

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Kelly Carvalho Silveira Gonçalves

**O MÉDICO RESIDENTE E O ESTUDANTE DE MEDICINA FRENTE À
TERMINALIDADE DA VIDA: UMA ANÁLISE DAS ATITUDES E
CONHECIMENTOS SOBRE O PROCESSO MORTE E MORRER**

Santa Maria, RS, Brasil
2019

Kelly Carvalho Silveira Gonçalves

**O MÉDICO RESIDENTE E O ESTUDANTE DE MEDICINA FRENTE À
TERMINALIDADE DA VIDA: UMA ANÁLISE DAS ATITUDES E CONHECIMENTOS
SOBRE O PROCESSO MORTE E MORRER**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Ciências da Saúde**.

Orientadora: Dr^a Miriam Seligman de Menezes

Santa Maria, RS, Brasil
2019

Carvalho Silveira Gonçalves, Kelly

O MÉDICO RESIDENTE E O ESTUDANTE DE MEDICINA FRENTE À
TERMINALIDADE DA VIDA: UMA ANÁLISE DAS ATITUDES E
CONHECIMENTOS SOBRE O PROCESSO MORTE E MORRER / Kelly
Carvalho Silveira Gonçalves.- 2019.

106 f.; 30 cm

Orientador: Miriam Seligman de Menezes
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2019

1. morte 2. morrer 3. médicos residentes 4.
estudantes de medicina 5. formação/ensino médico I.
Seligman de Menezes, Miriam II. Título.

Kelly Carvalho Silveira Gonçalves

**O MÉDICO RESIDENTE E O ESTUDANTE DE MEDICINA FRENTE À
TERMINALIDADE DA VIDA: UMA ANÁLISE DAS ATITUDES E
CONHECIMENTOS SOBRE O PROCESSO MORTE E MORRER**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Ciências da
Saúde, da Universidade Federal de Santa
Maria (UFSM), como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Ciências da
Saúde.

Aprovado em 29 de março de 2019:



Miriam Seligman de Menezes, Dra.

(Presidente/Orientadora)



Maria Teresa Aquino de Campos Velho, Dra. (UFSM)



Ângela Regina Maciel Weinmann, Dra. (UFN)

Santa Maria, RS
2019

DEDICATÓRIA

À minha filha Liz, por ter me tornado mãe e conseqüentemente, me virado do avesso, me fez ser chão, escudo, céu e ainda assim, me sentir pequena e ao mesmo tempo forte, vulnerável, cansada, mudada, tão profundamente mudada. Enquanto construo o nosso afeto, me desconstruo e descubro que amar está nas entranhas do ato de maternar. O amor que um filho traz não é daqui desta terra, não tem nome, dimensão, meio e muito menos fim.

AGRADECIMENTOS

Ao Abba, obrigada pelo teu cuidado com a minha vida, por manter minha fé, por acreditar em mim quando eu mesma não pensava ser capaz, obrigada por tua vida em mim e pela chance de a cada dia poder ser mais parecida contigo! Obrigada por me chamar de filha e por me amar de maneira inconcebível e irresistível!

À minha filha Liz, não há nada no mundo que se compara ao olhar para ti, nenhum lugar é melhor do que estar ao teu lado, você me inspira, me faz querer ser melhor a cada dia. Te amo para sempre. Espero que um dia entendas que esse tempo de escrita “longe” de ti custaram algumas lágrimas.

À minha mãe, obrigada por ser meu porto seguro, por me incentivar, por me capacitar, por acreditar, obrigada pela tua genética que me trouxe um pouco da coragem e força que vejo em ti, que eu possa ser motivo de orgulho para ti, como tu és para mim.

Ao meu irmão Guilherme, obrigada por ser minha âncora, por estar presente.

Ao meu marido Valnir Junior, por permitir que eu estivesse ao seu lado partilhando dos mais belos e mais difíceis momentos desta breve jornada.

À Eliane, pelo cuidado à nossa família e nossa amada filha Liz, à Rilari, pela ajuda e alegria em servir, e à estimada Tina Franchi pela ajuda na revisão deste trabalho.

À Adriana e ao Mário, por serem amigos incansáveis, que incentivam e se importam.

À minha amiga Prof. Ms. Natiele Dutra Gomes, pela força, serviço e amor, por estar disposta a cuidar de mim em todas as mais difíceis horas.

À Prof. Dra. Miriam Barbosa, obrigada pelo carinho, preocupação, pelo incentivo e amor com que sempre me trataste. Você fez diferença em minha vida!

À minha querida orientadora Prof. Dra. Miriam Seligman, obrigada pela compreensão, por me receber com tanta delicadeza, por me inspirar, por me apresentar a beleza dos Cuidados Paliativos e, assim, reacender minha paixão pela medicina e pelo ato de cuidar do outro. Aos estimados professores: Ms. Mariluz Heberle, Ms. Juliana Wendt e Ms. Ricardo Heinzmann, responsáveis por minha formação como Médica de Família, sou grata à oportunidade que me deram e à toda dedicação e afincos na tarefa em ensinar.

Agradeço à Universidade Federal de Santa Maria, em particular à equipe do Hospital Universitário de Santa Maria, pela acolhida e formação. Sinto como se esse lugar fosse a minha casa.

Agradeço ao Mestrado em Ciências das Saúde, em especial ao secretário Murilo, pela competência, e à Prof. Dra. Maria Teresa Campos Velho, pela vitalidade e amor que contagia.

Agradeço à equipe de Saúde da ESF Roberto Binato, por se tornarem parte da minha família e fazerem o meu trabalho muito mais prazeroso.

À Universidade Franciscana, em especial à Prof. Dra. Leris Haeffner e à Prof. Dra. Angela Weinmann, pela sensibilidade, simplicidade e amor com que exercem a chefia. Obrigada por acreditarem no meu trabalho.

E por fim agradeço aos meus alunos, pretexto e razão maior deste trabalho. Alunos são como filhos.

*“...Me importo pelo fato de você ser você.
Me importo até o último momento de sua vida e,
faremos tudo que estiver ao nosso alcance,
não somente para ajudar você a morrer em paz,
mas também para você viver até o dia da sua morte”.*

(SAUNDERS, 1976)

*Tu tens um medo: Acabar.
Não vês que acabas todo o dia.*

Que morres no amor.

Na tristeza.

Na dúvida.

No desejo.

Que te renovas todo o dia.

No amor.

Na tristeza.

Na dúvida.

No desejo.

Que és sempre outro.

Que és sempre o mesmo.

Que morrerás por idades imensas.

Até não teres medo de morrer.

E então serás eterno.

Cecília Meireles

RESUMO

O MÉDICO RESIDENTE E O ESTUDANTE DE MEDICINA FRENTE À TERMINALIDADE DA VIDA: UMA ANÁLISE DAS ATITUDES E CONHECIMENTOS SOBRE O PROCESSO MORTE E MORRER

AUTORA: Kelly Carvalho Silveira Gonçalves

ORIENTADORA: Miriam Seligman de Menezes

Na área da medicina os profissionais e alunos rotineiramente lidam com pacientes terminais e, obrigatoriamente, são expostos à morte e ao processo de morrer. Além disso, a capacidade da ciência médica de prolongar a vida através do uso da tecnologia tem gerado cada vez mais questionamentos sobre o quanto o médico deve manter o tratamento de pacientes terminais. Esta pesquisa consiste em estudo transversal, analítico com abordagem quantitativa, consta na aplicação de um questionário aos acadêmicos do quinto e nono semestre de medicina da Universidade Federal de Santa Maria e residentes em Clínica Médica, Cirurgia e Anestesiologia, atuantes no Hospital Universitário de Santa Maria. O objetivo do estudo, após a análise dos dados foi de verificar no estudante de Medicina e no médico residente seus posicionamentos, atitudes e conhecimentos prévios acerca do processo morte e morrer. Como resultado obteve-se as seguintes considerações: os alunos entendem que a ortotanásia é um procedimento legalizado, compreendem a morte como fim de um ciclo natural, na fase final do curso participam mais de discussões sobre o processo de morte, passam a conversar com os familiares sobre a sua própria finitude e a referir ter conhecimento suficiente sobre sedação paliativa, sentem-se preparados para lidar com a morte de seus pacientes e passando a discordar mais fortemente com a prática da distanásia. No entanto, afirmam que a formação não contribuiu para um preparo adequado para o enfrentamento da morte, relatam não ter conhecimento suficiente sobre testamento vital, não acreditam que mesmo antes de ser informado o paciente saiba da gravidade de seu caso e passam a não acreditar que o paciente possa piorar após a má notícia. Foram fatores significativos: ter vivência em UTI, ter mais que 25 anos e não ter religião, para evitar com maior convicção as práticas de distanásia. Através desses resultados entende-se que houve um certo progresso, conforme o decorrer do curso de medicina em relação ao entendimento da morte, na amostra estudada, apesar da persistência de algumas lacunas de conhecimento. Questiona-se ainda, se tal progresso se limita à teoria ou extravasa para a prática médica, confirmando-se através de decisões que evoquem a “boa morte”, como seria o ideal.

Palavras-chave: Morte. Morrer. Médicos residentes. Estudantes de medicina. Educação/formação

ABSTRACT

THE RESIDENT PHYSICIAN AND THE MEDICAL STUDENT FACING THE TERMINALITY OF LIFE: AN ANALYSIS OF THE ATTITUDES AND KNOWLEDGE TOWARDS DEATH AND THE DYING PROCESS

AUTHOR: Kelly Carvalho Silveira Gonçalves

ADVISOR: Miriam Seligman de Menezes

In the field of medicine, professionals and students routinely deal with terminal patients and, compulsorily, are exposed to death and the dying process. In addition, the ability of medical science to prolong life with the use of technology has increasingly generated questions about how much the physician should maintain the treatment of terminal patients. This research consists of a cross-sectional, analytical study with a quantitative approach, and in the application of a questionnaire to the students of the fifth and ninth semesters of Medicine of the Federal University of Santa Maria and residents of Medical Clinic, Surgery and Anesthesiology, active in the University Hospital of Santa Maria. The objective, following the analysis of the data, of verifying the positioning, attitudes and previous knowledge about the process death and dying in the medical student and in the resident physician. As a result the following considerations were obtained: Students understand that orthothanasia is a legalized procedure, understand death as the end of a natural cycle, in the final terms of the course they take part in discussions about the death process, start talking to their relatives about their own finitude, they mention having sufficient knowledge about palliative sedation, they feel prepared to deal with the death of their patients and begin to disagree more strongly with the practice of dysthanasia. However, they affirm that the training did not contribute to a preparation for coping with death, they report not having sufficient knowledge about vital testament, do not believe that even before being informed the patient knows the severity of his case and they stop believing that the patient can get worse after the bad news. Significant factors were: having experience in ICUs, having more than 25 years and not having religion, to avoid with greater conviction the practices of dysthanasia. Through these results it is understood that there has been some progress as the course of Medicine in relation to the understanding of death, in the sample studied, despite the persistence of some knowledge gaps. It is also questioned whether such progress is limited to theory or extravasa for medical practice, confirming itself through decisions that evoked "good death", as would be ideal.

Keywords: Death. Die. Resident doctors. Medical students. Education/Medical training

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	A morte de Elizabeth I, Rainha da Inglaterra-Paul Delaroche (1797-1856).....	24
Figura 2.	A Morte de Lord Byron-Joseph Denis Odevaere (1775-1830).....	25
Figura 3.	A Morte de Ivan Ilitch, Leon Tolstoi (1ª edição em 1886).....	26
Figura 4.	O homem na UTI.....	28
Figura 5.	A Lição de Anatomia do Dr. Tulp-Rembrandt (1606-1669).....	32
Figura 6.	"The Doctor", 1891, Samuel Luke Fildes (1844-1927), Óleo sobre tela, Galeria Tate Modern (Londres).....	43

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Questão 1: O que a morte simboliza para você?.....	55
Gráfico 2.	Questão 1: Distribuição das respostas por sexo.....	55
Gráfico 3.	Questão 2: Eu me acho preparado para lidar com a morte de meus pacientes: início <i>versus</i> final da formação.....	57
Gráfico 4.	Questão 4: Porcentagem de concordância de acordo com a fase do curso com a afirmativa: Eu presencio ou participo frequentemente de discussões sobre recusar o início de um tratamento ou suspender um tratamento a fim de evitar a obstinação terapêutica.....	59
Gráfico 5.	Questão 6: distribuição das respostas de acordo com a fase do curso referente a seguinte afirmativa: já conversei com meus familiares sobre a morte e decisões sobre o morrer.....	61
Gráfico 6.	Questão 8: Distribuição das respostas de acordo com a fase do curso referente a afirmativa: acredito que após ser informado sobre a gravidade de sua doença o paciente.....	63
Gráfico 7.	Questão 9: Distribuição das respostas de acordo com a fase do curso referente à afirmativa: tenho conhecimentos sobre sedação paliativa a fim de garantir um processo de morte e morrer menos doloroso ao meu paciente.....	64
Gráfico 8.	Questão 11: Distribuição das respostas de acordo com a fase do curso referente a afirmativa: A ortotanásia é permitida segundo o Conselho Federal de Medicina em se falando de pacientes com doença grave fora de possibilidade de cura.....	66
Gráfico 9.	Questão 12: Distribuição das respostas de acordo com a fase do curso referente ao caso clínico prático de distanásia.....	68
Gráfico 10.	Se você estivesse com um câncer em estágio avançado já metastático e apresentasse uma parada cardiorrespiratória, desejaria ser ressuscitado.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Análise dos dados descritivos dos componentes da amostra do estudo.....	52
Tabela 2.	Análise comparativa, múltipla em pares, entre as respostas para a questão 1 e variáveis descritivas.....	54
Tabela 3.	Questão 2: Eu me sinto preparado para lidar com a morte de meus pacientes.....	56
Tabela 4.	Questão 3: Minha formação acadêmica inclui ou incluiu um preparo para o enfrentamento com a morte.....	58
Tabela 5.	Questão 4: Eu presencio ou participo frequentemente de discussões sobre recusar o início de um tratamento ou suspender um tratamento a fim de evitar a obstinação terapêutica.....	59
Tabela 6.	Questão 5: O papel de dar a má notícia ao paciente quanto a seu diagnóstico ou estado de saúde é primordialmente do médico.....	60
Tabela 7.	Questão 6: Já conversei com meus familiares sobre a morte e as decisões sobre o morrer.....	61
Tabela 8.	Questão 7: Acredito que mesmo antes de ser informado o paciente já sabe sobre a gravidade de seu caso.....	62
Tabela 9.	Questão 8: Acredito que após ser informado sobre a gravidade de sua doença o paciente possa piorar.....	63
Tabela 10.	Questão 9: Tenho conhecimentos necessários sobre sedação paliativa a fim de garantir um processo de morte e morrer menos doloroso ao meu paciente.....	65
Tabela 11.	Questão 10: Durante minha formação pude aprender o suficiente sobre testamento vital para conseguir orientar meus pacientes sobre esse assunto.	65
Tabela 12.	Questão 11: A ortotanásia é permitida segundo o Conselho Federal de Medicina em se falando de pacientes com doença grave fora de possibilidade de cura.....	66
Tabela 13.	Descrição das respostas do caso clínico descrito na questão 12 de acordo com as variáveis.....	67
Tabela 14.	Comparação entre as características descritivas para respostas no caso clínico descrito na questão 12.....	69
Tabela 15.	Descrição das respostas do caso clínico descrito na questão 13, de acordo com as variáveis.....	70
Tabela 16.	Comparação entre as características descritivas para respostas no caso clínico descrito na questão 12.....	71
Tabela 17.	Descrição das respostas do caso clínico descrito na questão 14 de acordo com as variáveis.....	72
Tabela 18.	Comparação entre as características descritivas para respostas no caso clínico descrito na questão 14.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS

HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Testamento Vital
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO	21
3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	21
4 REVISÃO DE LITERATURA	22
4.1 A MORTE AO LONGO DA HISTÓRIA	22
4.2 A MORTE, O MÉDICO E A MEDICINA	30
4.3 A MORTE E O CURSO DE MEDICINA	33
4.4 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	36
4.5 O LIMITE TERAPEUTICO E A BIOÉTICA	38
4.6 CUIDADOS PALIATIVOS	41
4.7 TESTAMENTO VITAL	43
4.8 SEDAÇÃO PALIATIVA	45
5 MATERIAIS E MÉTODOS	47
5.1. Delineamento do estudo	47
5.2. População estudada	47
5.3. Tamanho da amostra	47
5.3.1 Critérios de inclusão	48
5.4. Elaboração do Questionário	48
5.5. Produto final do estudo	48
5.6 Análise estatística	48
6 RESULTADOS	50
6.1 QUESTÃO 1	51
6.2 QUESTÃO 2	54
6.3 QUESTÃO 3	55
6.4 QUESTÃO 4	55
6.5 QUESTÃO 5	57
6.6 QUESTÃO 6	57
6.7 QUESTÃO 7	59
6.8 QUESTÃO 8	59
6.9 QUESTÃO 9	60

6.10 QUESTÃO 10.....	62
6.11 QUESTÃO 11.....	63
6.12 QUESTÃO 12.....	65
6.13 QUESTÃO 13.....	68
6.14 QUESTÃO 14.....	71
7 DISCUSSÃO	73
7.1 Morte como fim de um ciclo natural.....	73
7.2 Na fase final do curso a maior parte consegue afirmar que se sente preparado para lidar com a morte de seus pacientes, ao contrário dos iniciantes.....	73
7.3 A formação acadêmica não inclui ou incluiu um preparo para o enfrentamento da morte	73
7.4 Com o decorrer do curso participam mais de discussões sobre o processo de morte	75
7.5 O papel de dar má notícia é primordialmente do médico	76
7.6 Com o decorrer do curso as respostas passam a afirmar que os estudantes conversaram mais com seus familiares sobre a morte	77
7.7 Não acreditam que mesmo antes de ser informado o paciente sabe sobre a gravidade do seu caso	78
7.8 Percebemos que as respostas dos alunos do início do curso concordam que o paciente pode piorar após ser informado da gravidade de sua doença, ao contrário do final do curso, que em sua maioria acredita que o paciente não possa piorar após a má notícia	79
7.9 Passam a ter conhecimento sobre sedação paliativa	82
7.10 Dizem não saber o suficiente sobre testamento vital	82
7.11 Entendem que a ortotanásia é um procedimento legalizado	83
7.12, 7.13, 7.14 Discordam da prática da distanásia, mais fortemente no final do curso	83
7.15 Ter realizado estágio na UTI, ter mais que 25 anos e não ter religião evitem mais a distanásia	85
8 CONCLUSÃO	86
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
10 REFERÊNCIAS	90
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO	101
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	104
APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	106

1 INTRODUÇÃO

Para tudo há uma ocasião,
 e um tempo para cada propósito debaixo do céu:
 tempo de nascer e tempo de morrer,
 tempo de plantar e tempo de arrancar o que se plantou,
 tempo de matar e tempo de curar,
 tempo de derrubar e tempo de construir,
 tempo de chorar e tempo de rir,
 tempo de prantear e tempo de dançar,
 tempo de espalhar pedras e tempo de ajuntá-las,
 tempo de abraçar e tempo de se conter,
 tempo de procurar e tempo de desistir,
 tempo de guardar e tempo de lançar fora,
 tempo de rasgar e tempo de costurar,
 tempo de calar e tempo de falar,
 tempo de amar e tempo de odiar,
 tempo de lutar e tempo de viver em paz.
 Eclesiastes, 3:1-8

A morte ainda é um tabu, mesmo em relação aos médicos que tem que enfrentá-la não só na vida, mas também como parte do cotidiano em que trabalham. A relação entre morte e atuação do médico vem modificando ao longo da história (MELLO, 2012). Zaidhaft (1990) cita que o médico tinha como função única de espectador da morte, até o século XIX. Porém, com o desenvolvimento da ciência e tecnologia, e a institucionalização do doente no hospital, a partir do século XVIII essa relação foi modificada (ZAIDHAFT, 1990).

No contexto contemporâneo somos induzidos a suprimir a morte de nosso cotidiano. Lasch (1978) cita que a cultura em que vivemos é narcisista e descrita pela dificuldade de distinguir o que somos, da fantasia dos produtos que consumimos. Logo, vivemos um mundo de maneira onírica, baseados em impressões e aparências. A morte mantém-se escondida, pois é a revelação de nossos limites e finitude (LASCH, 1978).

Com o passar do anos, tem-se o início da medicalização do morrer e da morte. O médico então torna-se o responsável por lutar e vencer a morte; representando assim o ser tanatolítico, que é incumbido da decisão do instante da morte e das situações que acompanham o morrer (DA NOVA, BEZERRA FILHO e BASTOS, 2000). Assim, o profissional exercendo esse papel entende que deve salvar a vida do paciente a qualquer custo, a fim de corresponder às expectativas (COELHO, 2001). Porém, tal idealização gera frustração quando o médico se depara com doenças incuráveis ou com a morte, entendendo, assim, sua insignificância diante de situações irreversíveis (KOVÁCS, 2003a).

A morte, que antes ocorria no domicílio, com o doente sendo cuidado por familiares e amigos, passa a acontecer nos hospitais, tendo como pano de fundo profissionais sobrecarregados e alta tecnologia. Ainda mais assustadora, então, torna-se a morte, pois acrescenta-se a ela a solidão (MORITZ, 2002). O luto é medicalizado, a dor e os ritos de morte suprimidos. A decisão da morte no contexto hospitalar muitas vezes não contempla a opinião do paciente, assim como a dos familiares (DA NOVA, BEZERRA FILHO e BASTOS, 2000). A morte fica nas entrelinhas, sem dar a chance do enfermo manifestar-se em seu último momento (ARIÈS, 1997a). Acrescenta-se a isso, o prolongamento da vida e do processo de morrer e situações antes não vivenciadas, em que o médico deve manejar, cuidar e conviver com enfermos graves e em grande sofrimento (MORITZ, 2002).

Em vista disso, o acadêmico em medicina e o próprio médico recém-formado isolam-se das emoções, buscando defesa contra a angústia (MARTA et al., 2009). A formação médica não vem ao encontro desse processo buscando resolvê-lo, pelo contrário, gera, por assim dizer, um discurso de impessoalidade e distanciamento daqueles sentimentos (tais como a dor e o sofrimento, advindos principalmente da morte). A morte é encarada como algo a ser vencido, não como uma etapa do ciclo de vida que, assim como as demais etapas, necessita ser cuidada (AZEREDO, 2007).

O equilíbrio da medicina está em suprir as necessidades do paciente. Quando o paciente exige do médico mais do que ele pode oferecer, isso gera frustração e desespero. Mas também há o outro lado quando a medicina oferece muito mais do que o paciente deseja e o cuidado se perde, não havendo benefício e somente o uso da técnica pela técnica.

A morte foi distanciada do convívio social, as relações pessoais estão cada vez mais superficiais, a maturação psicológica ficou mais lenta, a procriação adiada ao máximo, há um apego excessivo aos bens materiais. Perdido, sem buscar sentido no que faz, muitas vezes o sujeito moderno, quando se vê doente, se submete a qualquer tratamento disponível a fim de adiar seu fim (DEL CARO, 2018a). Por meio do prolongamento da vida emergem temas que serão discutidos neste trabalho, tais como: testamento vital (TV), bioética, tratamento fútil, eutanásia, distanásia e ortotanásia, sedação paliativa, cuidados paliativos.

Mesmo sendo uma questão tão presente no cotidiano médico, a morte é excluída dos discursos e deixada nas entrelinhas. Parece que se não falar, a morte não irá acontecer. Os casos de pacientes fora de possibilidade terapêutica geram distanciamento da equipe, pois é como uma lembrança da finitude humana, apesar dos avanços da ciência. Às vezes, como uma tentativa de

poupar o doente, a ele não é informado sobre seu diagnóstico e prognóstico, somente à família, retirando toda a possibilidade de livre comunicação entre a equipe de saúde e o paciente, tal como entre família e o doente (MORITZ, 2005).

No século XX houve uma alteração no processo de morte e do morrer que se caracterizam pela inserção nesse contexto da hospitalização, das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e dos transplantes (MELLO, 2012). Ao médico é proposto a regência da orquestra chamada morte, decidindo seu início e fim. Através da tecnologia e conhecimento, adquire novas habilidades para manter o seu domínio e onipotência.

Este estudo se propõe a avaliar como se dá o enfrentamento do médico e do estudante de medicina de um hospital do Sul do Brasil, frente à terminalidade da vida e quais são as suas atitudes e conhecimentos sobre o processo morte e morrer

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo é inédito no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Na área da medicina, os profissionais e alunos rotineiramente lidam com pacientes terminais e obrigatoriamente são expostos à morte e ao processo de morrer, apresentando, muitas vezes, dificuldades consideráveis para tratar do tema. Essas dificuldades são explicadas, provavelmente, pela ausência em se abordar os processos de morte e morrer durante a formação médica. Além disso, a capacidade da ciência médica de prolongar a vida através do uso da tecnologia tem gerado cada vez mais questionamentos sobre o quanto o médico deve manter o tratamento de pacientes terminais.

Aprender a aceitar e conviver com a morte é essencial para a formação do médico. Sendo o mesmo responsável pelas decisões quanto ao tratamento do doente, é necessário que reconheça a terminalidade de seu paciente e saiba mudar a conduta, passando da luta contra a morte para a provisão do conforto. Para que isso ocorra são essenciais a pesquisa e o ensino sobre a morte e o morrer, durante a graduação, e o debate constante do tema durante a atuação profissional.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Verificar no estudante de medicina e no médico residente (envolvidos no atendimento do Hospital Universitário de Santa Maria) seus posicionamentos, atitudes e conhecimentos prévios acerca do processo morte e morrer.

3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Identificar conhecimentos prévios dos participantes em relação ao tema morte, distanásia, comunicação de más-notícias, testamento vital, sedação paliativa e tratamento fútil.
- Identificar a conduta dos participantes em relação à obstinação terapêutica.
- Identificar crenças dos participantes em relação à morte.
- Comparar tais apontamentos (descritos acima) entre os estudantes que iniciaram recentemente o contato direto com paciente (quinto semestre) e os estudantes já internos (nono semestre), assim como entre os estudantes de medicina (quinto e nono semestre) e os médicos residentes em Clínica Médica, Cirurgia Geral e Anestesiologia, do Hospital Universitário de Santa Maria e assim identificar possíveis mudanças de comportamento ao longo e após a formação médica.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A MORTE AO LONGO DA HISTÓRIA

A morte é um fenômeno da vida,
está ali, prestes a acontecer.
Heidegger, 1927/2002

Segundo Schopenhauer (1986 apud GIACOIA JÚNIOR, 1986), “O animal só conhece a morte na morte: o homem, com sua consciência, a cada hora se aproxima mais de sua morte, e isso torna a vida por vezes árdua até para aquele que ainda não reconheceu no todo da vida mesma esse caráter de permanente destruição”. Tem-se, então, a morte como inspiradora para a filosofia e como elemento transformador do homem, já que esse, diferentemente dos outros animais, tem consciência da sua própria morte.

Morin (1997) afirma que a consciência de reconhecer a finitude, específica do ser humano, determina o modo como organiza o seu viver, ou seja, a sociedade é organizada em torno da morte. E somente para o homem é que a morte está presente ao longo da vida de forma consciente.

Para Varella (2004), nada transforma tanto o homem quanto a constatação que o seu fim está próximo. Para Eizirick (2002) a morte representa o desconhecido, invisível, inatingível e indomável; enfim, algo sobre o qual não temos nenhum controle.

Na vida se impõe duas premissas imutáveis: o nascer e o morrer, sendo a morte a única certeza absoluta para quem está vivo. A morte traz, além da ausência física, um vazio interacional, de um ser que antes interagiu com os demais (RODRIGUES, 2006). A morte do outro faz com que recordemos a nossa própria morte, o processo de morrer do outro evoca os nossos limites e precariedade (AZEREDO, 2007). Além disso, a morte faz com que nossa vulnerabilidade seja desnudada (MORIN, 1997). Segundo Kubler-Ross (2002), a morte como delimitador do nosso intervalo de vida serve como agente incentivo para produzirmos algo significativo nesse espaço de tempo.

A natureza demonstra seu poder sobre o homem quando, apesar de todos avanços tecnológicos, a morte é o fim real de todo ser humano que vive (ELIAS, 2001). Zaihaft (1990) escreveu sobre a história da morte. Na Grécia a morte era inicialmente tida como uma necessidade da natureza. Já os romanos temiam seus mortos e os mantinham distantes em tumbas, além de fazer sacrifícios com a finalidade de impedir que os mortos voltassem a viver. Na antiguidade surgiram

os ritos de passagem praticados pelos familiares e vivenciado pela comunidade. A morte era vista com naturalidade e de maneira serena, já que era o fim de todos, e o moribundo conseguia manter sua autonomia mesmo diante dela.

Após o século V, os cemitérios surgiram e normalmente situavam-se ao lado das Igrejas Cristãs, sendo importantes locais de convívio social, atuando como cenário para feiras da comunidade e até encontro românticos. Já na Idade Média, a Igreja (instituição) começou a intermediar a relação entre os vivos e os mortos, criando o purgatório (local de purificação das almas), as missas em favor dos mortos, as penitências. A elite começou a ser enterrada dentro da Igrejas, surgiram os testamentos e, então, a inclusão do Direito no processo de morte. Aos poucos a morte perde o âmbito coletivo e se torna clericalizada e encoberta pelo caixão.

Com a Renascença houve a separação entre corpo-alma, então o corpo começa a servir como instrumento de aprendizado, e o cadáver passa a ser disputado para o estudo da Medicina. No século XIX, junto ao distanciamento psicológico da morte, houve também um distanciamento físico, ou seja, os mortos começaram a ser enterrados fora da cidade. Junto a isso acrescenta-se o sentimento de medo da morte e o medo de ser enterrado vivo, fazendo com que tivessem que ser aguardadas horas antes de enterrar o morto (ZAIIDHAFT, 1990).

A morte em casa até então era uma oportunidade para o moribundo estar com sua família, vizinhos e amigos, compartilhar arrependimentos, conselhos, pedir e dar perdão, deixar orientações e partilhar seus bens. Era então uma oportunidade de encerrar a vida de maneira respeitável.

O médico, até o século XIX, era tido como um espectador, pois o conhecimento que detinha o fazia totalmente impotente diante da morte (Figura 1). A partir desse período, a medicina avança e começa a prolongar a vida, surgindo, então, o médico como ser incumbido de lutar contra a morte (FIGUEIREDO, 2003).

Figura 1 – A morte de Elizabeth I, Rainha da Inglaterra-Paul Delaroche (1797-1856).



Fonte: Wahoo Art, [s.d.]

A morte súbita era indesejada pois não possibilita a ocorrência de todos os passos que naquela época eram tidos como imprescindíveis para uma boa morte (ARIÈS, 1977b, p.12).

Com o passar do tempo o caminho em direção à morte começou a ficar mais solitário, o quarto do moribundo antes visitado até por desconhecidos passa a ficar com alguns familiares ou mesmo só (Figura 2). A preocupação passa a ser com as ações em vida visando uma boa morte e não mais a quantidade de pessoas no quarto do moribundo praticando os ritos finais com o intuito de conduzir a alma à vida eterna (BORGES e BORGES, 2007, p. 173).

Figura 2 – A Morte de Lord Byron-Joseph Denis Odevaere (1775-1830)



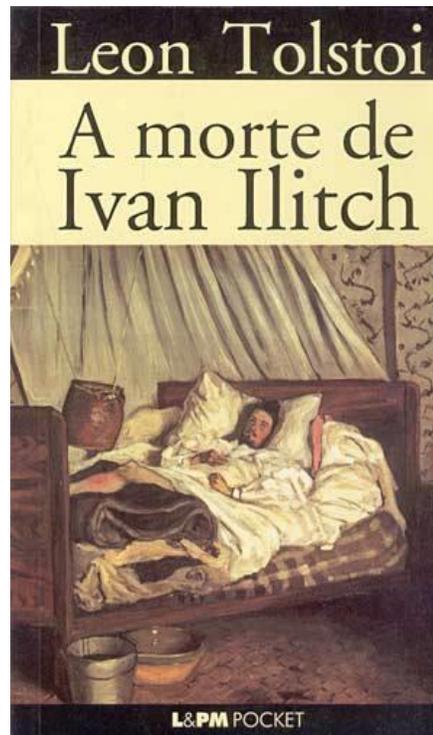
Fonte: Wahoo Art, [s.d.]

Junto à Revolução Industrial, a morte começa a ser vista como sofrimento, angústia, separação e perde sua beleza e importância. Os funerais são simplificados e o luto minimizado. A morte, agora indesejada, deve ser afastada a qualquer custo e o médico transforma-se no único que conhece os mistérios da vida da morte (KOVÁCS, 2003a).

Após o ápice do desenvolvimento tecnológico do século XX, a morte vai se distanciando da rotina do homem moderno. Assim, torna-se difícil discutir sobre o tema tal como vivenciar um final de vida digno (KOVÁCS, 2003b). O processo de negação da morte é uma maneira de evitar o confronto com a dor e com a instabilidade (BECKER, 1976), ademais, insere o médico em uma posição imaginária de onipotência (QUINTANA et al., 2002). Esse distanciamento da morte faz com que comportamentos, como demonstrado no livro “A morte de Ivan Ilich”, sejam perpetuados (Figura 3). No livro, o personagem principal se aproxima da morte, mas não consegue compartilhar suas angústias com os demais, já que todos querem protegê-lo do que está acontecendo. Assim,

negando a realidade, estabelece-se a conspiração do silêncio. Então Ivan sofre sozinho, pois sabe que a morte está próxima devido às manifestações que sente em si próprio (TOLSTOI, 2008).

Figura 3 – A Morte de Ivan Ilitch, Leon Tolstoi (1ª edição em 1886).



Fonte: FNAC, (2012)

Essa característica de manter o doente ignorante do seu estado de gravidade para que ele não sofra e não faça sofrer os demais é ainda muito comum na atualidade (RAMOS-CERQUIRA, 2002). Além disso, o paciente muitas vezes é considerado decepcionante por sua evolução em relação à doença, e o mesmo se envergonha diante de sua família e da equipe médica devido ao seu mau desempenho durante o tratamento, como é relatado no livro “Oscar e a Senhora Rosa” (SCHMITT, 2003). Oscar é um menino de 10 anos que está morrendo, após o insucesso de um transplante de medula no tratamento de leucemia.

Percebi que me tornei um mau doente, um doente que impede as pessoas de acreditar que a medicina é formidável (p. 11).

[...] agora me olham como um obstáculo à medicina (p. 19).

Quando o doutor Düsseldorf me examina, de manhã, já não tem ânimo, sou uma decepção. Olha para mim sem dizer nada como se eu tivesse cometido um erro [...] nalguns dias apetece-me ralar-lhe, dizer-lhe que talvez tenha sido ele [...] quem falhou a operação. Mas tem um ar tão infeliz que os insultos me ficam na garganta. Quanto mais o doutor Düsseldorf se cala, de olhos desolados, mais culpado me sinto (p. 10).

Logo, a morte e o morrer tornam-se, por assim dizer, “pornográfica”, como anteriormente foi o sexo (GORER, 1965). A minimização do processo de luto e a banalização da morte acabam voltando-se contra nós mesmos, já que o luto permite que soframos a dificuldade em aceitar a morte e ajuda na adaptação e aceitação da nova realidade e, assim, configura um processo que tende a amenizar a dor dos enlutados (MORIN, 1970).

Figueiredo (2013), em sua dissertação de mestrado, relata uma pesquisa que costuma fazer com seus alunos no primeiro dia de aula. Pelo resultado, 30% dos alunos costuma responder que não foi concedido o direito de acompanhar a morte de seus familiares.

A morte ideal torna-se aquela que vem de maneira súbita, não permitindo ao acometido a percepção do processo de morrer e, assim, ficar dependente dos cuidados de familiares (PICCELLI, 1998). Como consequência da negação, culpa, preconceitos e dificuldade em desapegar é que se vai contra a natureza quando a morte torna-se evidente. A tecnologia é usada de modo a prolongar o processo de morrer, o que o torna ainda mais doloroso (KOVÁCS, 2003a).

A partir de 1945, o local costumeiro para morrer passa a ser no hospital (Figura 4). Com o médico como coordenador do espetáculo, o moribundo perde o direito de opinar sobre a sua morte e os familiares são protegidos de vivenciar a tão temido fim (ZAIDHAFT, 1990). A idade avançada, as limitações físicas e a morte são afastadas do convívio social para, assim, buscar-se incessantemente a beleza, a juventude e a perfeição às custas da medicina moderna (KOVÁCS, 2003a).

Figura 4 – O homem na UTI



Fonte: <http://www.medicinaintensiva.com.br/uti-guia.htm>

A hospitalização da morte acrescentou ao processo de morrer a solidão (AZEREDO, 2007). *Hospitalis* é uma palavra derivada do latim que significa: o que hospeda ou dá agasalho. Os primeiros hospitais eram locais de dor e morte, o tratamento era precário, entretanto, os pacientes recebiam cuidados e apoio espiritual (ZAIIDHAFT, 1990).

Hoffmen (1993) cita que há dois tipos de morte em um hospital: a morte inesperada, e que não poderia acontecer; e a esperada, que é aceita com mais facilidade. Nesse contexto a morte de crianças é quase inconcebível, pois traz consigo a morte de um futuro cheio de possibilidades (ZAIIDHAFT, 1990). Mesmo que nascer faça do homem suficientemente velho para morrer (HEIDDEGER, 1927/2002), a única forma de morte natural é a morte por velhice, logo, todas as outras são antinaturais e desnecessárias, dignas de serem combatidas (BELATTO apud HADDAD, 2006, p. 39).

Como nos hospitais há inúmeros pacientes com diferentes patologias, são tomadas medidas preventivas a fim de evitar a proliferação de doenças infecciosas, o que acaba por estimular a frieza e o distanciamento entre os profissionais de saúde e seus pacientes (KOVÁCS, 2003b). O médico atacado pela morte também passa a temer o erro médico e os processos judiciais, deixando-se

vencer pela máxima de manter a vida a qualquer custo. Assim, indo ao encontro da medicina moderna, vê a morte como um fracasso e não como o fim inevitável e natural da vida (CALDANA e MARTINS, 1996).

Elizabeth Kubler-Ross (1998, p. 11), no livro “A morte e o morrer”, descreve a morte nos dias atuais como solitária, mecânica e desumana. As necessidades de um moribundo não mudaram ao longo dos séculos, porém mudou nossa capacidade de satisfazê-las. Há muito o que se aprender com pacientes terminais, principalmente através da escuta. Ao longo da sua vivência com o processo de morrer, Elisabeth formulou cinco estágios que passam os enfermos. Primeiro: negação e isolamento - a negação funciona como uma defesa contra algo que não está preparado. Segundo: indignação - surgem perguntas como: Por que eu? O paciente tem raiva de tudo e todos. É importante entender que essas agressões não são pessoais, mas sim contra o processo de morrer. Terceiro: barganha - vem da vontade de ser recompensado por bons atos. Quarto: depressão - a vivência do luto, a tristeza que não se consola com palavras, especialmente a presença pode demonstrar o afeto exigido. Quinto: aceitação - sentir-se em paz com a situação. Pode não significar felicidade, mas não há mais desespero como anteriormente.

Escobar (1990) descreve cinco características para a morte moderna: um ato prolongado (com o uso da tecnologia), um fato científico (através da monitorização), um fato passivo (decisões cabem a médicos e à família), um ato profano (não leva em conta as crenças e valores do moribundo), um fato de isolamento (moribundo morre sozinho).

Para a sociedade ocidental a morte significa um castigo ou algo inaceitável, e não parte natural da vida. Logo, a morte deve ser evitada a qualquer custo (ZAIIDHAFT, 1990). Um exemplo de repúdio à morte é uma situação muito comum na atualidade. Trata-se de não permitir que crianças acompanhem a cerimônia de despedida de seus familiares, pois não há uma preparação gradual para a morte. Então perde-se a oportunidade dessa criança amadurecer e entender a morte como parte da vida. Evitando-se falar sobre a morte há um reforço positivo para a perpetuação de medos e solidão no processo de morrer (KUBLER-ROSS, 1998).

Até 1960 a morte era definida como cessação dos batimentos cardíacos e da respiração. Em 1968 surgiu o conceito de morte encefálica que, em âmbito nacional, foi definido na resolução nº 1480/97 do Conselho Federal de Medicina (CONSELHO..., 1997). Os parâmetros clínicos que devem ser constatados são: coma perceptível associado à cessação da atividade motora supra espinhal e apneia. Tais parâmetros são definidos através da idade do paciente e de exames

complementares. Através do uso da tecnologia para o prolongamento da vida (ou da morte), surgem os conceitos de distanásia (morte lenta e com muito sofrimento), eutanásia (abreviatura do sofrimento por uma morte induzida) e ortotanásia (boa morte, com alívio das dores, sem prolongamento do processo de morrer) (PESSINI, 1996).

A medicina e quem a constitui (os médicos, professores de medicina e acadêmicos) retratam o padrão da sociedade que rejeita a finitude humana. A premissa da medicina com o objetivo apenas curativo, em luta contra a morte, necessita ser repensada para que haja realmente qualidade do cuidado em final de vida com o foco principal no paciente (REGO e PALÁCIOS, 2006).

4.2 A MORTE, O MÉDICO E A MEDICINA

“De tão longe, não se escuta. Não se escuta e não se entende”.
Cecília Meireles

Na antiguidade o médico fazia parte do processo de morrer como espectador e coordenador do cuidado até que o dia da morte chegasse. Nesse período o médico tinha uma função muito maior do que buscar a cura, já que a alcançar era muito raro, pois o conhecimento da época era escasso. Logo, curava quando possível, consolava e confortava sempre que fosse necessário, acompanhando a família e o paciente (KOVÁCS, 2003b).

Com a criação dos hospitais, o paciente que antes era visitado, passa a ter que procurar o médico nos ambulatórios, consultórios ou mesmo no próprio hospital. No ambiente hospitalar o paciente se mantém em um certo “isolamento”, já que há risco de contaminação de um paciente para outro e do paciente para o médico. O ambiente branco denuncia sujeira e o médico deve manter a assepsia e o distanciamento do paciente (KOVÁCS, 2003b).

O médico passa ser agente ativo na investigação diagnóstica e analgesia, cada vez mais eficaz através do progresso da ciência e tecnologia, reforçando, assim, seu poderio sobre a morte e o viver. O moribundo passa a ser o palco da luta da vida contra a morte de um espetáculo comandado pelo médico. O paciente paulatinamente perde sua individualidade, sendo mencionado por sua patologia ou número do leito (FIGUEIREDO, 2013).

O distanciamento do médico e seu paciente, assim como do médico e da morte, foi imposto com a premissa de que assim haveria maior probabilidade de compreender a realidade. Logo,

distancia-se dos afetos, dores e relações interpessoais. Desse modo, a cultura ocidental acaba por isolar a razão dos afetos da produção de conhecimentos (SILVA, 2007).

A revolução científica do século XVII traz consigo a separação dualista singular da racionalidade moderna: corpo/alma, normal/patológico. Essa concepção não compreende pontos de convergência, tudo que está na intersecção é considerado desorganizado e caótico, um atrapalho da ciência que necessita ser abolido. Segundo essa lógica surgiu o modelo biomédico vigente, com a aplicação do modelo de pensamento cartesiano. Houve então um deslocamento do saber sobre o doente para o saber sobre a doença, então é fundada a ciência da patologia. Logo, temos uma promoção da episteme (conhecimento científico) sobre o diagnóstico e desse sobre a terapêutica, e o que é verdadeiro deve ser confirmado por procedimentos racionais sistemáticos e ser eficaz contra o processo de adoecimento (SILVA, 2007).

O pensamento médico, após o século XVI, é resultado do pensamento e teorias de filósofos como Descartes, que desenvolveu o método científico racional dedutivo. Para ele, toda produção de conhecimento advém somente da razão e pensamento e, jamais, dos sentimentos, comparando o corpo humano a máquinas. Newton surge para reafirmar essa concepção e como resultado cria-se o paradigma cartesiano, que influencia a ciência até hoje. A ciência ocidental uniu o desenvolvimento da biologia com o da medicina e a mesma acabou por seguir o pensamento biológico e “mecanicista da vida”. O paradigma cartesiano dominou o pensamento médico, concebendo o modelo biomédico, base da medicina científica moderna.

O corpo humano é comparado a uma máquina, com suas peças. Ele precisa ser desmontado para descobrir o que há de errado, analisando-se parte por parte para descobrir a falha. Nessa perspectiva, o médico deve intervir, seja através de um procedimento cirúrgico, ou medicamentos, para consertar a disfunção. Ao concentrar-se no detalhe, perdeu-se o todo. Olha-se a doença e não o doente, não se busca mais a cura. Aliás, falar em cura é arcaico, pois envolve uma complexidade da qual o modelo biomédico não compreende, já que o ato de curar envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana. A medicina holística perdeu-se, dando lugar à medicina técnica baseada em evidências (ALBUQUERQUE e OLIVEIRA, 2002).

Já que o ser humano é como uma máquina, todas suas partes necessitam ser conhecidas e divididas (Figura 5). Assim surgem as especialidades médicas, deixando o todo em segundo plano. O modelo biomédico cartesiano contribuiu para evolução científica, porém também para a negligência da abordagem íntima de cada paciente. Ressurge, então, em busca de suprir essas

necessidades deixadas de lado pela medicina, uma visão holística que compreende que apenas uma medicação não traz consigo sozinha conforto, paz e felicidade. (ALBUQUERQUE e OLIVEIRA, 2002).

Figura 5 – A Lição de Anatomia do Dr. Tulp-Rembrandt (1606-1669)



Fonte: Rocha, H., (2012)

A partir do desenvolvimento da ciência baseada na anatomia, por meio do estudo de cadáveres, a racionalidade médica passa a entender o homem e a doença, e começa a pautar-se basicamente pela fisiologia. O homem passa a ser um receptáculo das doenças. A seguinte lógica ocorre: se ausência de doenças é saúde e saúde é vida, então se eu eliminar a doença, elimino a morte. Se ao médico é incumbido lutar contra a morte, também lhe é imposto focar menos no aspecto humano e mais na doença. Nesse sentido, o corpo humano necessita de inspeções periódicas a fim de ser investigado e serem instauradas intervenções cada vez mais precoces, com a finalidade de impedir a sua morte (KOIFMAN, 2001).

À morte é imputada inúmeros significados, dependendo do contexto cultural e temporal de uma sociedade, sendo ela parte da existência humana (COMBINATO e QUEIROZ, 2006). Os ocidentais, em geral, não enxergam a morte como parte da vida, mas sim como um castigo ou algo inaceitável e, portanto, um assunto que deve ser evitado, desencadeando assim uma cultura de que a morte seja adiada, a qualquer custo (ZAIHAF, 1990). Imputados pela sociedade a fugir da morte e obrigados pela vida a enfrentá-la constantemente, os médicos tendem retirar toda a

subjetividade presente no processo de adoecimento e de morte, a fim de se desvencilharem desse conflito. Porém, isso é impossível, diz Zaidhaft (1990, p. 137).

Soma-se a esse quadro a desconsideração com os sentimentos dos médicos, desde a graduação até a vida profissional. Todos importam-se com os sentimentos dos pacientes, desconsiderando que as emoções dos médicos interferem em todo o processo (KLAFKE, 1998). Existe, na mentalidade médica, um medo de envolver-se com o morrer de seus pacientes e não dar conta dos sentimentos, das angústias, e não conseguir ser eficiente no cumprimento da rotina com os outros pacientes. Além disso, a morte envolve uma culpa advinda do sentimento de derrota. Se o médico usa de todos os recursos e tecnologias possíveis consegue, em parte, livrar-se dessa culpa e entende que a morte é incontrolável (MELLO e SILVA, 2012).

Os médicos de hoje cresceram em uma sociedade que evita as questões relativas à morte. Ademais, a maioria dos serviços públicos, como as escolas e os hospitais, quase nunca abordam as questões essenciais relativas à morte e ao sentido da vida. Apesar disso, aos médicos é imputada as responsabilidades finais pelo tratamento dos pacientes, maior responsabilidade em se falando de decisões que englobam de vida ou morte. A maior parte da classe médica teme a morte de seus pacientes e, apesar de preparados para salvar vidas, devem saber tratar, de maneira técnica e emocional, o paciente terminal (MORITZ, 2005).

Espera-se que os médicos lidem melhor com a morte, já que faz parte do seu ofício. Porém, os mesmos aprenderam que sua missão é lutar contra a morte e quando seus recursos são findados, saem de cena, frustrados e fracassados. Se tomassem como missão cuidar de vidas e que a morte, assim como o nascimento, faz parte do viver, conseguiriam ficar até o fim (BIFULCO, 2006).

4.3 A MORTE E O CURSO DE MEDICINA

“Ele era ainda muito novo na profissão e não assistira, por enquanto, as muitas misérias que diariamente se defrontam os médicos e que acabam por torná-los indiferentes ao sofrimento do mundo”.
Charles Dickens apud Zaidhaft, 1990

A graduação em medicina é regulamentada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Está presente no Capítulo 3, dos conteúdos curriculares e do projeto pedagógico do curso de graduação em medicina, artigo 23, parágrafo VI: “A promoção da

saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte)” (BRASIL, 2001). Logo, a morte deveria fazer parte da educação médica. Porém, dificilmente as graduações médicas contemplam disciplinas voltadas especificamente para a compreensão da morte (SADALA e SILVA, 2008).

Pouco ou quase nada se ensina para os estudantes dos cursos de medicina sobre a morte. Na graduação de medicina são abordados superficialmente, e bem no início da formação, os aspectos éticos relacionados à morte dos enfermos (MORITZ, 2005). Um trabalho realizado na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) avaliou o sentimento dos estudantes dos cursos de medicina e de enfermagem acerca da morte. Foi observado que os estudantes relatavam sentimento de tristeza em relação a um paciente que estivesse à morte. Ao final da preparação profissional, sentiam-se impotentes ante à morte. Tais alunos também sugeriram que o tema morte deveria ser mais debatido nos cursos profissionais. Em vista disso, demonstrou-se que os alunos de graduação em medicina são preparados apenas para o tratamento técnico do paciente terminal, mas não para acompanhá-lo do ponto de vista psicológico (MORITZ e MORITZ, 2001).

A maior parte dos estudantes então, busca o isolamento das emoções como uma de suas principais defesas contra a angústia (MARTA et al., 2009). Cria-se a ideologia do distanciamento e da frialdade desumanizadora. A indiferença torna-se essencial para o bom desempenho do trabalho, uma vez que afasta os sofrimentos do profissional frente à morte do outro (DA NOVA, 2000).

A motivação para fazer medicina muitas vezes é utópica e imatura, vindo de um desejo de aprovação ou de ser indispensável (MORITZ, 2002). Meleiro (2000), em uma pesquisa com 640 médicos, mostrou que o que os impeliu a serem médicos foi a proposta de uma boa carreira e terem sido bons alunos em ciências. Conscientemente ser médico é buscar a cura, ajudar as pessoas, salvar, ser útil. Inconscientemente o que o faz querer estar tão próximo da morte, quando todos fogem dela? Seria a pretensão da onipotência sobre o sofrimento humano (MELEIRO, 2000).

No primeiro ano da graduação, o estudante de medicina entra em contato com os cadáveres nas aulas de anatomia. Esse processo de defrontar-se com o cadáver inicia nos alunos o desenvolvimento dos mecanismos de defesa, indispensáveis para exercer a futura profissão. Para ele, a busca da racionalidade, conhecimento e objetividade visa diminuir a angústia diante da morte.

Há de se salientar que todo o aprendizado é pautado do aprender a ser médico através do exemplo de professores, preceptores e colegas (MARTA et al., 2009).

Na anatomia, o corpo está desconfigurado, enegrecido pelo formol e o estudante dificilmente vai identificar nele um indivíduo singular com uma história. Por outro lado, através da aprendizagem no cadáver, o estudante pode entender a onipotência da morte. Sendo assim, através de suas defesas, o aluno torna-se objetivo e racional, negando muitas das suas emoções. No final do curso esse estudante vai se deparar com a morte de seu paciente, dando-se conta da sua própria finitude, levando-o a evitar o contato com tais pacientes, procurando ser frio e distante (ZAIDAHAT, 1990).

Após, esse aluno é iniciado na propedêutica, onde deve enfrentar a realidade que o aprendizado em medicina se dará por meio da dor, sofrimento e morte (COELHO, 2001). Nesse período o acadêmico terá contato direto com os pacientes e torna-se rotineira a vivência em ambulatórios e hospitais. Ao lidar com o paciente terminal, o aluno se defronta com sua própria finitude, emergindo então uma situação-limite (ZAIDHAFT, 1990).

No internato, os alunos fazem parte da equipe médica, vivem intensamente a rotina hospitalar, sobrando pouco tempo para momentos de introspecção, pois a importância maior é dada para sua capacidade diagnóstica e terapêutica (MARTA et al., 2009). Nesse momento percebe-se que a realidade profissional é extremamente diferente da fantasia de cura e controle sobre a vida e a morte. Não há possibilidade de discutir, de modo adequado, as dúvidas, dores e vivências (COELHO, 2001). Assim, cria-se uma brecha na formação médica, acarretando vulnerabilidade emocional, comunicação deficitária e despreparo ao se defrontarem com situações de morte (MARTA et al., 2009). Capena (1997) refere que essas experiências fazem com que o aluno tenha sim, latente, sentimento de impotência diante do que não tem solução. Zaidhft (1990) diz que a questão está em se acostumar com o fenômeno natural, nascer, crescer, morrer, mas quando jovens não aceitamos o poder absoluto da natureza.

A formação médica reforça o esforço sobre-humano em busca da cura como única alternativa. A dicotomia saúde-doença é confirmada através de um currículo biologicista, pautado nas especialidades e no ensino teórico. A medicina é ensinada de maneira a conceber o indivíduo somente pela ótica de sua enfermidade, de forma reducionista. Minimiza-se os cuidados e atua somente a busca da cura, esquivando-se do processo de morrer, que também faz parte da vida. O médico parece preferir discorrer sobre a doença e esquecer-se da morte, e esse esquecimento afasta

a medicina de premissas inerentes ao ser humano: o reconhecer-se frágil e finito (KOIFMAN, 2001, p.8).

A motivação para fazer medicina muitas vezes é utópica e imatura, vindo de um desejo de aprovação ou de ser indispensável (MORITZ, 2002). Meleiro (2000), em uma pesquisa com 640 médicos, mostrou que o que os impeliu a serem médicos foi a proposta de uma boa carreira e terem sido bons alunos em ciências. Conscientemente ser médico é buscar a cura, ajudar as pessoas, salvar, ser útil. Inconscientemente o que o faz querer estar tão próximo da morte, quando todos fogem dela? Seria a pretensão da onipotência sobre o sofrimento humano. (MELEIRO, 2000).

Moritz, Moritz e Martins, (2001), através de um estudo transversal, pesquisaram o sentimento dos estudantes de medicina e enfermagem em relação à morte. No total foram 178 estudantes do início, meio e fim de curso. Como resultado, observou-se que os alunos julgam que a função do médico é de promover a saúde e a da enfermagem é cuidar do paciente. Seus sentimentos diante da morte foram impotência e tristeza. A maioria refere que na sua formação não houve preparo para a morte. Bifulco (2006, p. 166) fala que a frágil formação acadêmica da medicina em relação ao processo de morte e morrer cria um olhar desqualificado sobre a morte. Se o paciente é curado, o médico é vitorioso e se sente poderoso sobre a sua própria morte; se o paciente morre, leva consigo também o médico.

Silva (2006, p. 176) escreve que o aluno de medicina é estimulado a não expressar sua angústia diante da morte. Aprende-se a lidar com a “morte morta”, por assim dizer, sem identidade, sem alma e, quando se deparam com a morte real, com corpo e alma, surgem os conflitos. Sentimentos reativos podem surgir, tais como perda de propósito profissional, cinismo, falta de esperança, frustração, aumento da prevalência de *burnout* e depressão (MASCIA et al., 2009).

4.4 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

**Só quando se tem rio fundo, ou cava de buraco,
é que a gente por riba põe ponte...
Guimarães Rosa, Grande Sertão Veredas**

Ao manter esse tema como tabu, pouco se fala sobre a morte no diálogo médicos-pacientes. Sendo assim, a falta de comunicação é apontada como um dos principais fatores negativos quanto ao relacionamento médico-paciente (NELSON e DANIS, 2001). Em uma pesquisa, realizada por

Sprung et al. (2000), foi avaliado se os médicos comunicavam ou não, aos pacientes ou a seus familiares, suas decisões de recusar ou suspender um tratamento. Os autores constataram que os médicos formados nos EUA comunicaram, aos familiares dos pacientes, a sua decisão de recusar ou suspender um tratamento em 93% dos casos, enquanto que na Europa esse dado baixa para 22% dos casos (SPRUNG et al., 2000).

A comunicação de más notícias é uma tarefa frequente no cotidiano da maioria dos médicos. Apesar disso, é considerada uma tarefa extremamente difícil (BARNETT et al., 2007). O termo más notícias refere-se à revelação de diagnósticos que geram resultados negativos na vida do paciente, em relação à sua própria percepção (LINO et al., 2011). Perpetuou-se uma crença na medicina que a revelação de uma doença que ameaçasse a vida poderia criar tanta angústia no paciente que ele perderia toda a esperança. Assim, essas informações eram omitidas (REISER, 1980). Porém, após 1950 difundiu-se a comunicação de más notícias de forma mais clara, falando sobre o diagnóstico e prognóstico abertamente (CHARLTON, 1992). É sabidamente conhecido que a forma como se expõe o diagnóstico ao paciente interfere nos processos internos psíquicos desse, como também na relação médico-paciente (MAGUIRE, 1998).

Demonstrou-se que o residente médico tem sua interação com seus pacientes dificultada por seus próprios medos, falta de supervisão dos preceptores e tempo de consulta inferior ao que seria necessário. Outro motivo de insucesso é a dificuldade que o médico demonstra de considerar a perspectiva e expectativa do doente (MAGUIRE, FAIRBAIRN e FLETCHER, 1986; DOSANJH, BARNES e BHANDARI, 2001).

Apesar do aprimoramento na comunicação de más notícias, ocorrido com o passar dos anos na profissão, mesmo os médicos mais experientes sentem que não tiveram instrução suficiente de como realizar essa incumbência (DICKINSON e TOURNIER, 1994; ORGEL, McCARTER e JACOBS, 2010). Por se tratar de uma situação que requer tanto cuidado, o médico apresenta alguns questionamentos e preocupações, tais como: de que forma essa notícia afetará a vida do paciente, o quanto ele irá sofrer, será que ele irá se culpar, será que conseguiremos restaurar sua saúde (VICTORINO et al., 2007; PEROSA e RANZALINI; 2008).

A fim de facilitar essa tarefa, Buckman publicou, em 1992, o protocolo Spikes que, de maneira didática, serve como um protocolo para a comunicação de más notícias (BUCKMAN, 1992; BAILE et al., 2000). O nome do protocolo faz referência à acrônimo em inglês, que descreve seis etapas. A primeira, *Setting up*, relata a necessidade de ambiente privado e acolhedor e

apresentação do médico ao paciente. A segunda, *Perception*, percebe o que o paciente já sabe sobre o seu diagnóstico. A terceira, *Invitation*, observa o quanto o paciente quer saber sobre o seu diagnóstico, avalia a sua capacidade e preparo emocional para a notícia. A quarta etapa, *Knowledge*, informar de maneira clara e empática o diagnóstico. Na quinta, *Emotions*, o médico deve saber lidar com as emoções do paciente naquele momento de forma acolhedora, independente do comportamento gerado pela notícia. Na última etapa, *Strategy and Summary*, orienta-se sobre terapêuticas e prognóstico (SILVA et al., 2011; KELLEY e MORRISON, 2015).

Vrolijk, Dijkema e Timmerman (1972) dividem a comunicação das más notícias em preceder com um anúncio de que a má notícia virá, após manifestar de maneira clara e de fácil compreensão a má notícia, sem retirar toda a esperança do paciente, porém sendo realista. Por fim, segue-se a etapa de traçarem um plano conjunto. Além disso, aspectos básicos de relação clínica, tais como contato visual, escuta ativa, linguagem verbal e não verbal, empatia, são essenciais para o sucesso nessa tarefa (SILVA e ZAGO, 2005).

4.5 O LIMITE TERAPEUTICO E A BIOÉTICA

“O propósito do médico é divertir o paciente enquanto a doença
segue o seu caminho”
Voltaire

A ética médica estuda o comportamento moral dos médicos na sua atividade profissional (GRISARD, 2000). Em 1792 foi elaborado o primeiro código de ética médica nos EUA, divulgado no Brasil em 1867 (MARTIN, 1993). Já os princípios da bioética são: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e proporcionalidade. A autonomia respeita a autodeterminação do paciente, a beneficência inclui os principais objetivos da medicina: preservar a vida, restaurar a saúde, aliviar o sofrimento. A não maleficência requer evitar a prática de procedimentos que não venham a beneficiar o paciente e tenham maior probabilidade de repercutir negativamente. A justiça requer equidade da distribuição de assistência à saúde, e proporcionalidade requer avaliar riscos e benefícios, agindo de modo que a soma das ações gere benefício ao paciente (BOSSAERT 1998; GRISARD, 1999; GROSSEMAN, 2001).

O conselho hipocrático *Primum non nocere*, “antes de tudo não cause dano”, é primordial: “antes de tudo”, ou seja, antes de qualquer outra questão, devemos pensar no paciente, aquele ser único, que não está descrito em nenhum manual ou diretriz, pensando

nele, na sua história, nas suas comorbidades e no que para ele é dano. Só assim, então, decide-se pelo melhor caminho. Fundamenta-se nesse princípio a imagem do médico ao longo da história que está fundada na tradição hipocrática: “usarei o tratamento para o bem dos enfermos, segundo a minha capacidade e juízo, mas nunca para fazer o mal e a injustiça” (DEL CARO, 2018b, p. 5). Algumas vezes o interesse principal do profissional da saúde está em não causar danos à sua própria profissão, à sua própria imagem, na era da medicina defensiva essa conduta é comum (DEL CARO, 2018b).

No final do século XX, surgiram os termos “tratamento fútil” ou “obstinação terapêutica”, que trazem à tona a seguinte questão: o prolongamento da vida de um paciente terminal vai contra a dignidade do ser humano (MORITZ, 2002). A distanásia consiste na obstinação terapêutica, ou seja, na manutenção da vida a qualquer custo, prolongando o processo de morrer e, assim, o sofrimento. Logo, há uma forte ligação entre distanásia e a transgressão do princípio *primum non nocere*, pois se há prática da futilidade médica, há também danos ao paciente (DEL CARO, 2018b).

É necessário lembrar que eutanásia significa prática pela qual se busca abreviar, sem dor e sofrimento, a vida de um doente reconhecidamente incurável, sendo que eutanásia ativa (positiva ou direta) trata-se de uma ação médica pela qual se põe fim à vida de uma pessoa enferma, seja um pedido do paciente ou uma ação feita à revelia da vontade deste. Eutanásia passiva (negativa), não consiste em uma ação médica, mas na omissão, ou seja, a não aplicação de uma terapia médica com a qual se poderia prolongar a vida da pessoa enferma (PESSINI, 1990). Distanásia é a manutenção da vida por meio de procedimentos desproporcionais, ou seja, obstinação terapêutica. Ortotanásia refere-se à boa morte, sem sofrimento, sem tratamentos desproporcionais, sem prolongamento do morrer (MARTIN, 1998). Dessa maneira, quando um tratamento fútil é interrompido, é considerado ortotanásia e não eutanásia (AZEVEDO, 1996).

O Código de Ética Médica, em seu artigo 66/1988, proíbe “utilizar em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que seja a pedido deste ou de seu representante legal” (CONSELHO..., 1988). Entretanto, o artigo 28/1988 refere ser direito do médico “recusar a realização de atos médicos que embora permitidos por lei sejam contrários aos ditames de sua consciência” (GRISARD, 2000).

Em 2006, na Resolução 1805, o Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, legaliza a prática da ortotanásia:

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal” (CONSELHO..., 2006).

Stevens et al. (2002) estudaram a relação da educação e da experiência clínica na atitude dos residentes médicos quanto à recusa de tratamentos dos pacientes. Constatou-se que dentre os residentes que haviam estagiado em UTIs, em sua minoria (42,3%) discutiam sobre tratamento fútil com os familiares dos pacientes, e somente 17,3% referem ter sido adequada sua formação em relação a problemas bioéticos.

Através dessa busca pela manutenção da vida a qualquer custo, cada vez mais utiliza-se de tratamentos fúteis, prolongando o processo de morrer. O Comitê de Ética da *Society of Critical Care Medicine* realizou um consenso para definição do que seria tratamento fútil e quais procedimentos deveriam ser realizados para suspensão de tratamentos que fossem considerados fúteis. Foi considerado tratamento fútil aquele que é desaconselhável por não atingir as metas estabelecidas ou que apresente pouca probabilidade de trazer benefícios ao paciente. A fim de desaconselhar um tratamento, deveria haver um debate entre os interessados, levando-se em consideração os valores morais da comunidade, devendo haver respaldo legal sem visar unicamente escores prognósticos. A avaliação do posicionamento prévio do paciente é fundamental e a recusa de um tratamento seria mais fácil de ser realizada do que a suspensão do mesmo. Destaca-se, também, a importância da comunicação entre a equipe de saúde, o paciente e seus familiares. A administração de sedativos e analgésicos é aceitável mesmo que leve à depressão respiratória e, indiretamente, à parada cardiovascular, já que em um paciente terminal busca-se a ortotanásia primordialmente (SOCIETY..., 1997).

Apesar de haver inúmeros debates sobre a definição de tratamento fútil e de normas para a sua recusa ou suspensão de tratamentos, esse tipo de questão permanece sem uma resposta definida. Sabidamente devem ser levados em consideração os sentimentos e desejos do paciente e seus familiares, e ter uma comunicação efetiva entre esses e a equipe hospitalar antes da tomada de qualquer decisão. No entanto, o médico não deve se omitir da decisão final sobre a terapêutica do seu paciente, considerando sua experiência profissional e os aspectos emocionais, éticos e legais (MORITZ, 2005). Segundo Azevêdo (1996), o médico só poderá sentir-se seguro sobre a adoção

de certa decisão, imaginando que terá de defendê-la de público, apresentando todos os argumentos médicos, científicos e éticos que o levaram a preferi-la.

A exemplo disso, a reanimação cardiorrespiratória de maneira ideal deveria somente ter início quando o paciente tivesse a oportunidade de uma recuperação que lhe permitisse existência confortável. No entanto, estudos mostram que não é obtida a meta terapêutica em 60% das reanimações, e que em 25% dos casos a reanimação apenas prolonga o processo do morrer (MORITZ, 2005).

4.6 CUIDADOS PALIATIVOS

“Que seja o amor e não a ciência
a força que oriente o cuidado”.
Twycross, 2011

Piva e Carvalho (1993) dizem que quando o que se apresenta como possível terapêutica é fútil, trazendo mais sofrimento, é preciso pensar no cuidado do paciente, pois a doença vai seguir seu curso natural, independente da nossa vontade. Nesta hora a morte não é mais inimiga e sim uma boa amiga que trará alívio e dignidade nos últimos momentos de vida (PIVA e CARVALHO, 1993).

A primeira definição de Cuidados Paliativos, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1986, e revisada em 2002, é a versão atualmente aceita internacionalmente, e descreve Cuidado Paliativo como uma abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, realizando prevenção e alívio do sofrimento, através da identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (DAVIES; HIGGINSON, 2004). Os Cuidados Paliativos preconizam um olhar singular do médico sobre o paciente, como o demonstrado na pintura: *The Doctor* de Samuel Luke Fildes, no qual a linguagem corporal do médico é de total interesse em relação ao paciente e ao mesmo tempo de reflexão diante da doença.

Figura 6 – "The Doctor", 1891, Samuel Luke Fildes (1844-1927), Óleo sobre tela, Galeria Tate Modern (Londres)



Fonte: <https://goo.gl/images/8RN5Jk>

Infelizmente, no Brasil, paliativo é tido como sinônimo do “não fazer nada pelo paciente”, não fazendo jus à descrição feita pela OMS (FIGUEIREDO, 2013). Diniz (2006) refere que boa morte significa não só uma boa medicina, mas também uma integração entre os princípios religiosos, morais e terapêuticos. A boa morte deve garantir um sentido à vida. Para Kübler-Ross (2002) é necessário somente estar ao lado: quando a dor cessa, palavras são desnecessárias e não cabem mais intervenções médicas, o silêncio acaba por falar mais do que as palavras, sem medo e dor, permite-se a paz no momento de morte.

Pallium vem do latim que significa manto. Desse modo, os cuidados paliativos vêm com o intuito de proteger o paciente da dor e sofrimento, tornando-o menos vulnerável (HERMES e LAMARCA, 2013). Resumidamente, os cuidados paliativos têm como meta o controle da dor e de outros sintomas desconfortáveis, afirmar a vida e encarar o morrer como um processo natural, não apressar e nem adiar a morte, integrar os aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais do

paciente, incentivar a autonomia do paciente até o fim e ajudar a família a lidar com a doença e com o luto. Para isso é necessária uma equipe interdisciplinar. É importante ressaltar que os cuidados paliativos são aplicáveis desde da fase inicial das doenças crônicas (DAVIES; HIGGINSON, 2004).

Os princípios éticos que norteiam os cuidados paliativos são o tratamento incluir o respeito às necessidades da família; respeita-se a autonomia do paciente; o tratamento deve ser revisto frequentemente e avaliado riscos e benefícios; dispõe do melhor tratamento disponível com dignidade e apoio ao doente; o paciente tem direito de ser informado sobre a sua doença, respeitando a capacidade de enfrentar a realidade; o paciente tem o direito de participar das decisões em relação ao seu tratamento, sendo dele a decisão final, desde que lhe sejam explicados os fatos; o doente tem o direito de recusar tratamento e reverter decisões já tomadas anteriormente, e cada decisão deve ser documentada em prontuário (FIGUEIREDO, 2008).

Cicely Saunders, nascida em 1918, na Inglaterra, foi a fundadora da ideia de cuidados paliativos que se tem até hoje. Enfermeira e assistente social, fez medicina para ser ouvida sem menosprezo pelos médicos sobre um assunto tão negligenciado quanto aos cuidados com o final de vida. O conceito de *dor total* foi pensado inicialmente por Cicely, referindo que não abrange só aspecto físico, mas também psíquicos, sociais e espirituais. Fundadora do *St. Christopher's Hospice*, o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente que até reconhecido como um dos principais serviços no mundo em cuidados paliativos e medicina paliativa (RODRIGUES, 2004).

4.7 TESTAMENTO VITAL

“Todo nosso interesse na doença e na morte,
em verdade, apenas é uma outra expressão
do nosso interesse na vida”.
Thomas Mann

O testamento vital, também chamado de diretivas antecipadas de vontade, confere ao paciente terminal a prerrogativa de encerrar sua vida com base nos Princípios da Autonomia Privada e Dignidade da Pessoa Humana; o chamado "*living will*", traduzido para o português por testamento vital. Para Dadalto (2010, p. 2), é um "documento pelo qual uma pessoa capaz pode deixar registrado a quais tratamentos e não tratamentos deseja ser submetida caso seja portadora

de uma doença terminal". Farias e Rosenvald (2010, p. 11) afirmam que o testamento vital guarda "conexão com a prática da ortotanásia, método que privilegia a autonomia do paciente terminal e capaz, assegurando-lhe cuidados paliativos e a opção da dispensa de tratamento fúteis e desproporcionais".

Em agosto de 2012 foi promulgada Resolução do Conselho Federal de Medicina relativa às diretivas antecipadas de vontade (CONSELHO..., 2012). Tal medida quebra a estrutura patriarcal que até então moldava a medicina. O paciente tem uma vontade que deve ser respeitada sobre a sua vida, e sobre sua morte. Segundo a resolução, vontade seria como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade (NUNES, 2012).

A diretiva antecipada de vontade apresenta fundamento legal no respeito à autonomia do paciente e à sua vontade em relação às terapêuticas médicas que afetam sua integridade corporal e sua saúde. A ciência está tão desenvolvida que é capaz de postergar a vida de um paciente. Tal capacidade põe a maneira de morrer sob às luzes do holofote (RAPOSO, 2011). No Código Civil, artigo 15, há o dever de não constranger o paciente a realizar um tratamento ou intervenção cirúrgica, com risco de vida, e no Código de Ética Médica, em seus artigos 22 a 24 que, respectivamente, obrigam o médico a obter consentimento do paciente, respeitar a sua dignidade tratando-o com civilidade, consideração e garantir que o paciente decida livremente sobre sua pessoa e seu bem-estar (CONSELHO..., 2009). Ao médico caberá a recusa desta diretiva somente nos casos em que ela for contra os preceitos do Código de Ética Médica. Vale a pena ressaltar que a vontade do paciente prevalecerá sobre qualquer outro parecer não médico (PICCINI et al., 2011).

Caso o paciente não tenha formulado seu testamento vital, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente (DADALTO, 2013). Atenta-se para Knobel e Silva (2004, p. 133), que dizem que "paciente terminal é aquele que possui condição de saúde irreversível, independentemente de estar ou não sob tratamento, e que, com base nesse quadro, apresenta uma alta probabilidade de morrer num período relativamente curto de tempo".

Há, no Brasil, um registro eletrônico de testamento vitais, no qual o sujeito pode criar e armazenar suas diretivas de maneira fácil e rápida, onde é gerado um código de acesso que deve ser disponibilizado a alguém de confiança. Em 2013, o Conselho Federal de Medicina permitiu ao paciente registrar seu testamento vital na ficha médica ou prontuário. A resolução é válida, mas não isenta o Legislativo de normalizar tal ato e, assim, evitar possíveis questionamentos ou que sejam apontadas brechas legais (DADALTO, 2010).

O testamento vital deve conter todas das seguintes manifestações: um relato que priorize valores e expectativas pessoais, situações hipotéticas e qual seria a escolha o paciente, instruções e os limites bem estipulados para intervenções médicas, sobre doação de órgãos, atendimento espiritual, qual representante para decisões que não estão escritas, onde deseja passar os últimos dias de vida, o que deve ser feito com os restos mortais, como quer que sejam os ritos de passagem (DADALTO, 2003).

Problemáticas com o testamento vital também estão presentes. O outorgante pode achar que tal documento engessa as decisões novas do paciente, ou seja, ele fica suscetível a uma decisão tomada no passado, descartando o avançar da medicina. Por tal motivo é importante estar bastante explícitas decisões que podem ser atualizadas (PENALVA, DADALTO e TEIXEIRA, 2010).

4.8 SEDAÇÃO PALIATIVA

O sofrimento só é intolerável se ninguém cuida.
Cicely Saunders

Há mais de 25 anos a sedação paliativa vem sendo utilizada como um procedimento para aliviar sintomas refratários, sem resposta a tratamentos anteriores em pacientes no final de vida. Tem como intuito reduzir a consciência, dispneia, oferecer conforto e aliviar a angústia do paciente. Tal terapia tem sido foco de inúmeras discussões, tendo como cerne principal a sedação paliativa como forma de eutanásia (MENEZES e FIGUEIREDO, 2019). No entanto, há de ficar explícito que as duas formas de morrer não são sinônimas. A sedação paliativa, segundo a Associação Europeia de Cuidados Paliativos, é uma forma de aliviar o sofrimento, usando fármacos sedativos. Na eutanásia tira-se a vida do paciente e não existe evidência de que a sedação paliativa encurte a vida do paciente, sendo que a morte do paciente não é critério de sucesso. A sedação paliativa pode ser dividida em leve ou consciente, e inconsciente (CHERNY & PORTENOY, 1994).

As indicações da sedação em paciente terminal devem apenas aliviar o sofrimento do paciente e não antecipar o óbito. Deve ser definida, de preferência pela equipe multiprofissional e essencialmente respeitar a vontade do paciente, testamento vital, família ou responsável legal. Uma equipe assistencial deve acompanhar a família e o apoio deve permanecer após o óbito do paciente. Os sintomas mais difíceis de serem controlados nos últimos dias de vida são delirium e dispneia, seguidos de náusea e vômitos (COYLE, ADELHARDT & FOLEY, 1994).

Os problemas psico-existenciais surgem com frequência nos paciente terminais e a sua intensidade nem sempre significa que o paciente esteja em iminência de morte. Portanto, essa indicação deve ser reservada à excepcionalidade, após esgotados os recursos de sedação intermitente e os cuidados especializados médicos, psicológicos e ou religiosos. A sedação pode ser conduzida em áreas de cuidados gerais de hospitais, em hospedarias, como também no domicílio do paciente (CHERNY & PORTENOY, 1994).

Todas as etapas do processo de cuidados devem estar claramente descritas e um consentimento documentado também deve ser obtido. A escolha da medicação a ser utilizada para sedação depende da experiência da equipe, mas geralmente utiliza-se benzodiazepínicos associados ou não a neurolepticos e opióides (COYLE, ADELHARDT & FOLEY, 1994).

O Midazolam é o fármaco mais utilizado para sedação paliativa, sendo considerado medicamento de primeira escolha. É um ótimo ansiolítico, tem efeito anticonvulsivante, promove amnésia e causa poucos efeitos adversos. Se o paciente tem dor, é indicado o uso de opióides para seu alívio, entre eles a morfina é o padrão ouro (MOUNT, 1996).

A sedação não significa necessariamente que será mantida até a sua morte, e a necessidade de nutrição e hidratação é variável. Alguns autores defendem a restrição hídrica para pacientes terminais, mas tal assunto possui inúmeras divergências (ENCK, 1991).

A sedação paliativa apoia-se em princípios da bioética principalista, os quais veem o indivíduo na égide da autonomia. Com o evoluir da bioética personalista, em que o ser e a dignidade são valores absolutos, a defesa da sedação paliativa é facilmente justificada (MICHALK & MONCORGE, 1998).

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1. Delineamento do estudo

Trata-se de estudo de transversal, analítico com abordagem quantitativa. Consta na aplicação de um questionário aos acadêmicos de medicina e residentes médicos e, após, a análise dos dados.

5.2. População estudada

A população alvo do presente estudo abrange a área de Medicina, incluindo todos os acadêmicos do quinto e nono semestre de medicina e os residentes de Clínica Médica, Cirurgia Geral e Anestesiologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). A escolha dessa população justifica-se analisando o currículo do curso de medicina, pois no quinto semestre o aluno já foi exposto ao contato mais intenso com o paciente durante a semiologia, e no fim do nono semestre o aluno já esteve durante seis meses no internato, período no qual o contato com o paciente, com a morte e a equipe médica faz parte do cotidiano. Já os residentes de Clínica Médica, Cirurgia Geral e Anestesiologia foram escolhidos por fazerem parte do corpo clínico hospitalar e vivenciarem as situações reais e repetidas no ambiente nosocomial. Além disso, faz parte da residência o exercício médico em UTI, ambiente já sabidamente propício ao enfrentamento com a morte.

5.3. Tamanho da amostra

O tamanho da amostra previamente estimado foi de 115 alunos e 52 médicos residentes (36 residentes de Clínica Médica, 18 residentes de Cirurgia Geral e 15 residentes de Anestesiologia). Esse número foi estimado levando-se em consideração o número total de alunos matriculados no quinto e décimo semestres do curso de Medicina UFSM, e o total de residentes matriculados nos programas de Residência Médica de Clínica Médica, Cirurgia Geral e Anestesiologia da UFSM.

5.3.1 Critérios de inclusão

- Ser acadêmico do quinto e nono semestres regularmente matriculados no curso medicina da UFSM.

- Ser médico residente regularmente matriculado no Programa de Residência Médica de Clínica Médica, ou Cirurgia Geral, ou Anestesiologia da UFSM.

5.4. Elaboração do Questionário

O questionário (Apêndice A) de coleta de dados foi elaborado pela mestrandia, levando em consideração os diferentes artigos encontrados na literatura, além dos conflitos referentes ao tema Morte e Morrer, pelos quais passam aqueles que tratam de pacientes graves. Trata-se de um questionário estruturado, com questões fechadas, autoaplicativo, utilizando a escala de Likert de cinco pontos. Foi realizado um estudo piloto em uma população semelhante à estudada, no qual houve um encontro com 25 pessoas envolvidas com a área médica que compreenderam e sugeriram alguns ajustes no documento. Além de informações demográficas, o questionário é composto por quinze questões, onze questões com o intuito de verificar as dificuldades enfrentadas em relação à morte, três questões sobre decisões de recusar ou suspender um tratamento considerado fútil ou inútil. Antes da aplicação do questionário foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e o Termo de Confidencialidade (Apêndice C).

5.5. Produto final do estudo

Esse estudo visa a posterior elaboração de artigo científico.

5.6 Análise estatística

Para a análise, primeiramente os dados foram digitados, e o banco de dados passou por uma conferência de incoerências nas respostas. Posteriormente foram realizadas categorizações de variáveis para a melhor compreensão das respostas da análise de inferência. O processo de análise foi iniciado com a observação de características descritivas, em conjunto com a análise de normalidade e de associação por sexo das variáveis descritivas. Em sequência foi realizada a

análise de associação por meio do teste de Qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher, de acordo com a distribuição das observações nas categorias. Ainda, foram realizadas análises de comparação em pares por meio do teste de Wilcoxon Mann Whitney e comparações múltiplas (para variáveis com mais de três categorias) por meio do teste de Kruskal-Wallis e Post Hoc de Tukey, sempre respeitando os pressupostos exigidos pelos testes. O software utilizado foi o STATA 12.0.

6 RESULTADOS

A amostra foi composta de 136 participantes, representando um total de 81,4% da população a qual o estudo está inserido (n=167). A Tabela 1, abaixo, apresenta a descrição dos participantes da amostra e a estratificação para as variáveis descritivas de acordo com a fase da formação médica.

Tabela 1 – Análise dos dados descritivos dos componentes da amostra do estudo

Variáveis	5º sem	9ºsem	Residentes	
	N (%)	N (%)	N (%)	p*
Idade categ.				
Mais ou igual a 25 anos	04 (09,75)	19 (57,57)	35 (97,22) ^b	0,00 ^{*a,b}
Menos de 25 anos	37 (90,25) ^a	14 (42,43)	01 (02,78)	
Sexo				
Fem	17 (41,46)	21 (60,00)	16 (43,24)	0,22
Masc	24 (58,54)	14 (40,00)	21 (56,76)	
Estado Civil				
Sem companheiro	32 (82,06)	29 (82,29)	27 (75,00)	0,53
Com companheiro	07 (17,94)	05 (14,71)	09 (25,00)	
Religião				
Sem religião	10 (28,57)	07 (25,93)	09 (32,14)	0,88
Com religião	25 (71,43)	20 (74,07)	19 (67,86)	
UTI				
Sim	01 (02,56)	04 (12,90)	29 (100,0) ^b	0,00 ^{a,b}
Não	38 (97,44) ^a	27 (87,10) ^a	00 (00,00)	

*Teste de Wilcoxon Mann Whitney para comparações em pares, pares de letras iguais sobre as categorias das variáveis indicam que houve diferença estatisticamente significativa entre as categorias na análise post hoc, com o teste de Tukey.

Fonte: Dados da autora, 2019.

A amostra é homogênea em relação ao sexo, estado civil e religião. Houve diferença significativa em relação à idade, sendo associado o fato de estar no quinto semestre e ter menos que 25 anos e estar na residência e ter mais que 25 anos. Além disso houve uma diferença significativa

em relação ao estágio na UTI, sendo associado o fato de estar no quinto semestre e não ter vivência em UTI e ser residente e ter vivência em UTI.

A média de idade da população estudada foi de 25,1 anos de idade, no intervalo de variação de 19 a 33 anos de idade. Para os homens a média foi de 25,52 anos e a das mulheres foi de 24,7 anos. A percentagem de homens na amostra foi de 49,3% (n= 67) e 50,7% (n=69) mulheres.

Sendo que do número total de residentes (n= 52) 90,3% responderam (n= 47), mais especificamente, dos 24 residentes de Medicina Interna, 23 responderam (99%); dos 15 residentes de Anestesiologia, 13 responderam (86,6%); e dos 12 residentes de Cirurgia, 11 responderam (99%).

O número total de alunos da graduação era de 115 e 89 responderam, ou seja, 77,3%. Mais especificamente, de 55 alunos do quinto semestre, 40 alunos responderam (72,2%), e de 60 alunos do nono semestre, 49 responderam (81,6%).

Dos alunos de graduação, 95% (n= 38) dos alunos do quinto semestre e 89,8% (n= 44) dos alunos do nono semestre não tiveram experiência de trabalho na UTI, ou seja, 92,1% dos alunos de graduação não tiveram contato com o trabalho de UTI. Já entre os residentes, 80,9% (n= 38) dos residentes já tiveram experiência de trabalho em UTI.

6.1 QUESTÃO 1

Na questão 1, “O que a morte simboliza para você?”, temos a Tabela 2, que apresenta a distribuição das respostas e associação entre variáveis que podem influenciar a compreensão da morte. O Gráfico 1 representa as porcentagens de respostas dos acadêmicos de medicina e residentes médicos em relação ao simbolismo da morte.

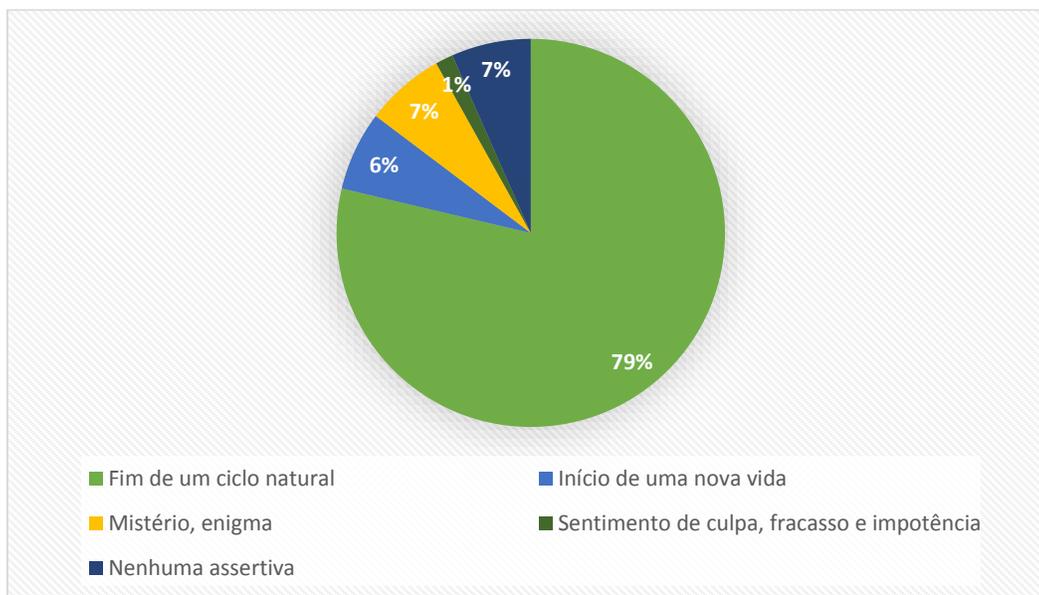
Tabela 2 – Análise comparativa, múltipla em pares, entre as respostas para a questão 1 e variáveis descritivas.

Variáveis	Questão 1					P*
	Nenhuma assertiva	Sentimento de culpa, fracasso, impotência	Mistério, enigma	Início de uma nova vida	Fim de um ciclo natural	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Fase da formação médica						0,16 ^a
Início	4 (10,0)	1 (2,5)	2 (5,0)	6 (15,0)	27 (67,5)	
Meio	2 (4,1)	0 (0,0)	6 (12,2)	0 (0,0)	41 (83,7)	
Final	3 (6,4)	1 (2,1)	1 (2,1)	3 (6,4)	39 (82,9)	
Residentes espec.						0,68 ^a
MI/clínica	2 (8,7)	0 (0,0)	1 (4,4)	2 (8,7)	18 (78,3)	
Anestésio	0 (0,0)	1 (7,7)	0 (0,0)	1 (7,7)	11 (84,6)	
Cirurgia	1 (9,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (84,6)	
Sexo						0,03 ^b
Masculino	3 (4,48)	1 (1,49)	4 (5,97)	1 (1,49)	58 (86,57)	
Feminino	6 (8,70)	1 (1,45)	5 (7,25)	8 (11,59)	49(71,01)	
Religião						0,46 ^b
Sem religião	5 (10,42)	0 (0,00)	2 (4,17)	1 (2,08)	40 (83,33)	
Com religião	4 (4,55)	2 (2,27)	7 (7,95)	8 (9,09)	67 (76,14)	
Estado civil						0,19 ^b
Sem companh.	8 (7,34)	0 (0,00)	9 (8,26)	9 (8,26)	83 (76,15)	
Com companh.	1 (3,70)	2 (7,41)	0 (0,00)	0 (0,00)	24 (88,89)	
Idade (anos)						0,45 ^b
< 25	8 (8,11)	0 (0,00)	7 (9,46)	5 (6,76)	56 (75,68)	
≥ 25	3 (5,17)	2 (3,45)	2 (3,45)	4 (6,90)	47 (81,03)	

^a teste de Kruskal-Walis para comparação múltipla, ^bTeste de Wilcoxon Mann Whitney para comparações em pares, pares de números iguais sobre as categorias das variáveis indicam que houve diferença estatisticamente significativa entre as categorias na análise post hoc, com o teste de Tukey.

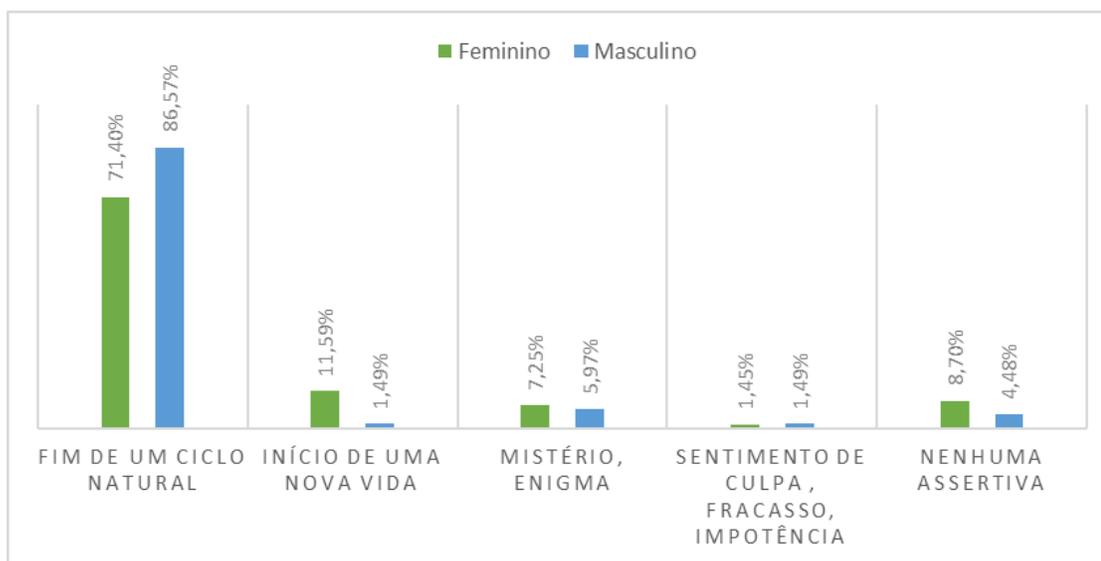
Fonte: Dados da autora, 2019.

Gráfico 1 – Questão 1: O que a morte simboliza para você?



Na análise comparativa percebemos que só houve diferença estatisticamente significativa para a distribuição das respostas para a variável sexo. As mulheres apresentam mais distribuição entre a escolha nas cinco opções de resposta, já os homens concentram-se mais na alternativa de morte como um ciclo natural, como demonstrado a seguir (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Questão 1: Distribuição das respostas por sexo



6.2 QUESTÃO 2

Na assertiva 2, “Eu me acho preparado para lidar com a morte de meus pacientes”, descrita na Tabela 3, demonstra diferença significativa entre as fases inicial da formação médica e a final. Na fase final da formação a maior parte dos participantes consegue afirmar que se sente preparado para lidar com a morte de seus pacientes, ao contrário dos iniciantes, o que é demonstrado também através do Gráfico 3.

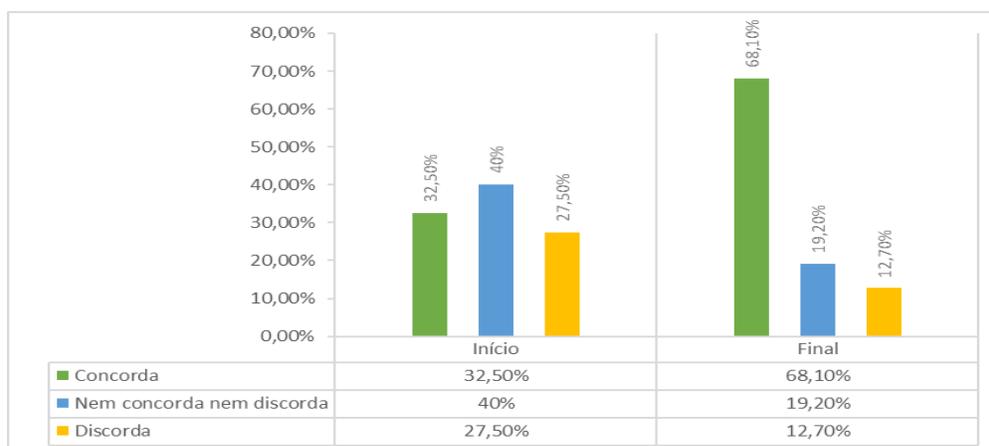
Tabela 3 – Questão 2: Eu me sinto preparado para lidar com a morte de meus pacientes.

Variáveis	Questão 2					p*
	Discorda totalmente	Discorda	Nem concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Fase da formação médica						0,002
Início^a	3 (7,5)	8 (20,0)	16 (40,0)	12 (30,0)	1 (2,5)	
Meio	0 (0,0)	13 (26,5)	14 (28,6)	19 (38,8)	3 (6,1)	
Final^a	1 (2,1)	5 (10,6)	9 (19,2)	25 (53,2)	7 (14,9)	

*teste de Kruskal-Wallis, post hoc de Tukey, pares de letras semelhantes indicam que há diferença estatística na comparação em pares pelo teste de Tukey.

Fonte: Dados da autora, 2019.

Gráfico 3 – Questão 2: Eu me acho preparado para lidar com a morte de meus pacientes: início versus final da formação.



6.3 QUESTÃO 3

Na questão 3, “Minha formação inclui ou incluiu um preparo para o enfrentamento com a morte”, descrita na Tabela 4, em relação às fases da formação médica não houve diferença significativa, sendo independente da fase a concentração maior das respostas afirma que a formação não inclui ou incluiu um preparo para o enfrentamento da morte.

Tabela 4 – Questão 3: Minha formação acadêmica inclui ou incluiu um preparo para o enfrentamento com a morte.

Variáveis	Questão 3					p*
	Discorda totalmente	Discorda	Nem concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Fase da formação médica						0,11
Início	3 (7,5)	15 (37,5)	7 (17,5)	15 (37,5)	0 (0,0)	
Meio	5 (10,2)	27 (55,1)	9 (18,4)	7 (14,3)	1 (2,0)	
Final	8 (17,0)	22 (46,8)	4 (8,5)	12 (25,5)	1 (2,1)	

*teste de Kruskal-Wallis.

Fonte: Dados da autora, 2019.

6.4 QUESTÃO 4

Na questão 4, “Eu presencio ou participo frequentemente de discussões sobre recusar o início de um tratamento ou suspender um tratamento a fim de evitar a obstinação terapêutica”, descrita na Tabela 5, em relação às fases da formação médica, o início (quinto semestre) difere do meio (nono semestre) e do final (Residência Médica), sendo que com o decorrer da formação as respostas concentram-se cada vez mais nas opções de concordância (Gráfico 4).

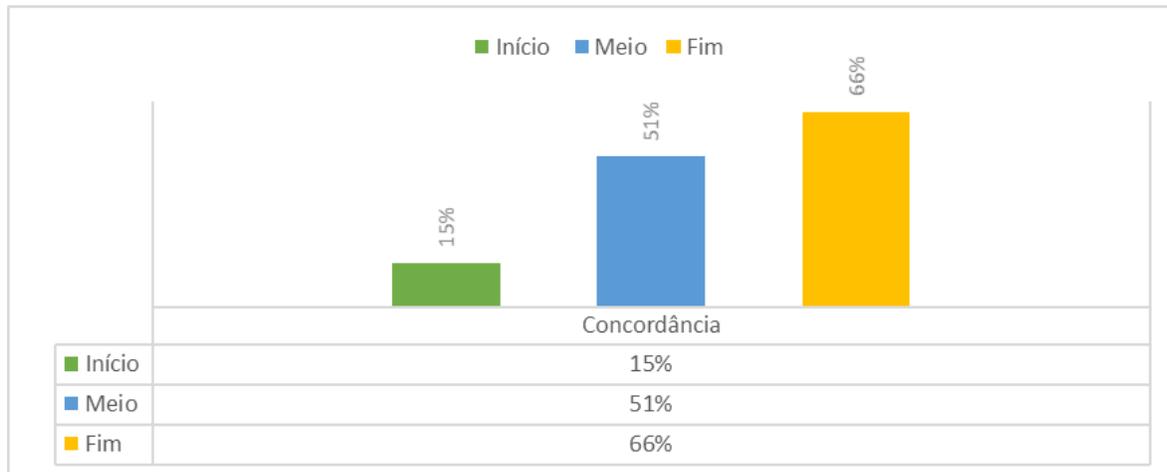
Tabela 5 – Questão 4: Eu presencio ou participo frequentemente de discussões sobre recusar o início de um tratamento ou suspender um tratamento a fim de evitar a obstinação terapêutica.

Variáveis	Questão 4					p*
	Discorda totalmente	Discorda	Nem concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Fase da formação médica						<0,001*
Início ^{a,b}	3 (7,5)	20 (50,0)	11 (27,5)	6 (15,0)	0 (0,0)	
Meio ^a	3 (6,1)	13 (26,5)	8 (16,3)	23 (46,9)	2 (4,1)	
Final ^b	1 (2,1)	11 (23,4)	4 (8,5)	21 (44,7)	10 (21,3)	

*teste de Kruskal-Wallis, post hoc de Tukey, pares de letras semelhantes indicam que há diferença estatística na comparação em pares pelo teste de Tukey.

Fonte: Dados da autora, 2019.

Gráfico 4 – Questão 4: Porcentagem de concordância de acordo com a fase da formação médica com a afirmativa: Eu presencio ou participo frequentemente de discussões sobre recusar o início de um tratamento ou suspender um tratamento a fim de evitar a obstinação terapêutica.



6.5 QUESTÃO 5

Na assertiva 5, “O papel de dar a má notícia é primordialmente do médico”, descrita na Tabela 6, não houve diferença significativa entre as fases da formação médica, sendo que todas as variáveis se concentram mais nas opções de concordância.

Tabela 6 – Questão 5: O papel de dar a má notícia ao paciente quanto a seu diagnóstico ou estado de saúde é primordialmente do médico.

Variáveis	Questão 5					p*
	Discorda totalmente	Discorda	Nem concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Fase da formação médica						0,36
Início	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,0)	19 (47,5)	19 (47,5)	
Meio	0 (0,0)	1 (2,0)	2 (4,1)	28 (57,1)	18 (36,7)	
Final	0 (0,0)	3 (6,4)	2 (4,3)	16 (34,0)	26 (55,3)	

*teste de Kruskal-Wallis.

Fonte: Dados da autora, 2019.

6.6 QUESTÃO 6

Na assertiva 6, “Já conversei com meus familiares sobre a morte e decisões sobre o morrer”, descrita na Tabela 7, houve diferença significativa entre as fases da formação médica, sendo que com o decorrer da formação as respostas passam a afirmar mais que conversaram com seus familiares sobre a morte, o que é demonstrado no Gráfico 5.

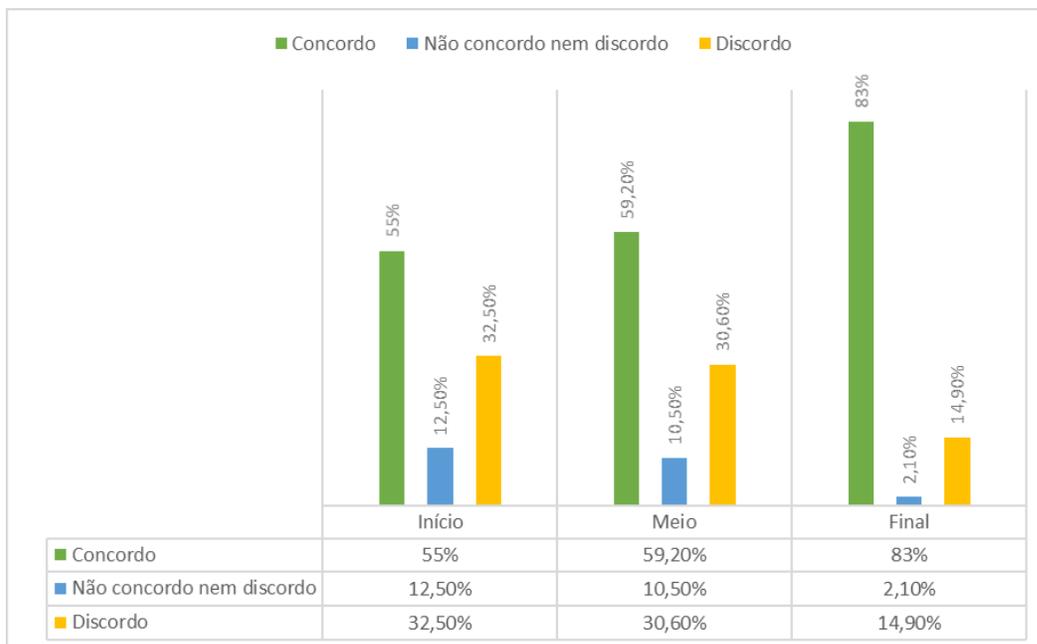
Tabela 7 – Questão 6: Já conversei com meus familiares sobre a morte e as decisões sobre o morrer

Variáveis	Questão 6					p*
	Discorda totalmente	Discorda	Nem concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Fase da formação médica						0,004*
Início ^a	5 (12,5)	8 (20,0)	5 (12,5)	16 (40,0)	6 (15,0)	
Meio ^b	3 (6,1)	12 (24,5)	5 (10,5)	22 (44,9)	7 (14,3)	
Final ^{a,b}	0 (0,0)	7 (14,9)	1 (2,1)	24 (51,1)	15 (31,9)	

*teste de Kruskal-Wallis, post hoc de Tukey, pares de letras semelhantes indicam que há diferença estatística na comparação em pares pelo teste de Tukey.

Fonte: Dados da autora, 2019.

Gráfico 5 – Questão 6: distribuição das respostas de acordo com a fase da formação médica referente a seguinte afirmativa: já conversei com meus familiares sobre a morte e decisões sobre o morrer.



6.7 QUESTÃO 7

Na assertiva 7, “Acredito que mesmo antes de ser informado o paciente já sabe sobre a gravidade do seu caso”, descrita na Tabela 8, não houve diferença significativa entre as fases da formação médica. Sendo que todas as variáveis se concentram mais nas opções de discordância, ou seja, não acreditam que mesmo antes de ser informado o paciente sabe sobre a gravidade do seu caso.

Tabela 8 – Questão 7: Acredito que mesmo antes de ser informado o paciente já sabe sobre a gravidade de seu caso.

Variáveis	Questão 7					p*
	Discorda totalmente	Discorda	Nem concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Fase da formação médica						0,74
Início	5 (12,5)	15 (37,5)	11 (30,6)	9 (22,5)	0 (0,0)	
Meio	5 (10,2)	23 (46,9)	16 (44,4)	5 (10,2)	0 (0,0)	
Final	7 (14,9)	20 (42,5)	9 (19,1)	9 (19,1)	2 (4,3)	

*teste de Kruskal-Wallis.

Fonte: Dados da autora, 2019.

6.8 QUESTÃO 8

Na assertiva 8, “Acredito que após ser informado sobre a gravidade de sua doença o paciente possa piorar”, descrita na Tabela 9, houve diferença estatisticamente significativa, para a distribuição das respostas entre os alunos do início da formação médica (quinto semestre) e os do final (residentes). Percebemos que as respostas dos alunos do início da formação médica concordam que o paciente pode piorar após ser informado da gravidade de sua doença, ao contrário do final da formação médica, que em sua maioria acredita que o paciente não possa piorar após a notícia, o que é demonstrado no Gráfico 6.

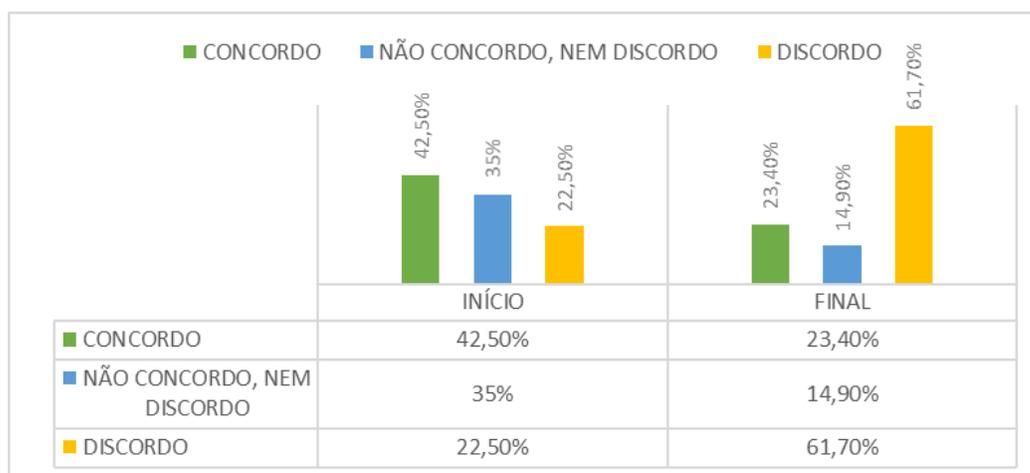
Tabela 9 – Questão 8: Acredito que após ser informado sobre a gravidade de sua doença o paciente possa piorar.

Variáveis	Questão 8					p*
	Discorda totalmente	Discorda	Nem concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Fase da formação médica						0,002*
Início ^a	1 (2,5)	8 (20,0)	14 (35,0)	15 (37,5)	2 (5,0)	
Meio	0 (0,0)	16 (32,6)	20 (40,8)	11 (22,5)	2 (4,1)	
Final ^a	5 (10,6)	24 (51,1)	7 (14,9)	10 (21,3)	1 (2,1)	

*teste de Kruskal-Wallis, post hoc de Tukey, pares de letras semelhantes indicam que há diferença estatística na comparação em pares pelo teste de Tukey.

Fonte: Dados da autora, 2019.

Gráfico 6 – Questão 8: Distribuição das respostas de acordo com a fase da formação médica referente a afirmativa: acredito que após ser informado sobre a gravidade de sua doença o paciente.



6.9 QUESTÃO 9

Na assertiva 9, “Tenho conhecimentos sobre sedação paliativa a fim de garantir um processo de morte e morrer menos doloroso ao meu paciente”, descrita na Tabela 10, em relação

às fases da formação médica há uma diferença significativa passando do “discordo”, nas fases iniciais, para o “concordo”, na fase final, o que está demonstrado no Gráfico 7.

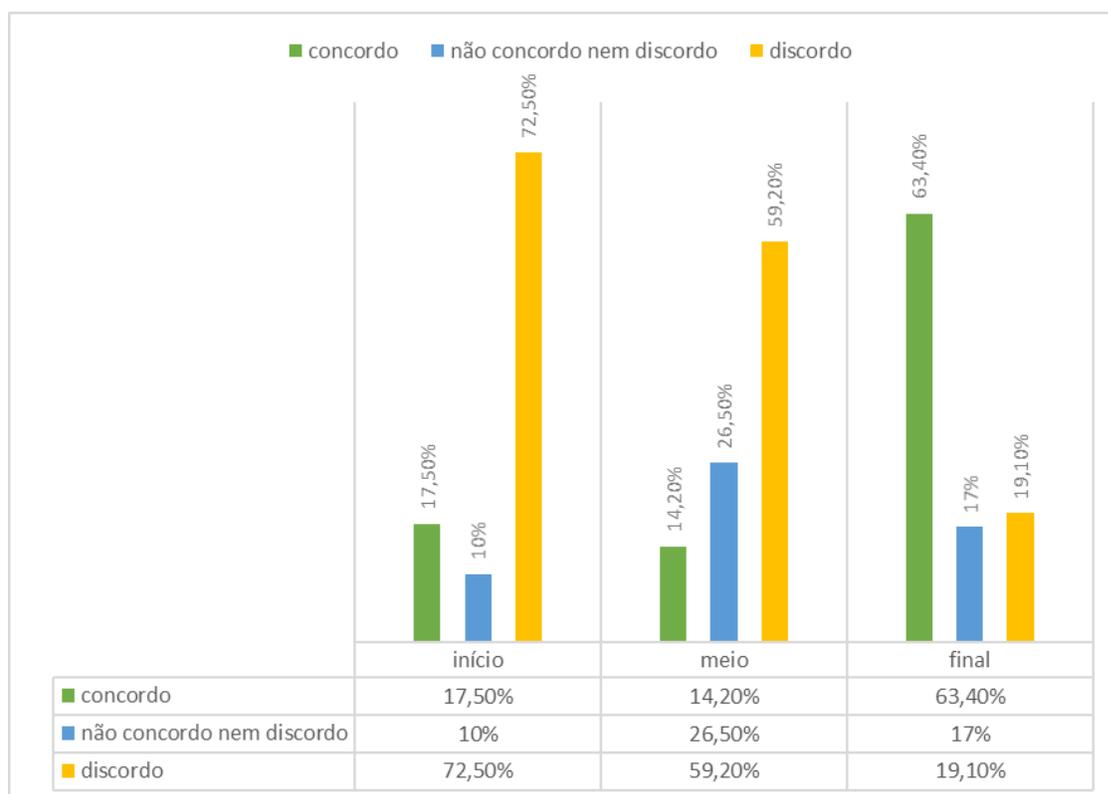
Tabela 10 – Questão 9: Tenho conhecimentos necessários sobre sedação paliativa a fim de garantir um processo de morte e morrer menos doloroso ao meu paciente.

Variáveis	Questão 9					p*
	Discorda totalmente	Discorda	Nem concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Fase da formação médica						<0,001*
Início ^a	8 (20,0)	21 (52,5)	4 (10,0)	7 (17,5)	0 (0,0)	
Meio ^b	7 (14,3)	22 (44,9)	13 (26,5)	6 (12,2)	1 (2,0)	
Final ^{a,b}	0 (0,0)	9 (19,1)	8 (17,0)	25 (53,2)	5 (10,6)	

*teste de Kruskal-Wallis, post hoc de Tukey, pares de letras semelhantes indicam que há diferença estatística na comparação em pares pelo teste de Tukey.

Fonte: Dados da autora, 2019.

Gráfico 7 – Questão 9: Distribuição das respostas de acordo com a fase da formação médica referente à afirmativa: tenho conhecimentos sobre sedação paliativa a fim de garantir um processo de morte e morrer menos doloroso ao meu paciente.



6.10 QUESTÃO 10

Na questão 10, “Durante minha formação pude aprender o suficiente sobre testamento vital para conseguir orientar meus pacientes sobre o assunto”, descrita na Tabela 11, nas fases da formação médica não houve diferença significativa das respostas, sendo que a maioria, independente da fase da formação médica, concentrou-se na discordância.

Tabela 11 – Questão 10: Durante minha formação pude aprender o suficiente sobre testamento vital para conseguir orientar meus pacientes sobre esse assunto.

Variáveis	Questão 10					p*
	Discorda totalmente	Discorda	Nem concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Fase da formação médica						0,23
Início	8 (20,0)	18 (45,0)	9 (22,5)	5 (12,5)	0 (0,0)	
Meio	4 (8,20)	27 (55,1)	8 (16,3)	9 (18,4)	1 (2,0)	
Final	8 (17,0)	27 (52,4)	8 (17,0)	4 (8,50)	0 (0,0)	

*teste de Kruskal-Wallis.

Fonte: Dados da autora, 2019.

6.11 QUESTÃO 11

Na assertiva 11, “A ortotanásia é permitida, segundo o Conselho Federal de Medicina, em se falando de pacientes com doença grave fora de possibilidade de cura”, descrita na Tabela 12. Em todas as fases da formação médica a maioria dos participantes concorda com a assertiva, porém há diferença estatística entre os alunos do início (quinto semestre) e do meio da formação (nono semestre). No início não há quem discorde que a ortotanásia seja permitida pelo CFM, surgindo tal resposta no meio da formação, o que foi demonstrado no Gráfico 8.

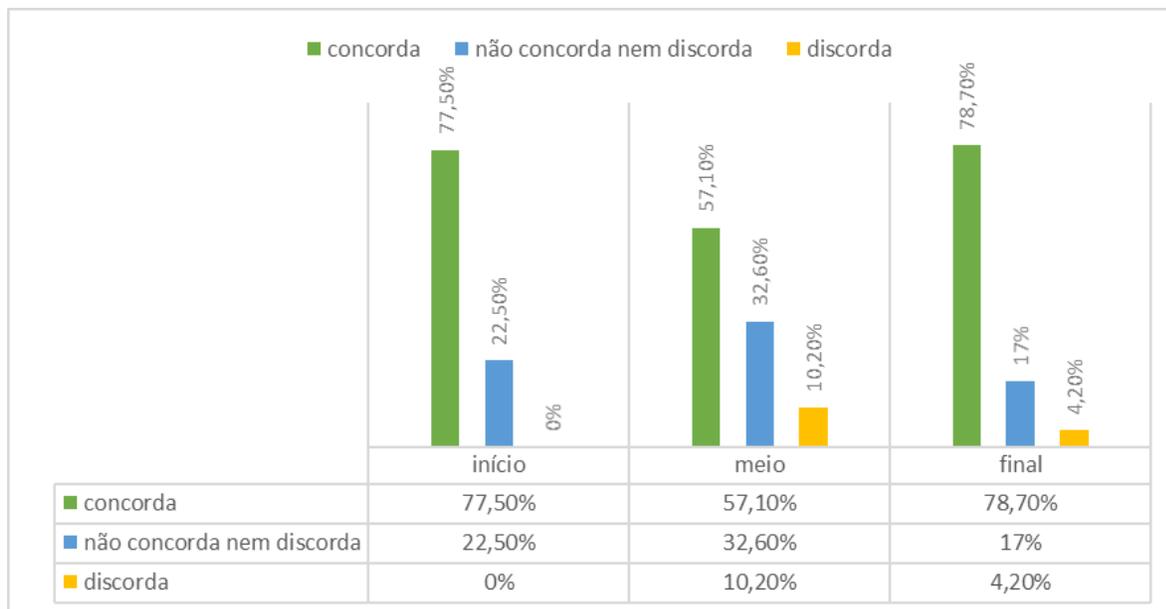
Tabela 12 – Questão 11: A ortotanásia é permitida segundo o Conselho Federal de Medicina em se falando de pacientes com doença grave fora de possibilidade de cura.

Variáveis	Questão 11					p*
	Discorda totalmente	Discorda	Nem concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Fase da formação médica						0,02*
Início ^a	0 (0,0)	0 (00,0)	9(22,5)	23 (57,5)	8 (20,0)	
Meio ^a	0 (0,0)	5 (10,2)	16(32,6)	24 (48,9)	4 (8,20)	
Final	1 (2,1)	1 (2,10)	8(17,0)	31 (65,9)	6 (12,8)	

*teste de Kruskal-Wallis, post hoc de Tukey, pares de letras semelhantes indicam que há diferença estatística na comparação em pares pelo teste de Tukey.

Fonte: Dados da autora, 2019.

Gráfico 8 – Questão 11: Distribuição das respostas de acordo com a fase da formação médica referente a afirmativa: A ortotanásia é permitida segundo o Conselho Federal de Medicina em se falando de pacientes com doença grave fora de possibilidade de cura.



6.12 QUESTÃO 12

Na questão 12 é descrito o seguinte caso clínico: “Paciente idosa 93 anos, AVC prévio, alimentando-se por gastrostomia, insuficiência cardíaca congestiva com fração de ejeção de 32%, acamada há 03 anos. Chega ao pronto-socorro com dificuldade respiratória no momento, gemente, saturação de oxigênio 40%. Familiares pedem que não haja investimento terapêutico. Plantonista rapidamente a intuba e a coloca em ventilação mecânica. Em relação à conduta do plantonista, você: concorda fortemente, concorda, não concorda nem discorda, não concorda, não concorda fortemente”. Na análise de comparação múltipla da Tabela 13, para a distribuição das respostas dos casos clínicos da questão 12, que discorre sobre um caso prático de distanásia, houve diferença estatisticamente significativa para a fase da formação, na qual alunos do final da formação médica (residentes) diferem-se dos alunos do meio (nono semestre) e do início (quinto semestre), sendo que com o decorrer da formação as respostas concentram-se mais fortemente na discordância em relação à prática da distanásia (Gráfico 9).

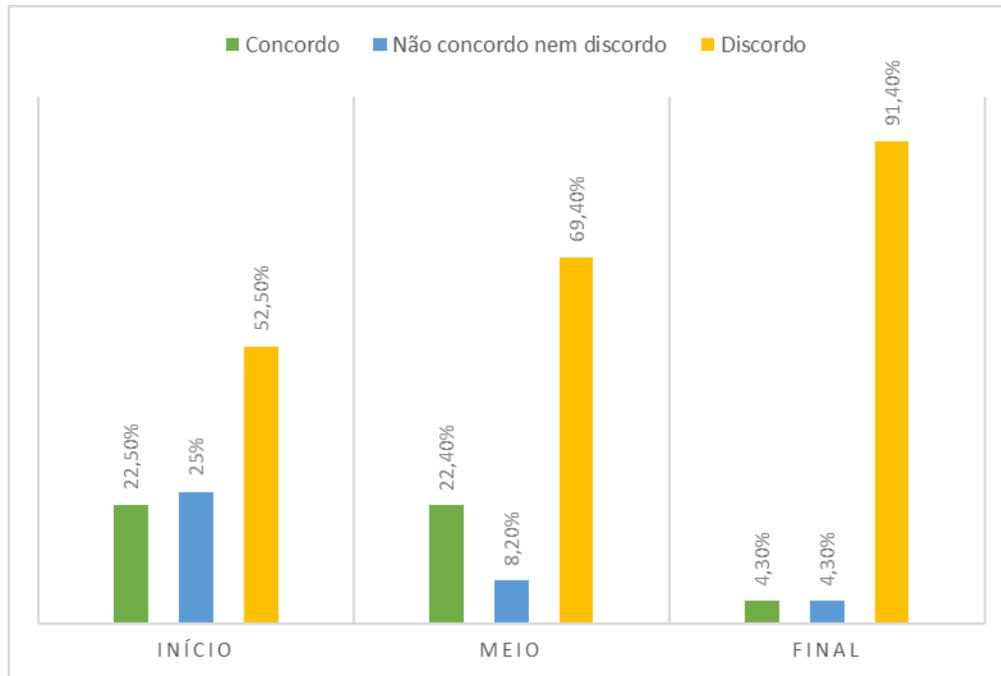
Tabela 13 – Descrição das respostas do caso clínico descrito na questão 12 de acordo com as variáveis.

Variáveis	Questão 12					p*
	Discorda totalmente	Discorda	Nem concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Fase de formação						<0,001*
Início ^a	1 (2,5)	8 (20,0)	10(25,0)	11 (27,5)	10 (25,0)	
Meio ^b	2 (4,1)	9 (18,4)	4 (8,2)	26 (53,1)	8 (16,3)	
Final ^{a,b}	0 (0,0)	2 (4,3)	2 (4,3)	20 (42,5)	23 (48,9)	

*teste de Kruskal-Wallis, post hoc de Tukey, pares de letras semelhantes indicam que há diferença estatística na comparação em pares pelo teste de Tukey.

Fonte: Dados da autora, 2019.

Gráfico 9 – Questão 12: Distribuição das respostas de acordo com a fase da formação médica referente ao caso clínico prático de distanásia.



Na Tabela 14 foi realizada uma comparação entre as características descritivas para respostas no caso clínico descrito na questão 12.

Tabela 14 – Comparação entre as características descritivas para respostas no caso clínico descrito na questão 12.

Variáveis	Questão 12					p*
	Discorda totalmente	Discorda	Nem concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Sexo						0,55
Masc	3 (4,5)	11 (16,4)	6 (8,9)	27 (40,3)	20 (29,8)	
Fem	0 (0,0)	8 (11,6)	10 (14,5)	30 (43,5)	21 (30,4)	
Situação						<0,001*
Estudante	3 (3,4)	17 (19,1)	14 (15,7)	37 (41,6)	18 (22,2)	
Residentes	0 (0,0)	2 (4,3)	2 (4,3)	20 (42,5)	23 (48,9)	
Estágio em UTI						<0,001*
Não	3 (3,3)	17 (18,7)	14 (15,4)	37 (40,7)	20 (21,9)	
Sim	0 (0,0)	2 (4,4)	2 (4,4)	20 (44,4)	21 (46,7)	
Estado Civil						0,06
Sem companheiro	2 (1,8)	18 (16,5)	13 (11,9)	47 (42,1)	29 (26,6)	
Com companheiro	1 (3,7)	1 (3,7)	3 (11,1)	10 (37,0)	12 (44,4)	
Idade						0,04*
Menos de 25 anos	0 (0,0)	15 (20,3)	11 (14,9)	30 (40,5)	18 (24,3)	
Mais de 25 anos	3 (5,2)	4 (6,9)	5 (8,6)	23 (39,7)	23 (39,7)	
Religião						0,03*
Sem religião	1 (2,1)	3 (6,2)	4 (8,3)	22 (45,8)	18 (37,5)	
Com religião	2 (2,3)	16 (18,2)	12 (13,6)	35 (39,8)	23 (26,1)	

*teste de Wilcoxon Mann Witheney para análise em pares, pares de letras semelhantes indicam que há diferença estatística

Fonte: Dados da autora, 2019.

Demonstrou ser significativo o fato de ser residente, ter estagiado na UTI, ter mais que 25 anos e não ter religião para discordar mais fortemente da conduta de distanásia. Não houve diferença significativa das respostas das categorias sexo e estado civil.

6.13 QUESTÃO 13

Na questão 13, descrita na Tabela 15, refere-se ao seguinte caso clínico: “Se você estivesse com um câncer em estágio avançado já metastático e apresentasse uma parada cardiorrespiratória, desejaria ser ressuscitado? Concorda fortemente, concorda, não concorda nem discorda, não concorda, não concorda fortemente”. Demonstrou-se diferença significativa para as fases da formação médica, na qual os residentes diferem-se das outras categorias, respondendo principalmente “discordo totalmente”, com mais de 74% das respostas nessa opção, o que foi demonstrado no Gráfico 10.

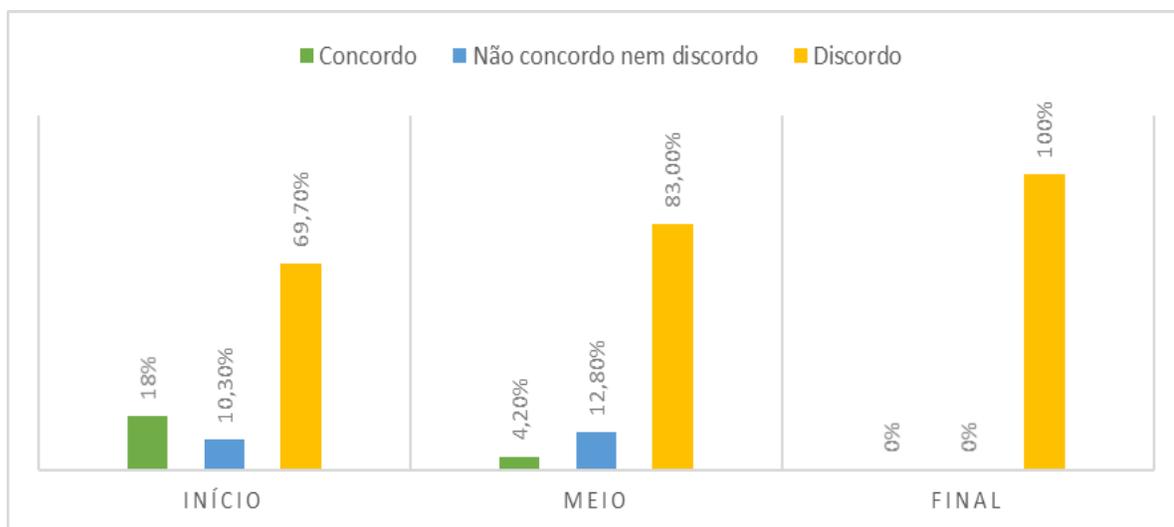
Tabela 15 – Descrição das respostas do caso clínico descrito na questão 13, de acordo com as variáveis.

Variáveis	Questão 13					p*
	Discorda totalmente	Discorda	Nem concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Fase						0,008*
Início ^a	3 (7,7)	4 (10,3)	4 (10,3)	10 (25,6)	18 (46,1)	
Meio ^b	1 (2,1)	1 (2,1)	6 (12,8)	17 (36,2)	22 (46,8)	
Final ^{a,b}	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (25,5)	35 (74,5)	

^aTeste de kruskal Wallys para comparação de variáveis, Pares de letras iguais indicam diferença estatisticamente significativa pelo teste post hoc de Tukey, *apresenta diferença estatisticamente significativa (p-valor <0,05).

Fonte: Dados da autora, 2019.

Gráfico 10 – Questão 13: Se você estivesse com um câncer em estágio avançado já metastático e apresentasse uma parada cardiorrespiratória, desejaria ser ressuscitado.



Na tabela seguinte foi realizada uma comparação entre as características descritivas para respostas no caso clínico descrito na questão 12.

Tabela 16 – Comparação entre as características descritivas para respostas no caso clínico descrito na questão 13.

Variáveis	Questão 13					p*
	Discorda totalmente	Discorda	Nem concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Sexo						0,23
Masc	4 (6,2)	2 (3,1)	4 (6,2)	13 (20,3)	41 (64,1)	
Fem	0 (0,0)	3 (4,3)	6 (8,7)	26 (37,7)	34 (49,3)	
Situação						<0,001*
Estudante	4 (4,6)	5 (5,8)	10 (11,6)	27 (31,4)	40 (46,5)	
Residentes	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (25,5)	35 (74,5)	
Estágio em UTI						<0,001*
Não	4 (4,5)	5 (5,7)	9 (10,2)	28 (31,8)	42 (47,7)	
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	11 (24,4)	33 (73,3)	
Estado Civil						0,09
Sem companheiro	3 (2,8)	5 (4,7)	9 (8,5)	33 (31,1)	56 (52,8)	
Com companheiro	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (3,7)	6 (22,2)	19 (70,4)	
Idade						0,001*
Menos de 25 anos	2 (2,8)	5(7,0)	6 (8,4)	26 (36,6)	32 (45,1)	
Mais de 25 anos	2 (3,4)	0 (0,0)	3 (5,2)	10 (17,2)	43 (74,1)	
Religião						0,67
Sem religião	1 (2,1)	0 (0,0)	2 (4,3)	18 (38,2)	26 (55,3)	
Com religião	3 (3,5)	5 (5,8)	8 (9,3)	21 (24,4)	49 (56,9)	

*teste de Wilcoxon Mann Witheney para análise em pares, pares de letras semelhantes indicam que há diferença estatística

Fonte: Dados da autora, 2019.

Demonstrou ser significativo o fato de ser residente, ter estagiado na UTI e ter mais que 25 anos para discordar mais fortemente com a possibilidade de prolongar a própria morte. Não houve diferença significativa das respostas das categorias ter ou não religião, entre os sexos e os estados civis.

6.14 QUESTÃO 14

Na questão 14 é descrito o seguinte caso clínico: “Se seu familiar apresentasse uma doença grave irrecuperável e antes deste diagnóstico tivesse manifestado a vontade de não ser ressuscitado caso fosse necessário. Nesse caso, se ele apresentasse uma parada cardiorrespiratória, você iniciaria a reanimação: concorda fortemente, concorda, não concorda nem discorda, não concorda, não concorda fortemente”. A Tabela 17 que contém as respostas para o caso clínico 14 demonstra que não houve diferença significativa entre as variáveis, sendo que independente da fase da formação médica ou da especialidade médica as respostas concentraram-se mais na discordância para a decisão terapêutica tomada no caso.

Tabela 17 – Descrição das respostas do caso clínico descrito na questão 14 de acordo com as variáveis.

Variáveis	Questão 14					p*
	Discorda totalmente	Discorda	Nem concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Fase de formação						0,572
Início	2 (5,1)	2 (5,1)	7 (17,9)	14 (35,9)	14 (35,9)	
Meio	1 (2,1)	3 (6,4)	2 (4,3)	26 (55,3)	15 (31,9)	
Final	4 (8,5)	0 (0,0)	3 (6,4)	17 (36,2)	23 (48,9)	

*teste de Kruskal-Wallis, post hoc de Tukey, pares de letras semelhantes indicam que há diferença estatística na comparação em pares pelo teste de Tukey.

Fonte: Dados da autora, 2019.

Na Tabela 18 a seguir, foi realizada uma comparação entre as características descritivas para respostas no caso clínico descrito na questão 14.

Tabela 18 – Comparação entre as características descritivas para respostas no caso clínico descrito na questão 14.

Variáveis	Questão 3					p*
	Discorda totalmente	Discorda	Nem concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Sexo						0,60
Masc	5 (7,8)	2 (3,1)	4 (6,2)	26 (40,6)	27 (42,2)	
Fem	2 (2,9)	3 (4,3)	8 (11,6)	31 (44,9)	25 (36,2)	
Situação						0,13
Estudante	3 (3,5)	5 (5,8)	9 (10,5)	40 (46,5)	29 (33,7)	
Residentes	4 (8,5)	0 (0,0)	3 (6,4)	17 (36,2)	23 (48,9)	
Estágio em UTI						0,03*
Não	3 (3,4)	5 (5,7)	10 (11,4)	42 (47,7)	28 (31,8)	
Sim	4 (8,9)	0 (0,0)	2 (4,4)	15 (33,3)	24 (53,3)	
Estado Civil						0,47
Sem companheiro	4 (3,8)	5 (4,7)	8 (7,5)	47 (44,3)	42 (39,6)	
Com companheiro	3 (11,1)	0 (0,0)	4 (14,8)	10 (37,0)	10 (37,0)	
Idade						0,37
Menos de 25 anos	1 (1,4)	4 (5,6)	8 (11,3)	34 (47,9)	24 (33,8)	
Mais de 25 anos	6 (10,3)	1 (1,7)	4 (6,9)	20 (34,5)	27 (46,5)	
Religião						0,47
Sem religião	0 (0,0)	1 (2,1)	4 (8,5)	24 (51,1)	18 (38,3)	
Com religião	7 (8,1)	4 (4,6)	8 (9,3)	33 (38,4)	34 (39,5)	

*teste de Wilcoxon Mann Witheney para análise em pares, pares de letras semelhantes indicam que há diferença estatística

Fonte: Dados da autora, 2019.

Na Tabela 18 apenas a comparação entre ter ou não trabalhado em UTI foi significativa, demonstrando que o sujeito de pesquisa que estagiou em UTI discorda mais fortemente da conduta. Não houve diferença significativa das respostas das categorias ter ou não religião, ter ou não mais do que 25 anos, ser residente ou estudante, entre os sexos e os estados civis.

7 DISCUSSÃO

7.1 Morte como fim de um ciclo natural

A morte perpassa um evento biológico natural e inevitável, mas também é um processo de construção social, conseqüentemente assumindo várias representações no ocidente com o decorrer do tempo (NASCIMENTO, 2006). Durante a Idade Média a morte era vista como natural, um evento esperado, os ritos eram públicos e ao doente era proporcionado a convivência familiar, de amigos e vizinhos até os últimos momentos de vida (TAKAHASHI, 2008). Após o século XX, a morte passou a ser entendida como fracasso, impotência ou imperícia, um evento vergonhoso que deve ser escondido (AGUIAR et al., 2006). Com o desenvolvimento tecnológico, a medicina consolidou esse pensamento, já que se passou a ter mais controle sobre a morte, sendo, então, o médico incumbido da tarefa de lutar contra a morte, a qualquer custo (PINHO e BARBOSA, 2010).

Como resultado do atual trabalho, a maioria dos sujeitos da pesquisa entende a morte como o fim de um ciclo natural. Então, a minoria refere-se à morte como fracasso, mistério, nova vida. Esse desfecho remete a uma possível melhoria do ensino médico formal; no entanto, o mesmo não se reflete da mesma maneira na prática. Existe uma mudança de paradigma em relação ao entendimento do morrer no âmbito médico, através da compressão da morte como o fim de um ciclo natural. Porém, tendo em vista a prática ainda frequente da distanásia na rotina hospitalar, há uma emergente necessidade de se colocar em ação esse novo conceito de terminalidade. Houve uma diferença significativa entre as repostas de homens e mulheres, na qual os homens majoritariamente entendem a morte como fim de um ciclo natural e as mulheres se distribuem nas demais repostas. Em relação à diferença de repostas entre os sexos, possivelmente deva-se à correlação entre o masculino e o racional, já que culturalmente o gênero é um princípio ordenador e normatizador das percepções no geral (MACHIN et al., 2011).

7.2 Na fase final da formação médica a maior parte dos participantes consegue afirmar que se sente preparado para lidar com a morte de seus pacientes, ao contrário dos iniciantes

7.3 A formação acadêmica não inclui ou incluiu um preparo para o enfrentamento da morte

“Iremos desumanizá-los até que se tornem médicos”, foi a frase dita pelo professor que recepcionava os calouros da medicina no filme “Patch Adams: O amor é contagioso”. Como a formação médica de medicina prepara seus alunos para o enfrentamento com a morte? Não prepara, e isso já é uma maneira inconsciente de “preparo” através da negação. Negação de sentimentos, das angústias, da impotência e da dificuldade de se lidar com a morte (QUINTANA et al., 2002).

Através do seguinte desfecho do atual estudo, “na fase final da formação médica a maior parte consegue afirmar que se sente preparado para lidar com a morte de seus pacientes, ao contrário dos iniciantes”, desconsiderando-se a literatura vigente, entende-se que apesar da formação médica não propiciar uma imersão adequada e necessária no tema morte, o estudante, com o passar do curso, consegue lidar com os sentimentos e angústias que normalmente advêm do confronto com a finitude da vida. Porém, indo mais além, e de acordo com a literatura, é possível compreender que este aluno inicialmente sente-se angustiado, pois ainda está “humanizado”, admitindo não estar preparado para lidar com a morte de seus pacientes. Já um pouco mais adiante, com recursos de negação mais bem consolidados, o médico residente, através de um questionário fechado (que não seria o meio ideal para essa questão), refere estar “preparado” para enfrentar a finitude da vida, mesmo sem nenhum meio de vazão e discussão sobre o tema.

De acordo com a literatura, os alunos aprendem durante a sua formação a afastar-se dos sentimentos, fingir não sentir e de tanto fingir, acabam por acreditar que a única maneira de ser médico é através da frialdade desumanizadora. Agir de maneira neutra, alienada e indiferente diante do paciente são pré-requisitos essenciais para uma boa prática médica (MARTA et al., 2009).

Dessa maneira, os médicos tendem a fugir da real terminalidade, pois isso gera angústia, sofrimento, tornando-se assim um tema tabu, conseqüentemente evitado ao máximo. Inicialmente essa problemática inicia-se com o público que procura cursar medicina pelo *status* de poder e salvador de vidas – a chamada ilusão de onipotência explica comportamentos narcisistas e distantes da autorreflexão no meio médico (FAGUNDES, 1993). O ambiente de formação que incentiva a competitividade, o bom desempenho nos estudos e a responsabilidade, vem ao encontro do que a sociedade como um todo valoriza. Assim, temos um ciclo de retroalimentação, fazendo com que o profissional ou aluno sobrecarregue-se e sinta-se mais valorizado com isso (HANNA, MARTA e SANTOS, 2011).

Kübler-Ross (1998, p. 15-16) questiona o ensino médico com as seguintes questões:

O que acontece numa sociedade que valoriza o QI e os padrões de classe mais do que a simples questão de tato, da sensibilidade, da percepção, do bom senso no contato com os que sofrem? O que acontece numa sociedade profissionalizante onde o jovem estudante de Medicina é admirado pelas pesquisas que faz, pelo desempenho no laboratório nos primeiros anos de faculdade, mas não sabe responder uma simples pergunta que lhe faz um paciente?

Estudiosos da educação médica como Concone (1993), Kovács (1992a), Leão (1994), Perazzo (1985) e Romano (1984) entendem a formação médica como uma preparação com o objetivo de retirar todo resquício sentimental diante do doente, visando a doença e não a pessoa. Logo, a maneira como o médico lida com a morte e o morrer está baseada num vazio de elementos técnicos e recursos que seriam necessários para minimamente lidar com situações-limite de maneira saudável. Dessa maneira, através da negação, embotamento e racionalização, a maior parte dos profissionais pensa defender-se contra a angústia gerada pela morte.

Para Menezes (2001), faz parte de um ensino para o cuidado competente o distanciamento das emoções vividas pelo paciente. Outra questão é da organização do tempo, pois se o aluno se envolve com o drama do paciente, vai dispendir mais tempo a ele, o que não seria mais do que o convencionalmente adequado. Para Esslinger (2004), as graduações em saúde carecem de uma abordagem mais profunda em seus currículos, com disciplinas que visem conhecimentos sobre a morte, o luto e o processo de morrer. Capena (1997) refere que o fundamental é que sejam mostradas, aos alunos da área da saúde, suas limitações profissionais.

Logo, remetendo ao resultado do atual estudo, no qual os médicos residentes e estudantes de medicina se dizem preparados para lidar com a morte de seus pacientes, emerge a seguinte questão: foi instigado a tais estudantes enxergarem suas limitações profissionais? Ou com o decorrer da formação médica os alunos foram envaidecidos a ponto de pouco enxergarem as suas insuficiências?

7.4 Com o decorrer da formação médica participam mais de discussões sobre o processo de morte

Esse desfecho é o esperado, pois com o decorrer da formação, início do internato e residência, espera-se que o aluno se depare com uma certa frequência com discussões sobre recusa de tratamento ou suspensão de tratamento fútil. 66% dos alunos participantes do estudo referem que durante a residência participam com frequência de discussões.

Um estudo com médicos intensivistas, a maioria, 68,9%, respondeu que participa com frequência de discussões sobre a não introdução de um tratamento ou mecanismo de suporte de vida (GAUDENCIO e MESSEDER, 2011). Um trabalho brasileiro que aplicou um questionário anônimo aos médicos intensivistas, apresentado no XI Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva, demonstrou que 94% já haviam participado de discussões sobre recusa ou suspensão de um tratamento (MORITZ, MORITZ e MARTINS, 2001).

Outro estudo demonstrou que três a cada quatro famílias não participam destas decisões (OTHERO, 2008). Apesar de ser inegável a importância da multidisciplinaridade, na maior parte destas discussões participam médicos e enfermeiros. Na pesquisa de Moritz, Mortiz e Martins (2001), os participantes apontaram que como principais participantes desses grupos de discussão devem ser os médicos, após enfermeiros, paciente, família, e outros componentes da equipe, tais como psicólogo. Mesmo assim, a decisão final e a responsabilidade sobre o tratamento do doente são do médico.

Haja vista o resultado (que a maioria dos sujeitos de pesquisa, com o decorrer da formação médica passa a participar desse tipo de discussão), é um fato surpreendentemente positivo, até mesmo comparado à ocorrência destas discussões na rotina de intensivistas, sendo um número bem parecido com o que os alunos desta pesquisa apontam.

7.5 O papel de dar má notícia é primordialmente do médico

Como resultado, os sujeitos de pesquisa concordam que o médico é o detentor principal em relação ao papel de dar a má notícia, vindo ao encontro do Código de Ética Médica (CONSELHO..., 2009), o qual orienta que é vedado ao médico:

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica.

Tal tarefa é imputada ao médico, pois o mesmo é o primeiro a saber o diagnóstico, prevê a evolução clínica e é dele que o doente espera notícias sobre a sua saúde (PEREIRA, FORTES e MENDES, 2013). Além disso, o médico assume essa responsabilidade, pois juntamente com o paciente, deve tomar as decisões sobre o tratamento médico (LEAL, 2003).

Os estudos referem que muito pior do que dar a má notícia, é omiti-la. Apesar de existir a crença de o que não se comunica pode vir a não acontecer, porém o próprio doente é o primeiro a perceber que algo não está bem (MOREIRA, 2001).

A omissão de informações gera um clima de insegurança em relação à doença, prognóstico e fragiliza a relação médico-paciente. Possibilitar que o doente seja informado, de acordo com as suas necessidades, aumenta as possibilidades de mobilização dos seus recursos emocionais para a superação do medo e diminuir o isolamento social (McWHINNEY, 1994). A dor que gera uma má notícia pode ser atenuada pela maneira do médico demonstrar interesse, compaixão, empatia, tiver tempo suficiente para esclarecer dúvidas e deixar o paciente seguro que não será abandonado mesmo que não haja cura (SANCHI, 1998; TWYXCROSS, 2001).

Ao contar sua experiência em relação às más notícias, muitos médicos referem-se em primeira pessoa: “eu perdi o paciente”. Nota-se tanto uma sensação de angústia, quanto de onipotência médica. O médico toma para si a perda do paciente para a doença ou para a morte. Se o próprio médico tem uma visão distorcida da morte, a comunicação da má notícia está fadada ao fracasso, pois se a morte deve ser vencida, não pode ser considerada como fato inevitável. Além disso, Quintana (2009), referindo-se à dificuldade do médico em lidar com as emoções dos pacientes e familiares, declara que o melhor para equipe de saúde é que o paciente e família não expressem emoções significativas. Ou seja, o protótipo seria conversar sobre a doença, prognóstico e tratamento sem ter que enfrentar as reações emotivas do paciente. Impossível.

Kovács (1992a), em uma pesquisa sobre a comunicação da morte, traz como resultado o médico como responsável por noticiar a morte e conversar sobre a morte com os pacientes. Junior, Rolim e Morrone (2005) citam que a maior dificuldade está em noticiar a morte de casos agudos e jovens, justamente porque nos deparamos com a nossa finitude. Segundo Oliveira, Santos e Mastropietro (2010), o processo de escuta acolhedora, ampara a psique de quem passa por um momento tão doloroso, trazendo conforto e consolo.

7.6 Com o decorrer da formação médica as respostas passam a afirmar que os estudantes conversaram mais com seus familiares sobre a morte

Moritz (2002) afirma, em sua pesquisa, que os profissionais da saúde referiram que pouco haviam conversado com os seus familiares sobre a morte e o morrer, vindo ao encontro da literatura

vigente. Positivamente no atual estudo os médicos e estudantes passam a falar mais com seus familiares sobre a própria morte. O médico Ken Murray escreveu o artigo “Como os médicos morrem: um modelo para todos?”, no qual descreve que há uma tendência dos médicos em não se submeter a tratamentos fúteis ou mesmo tratamentos não curativos, no final de vida, optando por passar seus últimos momentos com a família e não sozinho em um hospital (MURRAY, 2013). A maior parte deles conversa com a família e amigos e diz frases como “não permita que façam isso comigo!”, referindo-se ao caso de algum paciente. Porém, surge uma questão: se não querem que ajam assim consigo, porque age assim com os demais? Há uma resposta complexa para isso, na qual envolve familiares, paciente, médico e o sistema de saúde, todos com suas expectativas e adicionado a isso uma grande dificuldade de promoção de uma comunicação adequada. É fácil encontrar culpados: médicos permitem que a distanásia aconteça, mas de muitas maneiras todos são vítimas de um sistema que incentiva o tratamento excessivo. Em alguns casos há interesse financeiro médico por trás do excesso de investimento tecnológico, não importa o quão fútil seja o tratamento. Mas o mais comum é simplesmente o medo de processos e incômodos judiciais. Sendo assim, faz-se tudo o que for solicitado, com pouca comunicação para evitar envolvimento excessivo e maiores problemas (MURRAY, 2013).

Conviver cotidianamente com a morte e com situações de tratamentos fúteis faz com que o médico queira conversar com seus familiares sobre a sua própria morte, até mesmo como meio de proteção, para que tenha um final de vida sem sofrimento. Através da sua experiência laboral, o médico sabe da importância da família saber do desejo prévio do doente para, então sabendo, poder respeitá-lo.

7.7 Não acreditam que mesmo antes de ser informado o paciente sabe sobre a gravidade do seu caso

Como não saber que se está doente e que é grave se é o seu próprio corpo sendo destruído pela doença? Diversas vezes há um processo de negação, mas ainda mais do que isso, há esperança que é confundida com negação. Mesmo sabendo da gravidade do próprio caso, mantém-se a esperança. E o que há de mal em ter esperança?

Kovács (1992b) lembra que familiares de pacientes terminais muitas vezes promovem a conspiração do silêncio, tentando ocultar o diagnóstico, a gravidade ou a morte eminente. Essas

tentativas são mal sucedidas, na maioria das vezes, já que grande parte dos pacientes já sabem da gravidade do seu caso pelas próprias manifestações corporais. Além disso, é quase impossível conseguir controlar todos os nuances da comunicação, principalmente a comunicação não verbal. Familiares acabam revelando através do olhar, expressão facial e postura, que estão escondendo algo do paciente.

Acontece em muitos casos do paciente saber da sua gravidade e não falar com seus familiares, pois acha que eles não sabem e que se souberem se distanciarão dele. Para manter esse silêncio, as relações são fragilizadas e a comunicação torna-se superficial, o que só acaba por aumentar o sofrimento deste momento. Muitas vezes o paciente fica só com suas angústias achando que a família está alheia à gravidade do seu caso, e a família, tentando “proteger” o paciente, também não consegue expressar seus medos (KOVÁCS, 1992b).

Ao analisar o resultado da atual pesquisa, a falta de entendimento de que provavelmente o paciente já saiba da gravidade do seu caso, o que obviamente não isenta o médico de comunicá-lo, faz com que muitas vezes, ingenuamente o médico, assim como a família, mantenha-se em silêncio visando o “bem-estar” do paciente. Ou seria o seu bem-estar? Fugir das situações que lembram a finitude da vida sempre é o caminho mais fácil, ainda mais quando não há um preparo adequado para isso.

7.8 Percebemos que as respostas dos alunos do início da formação médica concordam que o paciente pode piorar após ser informado da gravidade de sua doença, ao contrário do final da formação, que em sua maioria acredita que o paciente não possa piorar após a má notícia

Espera-se que a resposta dos médicos e estudantes de medicina seja uma comunicação consciente, planejada, empática e com compaixão. Dessa forma, a comunicação da má notícia realmente não causa danos ao paciente, pelo contrário. Porém, uma comunicação malfeita, retirando a esperança, pode ser iatrogênica e piorar ainda mais o estado de saúde do paciente. A literatura traz uma certeza: a esperança do paciente deve ser mantida e a comunicação de más notícias deve visar esse objetivo. O que há de mais prejudicial à manutenção da esperança são os sentimentos de abandono, isolamento, dor incontável, a desvalorização da personalidade e a experiência negativa de relacionamentos no hospital (BUCKLEY & HERTH, 2004). A comunicação desprovida de compaixão e insensível é muito prejudicial (HANCOCK et al., 2007).

Com o objetivo de manter a esperança, há de se trabalhar com as expectativas do paciente, envolvê-lo no controle da sua dor e sintomas, auxiliando na sua autopercepção. No âmbito de relacionamentos, facilitar a conexão com os demais e a expressão de suas crenças são ações benéficas (TEMPLE, 2017).

Sem dúvida a divulgação de um mau prognóstico é uma das tarefas mais estressantes para um médico (BAILE et al., 2000). E as razões para isso são a falta de preparo, dificuldade em prever o prognóstico, angústia diante das emoções, pressões dos familiares, sentimento de impotência diante da impossibilidade de cura e o medo de impactar negativamente na esperança do paciente (HANCOCK et al., 2007).

Apesar dos estudos apontarem que é benéfico aos pacientes saberem sobre o seu diagnóstico, uma revisão sistemática, com 46 publicações, conclui que os médicos ainda omitem informações acreditando ser o melhor para seus pacientes (HANCOCK et al., 2007). Em uma pesquisa com 27 pacientes com câncer avançado, a revelação completa do diagnóstico e prognóstico em relação aos tratamentos não diminuiu o nível da esperança (SMITH et al., 2010). Ahn et al. (2013), no seu estudo com 345 pacientes com câncer terminal, aponta que aqueles pacientes que tinham ciência do seu prognóstico tiveram uma pontuação positivamente maior nos componentes controle sobre seu futuro, manutenção da esperança e prazer.

Em uma coorte de 127 taiwaneses, alguns não foram informados sobre seu prognóstico, o que impactou negativamente no seu nível de esperança (LIN & TSAY, 2005). A não divulgação aos pacientes contribui para a tomada de decisões a favor de tratamentos dolorosos, caros e fúteis, e traz um despreparo do paciente para a sua morte (NORTON & TALERICO, 2000).

A divulgação de más notícias de maneira correta não aumenta a ansiedade do paciente e não diminui a sua sobrevivência (CHOCHINOY et al., 2000). Além de não ser seguro proteger o paciente sobre seu prognóstico, é prejudicial. Logo, literatura não suporta a hipótese que a divulgação honesta do diagnóstico possa destruir a esperança do paciente (HAGERTY et al., 2005).

A questão central não é do prognóstico em si, mas sim em como divulgá-lo. Uma pesquisa qualitativa solicitou aos pacientes que fornecessem informações de como essa divulgação deveria ser feita. A revelação diz respeito não apenas ao diagnóstico, mas também quanto ao prognóstico. Em relação ao prognóstico, visando informar por quanto tempo haverá uma qualidade de vida razoável, é importante deixar claro que é simplesmente uma média e, portanto, estatisticamente incorreta, em se falando de um único indivíduo. Melhor do que falar sobre uma média numérica é

reconhecer que a doença pode progredir rapidamente, pois por mais que a ciência tenha evoluído, é equivocado o pensamento de que possamos prever totalmente a trajetória da doença de um paciente (CLAYTON et al., 2005).

Embora a divulgação da má notícia possa partir com a esperança em relação à dimensão temporal, permanece intacta em relação aos afetos. E com o tempo a dimensão temporal se reestabelece e o paciente alinha seus objetivos com a nova realidade. Tranquilizar o paciente de que o médico responsável irá acompanhá-lo em toda a sua trajetória diante da doença, respondendo as suas emoções, é o componente mais importante da esperança, é o vínculo ou o componente de relacionamento (CLAYTON et al., 2005). Enfatizar no que há de positivo, no que pode ser feito, trazendo segurança e um certo controle sobre os sintomas, ajuda no suporte da dimensão cognitiva temporal. Também é necessário explorar as expectativas do paciente e confirmar as possibilidades realistas para o futuro, apoiando a esperança.

A esperança leva em conta a percepção de um resultado positivo desejado, sendo realisticamente possível no futuro, e tem a ver com a expectativa, ou seja, com a confiança de que iniciar planos poderá ter um resultado desejado, também é relacionada com o reconhecimento da dependência mútua entre as pessoas e a interconectividade do eu com os outros. Manter a esperança deve ser treinado pelos médicos. O acrônimo HOPE foi criado visando esse objetivo (TEMPLE, 2017, p. 549):

H-atributos da esperança: dinâmica ao longo do tempo, individual, multidimensional, temporal tendo a ver com a expectativa e interconectividade com os demais.
 O - otimista, gentil e honesta, enfatizando as possibilidades.
 P - pessoa é o foco principal e não a doença, valorização do seu ser, controle dos sintomas, foco no presente visando realinhar os objetivos.
 E - engajamento demonstrando empatia e compaixão, explore suas esperanças.
 S - Suporte através do protocolo SPIKES como estratégia para a divulgação de más notícias.

Nota-se que se divulgação é feita sem planejamento ou sem o conhecimento da dinâmica da esperança e, muitas vezes, deixa um paciente em um estado de desespero, precisando do que pode ser chamado ressuscitação da esperança (TEMPLE, 2017). Os pacientes esperam que os médicos sejam sinceros, compassivos e claros, e que permaneçam na evolução da doença com eles (KIRK, KIRK & KRISTJANSON, 2004), sendo verdadeiros auxiliares nas decisões, incluindo a exposição sobre a chance de cura e benefícios esperado nos tratamentos. Os estudos citados revelam que tirar a esperança não é mais uma desculpa válida para omitir informações valiosas que podem ajudar o paciente a planejar a vida que lhe resta (SMITH et al., 2010).

7.9 Passam a ter conhecimento sobre sedação paliativa

Tal resultado positivo retrata uma possível evolução em relação ao tratamento da dor na formação médica. Com a progressão de doenças graves, alguns sintomas não são controlados com padrões gerais de analgesia, há possibilidade, então, de recorrer à sedação paliativa. Essa prática é permeada de questionamentos éticos, principalmente quando é associada erroneamente à eutanásia. A literatura descreve ainda que a formação dos profissionais da saúde em relação ao manejo de sinais e sintomas severos, principalmente oncológicos, é insipiente (SCHOELLER, 2002).

Em se falando de cuidados paliativos, a sedação é considerada um método standard (padrão), para isso o médico deve ter conhecimento da prescrição de agentes psicotrópicos, principalmente benzodiazepínicos e neurolépticos, com vistas a controlar sintomas psicológicos (insônia, crises de ansiedade, agitação), ou tornar o paciente inconsciente para certas situações de difícil manejo (FONDRAS, 1996). Estudos apontam que para a diminuição dos fatores estressores da rotina médica é importante que se estimule a aproximação da equipe multiprofissional para auxiliar na resolução de conflitos, proporcionar reuniões com paciente e familiares, etc. Hoje a realidade da equipe multiprofissional é muito mais palpável na formação dos novos médicos do que anteriormente, e até mesmo a aceitação da opinião dos demais profissionais da saúde em relação ao paciente (GIROND e WATERKEMPER, 2006).

7.10 Dizem não saber o suficiente sobre testamento vital

Tal resultado vem ao encontro da escassa literatura brasileira sobre o conhecimento de estudantes de medicina a respeito do testamento vital. Em um estudo brasileiro com 238 estudantes de medicina da Universidade do Estado do Pará, somente 8% dos alunos tinham um conhecimento significativo sobre o que era testamento vital. No entanto, após ouvirem explicações dos pesquisadores em relação ao tema, 92% referiu concordar e respeitar as diretivas antecipadas da vida de seus futuros pacientes (SILVA, 2015).

Esse tema é de extrema relevância, dado o prolongamento do processo de morte na atualidade e os dilemas éticos envolvidos. Além disso, a regulamentação do testamento vital pelo Conselho Federal de Medicina obriga o médico a ter conhecimento sobre esse assunto.

O direito de fazer as diretivas antecipadas em relação à assistência médica desejada, no caso de doença sem cura, é pouco conhecido pela população. No geral, não há legislação que obrigue o médico a levar em conta os desejos do paciente em final de vida. No entanto, visando o respeito à autonomia do paciente, em 31 de agosto de 2012, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução 1.995, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade (testamento vital) (CONSELHO..., 2012). A partir disso, é mandatório aos médicos o respeito aos desejos do paciente terminal, exceto se esses desejos forem conflituosos em relação ao Código de Ética Médica (CONSELHO..., 2009). A resolução aponta que o testamento vital prevalecerá sobre qualquer outro parecer não médico, até mesmo os desejos dos familiares.

Piccini et al. (2011) realizou um estudo com alunos do último ano de medicina, que também verificou um baixo nível de conhecimento em relação ao testamento vital (29%). Porém, esse estudo foi realizado no ano anterior à Resolução CFM 1.995/2012 (CONSELHO..., 2012).

Como está previsto no Código de Ética Médica, durante a graduação o aluno deve aprender o suficiente sobre testamento vital, até mesmo para orientar seus pacientes. Embora não tenha a mesma força da lei, a resolução, caso não seja cumprida, pode causar ao médico até mesmo a cassação da permissão de exercer a medicina. Assim, é imperativo que na formação médica promova-se o conhecimento deste dever profissional (BRASIL, 2001; BOMTEMPO, 2011).

7.11 Entendem que a ortotanásia é um procedimento legalizado

Outro dado positivo é que os sujeitos de pesquisa entendem, em sua maioria, que a ortotanásia é um procedimento legalizado pelo Conselho Federal de Medicina. Esse fato é de total importância para que se aja de maneira intencional, evitando a prática da distanásia. Um estudo brasileiro aponta que há uma dissociação entre o conhecimento teórico e prático, o que preocupa, pois mesmo que o aluno tenha conhecimento teórico, se o mesmo não vê na prática a ortotanásia, acaba por não a praticar.

7.12, 7.13, 7.14 Discordam da prática da distanásia, mais fortemente no final da formação médica

Positivamente os sujeitos dessa pesquisa passam a discordar cada vez mais com a prática da distanásia, com o decorrer da formação. Seria só uma realidade teórica? Na prática esses alunos recorrem à ortotanásia com mais frequência?

A distanásia não tem o foco da atenção, como ocorre com a eutanásia, até mesmo por haver uma confusão entre os dois termos. A distanásia é um fenômeno ascendente mundialmente. Na Europa é chamada de obstinação terapêutica; na América do Norte é tratamento fútil ou inútil.

Em maio de 1991, em um artigo publicado no Washington Post, "Escolhendo morte ou Mamba em UTI", o autor Dr. John Hansen conta uma interessante história (PESSINI, 2001). Três missionários foram raptados por uma tribo de canibais. O chefe da tribo lhes propôs uma escolha: morte ou Mamba. Dois dos missionários, sem saber o que era Mamba (uma cobra venenosa que com sua picada leva a uma morte com grande sofrimento e dor), acabaram por optar por essa escolha. Assim, aprenderam de uma forma dolorosa o que Mamba significava, uma morte lenta e extremamente sofrível. Após isso, o terceiro missionário optou por implorar pela morte logo, mas o chefe lhe atentou: morte você terá, mas também um pouco de Mamba. Tal história é uma alusão ao que vem ocorrendo nos hospitais. A população geral desconhece a distanásia (Mamba) e, muitas vezes, inocentemente, escolhe por ela. Uma postura que negue Mamba e seja mais humana pode ser entendida como eutanásia ou omissão de socorro.

Observa-se que a medicina está passando por uma mudança de paradigma. Ao se analisar as mudanças no Código de Ética Médica no Brasil vemos uma alteração de uma luta a favor da vida, sem se dar conta que isso poderia causar um prolongar o sofrimento, para o Código vigente, que visa o benefício do paciente, ou seja, nem sempre o prolongamento da vida.

Há um passo rumo à recuperação da valorização da boa morte, cultivada no artigo 6º do Código de 1988, que diz ser antiético para o médico utilizar "seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral" (CONSELHO..., 1988). Mais significativo ainda, porém, é o art. 61, parágrafo 2º, que incentiva o médico a não abandonar seu paciente "por ser este portador de moléstia crônica ou incurável" e a "continuar a assisti-lo, ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico". Este cuidado em mitigar não apenas o sofrimento físico, mas também o psíquico, é sintomático de uma nova preocupação com integralidade da pessoa, que vai além da dor física.

7.15 Ter realizado estágio na UTI, ter mais que 25 anos e não ter religião evitem mais a distanásia

Tal resultado remete ao fato de que ter convivido no ambiente de UTI faz com que o aluno evite mais a distanásia, já que provavelmente tenha participado de discussões sobre a suspensão de tratamentos fúteis, ou mesmo sobre a instituição de tratamentos. Ser mais velho e ter tido mais vivências dentro da medicina também faz com que o aluno tenha uma tendência maior de evitar a distanásia. Por fim, não ter religião faz com que o aluno evite mais a distanásia, pois por muitos anos a religião impôs a luta incessante pela vida como a única escolha correta para um religioso, além da confusão entre distanásia e eutanásia. Porém, nos últimos anos, através do movimento de cuidados paliativos, essa visão tem se modificado, embora a suspensão ou a não instituição de tratamentos fúteis ainda deva causar receio para aqueles que são adeptos à alguma religião.

Um fato que demonstra a modificação da posição da religião em relação à luta desenfreada pela vida foi a explanação do Papa João Paulo II à Encíclica *Evangelium vitae* (O Evangelho da vida, 1995):

Distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado ‘excesso terapêutico’, ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar, ou ainda porque demasiado pesadas para ele e para sua família. Nessas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem contudo interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes [...] A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana diante da morte (JOÃO PAULO II, 1996, nº 65).

8 CONCLUSÃO

*“É IMPOSSÍVEL CONHECER O HOMEM
SEM LHE ESTUDAR A MORTE,
PORQUE TALVEZ MAIS DO QUE NA VIDA,
É NA MORTE QUE O HOMEM SE REVELA.
É NAS SUAS ATITUDES E CRENÇAS PERANTE A MORTE
QUE O HOMEM EXPRIME O QUE A VIDA
TEM DE MAIS FUNDAMENTAL”.*
EDGAR MORIN

Infere-se, após análise de dados e de uma forma geral, que os alunos entendem que a ortotanásia é um procedimento legalizado; compreendem a morte como fim de um ciclo natural; na fase final da formação médica participam mais de discussões sobre o processo de morte; passam a conversar com os familiares sobre a sua própria finitude e a referir ter conhecimento suficiente sobre sedação paliativa; sentem-se preparados para lidar com a morte de seus pacientes; passando a discordar mais fortemente com a prática da distanásia. No entanto, afirmam que a formação não contribuiu para um preparo adequado para o enfrentamento da morte; relatam não ter conhecimento suficiente sobre testamento vital; não acreditam que mesmo antes de ser informado o paciente saiba da gravidade de seu caso e passam a não acreditar que o paciente possa piorar após a má notícia. Foram fatores significativos para evitar com maior convicção as práticas de distanásia: ter vivência em UTI, ter mais que 25 anos e não ter religião.

Através dessas informações entende-se que houve um certo progresso, conforme o decorrer da formação médica, em relação ao entendimento da morte, na amostra estudada, apesar da persistência de algumas lacunas de conhecimento. Questiona-se ainda, se tal progresso se limita à teoria ou extravasa para a prática médica, confirmando-se através de decisões que evoquem a “boa morte”, como seria o ideal.

Quando comparadas as populações houveram diferenças significativas entre as respostas dos alunos no início da formação médica em relação aos residentes, entretanto quando comparados os alunos do início da formação versus alunos do final da graduação, ou mesmo alunos do final da graduação versus residentes não houve diferença significativa, ou seja, o progresso referido anteriormente só foi notado em um contexto específico.

As lacunas de conhecimento em relação a morte e o processo de morrer podem ser supridas através do ensino formal inserido como disciplina durante a graduação, bem como através de oficinas com pequenos grupos o que possibilita uma maior sensibilização dos alunos em relação a esses temas e real mudança de postura. Além disso, é imprescindível para consolidação do conhecimento adquirido, a convivência prática com a ortotanásia, através da atuação clínica de professores que atendam essa demanda.

Apesar das evidências de que os métodos de prolongamento da morte estão impregnados na Medicina Moderna, esse estudo alude um porvir mais consciente do real papel da medicina e do médico, no qual se lide com a morte como um processo natural. Tal desfecho suscita antigo aforismo de autor desconhecido: curar algumas vezes, aliviar muitas vezes e consolar sempre - como o principal compromisso do médico para com o doente.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresenta algumas limitações que necessitam ser ressaltadas no que tange à análise dos resultados e conclusão do mesmo. Refere-se ao fato de que, em se tratando de uma pesquisa sobre um tema complexo como a morte, usou-se de um instrumento fechado e, assim, uma análise somente quantitativa. Logo, a falta do viés qualitativo permite algumas lacunas sobre as possíveis explicações por trás das respostas dos sujeitos de pesquisa.

Sabidamente a morte fica nas entrelinhas do discurso social. A ilusão da imortalidade mantém-se ao negligenciarmos a importância de conversarmos sobre a morte e o morrer. Deparar-se com a morte do outro lembra a nossa vulnerabilidade e da morte de si mesmo. Por isso é uma tarefa tão difícil. Quando a morte faz parte da rotina, como no caso da medicina, o fato de não estar preparado gera um sofrimento recorrente, muitas vezes disfarçado de frieza e distanciamento. Esse sofrimento não tem espaço para ser compartilhado, é então negado, camuflado e calado. Haja vista a clara negação e interdição da morte na sociedade atual, explica-se o quanto torna-se árduo lidar com o paciente em final de vida ou sem perspectiva de cura. Dar a notícia da morte a alguém não gera só sofrimento no outro, mas também a quem comunica. Desta maneira muitas vezes a sensação de fracasso e impotência surge frente à morte. Diante do exposto, e como em um modo de sobrevivência, o médico utiliza-se de modo abundante de mecanismos de defesa. Talvez por isso seja tão difícil agir com compaixão, proximidade e empatia diante de um paciente em final de vida.

Portanto, não basta alocar disciplinas que falem sobre a morte e o morrer, ou mesmo cursos que ensinem a lidar melhor com a morte. Isso se faz necessário, mas mais ainda devemos tratar do tema de maneira menos velada. Faz-se necessário que os acadêmicos de medicina e residentes tenham professores e preceptores que incentivem a criticidade e a reflexão, e que tenham, antes de mais nada, tratado seus próprios medos e angústias diante da morte para que, assim, consigam conversar com os alunos abertamente sobre o tema. O exemplo fala mais que a teoria. Na atual pesquisa observamos que em teoria temos um retrato de um futuro generoso, no qual os novos médicos têm uma visão ampliada do processo de morte e tendem a fugir da prática da distanásia.

Há também uma necessidade emergente de banir o pensamento de que o médico que demonstra suas fragilidades, sentimentos e angústias, é menos competente. Se na formação médica os mestres demonstrassem também suas dificuldades diante da morte, talvez seria mais fácil para

o aluno também admitir isso. Caso contrário, angústias e sofrimentos continuarão isolados e acobertados, com a intenção de demonstrar competência.

Quando pensamos no médico para além do papel curativo, abrimos a possibilidade de encontrar sentido na profissão através de outras atuações. A formação médica deveria ser mais humanística e filosófica na graduação para que, dessa forma, o médico obtivesse uma postura de segurança e delicadeza, a fim de amparar o paciente e seus familiares no final da vida. É preciso retornar à essência do cuidado médico, do cuidar do outro.

A fim de formar um profissional que também permita ser cuidado, devemos demonstrar ser ele merecedor deste cuidado, desde o início de sua formação, dando vazão a cada dúvida, medo, facilitando espaços para que o mesmo seja mais humano, demonstrando suas fraquezas e que isso não seja motivo de vergonha. Nesse sentido, ter-se-ia um profissional apto a pensar sobre a relação clínica e desenvolver meios que permitam a construção de novas possibilidades, visando um atendimento humanizado diante do processo de morte e morrer.

Todos morrem. E viver consciente deste processo, faz toda a diferença.

Ruben Alves (1991, p. 13), descreve a morte como conselheira:

Houve um tempo em que nosso poder perante a morte era muito pequeno, e de fato ela se apresentava elegantemente. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a morte foi definida como a inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. O empreendimento tecnológico em grande parte nos seduz porque encarna hoje o sonho da imortalidade. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela (inutilmente, porque só podemos adiar...), mais tolos nos tornamos na arte de viver. E, quando isso acontece, a morte que poderia ser conselheira sábia transforma-se em inimiga que nos devora por detrás. Acho que, para recuperar um pouco da sabedoria de viver, seria preciso que nos tornássemos discípulos e não inimigos da morte. Mas, para isso, seria preciso abrir espaço em nossas vidas para ouvir a sua voz...A morte não é algo que nos espera no fim. É companheira silenciosa que fala com voz branda, sem querer nos aterrorizar, dizendo sempre a verdade e nos convidando à sabedoria de viver. Quem não pensa, não reflete sobre a morte, acaba por esquecer da vida. Morre antes, sem perceber.

10 REFERÊNCIAS

AGUIAR, I.R., et al. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. **Acta Paul Enferm.** v.19, n. 2, p. 131-137, 2006.

AHN, E., et al. The impact of awareness of terminal illness on quality of death and care decision making: a prospective nationwide survey of bereaved family members of advanced cancer patients. **Psychooncology.** v. 22, p. 2771–2778, 2013.

ALBUQUERQUE, C.; OLIVEIRA, C. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. **Millenium**, v. 25, 2002. Disponível em http://www.ipv.pt/millenium/millenium25/25_27.htm. Acesso em: 22 jan. 2019.

ALVES, R. Prefácio: a morte como conselheira. In: CASSORLA, R.M.S. **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991, p. 11-15.

ARIÈS P. **História da morte no ocidente: da idade média à atualidade**. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1997a.

ARIÈS, P. **O homem diante da morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977b.

AZEREDO, N S G. **O acadêmico de medicina frente à morte: questões para se (re)pensar a formação médica**. 2007. Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

AZEVÊDO, E.S. Bioética e medicina intensiva. **Rev Bras Terap Intens.** v. 8, n. 4, p. 174-178, 1996.

BAILE, W.F, et al. SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **Oncologist.** v. 5, n. 4, p. 302–311, 2000.

BARNETT, M.M, et al. Breaking bad news: consultants experience, previous education and views on educational format and timing. **Med Educ.** v. 41, n. 10, p. 947-956, 2007.

BECKER, J. **A negação da morte**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira Editora; 1976.

BIFULCO, V. A. A morte na formação dos profissionais de saúde. **Prática Hospitalar**, v. 8, n. 45, p. 164-166, 2006.

BOMTEMPO, T.V. A ortotanásia e o direito de viver com dignidade: uma análise constitucional. **Âmbito Jurídico.** v. 14, n. 89, [s/p.], 2011.

BORGES, D.R.; BORGES, M.E. Considerações sobre as representações da morte individualizada: imagens do morto, da boa à bela morte. In: **16º Encontro Nacional da Associação Nacional de Pesquisadores de Artes Plásticas**. Dinâmicas epistemológicas em artes

visuais, 24 a 28 de setembro de 2007, Florianópolis. Disponível em <http://anpap.org.br/anais/2007/2007/artigos/017.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2018.

BOSSAERT, L. **European Resuscitation council guidelines for resuscitation**. Amsterdam: Elsevier, 1998.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares dos cursos de graduação em medicina**. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001a. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em 01 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: Inca; 2001. Disponível em: http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf. Acesso em 21 dez. 2018.

BUCKLEY, J.; HERTH, K. Fostering hope in terminally ill patients. **Nurs Stand**. v. 19, p. 33-41, 2004.

BUCKMAN, R. **Breaking bad news: a guide for health care professionals**. Baltimore: John Hopkins University Press, 1992.

CALDANA, R.P.; MARTINS, L.A.N. A morte auxiliada por médicos. *ARS Curandi*. **JAMA**, v. 29, p. 78-87, 1996.

CAPENA, L.A.B. **Os sentimentos dos acadêmicos de medicina no seu enfrentamento com o fenômeno da morte**. 1997. Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

CHARLTON, R.C. Breaking bad news. **Med J Aust**. v. 157, n. 9, p. 615-621, 1992.

CHERNY, N.I.; PORTENOY, R.K. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. **J Palliat Care**, v. 10, p. 71-79, 1994.

CHOCHINOV, H.M. et al. Prognostic awareness and the terminally ill. **Psychosomatics**. v. 41, p. 500-504, 2000.

CLAYTON, J. et al. Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers. **Cancer**. v. 103, p. 1965-1975, 2005.

COELHO, M.O. **Relação médico-paciente e a morte**. 2001. Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

COMBINATO, D.S.; QUEIROZ, M.S. Morte: uma visão psicossocial. **Estud. Psicol.** Natal, v. 11, n. 2, p. 209-216, mai/ago 2006.

CONCONE, M.H.V. O vestibular de Anatomia. In: CONCONE, M.H.V. **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. 1988. Disponível em https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=10&Itemid=123. Acesso em: 03 mar. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009**. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. 2009. Seção I, p. 90. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.pdf. Acesso em 10 dez. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.995, de 9 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf. Acesso em 18 dez. 2018.

COYLE, N.; J. ADELHARDT, K.M.; FOLEY, R.K. Portenoy Character of terminal illness in the advanced cancer patient: pain and other symptoms during the last four weeks of life. **J Pain Symptom Manag**, v. 5, n. 11, p. 83-93 11, 1994.

DA NOVA, J.L.L., BEZERRAFILHO, J., BASTOS, L.A.M. Lição de anatomia. **Interface Comum Saúde Educ.**, v. 4, n. 6, p. 87-96, 2000.

DADALTO, L. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). **Rev. Bioét y Der.**, v. 28, p. 61-71, 2013.

DADALTO L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. **Rev. Bioét.**, v. 21, n. 1, p. 106-112, 2013.

DADALTO, L. **Testamento Vital**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

SÁNCHEZ, C. L. **Testamento vital y voluntad del paciente**: conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Madrid: Dykinson, 2003.

DAVIES, E.; HIGGINSON, I.J (Edts). **Better palliative care for older people**. Geneva: WHO, 2004.

DEL CARO, M. **Curar ou cuidar?** In: Pós-Graduação em Cuidados Paliativos. **Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais**, p.1-3, 2018a. Disponível em: <https://moodle.cmv.org.br/mod/folder/view.php?id=11903>. Acesso em: 12 ago. 2017.

DEL CARO, M. **Primum non nocere**. In: Pós-Graduação em Cuidados Paliativos, **Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais**, p.1-11, 2018b. Disponível em: <https://moodle.cmv.org.br/mod/folder/view.php?id=11903>. Acesso em: 12 ago. 2017.

- DICKINSON, G.E.; TOURNIER, R.E. A decade beyond medical school: a longitudinal study of physicians' attitudes toward death and terminally-ill patients. **Soc Sci Med**. v. 38, n. 10, p. 1397-1400, 1994.
- DINIZ, D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças.** Caderno Saúde Pública, v. 22, n. 8, p. 1741-1748, 2006.
- DOSANJH, S., BARNES, J., BHANDARI, M. Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. **Med Educ**. v. 35, n. 3, p. 197-205, 2001.
- EIZIRIK, C.L. Fantasias e realidades sobre a morte. In: **Saúde Informações Básicas**. 3º Edição revisada e ampliada. Porto Alegre: Editora da Universidade; 2002. p. 339-45.
- ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**: seguido de “envelhecer e morrer”. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- ENCK, R.E. Drug-induced terminal sedation for symptom control. **Am J Hosp Palliat Care**, v. 8, p. 3-5, 1991.
- ESCOBAR, AL. El morir humano ha cambiado. **Bol oficina Sanit Panan**, v. 108, n. 5-6, p. 465-472, 1990.
- ESSLINGER, I. **De quem é a vida, afinal?** 1 ed. São Paulo: Editora e Livraria Casa do Psicólogo, 2004.
- FAGUNDES, J.O. Ilusion of fusion and narcissism. **Rev Bras Psicanál**, v. 27, n. 3, p. 423-432, 1993.
- FARIAS, C.C., ROSENVALD, N. **Direito Civil: Teoria Geral**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Lumen Juris Ltda., 2010.
- FIGUEIREDO, M.G.M.C.A. **Cuidados Paliativos no currículo de formação médica**: o ensino como lugar de comunidades de aprendizagem. 2013. 135 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino de Ciências) – Universidade Federal de Itajubá, Itajubá, 2013.
- FONDRAS, J. C. Sedation and ethical contradiction. **Eur J Palliat Care**, v. 3, no. 1, 1996.
- GAUDENCIO, D., MESSEDER, O. Dilemas sobre o fim-da-vida: informações sobre a prática médica nas UTIS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 813-820, 2011.
- GIACOIA JÚNIOR, O. A visão da morte ao longo do tempo. **Medicina** (Ribeirão Preto. Online), v. 38, n. 1, p. 13-19, 2005.

GIROND, J.B.R, WATERKEMPER, R. Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos: compreendendo conceitos e inter-relações. **Cogitare Enferm**, v. 11, n. 3, p. 258-263, set/dez 2006.

GORER, G. **Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain**. New York: Doubleday, 1965.

GRISARD, N. Manual de orientação ética e disciplinar. **Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina**. 2a ed. Florianópolis: Imprensa Oficial do Estado de Santa Catarina, 2000, 225p.

GROSSEMAN, S. Satisfação com o trabalho: do desejo à realidade de ser médico. 2001, 282p. **Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Departamento de Engenharia de Produção e Sistemas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.**

HADDAD, D. R. S. **A morte e o processo de morrer de crianças em terapia intensiva pediátrica: vivências do enfermeiro**. 2006. Dissertação (Mestrado na Escola de Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

HAGERTY, R.G., et al. Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature. **Ann Oncol**. v. 16, p. 1005-1053, 2005.

HANCOCK, K. et al. Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. **Palliat Med**. v. 21, p. 507-517, 2007.

HANNA, S.A., MARTA, G. N., SANTOS, F. S. O médico frente a novidades no tratamento do câncer: quando parar? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 5, p. 588-593, oct. 2011.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes (Original publicado em 1927), 2002.

HERMES, H. R., LAMARCA, I.C.A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, sept. 2013.

HOFFMANN, L. Infant Death and its Representation for the Physician — Reflections about Pediatric Practice in Different Contexts. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 364-374, jul/sep, 1993.

JÚNIOR, A.S., ROLIM, L.C., MORRONE, L.C. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, n. 1, p.11-16, 2005.

KELLEY, A.M., MORRISON, R.S. Palliative care for the seriously ill. **N Engl J Med**., v. 373, p. 747-755, 2015.

- KIRK, P., KIRK, I., KRISTJANSON, L.J. What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. **BMJ**, v. 328, p. 1343, 2004.
- KLAFKE, T.E. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: CASSORLA, R.M.S. **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas: Papyrus; 1991, p. 25-49.
- KNOBEL, M., SILVA, A.L.M. O paciente terminal: vale a pena investir no tratamento? **Revista Einstein**. São Paulo: Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, v. 2, p. 133, 2004.
- KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências e Saúde**. Manguinhos, v. 8, n. 1, p. 48-70, 2001.
- KOVÁCS, M.J. Paciente terminal e a questão da morte. In: KOVÁCS, M.J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992a, p.188-203.
- KOVÁCS, M.J. Atitudes diante da morte: visão histórica, social e cultural. KOVÁCS, M.J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992b.
- KOVÁCS, M.J. Os Profissionais de saúde e educação e a morte. In: KOVÁCS, M.J. **Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003a. p.23-70.
- KOVÁCS, M.J. **Educação para a morte: temas e reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003b.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 8º ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2002.
- LASCH, C. **The culture of narcissim**. New York: Norton, 1978.
- LEAL, F. Transmissão de más notícias. **Rev Port Clin Geral**, v. 19, n. 41, p. 40-43, 2003.
- LEÃO, N. O paciente terminal e a equipe interdisciplinar. In: ROMANO, B.W. **A prática da Psicologia nos Hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994, p. 137-147.
- LIN, C., TSAY, H. Relationships among perceived diagnostic disclosure, health locus of control, and levels of hope in Taiwanese cancer patients. **Psychooncology**, v. 14, p. 376-385, 2005.
- LINO, A.C., et al. Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Rev Bras Educ Méd.**, v. 35, n. 1, p. 52-57, 2011.
- MACHIN, R C et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, nov. 2011.

MAGUIRE, P., FAIRBAIRN, S., FLETCHER, C. Consultation skills of young doctors: II-Most young doctors are bad at giving information. **Br Med J (Clin Res Ed)**, v. 292, n. 6535, p. 1576-1578, 1986.

MAGUIRE, P. Breaking bad news. **Eur J Surg Oncol.**, v. 24, n. 3, p. 188-191, 1998.

MARTA, G.N. et al. O estudante de medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. **Rev Bras Educ Med.**, v. 33, n. 3, p 405-416, 2009.

MARTIN, L.M. **A ética médica diante do paciente terminal**. São Paulo: Santuário, 1993.

MARTIN, L.M. Eutanásia e distanásia. In: COSTA, S.I.F. (Org.). Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p.171-92.

MASCIA, A.R., et al. Atitudes frente a aspectos relevantes da prática médica: estudo transversal randomizado com alunos de segundo e sexto ano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1, p. 40-48, 2009.

McWHINNEY, I.R. **Manual de medicina familiar**. Lisboa: Inforsalus, 1994.

MELEIRO, A. **Médico como paciente**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

MELLO, A.A.M., SILVA, L.C. A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. XVIII, n. 1, p. 52-60, jan-jun, 2012.

MENEZES, M.S., FIGUEIREDO, M.G.M.C.A. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos - Revisão. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 69, n.1, p. 72-77, Jan. 2019.

MENEZES, R.A. Etnografia do ensino médico em um CTI. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v. 5, n. 9, p. 117-130, 2001.

MICHALK, C., MONCORGE, A. Fichelle et al Midazolam infusion for basal sedation in intensive care: absence of accumulation. **Intensive Care Med**, v. 15, p. 37-41, 1998.

MOREIRA, I.P. **O doente terminal em contexto familiar**. Coimbra: Edições Formasau, 2001.

MORIN, E. **O homem e a morte**. São Paulo: Imago Editora, 1997.

MORITZ, R.D., MORITZ, S.C., MARTINS, J. The knowledge and acceptance of death and dying by medical and nursing students in a public university in Brazil. In: **8th World Congress of Intensive Care and Critical Care Medicine**; October 28-November 1. Australia: Sydney, 2001.

MORITZ, R.D., MORITZ, S.C. The knowledge and acceptance of death and dying by medical and nursing students in a public university in Brazil. In: **8th World Congress of Intensive Care and Critical Care Medicine**; October 28-November 1. Australia: Sydney, 2001.

MORITZ, R D. **O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais de saúde diante da morte**. Florianópolis. Doutorado [Tese] – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MORITZ, R.D. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. Simpósio. **Bioética.**, v. 13, n. 2, 2005.

MOUNT, B. Morphine drips, terminal sedation, and slow euthanasia: definitions and facts, not anecdotes. **J Palliat Care**, v. 12, p. 31-37, 1996.

MURRAY, K. Getting comfortable with death & near-death experiences how doctors die: a model for everyone? **Missouri Medic.**, v. 372, n. 110, p. 5, sept./oct. 2013.

NASCIMENTO, C.A.D., et al. A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. **Rev RENE**, v. 7, n. 1, p. 52-60, 2006.

NELSON, J.E., DANIS, M. End-of-life care in the intensive care unit: Where are we now? **Crit Care Med.**, v. 29, n. 2, p. N2-N9, suppl., 2001.

NORTON, S.A., TALERICO, K.A. Facilitating end-of-life decision-making: strategies for communicating and assessing. **J Gerontol Nurs.**, v. 26, p. 6-13, 2000.

NUNES, R. Testamento Vital. *Nascer e Crescer*, Porto, v. 21, n. 4, p. 250-255, dez. 2012.

OLIVEIRA, E.A., SANTOS, M.A., MASTOPIETRO, A.P. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 2, 2010.

ORGEL, E, McCARTER, R., JACOBS, S. A failing medical educational model: a self-assessment by physicians at all levels of training of ability and comfort to deliver bad news. **J Palliat Med.** v. 13, n. 6, p. 677-683, 2010.

OTHERO, J.C.B. **Atitudes médicas nas últimas 48 horas de vida de pacientes adultos internados em três UTIs no sul do Brasil**. 2008.100f. Dissertação (Faculdade de Medicina) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

PENALVA, L., DADALTO, L., TEXEIRA, A.C.B.T. Terminalidade e autonomia: uma abordagem do testamento vital no direito brasileiro. In: BARBOZA, H.H., MENEZES, R.A., PEREIRA, T.S. **Vida, morte e dignidade humana**. São Paulo: GZ editora, 2010, p. 59-72.

PERAZZO, S. **O médico e a morte**. **Rev Psiquiatr Clín.**, v. 12, n. 3-4, p. 96-100, 1985.

PEREIRA, A.T.G., FORTES, I.F.L., MENDES, J.M.G. Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 7, n. 1, p. 227-235, 2013.

PEROSA, G.B., RANZALINI, P.M. Capacitação do Médico para Comunicar Más Notícias à Criança. **Rev Bras Educ Méd.**, v. 32, n. 4, p. 468–473, 2008.

PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Bioética**, v. 4, p. 31-34, 1996.

PESSINI, L. **Morrer com dignidade**. Aparecida: Santuário, 1990.

PICCELLI, A.V.H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, n. 1, p. 21-7, 1998.

PICCINI, C.F., et al. Testamento vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. **Bioethikos**, v. 5, n. 4, p. 384-391, 2011.

PINHO, L.M.O., BARBOSA, M.A. A relação docente-acadêmico no enfrentamento do morrer. **Rev Esc Enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 107-112, 2010.

PIVA, J.P., CARVALHO, P.R.A. Consideração ética nos cuidados médicos do paciente terminal. **Bioética**. 1993; v. 1, n. 2, p. 129-138, 1993.

QUINTANA, A.M., et al. O Preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. **Rev Bras Educ Méd.**, v. 26, n. 3, p. 204-210, 2002.

QUINTANA, A M. Morte e formação médica: é possível a humanização? In: SANTOS, F.S. (Org.). **A arte de morrer: visões plurais** (Vol. 2.). São Paulo: Comenius, 2009.

RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A., LIMA, M.C. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 6, n. 11, p. 107-116, 2002.

RAPOSO, V. L. **Directivas antecipadas de vontade**: em busca da lei perdida. Lisboa: Revista do Ministério Público, 2011.

REGO, S., PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1755-1760, ago. 2006.

REISER, S.J. Words as Scalpels: transmitting evidence in the clinical dialogue. **Ann Intern Med.**, v. 92, n. 6, p. 837-842, 1980.

RODRIGUES, J.C. **Tabu da Morte**. 2º ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

RODRIGUES, I.G. **Cuidados paliativos**: análise de conceito. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

- ROMANO, B.W. **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994.
- SADALA, M.L.A., SILVA, M.P. Cuidar de pacientes em fase terminal: a experiência de alunos de medicina. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 12, n. 24, p.7-21, jan./mar. 2008.
- SANCHO, M.G. **Como dar las malas noticias en medicina**. Madrid: Arán Ediciones SA, 1998.
- SCHMITT, E.E. **Oscar e a senhora rosa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003.
- SCHOELLER, M.T. **Guia prático para o tratamento da dor oncológica**. 2. ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de oncologia clínica, 2002.
- SILVA, C.M.G.C.H., et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciência &Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1457-1465, 2011.
- SILVA, V.C.E., ZAGO, M.M.F. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 4, p. 476-480, 2005.
- SILVA, G.S.N. **A construção do "ser médico" e a morte**: significados e implicações para a humanização do cuidado. 2007. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- SILVA, J.A.C., et al. Conhecimento de estudantes de medicina sobre o testamento vital. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 563-571, dez. 2015 .
- SMITH, T.J., et al. Giving honest information to patients with advanced cancer maintains hope. **Oncology** (Williston Park), v. 24, p. 521-525, 2010.
- SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE ETHICS COMMITTEE. Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's ethics committee regarding futile and othe possibly inadvisable treatments. **Crit Care Med.**, v. 25, n. 5, p. 887-891, 1997.
- SPRUNG, C.L., et al. Communication of end of life decisions in the ICU. **Crit Care Med.**, v. 28, n. 12, p. A35 suppl., 2000.
- STEVENS, L., et al. Education, ethics, and end-of-life decisions in the intensive care unit. **Crit Care Med**, Sydney, v. 30, n. 2, p. 290-296, 2002.
- TAKAHASHI, C.B., et al. Morte: percepção e sentimentos de acadêmicos de enfermagem. **Arq Ciênc Saúde**, v. 15, n. 3, p. 132-138, 2008.
- TEMPLE, W.J. Inspiring hope - A physician's responsibility, translating the science into clinical practice. **J Surg Oncol.**, v. 1, p. 6, 2017.
- TOLSTOI, L. **A morte de Ivan Ilitch**. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2008.

TWYXCROSS, R.C. **Cuidados paliativos**. Lisboa: Climepsi Editores, 2001.

VARELLA, D. **Por um fio**. 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

VICTORINO, A.B., et al. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. **Rev da SBPH**, v. 10, p. 53-63, 2007.

VROLIJK, A, DIJKEMA, M.F., TIMMERMAN, G. **Communication models**. a programmed instruction. Alphen aan den Rijn: Samson, 1972.

ZAIDHAFT, S. **Morte e formação médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO:

Idade: anos

Sexo: F() M()

Estado Civil: Casado () Solteiro() Viúvo () Separado() Vive com um(a) companheiro(a)()

Religião: _____

Estudante de medicina () qual semestre:_____

Residente () especialidade _____ () 1º ano () 2º ano () 3º ano

Trabalhou/estagiou em UTI () sim () não()

1- O que a morte simboliza para você? Marque apenas uma assertiva.

- a) morte como um fim de um ciclo natural
- b) início de uma vida nova
- c) mistério, enigma
- d) sentimento de culpa , fracasso, impotência
- e) nenhuma das assertivas

Indique com um “x” seu grau de concordância ou discordância em cada uma das assertivas abaixo:

2- Eu me acho preparado para lidar com a morte de meus pacientes.

Concordo fortemente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo fortemente

3- Minha formação acadêmica inclui ou incluiu um preparo para o enfrentamento com a morte.

Concordo fortemente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo fortemente

4- Eu presencio ou participo frequentemente de discussões sobre recusar o início de um tratamento

ou suspender um tratamento a fim de evitar a obstinação terapêutica.

--	--	--	--	--

Concordo
fortemente

Concordo

Não concordo
nem discordo

Discordo

Discordo
fortemente

5- O papel de dar a má notícia ao paciente quanto a seu diagnóstico ou estado de saúde é primordialmente do médico.

--	--	--	--	--

Concordo
fortemente

Concordo

Não concordo
nem discordo

Discordo

Discordo
fortemente

6- Já conversei com meus familiares sobre a morte e as decisões sobre o morrer.

--	--	--	--	--

Concordo
fortemente

Concordo

Não concordo
nem discordo

Discordo

Discordo
fortemente

7- Acredito que mesmo antes de ser informado o paciente já sabe sobre a gravidade de seu caso.

--	--	--	--	--

Concordo
fortemente

Concordo

Não concordo
nem discordo

Discordo

Discordo
fortemente

8- Acredito que após ser informado sobre a gravidade de sua doença o paciente possa piorar.

--	--	--	--	--

Concordo
fortemente

Concordo

Não concordo
nem discordo

Discordo

Discordo
fortemente

9- Tenho conhecimentos necessários sobre sedação paliativa a fim de garantir um processo de morte e morrer menos doloroso ao meu paciente.

--	--	--	--	--

Concordo
fortemente

Concordo

Não concordo
nem discordo

Discordo

Discordo
fortemente

10- Durante minha formação pude aprender o suficiente sobre testamento vital para conseguir orientar meus pacientes sobre esse assunto.

--	--	--	--	--

Concordo
fortemente

Concordo

Não concordo
nem discordo

Discordo

Discordo
fortemente

11- A ortotânasia é permitida segundo o Conselho Federal de Medicina em se falando de pacientes com doença grave fora de possibilidade de cura.

Concordo fortemente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo fortemente

Casos Clínicos, questões 12,13, 14:

12- Paciente idosa 93 anos, AVC prévio, alimentando-se por gastrostomia, insuficiência cardíaca congestiva com fração de ejeção de 32%, acamada há 03 anos. Chega ao pronto-socorro com dificuldade respiratória no momento, gemente, saturação de oxigênio 40%. Familiares pedem que não haja investimento terapêutico. Plantonista rapidamente o intuba e o coloca em ventilação mecânica, em relação a conduta do plantonista você:

Concordo fortemente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo fortemente

13- Se você estivesse com um câncer em estágio avançado já metastático e apresentasse uma parada cardiorrespiratória desejaria ser ressuscitado.

Concordo fortemente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo fortemente

14- Se seu familiar apresentasse uma doença grave irrecuperável e antes deste diagnóstico tivesse manifestado a vontade de não ser ressuscitado caso fosse necessário. Nesse caso se ele apresentasse uma parada cardiorrespiratória você iniciaria a reanimação.

Concordo fortemente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo fortemente

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: O médico residente e o estudante de medicina frente a terminalidade da vida: uma análise das atitudes e conhecimentos sobre o processo morte e morrer

Pesquisador responsável: Mirian Seligman de Menezes, contato telefônico: (55) 99717728, Departamento de Cirurgia, contato (55) 3220-8507, Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Prédio 26 A Sala 1348, Faixa de Camobi, Km 09 -Campus Universitário, Santa Maria/RS – 97105-900, Brasil

Local da coleta de dados: Centro de Ciências da Saúde (Universidade Federal de Santa Maria Centro de Ciências da Saúde, Prédio 26 A, Faixa de Camobi, Km 09 - Campus Universitário, Santa Maria/RS – 97105-900, Brasil) e Hospital Universitário de Santa Maria (Av. Roraima 1000, Prédio 22, Campus, Bairro Camobi, Santa Maria - RS CEP 97105-900, Brasil)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu Miriam Seligman de Menezes e a mestranda Kelly Carvalho Silveira Gonçalves, responsáveis pela pesquisa citada acima, lhe convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo. Leia cuidadosamente o que segue e pergunte ao responsável pela organização do projeto e aplicação do questionário se tiver qualquer dúvida. Após ser esclarecido(a) sobre as informações, no caso de aceitar fazer parte do projeto, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador. Em caso de recusa em participar da pesquisa você não será prejudicado(a) de forma alguma no seu desempenho acadêmico.

Está pesquisa tem como objetivo geral: verificar as atitudes e os conhecimentos dos profissionais da saúde em relação à morte, ao morrer, à recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis. A realização desta pesquisa se justifica na importância do tema: terminalidade, pouco abordado durante a graduação apesar da exposição inerente do médico à morte e ao processo de morrer. Como meio de análise deste assunto serão aplicados questionários, sua participação constará no preenchimento dos mesmos.

A sua identidade não será revelada em nenhum momento do trabalho. Você não precisará colocar o seu nome no questionário que vai responder. O questionário será arquivado por cinco anos, no seguinte endereço: rua Venâncio Aires 2086, ap 501, CEP 97010004, Santa Maria, RS, Brasil, sob responsabilidade da pesquisadora responsável e da mestranda, após esse período será destruído ou incinerado. A sua participação no estudo não trará benefícios diretos a você (tratamento especial ou dinheiro), mas poderá trazer novos conhecimentos sobre esse tema importante da prática médica.

Essa pesquisa tem risco mínimo, sendo assim você poderá sentir algum desconforto ao preencher o questionário já que fala sobre a morte, tema tabu para algumas pessoas, além disso também poderá haver cansaço, em princípio não havendo outros riscos durante sua participação. A fim de minimizar esses riscos o questionário é breve e sinta-se à vontade de não responder ou interromper sua participação em qualquer etapa do projeto.

Você não pagará nada ao participar da pesquisa e apenas utilizará seu tempo para responder aos questionários. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores.

A divulgação do trabalho terá finalidade acadêmica, esperando contribuir para um maior conhecimento do tema estudado. Aos participantes cabe o direito de retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo algum. Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Os dados coletados serão utilizados na dissertação de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da UFSM. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os pesquisadores se comprometem a seguir as diretrizes da Resolução 466/12, que regulariza as normas para pesquisa com seres humanos no Brasil.

AUTORIZAÇÃO:

Eu, _____ fui informado dos objetivos desta pesquisa de forma esclarecedora. Obtive as informações necessárias e estou ciente que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim desejar. Fica acordado que meus dados pessoais não serão divulgados evitando assim a minha identificação. Estou ciente de que poderei entrar em contato com os realizadores desta pesquisa caso tiver novas dúvidas.

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Data: _____

Assinatura do pesquisador _____

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS -

2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

Em casos de dúvidas entrar em contato com: Md. Kelly Carvalho Silveira – Médica Residente em Medicina da Família e Comunidade do Hospital Universitário de Santa Maria. Tel (55)81268909 – E-mail: kellycarvalho.silveira@gmail.com

APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do estudo: O médico residente e o estudante de medicina frente a terminalidade da vida: uma análise das atitudes e conhecimentos sobre o processo morte e morrer

Pesquisador responsável: Mirian Seligman de Menezes, contato telefônico: (55) 99717728, Departamento de Cirurgia, contato (55) 3220-8507, Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Prédio 26 A Sala 1348, Faixa de Camobi, Km 09 -Campus Universitário, Santa Maria/RS – 97105-900, Brasil

Local da coleta de dados: Centro de Ciências da Saúde (Universidade Federal de Santa Maria Centro de Ciências da Saúde, Prédio 26 A, Faixa de Camobi, Km 09 - Campus Universitário, Santa Maria/RS – 97105-900, Brasil) e Hospital Universitário de Santa Maria (Av. Roraima 1000, Prédio 22, Campus, Bairro Camobi, Santa Maria - RS CEP 97105-900, Brasil)

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de questionários, no Hospital Universitário de Santa Maria e Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: rua Venâncio Aires 2086 , ap 501, 97010004 - Santa Maria – RS , por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da mestrandia Kelly Carvalho Silveira Gonçalves. Após este período os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro Caae Santa Maria,.....dede 20.....

.....

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS -
2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

Em casos de dúvidas entrar em contato com: Md. Kelly Carvalho Silveira – Médica Residente em Medicina da Família e Comunidade do Hospital Universitário de Santa Maria. Tel (55)81268909 – E-mail: kellycarvalho.silveira@gmail.com