A morte é um processo natural

Adesão: 21 médicos (78%)

“Morte é o fim, cessação, perda da vida, um processo natural de todo ser vivo. Faz parte da vida. Uma ideia de fim, um término de tudo. Uma hora vai ter que acontecer. Não há mais nada o que fazer. Eu aceito. A gente nasce, cresce e morre. As pessoas vão morrer e ponto final. [...] Uma coisa que estou vendo e vivendo dia a dia. Para mim, a morte é um evento terminal. [...] Todo mundo morre. Então, quem

está na UTI, eventualmente, também vai morrer. A gente está fazendo tudo o que poderia ser feito, então eu aceito a morte com mais naturalidade.”

Discurso 2

Ideia central: A morte é diferente, dependendo do tipo de paciente

Adesão: 15 médicos (56%)

“[...] você consegue encarar e aceitar a morte quando ela vem associada a uma doença muito grave, [...] existe uma dificuldade em aceitar a morte de pessoas mais jovens. [...] O problema mais angustiante da morte é quando a gente tem a sensação, a percepção de que ela está acontecendo fora do prazo previsto. [...] Quanto mais súbita, pior para a família e para nós, médicos. É sempre mais traumática. A morte mais rápida, a morte sem diagnóstico, que você não consegue diagnosticar é uma morte muito dura [...] tem doentes com quem você lida com mais naturalidade porque você já sabe qual é a doença e já está em processo de morte. [...]”

Discurso 3

Ideia central: A morte é triste e frustrante para os profissionais de saúde

Adesão: 10 médicos (37%)

“A gente lidar com isso é complicado, difícil, balança qualquer um. [...] É uma coisa triste. Mexe com a equipe, não só com o médico, mas com toda a equipe. A equipe fica mais frustrada, mais sofrida. [...] Você sempre fica achando que tem alguma culpa, que tem alguma coisa que poderia ter feito. “Será que eu errei em alguma coisa? Será que eu falhei nisso ou naquilo?” Continua sendo triste. [...] O médico deveria ter um apoio da parte da psicologia, da psiquiatria ou terapia para poder encarar melhor a morte. [...] Com esses profissionais junto com a gente pode ser possível trabalhar a aceitação da morte. [...]”

Discurso 4

Ideia central: A morte é a passagem da vida material para vida espiritual

Adesão: 9 médicos (33%)

“Morte é uma passagem de uma vida para outra atividade, para outro lugar mais importante que esse, para outro plano. Desencarnação, fim da vida terrena. A pessoa deixa o corpo, mas o espírito continua vivo. A alma da gente evolui. [...] cumprimento de metas nessa vida. Quando as metas não são cumpridas, as pessoas vêm reencarnar para cumprir.”

Discurso 5**Ideia central:** A morte é difícil de explicar**Adesão:** 8 médicos (30%)

“É uma pergunta muito ampla [...] é difícil para mim. Não sei. Nunca parei para pensar sobre isso. Preciso pensar [...]. Eu não tenho uma opinião formada a respeito. É uma questão muito delicada. [...]”

Discurso 6**Ideia central:** A morte causa sofrimento para as famílias**Adesão:** 7 médicos (26%)

“Eu fico pensando na tristeza dos familiares. [...] A morte em pessoas de uma relação afetiva maior é mais significativa. [...] Para os familiares, a morte traz sofrimento, nunca é esperada. [...] A parte mais difícil é conversar com a família e expor a situação. [...]”

A seguir, os três DSC construídos e referentes à segunda questão.

SEGUNDA QUESTÃO

Na sua opinião, o que seria necessário, em termos educacionais, para a melhoria do atendimento ao paciente com risco de vida?

Discurso 7**Ideia central:** A importância da Terapia Intensiva na formação médica e no preparo para lidar com a morte**Adesão:** 15 médicos (56%)

“Eu acho que deveria ser uma obrigação passar pela UTI [...]. Na faculdade de Medicina não existe uma matéria “Terapia Intensiva” [...]. Ter aulas de doenças graves, de pacientes em processo de morte ou de pacientes em terapia intensiva, mais prática. Ter uma matéria de Terapia Intensiva [...]. Tinha que ser obrigatório rodar na UTI. Uma coisa é você ler, outra é estar na prática. Experiência conta muito [...]”

Discurso 8**Ideia central:** O tema da morte deve ser abordado na formação médica**Adesão:** 6 médicos (22%)

“Falar sobre morte e sobre o processo de morrer. Falar sobre a aceitação da morte e da abordagem desse tema: “tanatologia”.

A gente tem pouca formação em como lidar com o paciente terminal, com a família do paciente e de como dar uma má notícia para a família. Lidar com a morte, com o doente, do ponto de vista bioético, ninguém está preparado [...]”

Discurso 9**Ideia central:** As relações interpessoais devem ser abordadas para um melhor lidar com a morte**Adesão:** 6 médicos (22%)

“Trazer de volta o estudante para a relação médico-paciente [...]. Valorizar o relacionamento pessoal [...] para uma melhora e um comportamento mais uniforme no atendimento.”

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os discursos expressos pelo grupo de médicos intensivistas pesquisados evidenciam a atenção dada à naturalização da morte humana, no sentido de que a mesma é inexorável, mesmo com o aparato tecnológico de uma UTI. As características da UTI, onde se dá o trabalho investigado, confirmam as expectativas de ser esse local o mais prototípico em relação à manutenção e ao prolongamento da vida. Vários aspectos encontrados nesse contexto favorecem o monitoramento das funções vitais dos pacientes. Composto esse ambiente existem leitos dispostos ao redor de um posto de enfermagem, para que os pacientes sejam visualizados completamente. Na cabeceira de cada um deles há equipamentos necessários à monitorização dos sinais vitais e infusão de medicamentos. Estão presentes ventiladores mecânicos e monitores cardíacos, que oferecem aos profissionais condições muito mais precisas e objetivas no diagnóstico e tratamento das doenças. Dessa forma, esse espaço constitui um eixo em que se organiza, espacialmente e na prática cotidiana médica, o atendimento ao paciente com risco de vida, tornando possível sua constante vigilância. Esse contexto, que aparenta ser tranquilo diante da inércia dos pacientes, totalmente dependentes das ações dos profissionais de saúde, na verdade, mostra-se dinâmico e inclui muitos ruídos, que vão desde os movimentos e as vozes dos profissionais até os sons da aparelhagem em funcionamento, que, com vários alarmes, sinalizam qualquer alteração ocorrida com os pacientes. O movimento e os ruídos dos vários componentes presentes na UTI são contínuos: médicos e outros profissionais admitem, examinam e manipulam pacientes e máquinas.

Nota-se que as necessidades específicas da UTI podem ser definidas claramente em relação aos seguintes objetivos: observação direta do paciente, oferta de intervenções terapêuticas

de emergência ou rotineiras e registro de todas as informações e sinais de complicações. Como afirmam Hudak e Gallo²¹, a essência dos cuidados intensivos está no processo de tomada de decisão, baseado na sólida compreensão das condições fisiológicas dos pacientes. A percepção de morte como algo natural pressupõe a capacidade dos intensivistas de intervenção sobre os processos naturais, sendo coerente com a formação dos profissionais investigados: manter a vida e recuperar a saúde. Se a morte decorre de causas às quais os pacientes estão submetidos enquanto parte da natureza, ela deriva, então, de causas que os intensivistas podem, senão abolir, ao menos controlar. Nessa direção, a morte como um processo natural tem relação com um evento fisiológico, cientificamente compreendido.

“Morte é o fim, cessação, perda da vida, um processo natural de todo ser vivo. [...] Uma hora vai ter que acontecer. [...] A gente nasce, cresce e morre. [...] A gente está fazendo tudo o que poderia ser feito, então eu aceito a morte com mais naturalidade.” (Discurso 1)

Durante esta pesquisa, foi possível testemunhar e perceber claramente o momento de proximidade da morte de um dos pacientes internados. Os batimentos cardíacos se reduzem, a pressão arterial diminui, e a respiração do paciente não pode ser assegurada. Os alarmes dos monitores e ventiladores mecânicos ecoam, as luzes de alerta se acendem, e os traçados são modificados. Frente a esse quadro, os médicos intensivistas percebem a morte como um processo cotidianamente anunciado, diferentemente da vivência dos médicos da Clínica Médica, que lidam com o processo de morte de seus pacientes quase sempre sem os mesmos aparatos tecnológicos existentes na UTI, que lhes permitiriam visualizar prelúdios da morte.

Se, por um lado, há a constatação de que o morrer é inexorável e, por isso, a morte deveria ser aceita com naturalidade, por outro, os médicos intensivistas também apresentam sentimentos de sofrimento, análogos àqueles percebidos nos da Clínica Médica. Esse resultado comum entre os dois grupos de médicos – Clínica Médica e intensivistas – remete ao sofrimento intrínseco à condição humana de se saber mortal: “a morte, na medida em que ‘existe’, é a cada momento, essencialmente, a minha” (Heidegger *apud* Dastur²²), como também remete ao discurso do despreparo para lidar com a morte, igualmente comum aos dois grupos. Tal marca se reflete nas falas dos investigados:

“[...] é complicado, difícil, balança qualquer um. [...] A equipe fica mais frustrada, mais sofrida. [...] Quando um paciente que está internado aqui vem a falecer eu choro, é quase um reflexo. Não tem como você não acabar limpando lágrimas aqui. [...]” (Discurso 3)

O que parece ser uma especificidade dos médicos, e em especial dos intensivistas, apoiados em seu trabalho com sofisticadas tecnologias, é a expressão de certo constrangimento e culpa diante de pessoas, que entregues aos seus cuidados, acabam morrendo. Na tentativa de afastar a sensação de culpa e de fracasso, questionam-se a respeito da própria atuação. Esses questionamentos realizados pelos intensivistas não só vão ao encontro da incerteza de que todos os recursos, meios diagnósticos e terapêuticos foram esgotados, como afirmam suas expectativas em relação ao poder dos recursos tecnológicos diante dos processos naturais. É o que se lê abaixo:

“[...] Você sempre fica achando que tem alguma culpa, que tem alguma coisa que poderia ter feito. ‘Será que eu errei em alguma coisa? Será que eu falhei nisso ou naquilo?’ Continuo lamentando. [...] Será que se a gente tivesse tomado outro caminho teria mudado o prognóstico? [...]” (Discurso 3)

E aqui se encontra outra face do embate com a morte entre os intensivistas. A aceitação da finitude humana para os médicos intensivistas também depende do tipo de paciente e das condições de morte. Se o ambiente físico é caracterizado por sofisticadas tecnologias para a manutenção da vida, os pacientes internados na UTI também apresentam características peculiares. Os mesmos procedem, em geral, de outras unidades do hospital, com diagnósticos diversos, desde cirurgias a doenças agudas ou crônicas em situações de agravamento e, por isso, quase sempre permanecem sedados ou comatosos. Assim, o período de internação, por vezes, é longo, possibilitando um reconhecimento maior das especificidades de cada caso dos pacientes e maior acompanhamento das suas condições de sobrevivência. As situações em que esse reconhecimento não é possível, ou seja, nos casos não diagnosticados e/ou de morte inesperada ou prematura, trazem, não raramente, maior dificuldade em lidar com a morte, como observado no trecho abaixo:

“[...] Quando ela é súbita, pega o indivíduo de surpresa, diferente de quando é esperada. [...] Quanto mais súbita, pior para a família e para nós, médicos. É sempre mais traumática. A morte que você não consegue diagnosticar é uma morte muito dura. [...]” (Discurso 2)

Diante das situações que vivenciam em seus contextos de trabalho, os intensivistas organizam as experiências vividas, categorizam as circunstâncias e constroem gradações para o sentido natural da morte. Dessa forma, a morte para esses médicos pode ser considerada mais ou menos aceita, de acordo com critérios por eles estabelecidos, chamando atenção para sua vivência na UTI.

De acordo com Rodrigues²³, “[...] inserir a morte em um sistema de classificação, para compreender as mortes-eventos, dialogar com elas e atribuir-lhes sentido, parece ser um trabalho que toda cultura realiza e cujos resultados exibe, seja em estado prático, seja através de um sistema de teorias, ideias e dogmas conscientemente formulados [...]”.

A aceitação de morte entre os intensivistas parece exigir um enquadramento em critérios que a naturalizam: diante de especificidades relacionadas ao sofrimento causado por quadros incuráveis ou a faixas etárias avançadas, a morte se configura como um fenômeno aceitável, relacionado à ideia de fim da vida, enquanto evento de um processo biológico.

“[...] Depende do estado de saúde do paciente [...]. É um idoso, uma doença incurável, intratável? [...] É sempre mais sofrido ver uma morte em pacientes mais jovens. [...]” (Discurso 2)

Ao lado de todos esses esforços de perceber a morte apenas como um fenômeno natural, outro aspecto apontado pelos médicos intensivistas é o envolvimento afetivo que se instaura por empatia com os pacientes e/ou seus familiares, pelo colocar-se no lugar e na situação desses.

“Eu fico pensando na tristeza dos familiares. [...] Até por experiências que eu passei, pela tristeza que eu senti. [...] Para os familiares, a morte traz sofrimento, nunca é esperada. Sempre é um choque. [...]” (Discurso 6)

No contexto da UTI, que mostra certo afastamento do sentido natural da morte, das expectativas diante das tecnologias, de empatia com as perdas dos familiares e do próprio intensivista, o discurso religioso foi expresso. Embora ambos os grupos – médicos intensivistas e médicos docentes da Clínica Médica – incluam as crenças religiosas como característica do seu perfil, o grupo da Clínica Médica não expressou o discurso religioso para o sentido da morte. Possivelmente, tal manifestação, entre os intensivistas, está relacionada à busca de sentido diante do impacto da alta frequência com que testemunham a morte de seus pacientes.

“Morte é uma passagem de uma vida para outra atividade, para outro lugar mais importante que esse, para outro plano. Desencarnação, fim da vida terrena [...]” (Discurso 4)

Os discursos dos intensivistas revelam como é complexo para esses profissionais lidar com as demandas que emergem em seus cotidianos de trabalho. Encarar a morte, dar a má notícia, tomar consciência da própria finitude, atuar e admitir os limites de sua atuação põem em questão o preparo desses

profissionais para enfrentar as situações que surgem cotidianamente na UTI. Sem meios ou espaços que fomentem discussões e trocas de experiências para reflexões acerca das situações que vivenciam em seu contexto de trabalho, compreende-se o discurso do reconhecimento da necessidade de formação específica para lidar com a morte. Com toda objetividade, os médicos intensivistas afirmam:

“O médico deveria ter um apoio da parte de psicologia, da psiquiatria ou terapia para poder encarar melhor a morte. Eu não tenho formação suficiente para lidar com essa questão da perda [...]” (Discurso 3)

Diante da frequência e intensidade com que são levados a testemunhar a morte e mesmo frente às possibilidades terapêuticas de sofisticadas tecnologias, os intensivistas têm a compreensão de que o exercício profissional do médico exige preparo específico para lidar com essa situação.

“[...] Deve falar sobre morte, sobre o processo de morrer, aceitação da morte. [...] A gente tem pouca formação de como lidar com o paciente terminal e com a família do paciente, dar uma má notícia para a família [...]” (Discurso 8)

Em diferentes discursos essa convicção foi demonstrada. A cada reflexão expressa sobre as vivências dos médicos intensivistas relacionadas à morte de pacientes, simultaneamente se manifesta a consciência do despreparo para enfrentar tal situação ou a lembrança de que a formação do médico não contempla essa carência.

De fato, no processo de formação de médicos, a morte não é tema de ação pedagógica que focalize o desenvolvimento de comportamentos adequados em relação à situação de proximidade da morte de um paciente. Como os médicos da Clínica Médica, os intensivistas reconhecem despreparo no lidar com a morte. Os programas de formação desses profissionais são voltados predominantemente para o aspecto técnico do manejo das doenças. Observa-se, neste processo educacional, a ausência de abordagens sistemáticas ao longo do curso de Medicina que discutam aspectos cognitivos, sociais e afetivos relacionados ao processo da morte e do morrer. A experiência médica dos intensivistas é de tal forma marcante no que diz respeito ao atendimento diante da morte, que os mesmos apresentam a UTI como um local privilegiado para atividades de ensino ou realização de atividades apropriadas à formação de atitudes amadurecidas em relação à morte.

“[...] Todo médico tem que ter um treinamento formal em terapia intensiva. Aprendizado tanto de experiência profis-

sional, de tempo de atendimento ao paciente. [...] com doenças graves ou em processo de morte, de pacientes de terapia intensiva [...]” (Discurso 7)

A morte é um fato biológico moldado pela experiência e pelo comportamento de maneira socialmente específica. Assim, as situações vividas na UTI explicitam a enorme importância dos hábitos, convicções, valores e sentimentos compartilhados socialmente na direção da percepção do fenômeno da existência humana.

Nesta pesquisa, ficou clara a ação de fatores sociais, como os contextos de formação, de trabalho, culturais, ligados às tradições e às ideologias religiosas de explicação ou de tabu em relação à morte, que influenciam significativamente a construção das representações dos intensivistas. Por isso, entende-se que, mais do que “conhecimentos prévios”, estes médicos mostram, por meio de seus discursos, toda uma realidade social. Conforme Moscovici¹⁶ conceituou, a representação social consiste em um conjunto de explicações e afirmações originadas no cotidiano e que está relacionada tanto a padrões de cultura mais amplos, como àqueles mais específicos, incluindo os contextos de trabalho de um médico clínico e de um médico intensivista. O estudo comparativo das representações de morte dos dois grupos investigados – médicos da Clínica Médica e intensivistas – aqui relatado é um exemplo.

Em suma, as representações sociais de morte dos dois grupos investigados incluem discursos que expressam sentidos para a morte, mostrando-se associados aos diferenciados contextos de ambos os grupos. Viu-se que o sentido natural da morte como fim da vida é comum aos dois grupos, como são aqueles que expressam o sofrimento associado à morte e à necessidade de melhor preparo para lidar com situações que envolvem a morte e o morrer. Entretanto, entre os médicos intensivistas, houve maior detalhamento desses discursos, bem como a expressão da empatia com os familiares, da busca de sentidos religiosos para a morte e da ajuda de profissionais de outras áreas do conhecimento para melhor encarar as situações vivenciadas no contexto da UTI, o que, mais uma vez, nos mostra a influência do contexto de trabalho desses profissionais.

CONCLUSÃO

A representação social da morte expressa pelos médicos intensivistas tanto revela demandas de quem testemunha e enfrenta a morte cotidianamente, quanto mostra esforços em ordenar, categorizar ou dar sentidos a um fenômeno incontestavelmente impactante: a morte humana.

Mesmo com a experiência profissional de maior proximidade com situações que envolvem a finitude humana, a

perplexidade e o sofrimento são perceptíveis nos discursos expressos pelos intensivistas. Ainda que tal resultado tenha semelhança com aquele obtido com os médicos da Clínica Médica, com relação aos intensivistas é possível visualizar, com mais objetividade, a premência de melhor formação de médicos para lidar com a morte.

Dessa forma, é quase lógico pensar no contexto da UTI como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de formação específica e reflexão sobre o morrer humano, o que foi justamente defendido pelos intensivistas. Com base na especificidade encontrada neste ambiente, no qual a assistência à saúde está cercada de poderosas tecnologias para a manutenção da vida, pode-se, com maior realidade, balizar as possibilidades humanas de conquistar êxitos e também fracassos em relação ao controle dos processos naturais.

Na UTI, a constatação dos limites de atuação médica, as dificuldades em lidar tanto com os pacientes em processo de morte como com suas famílias, as angústias causadas pela busca de explicações ou sentidos para a morte podem ser objeto de reflexão coletiva entre médicos, professores e estudantes. Todo um repertório de experiências pode viabilizar um valioso momento na educação médica, pela possibilidade de elaborar atitudes pessoais e profissionais para lidar com o que será inexorável em suas vidas: a morte.

REFERÊNCIAS

1. Áries P. História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.
2. Elias N. A Solidão dos Moribundos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
3. Morin E. O homem e a morte. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
4. Becker EA. Negação da morte. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1976.
5. Viana A, Picelli H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. Rev Bras Educ Med. 1998;44(1):21-7.
6. Kovács MJ Educação à morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
7. Falcão EBM, Lino GGS. O paciente morre: eis a questão. Rev Bras Educ Med. 2004;28:106-18.
8. Falcão EBM, Mendonça SB. Formação médica, ciência e atendimento ao paciente que morre: uma herança em questão. Rev Bras Educ Med. 2009;33(3):364-73.
9. Marta GN, Marta SN, Filho AA, Job RPP. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. Rev Bras Educ Med. 2009;33(3):416-27.

10. Silva GSN, Ayres JRCM. O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2010;34(4):487-96.
11. Moritz RD, Nassar SM. A Atitude dos Profissionais de Saúde Diante da Morte. *Rev Bras Ter Int.* 2004;16(1):14-21.
12. Moreira EC, Biehl JG. Práticas médicas de aceitação da morte na UTI de um hospital geral no Nordeste do Brasil. *Rev Bioé.* 2004;12(1):22-8.
13. Machado KDG, Pessini L, Hossne WS. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. *Bio.* 2007;1(1):34-42.
14. Gaudencio D, Messeder O. Dilemas sobre o fim da vida: informações sobre a prática médica nas UTIs. *Ciênc Saude Colet.* 2011;16(1):813-20.
15. Freitas APP. A morte ainda excluída do ensino médico?. Rio de Janeiro; 2005. Mestrado [Dissertação] — Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
16. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
18. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo. Caxias do Sul: EDUCS; 2001.
19. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo. Uma nova opção em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do sul: EDUCS; 2005.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000: resultados do universo. Rio de Janeiro; 2000 [acesso em 01 jun 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
21. Hudak CM, Gallo BM. Cuidados Intensivos de Enfermagem: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
22. Dastur F. A morte: ensaio sobre a finitude. Rio de Janeiro: Difel; 2002.
23. Rodrigues JC. O tabu da morte. Rio de Janeiro: Fio-cruz; 1983.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Luana Ferreira de Almeida e Eliane Brígida Morais Falcão planejaram o estudo, analisaram e interpretaram os resultados, bem como redigiram o artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Luana Ferreira de Almeida
Rua Potiguara 595/102
Jacarepaguá — Rio de Janeiro
CEP. 22750-290 RJ
E-mail: luafalmeida@ig.com.br