

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
MESTRADO EM BIOÉTICA

DÉBORAH AZENHA DE CASTRO

UMA REFLEXÃO SOBRE BIOÉTICA DIANTE DAS
DIFICULDADES DO PEDIATRA NO PROCESSO DA MORTE
DE SEU PACIENTE
(Edição Revisada)

São Paulo

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

DÉBORAH AZENHA DE CASTRO

UMA REFLEXÃO SOBRE BIOÉTICA DIANTE DAS
DIFICULDADES DO PEDIATRA NO PROCESSO DA MORTE
DE SEU PACIENTE
(Edição Revisada)

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo, orientado pela Prof.^a Vera Zaher e co-orientado pelo Prof. Márcio Fabri, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Bioética.

São Paulo

2008

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Pe. Inocente Radrizzani

Castro, Déborah Azenha de

Uma reflexão sobre Bioética diante das dificuldades do pediatra no processo da morte de seu paciente/ Déborah Azenha de Castro. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2008.

100p. edição revisada

Orientação de Vera Lúcia Zaher e Márcio Fabri

Dissertação de Mestrado em Bioética, Centro Universitário São Camilo, 2008.

1. Atitude frente a morte 2. Bioética 3. Criança 4. Relações médico-paciente I.Zaher, Vera Lúcia II.Fabri, Márcio III. Centro Universitário São Camilo IV.Título.

Déborah Azenha de Castro

UMA REFLEXÃO SOBRE BIOÉTICA DIANTE DAS
DIFICULDADES DO PEDIATRA NO PROCESSO DA MORTE
DE SEU PACIENTE
(Edição Revisada)

São Paulo, de de 2008.

Prof. Orientador (nome)

Prof. Examinador (nome)

Prof. Examinador (nome)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, pois nele sempre encontro forças, em todos os momentos de minha vida.

Ao meu pai (*in memoriam*) e à minha mãe (*in memoriam*), por me proporcionarem a oportunidade de realizar um sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus filhos: Gabriel, Camilla e Eduardo, pela compreensão que tiveram durante minha ausência;

Aos meus queridos primos: Sandra, Bira, Leandro e Lisandra, por me acolherem com tanto carinho;

Ao Pe. César, pelos momentos que me estimulou e me impulsionou nesta trajetória;

Ao Cismepar, pela liberação das horas de trabalho;

À minha orientadora Vera Lucia Zaher, pela paciência em meus momentos de crise;

Ao meu co-orientador Marcio Fabri dos Anjos, pela importante contribuição nas correções;

Aos amigos que estavam sempre presentes, em especial, à Elizete e à Solimar;

À Irmã Elvira, pela atenção e carinho;

Aos médicos que aceitaram participar desta pesquisa.

*Para tudo há um tempo,
para cada coisa há um momento
debaixo dos céus: tempo para nascer,
e tempo para morrer; tempo para plantar,
e tempo para arrancar o que foi plantado;
tempo para matar, e tempo para sarar;
tempo para demolir, e tempo para construir;
tempo para chorar, e tempo para rir;
tempo para gemer, e tempo para dançar;
tempo para atirar pedras, e tempo para ajuntá-las;
tempo para dar abraços, e tempo para apartar-se.
Tempo para procurar, e tempo para perder;
tempo para guardar, e tempo para jogar fora;
tempo para rasgar, e tempo para costurar;
tempo para calar, e tempo para falar;
tempo para amar, e tempo para odiar;
tempo para a guerra, e tempo para a paz.
(Eclesiastes 3, 1-8).*

CASTRO, Déborah Azenha de. **Uma reflexão sobre Bioética diante das dificuldades do pediatra no processo da morte de seu paciente [dissertação]**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2008. 100p. Mestrado em Bioética.

A ciência, sobretudo no século XX, na área da saúde, ampliou significativamente a expectativa de vida e de bem estar do ser humano. Perante a sociedade, é o médico que tem a responsabilidade pela saúde dos homens e a preocupação em aliviar sua dor, seja física ou emocional. Tais fatores não são considerados deveres de um profissional, mas deveres de toda uma equipe. Quando o ser humano morre, o médico se depara com a dura realidade de que os anos de estudos não foram suficientes para impedir que esse fato acontecesse. A necessidade de repensar a relação médico-paciente foi uma das primeiras conquistas do debate bioético. Esta pesquisa tem como objetivo investigar, do ponto de vista bioético, a percepção que o pediatra tem sobre seus sentimentos, como se relaciona com a finitude da vida de seus pacientes e quais os significados que constrói para compreender a morte. Foram entrevistados 29 médicos pediatras, de diversas especialidades, que atendem em um hospital pediátrico. Verificou-se que os médicos entrevistados, independente da universidade que se formaram ou do tempo de formação, não obtiveram instruções sobre como lidar com a morte. Assim, não obtendo preparo para lidar com essa realidade de forma explícita, aprenderam a utilizar alguns mecanismos de defesa nessas situações, fato que os tornam ainda mais vulneráveis. Concluiu-se que os pediatras necessitam de informação e qualificação, seja através de disciplinas ou grupos de estudos, além de grupos de apoio que preparem melhor os futuros profissionais. Se aprenderem a lidar melhor com os próprios sentimentos, os futuros médicos estarão menos vulneráveis, podendo enfrentar situações de conflito vividas no dia-a-dia, dando melhor continência, quer para a família dos pacientes, quer para si mesmos. Dessa maneira, tais profissionais serão mais sensíveis ao sofrimento humano.

PALAVRAS-CHAVE: bioética; morte; médico; vulnerabilidade.

CASTRO, Déborah Azenha of. A reflection of bioethics in the face of difficulties of pediatrician in the process of the death of his patient [dissertation]. Sao Paulo: University Center Saint Camillus, 2008. 100p. Master's in Bioethics.

The science, especially in the twentieth century, in the area health significantly increased the expectation of life and welfare of human beings. In the presence of society is the doctor who takes responsibility for the health of men and to be worried in to ease one's pain, whether physical or emotional, and considered him not only a duty but the whole team. And when the human being dies, the doctor is facing the harsh reality that years of study were not sufficient to prevent this actually happen. The need to rethink the doctor-patient relation was one of the first achievements of the bioethical discussion. This search as objective to investigate the bioethical point of view, the perception that the pediatrician has on their feelings, as they relate to the finiteness of life of their patients and what the meanings that build to understand the death. We interviewed 29 pediatricians from various specialties who attended in a pediatric hospital. It verify that the doctors interviewed independent of the university or the time of instruction not been trained on how to deal with death. So gain not to prepare to deal with this reality so explicit, they learned to use some mechanisms of protection in these situations, being more vulnerable. It was concluded that they need to have more information and qualification through disciplines, or groups of study, apart from support groups to better prepare future professionals. Dealing with your feelings are less vulnerable and can deal with these situations of conflict experienced in their day-to-day, so that might give a better continence, or to the family of patients, either for yourself, to doctors being more sensitive the human suffering.

KEYWORDS: bioethics; death; doctor; vulnerability.

Lista de Quadros

Quadro 01	Número de médicos entrevistados e suas respectivas especialidades.....	49
Quadro 02	Descrição das respostas dos médicos entrevistados em relação aos dados pessoais (módulo A).....	53
Quadro 03	Relação das respostas dos médicos referentes aos motivos da escolha pela especialidade (módulo A)	55
Quadro 04	Relação das respostas dos médicos referentes aos motivos da escolha pelo curso de medicina (módulo B).....	57
Quadro 05	Relação das respostas dos médicos referentes à instrução recebida sobre como lidar com a morte, na instituição onde realizaram o curso superior (módulo B).....	59
Quadro 06	Relação das respostas dos médicos referentes ao contato com a morte de paciente infantil, por época de graduação (módulo B).....	61
Quadro 07	Relação das respostas dos médicos referentes à experiência de perder uma criança em sua prática profissional (módulo C).....	63
Quadro 08	Relação das respostas dos médicos sobre como lidam com a morte (módulo C).....	66
Quadro 09	Relação das respostas dos médicos referentes ao gênero e ao conversar sobre a morte com crianças (módulo C).....	68
Quadro 10	Relação das respostas dos médicos referentes à instituição onde fizeram o curso superior e à questão do conversar sobre a morte com os pais do paciente (módulo C).....	69
Quadro 11	Relação das respostas dos médicos referentes ao gênero e os motivos que os levaram a perceber que os sentimentos afetaram o comportamento - conduta.....	71
Quadro 12	Relação das respostas dos médicos referentes aos conflitos éticos que envolveram o processo de morte (módulo D).....	74

Quadro 13	Relação das respostas dos médicos referentes ao resumo da experiência sobre como é lidar com a morte na pediatria (módulo D).....	76
Quadro 14	Relação das respostas dos médicos referentes às instituições de ensino superior onde realizaram o curso de medicina e à sugestões dadas por eles sobre a questão do lidar com a morte (módulo D).....	78

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Lista de quadros

Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVO.....	16
	2.1. Objetivo Geral.....	16
	2.2. Objetivos Específicos.....	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
	3.1. Alguns aspectos históricos da medicina.....	17
	3.2. O médico de hoje.....	20
	3.3. A evolução da concepção de morte.....	22
	3.4. O médico frente à morte.....	25
	3.5. Formação médica.....	30
	3.6. Conceitos bioéticos na relação médico e finitude de vida.....	34
	3.7. Aspectos psicodinâmicos e finitude de vida.....	41
4	DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	48
	4.1. Local da pesquisa.....	48
	4.2. Sujeitos da pesquisa.....	48
	4.3. Instrumentos.....	49
	4.4. Procedimentos.....	50
	4.5. Aspectos Éticos da Pesquisa.....	51
5	ANÁLISE DOS DADOS (RESULTADOS).....	52
6	DISCUSSÃO.....	79
7	CONCLUSÃO.....	91
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
9	ANEXOS.....	97

1 INTRODUÇÃO

A ciência, na área da saúde, ampliou significativamente a expectativa de vida e bem estar do ser humano, no entanto, diante da morte, se vê, ainda, impotente. O tema *morte* geralmente vem revestido de muitos medos, fantasias, raivas e também sempre cercado de “conotações misteriosas”. Criam-se verdadeiros tabus em torno de sua realidade, no entanto, é parte integrante e inevitável da própria vida e deveria ser absolutamente normal incluir a experiência de morte para se ter uma boa qualidade de vida.

Segundo Mannoni (1995), os médicos, por não conseguirem prolongar a vida de seus pacientes ou por não curá-los, sentem-se, muitas vezes, impotentes. Tais médicos têm dificuldades em lidar com a morte, por não estarem preparados. São seres humanos que sentem medo, ansiedade, pressão, angústia. Diante da dificuldade e o provável despreparo para lidar com a situação, a primeira reação inconsciente é fugir de seu paciente.

Pinkus (1988) afirma que a formação médica e a série de recursos técnicos levam o paciente à cura ou pelo menos a uma situação melhor do que se encontrava antes. Para esse mesmo autor, (p.121) *“a morte apresenta-se muitas vezes como um acontecimento que frustra a própria imagem que o profissional tem de seu papel, e no plano psicológico inconsciente fere seu narcisismo”*. Coloca-nos, também, que a formação desses profissionais é caracterizada pelo treinamento focado para a ação e pouca valorização para o desenvolvimento da capacidade de ouvir ou mesmo perceber a comunicação não verbal. Isso, muitas vezes, faz com que o profissional saiba reagir corretamente perante a morte.

Os médicos podem apresentar alguns aspectos psicológicos que podem influenciar suas atividades médicas, em função das pressões inerentes à profissão, das tarefas do dia-a-dia, da doença, da morte, do contato íntimo com o corpo do outro - suas queixas, reivindicações, submissões e hostilidades. Dessa forma, transformam esses sentimentos, através da racionalização e outros mecanismos de defesa, para terem um bom desempenho do trabalho e, assim, protegem-se do sofrimento frente à morte do outro (GILBERT, 2006).

Assim, a formação médica e seu exercício profissional exigem um desenvolvimento contínuo, para que os profissionais tenham consciência de suas

competências científicas, da ética e, principalmente, de suas limitações (SEGRE; COHEN, 1999).

Perante a sociedade, o médico tem a responsabilidade de cura. Assim, o médico também apresenta maior sentimento de fracasso e medo de errar frente à morte de seu paciente. Quando há morte do paciente, o médico depara-se com a dura realidade de que todos os anos de estudos não foram suficientes para impedir a morte. Esse fato aponta para a fragilidade e até mesmo para a vulnerabilidade do profissional, diante das tomadas de decisão. Ter a preocupação com o ser humano e aliviar sua dor, seja física ou emocional, são deveres do médico e de toda a equipe multidisciplinar.

Assim, se o profissional puder compreender a morte como parte integrante da vida, entendendo as próprias atitudes diante de tal fato, poderá promover mudanças em sua formação e em si mesmo. Como consequência disso, se tornará mais preparado para o atendimento aos pacientes terminais e seus familiares.

O reconhecimento da própria vulnerabilidade, segundo Anjos (2006), é o ponto de partida para o encontro com o outro e o caminho para a superação das próprias fragilidades.

O médico deve ter claro o limite de sua competência. Sendo assim, não deve agir como técnico, deixando o paciente decidir, colocando-se fora do problema. Também não deve agir como dono da verdade, sem importar-se com a opinião de seu paciente. (HOSSNE, 1999).

Alguns princípios enunciados pelo juramento elaborado por Hipócrates permanecem até os nossos dias para dar estrutura à relação médico-paciente. Esse juramento preconiza que o médico deveria ter um profundo sentimento de amizade e amor. Isso significa que deveria exercer seu trabalho com amor pelo ser humano e também pela técnica, buscando sempre o bem estar do paciente (HOSSNE, 1999).

Para Sgreccia (2002), a relação médico-paciente deve ter um sentido dual e interpessoal (respeitando todos os aspectos éticos envolvidos). Esse diálogo exige do médico uma preparação, tanto técnica quanto psicológica. Esse autor enfatiza, também, que a maturidade ética do médico se faz necessária diante de situações vividas em seu dia-a-dia como, por exemplo, casos de doença e morte. É importante que, por conta do eventual insucesso, o médico não crie dinamismos psicológicos capazes de ativar mecanismos de defesa, ferindo ou marcando esse profissional.

Na tentativa de oferecer uma orientação na elaboração de normas mais específicas e no trato de casos concretos ligados à medicina e à pesquisa Biomédica, Beauchamp e Childress desenvolveram a primeira aproximação sistemática, secular e orientada por princípios da ética. Baseados no vasto pluralismo de valores e de estilos de vida moral que define, em geral, o panorama ético. Nasceu, assim, a bioética dos princípios (NÉRI, 2004).

É importante ressaltar que esses princípios da bioética não se situam na teoria de ética geral. Trata-se, na verdade, de uma tentativa de aproximação dos problemas. Cabe ao profissional de bom senso ver os princípios como instrumentos de interpretação, direcionando determinadas situações (NÉRI, 2004).

É importante ter a compreensão que a bioética é uma ciência da qual o homem é sujeito de sua ação e não somente objeto. Trata-se de estar aberto ao diálogo, não só com as ciências da área biológica, mas com todas as ciências que tratam da vida. O grande desafio de trabalhar com a pluralidade é considerar as diferenças, respeitando-as (NÉRI, 2004).

Em nosso dia-a-dia, não costumamos pensar na morte. A idéia da morte nos parece distante. Porém, o que acontece com o médico pediatra, que se depara constantemente com a morte em seu cotidiano? Será possível identificar as dificuldades e limitações desse profissional, diante da morte de seus pacientes infantis?

Percebe-se o quão importante é falar sobre a morte. É importante, também, encontrar palavras capazes de transmitir o intransmissível, criando espaços para ajudar cada um de nós a enfrentar a própria morte ou a de uma pessoa querida.

Segundo Vianna e Piccelli (1998), a literatura científica tem produzido muitos frutos sobre a atitude do médico diante da morte, mas há poucos estudos que possam definir se tal reação surge durante a vivência da profissão, de sua história pessoal ou se surgem durante a formação médica.

Para compreender questões relevantes como essa, buscou-se através da história do nascimento da medicina, o juramento hipocrático para a discussão sobre a relação que pode existir entre o profissional pediatra (visto como pessoa humana) e o enfrentamento da morte de seus pacientes. Essa discussão poderá promover uma compreensão maior sobre o papel do médico diante da morte e sobre as dificuldades e limitações que esse profissional poderá ter.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Investigar, do ponto de vista da Bioética, a percepção e a compreensão do profissional-médico sobre seus sentimentos, diante da morte de um paciente infantil.

2.2 Objetivos Específicos

- Investigar como os médicos se relacionam com a finitude da vida de seus pacientes;
- Conhecer atitudes e comportamentos no atendimento a doentes infantis próximos da morte e de seus familiares;
- Conhecer quais os significados que o médico constrói para compreender a morte infantil e os correspondentes sentimentos que experimenta, diante de tal morte.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Alguns aspectos históricos da medicina

Na antiguidade clássica, principalmente na Itália ou na Grécia, as curas eram feitas em templos. O mais famoso de todos esses templos é conhecido como Epidauro. Antes de chegar a tal templo para ser curado, o doente deveria passar por ritos de purificação. No santuário, dedicado a Esculápio, Deus da Medicina, atribuem-se muitos milagres feitos por essa divindade. A história relata que, antigamente, a medicina era considerada uma “arte”, um conjunto de conhecimentos pragmáticos e de receitas (ULLMANN; BOHNEN, 1994; MILLAN et al., 1999).

Os conhecimentos de Hipócrates (século V a.C.), com os quais procuravam curar os enfermos, mostrando que todas as doenças eram de causas naturais e não sobrenaturais, foram levados para a Magna Grécia, onde foram desenvolvidos e difundidos por Cláudio Galeno (129-199) (ULLMANN; BOHNEN, 1994).

É importante salientar que a medicina antiga não era apenas teórica, era prática também, especialmente na aplicação da farmacologia (plantas). Supõem-se terem sido os *hospitia* (albergues) de São Basílio (330-379) em Cesária de Capadócia, os primeiros hospitais, providos de médico e enfermeiros destinados à acolher os doentes e, principalmente, os leprosos. Ou seja, *hospitia* era considerado mais um abrigo para pessoas desprovidas de recursos, ou isolamento para aquelas que representassem risco para a sociedade, em função das doenças que as acometiam (ULLMANN; BOHNEN, 1994).

No século VII, Paris era o centro da filosofia e da teologia. Bolonha destacava-se nos estudos de direito civil e canônico. Já, a arte médica inicia seu desenvolvimento em Salerno, no sul da Itália, por influxo cristão, grego e árabe (ULLMANN; BOHNEN, 1994).

Na medicina, os textos básicos eram pouco numerosos. Hipócrates, Galeno, Constantino, o Africano e alguns tratados árabes, sobretudo o *Cânon medicinae* de Avicena, puderam contribuir para que a escola de Salerno renovasse a medicina, formando uma *universitas* (reconhecida em 1231) (ULLMANN; BOHNEN, 1994).

Esses mesmos autores citam, contudo, que foi na França, cidade de Montpellier, que se encontrou o centro mais notável da medicina. Em 1140, judeus que fugiram da Espanha estabeleceram-se nessa região; estimularam os negócios e incrementaram a medicina, por terem consigo as traduções das obras médicas dos árabes e por terem muitos *hospitia* mantidos pela igreja, governo e burguesia. A *universitas* de medicina foi reconhecida em 1189, pelo legado pontifício. Para que o indivíduo pudesse ingressar nesta *universitas*, tinha como condição *sine qua non* um exame prévio e severo, além de um estágio de seis meses. Nenhum profissional poderia trabalhar se não tivesse diploma. Nesse mesmo período, surgiram a *universitas* de Roma, Bolonha, Pádua, Toulouse, Salamanca, seguindo os manuais de Hipócrates, Galeno, Avicena, Averróes, Constantino e o Africano (ULLMANN; BOHNEN, 1994).

Ullmann; Bohnen (1994) citam que somente no século XIV, introduziu-se a anatomia, caracterizando o caráter prático e experimental, começando a ser difundida a dissecação de cadáveres.

Digno de registro é, sob esse aspecto, a permissão concedida pelo rei Carlos VI, de França, em 1396, à faculdade de medicina de Montpellier, para uma vez por ano, obter um cadáver. A condição era de que fosse de alguém, quer do sexo masculino, quer do sexo feminino, condenado por um tribunal a morrer por enforcamento, submersão ou outro modo. Visava-se, pelo estudo dos cadáveres, à saúde humana; e à experimentação, máxime em assuntos médicos, era tida como uma grande mestra (ULLMANN; BOHNEN, 1994, p. 139).

Fazia parte da formação do médico medieval não apenas o conhecimento em si, mas também a prática dos princípios deontológicos contidos no famoso juramento de Hipócrates.

Com raízes teóricas e práticas na Grécia, a medicina se libertou da antiga magia, revestindo-se de caráter racional e experimental para desvendar o corpo humano.

A igreja posicionou-se a favor da criação das *universitas* de medicina, no entanto, proibiu os futuros sacerdotes de seguir essa carreira, por acreditar no perigo de se afastarem de sua vocação. Tal como o direito, a medicina era vista como ciência lucrativa, procurada com espírito de carreirismo, de fama e de fortuna. (ULLMANN; BOHNEN, 1994).

Em sua origem, a medicina era uma ciência essencialmente humanística, com raízes na filosofia e na natureza, onde procurava entender o homem em seu todo (corpo e espírito) (Junior; Guimarães, 2003).

Os médicos dessa época consideravam que as doenças eram conseqüência da interação entre o homem e a natureza que o cercava. Assim, os médicos encontravam a causa da doença e sua cura. Nessa época, o médico deveria ser um homem sábio, que levava em consideração não somente dados biológicos, mas também dados ambientais, socioculturais, familiares, psicológicos e também espirituais (JUNIOR, GUIMARÃES, 2003).

Dessa forma, o médico era um homem que unia conhecimentos científicos e humanísticos em sua prática. Esse médico estava muito próximo de seu paciente, desenvolvendo uma relação extremamente benéfica e essencial para a boa condução do caso (JUNIOR; GUIMARÃES, 2003).

A partir do séc. IV, com Hipócrates, a medicina começa a se estruturar mediante o uso da observação e da razão. A natureza das doenças também era buscada a partir desse processo, conhecido com o termo *teknê* – técnica (HOSSNE, 1999).

A partir daí, o processo da técnica poderia ser aprendido e ensinado. Os médicos, por sua vez, tornaram-se capazes de dominar a técnica, ditando ordens, normas e regras sobre a vida de outro ser humano (HOSSNE, 1999).

O juramento elaborado por Hipócrates enuncia alguns princípios que são utilizados, nos dias atuais, para alicerçar a relação médico-paciente. O médico deveria ter um profundo sentimento de amizade e amor; exercendo seu trabalho com amor pelo ser humano e também pela técnica, buscando sempre o bem estar do paciente. (HOSSNE, 1999).

[...] aplicarei os regimes para o bem dos doentes, segundo o meu saber e a minha razão, e nunca para prejudicar ou fazer mal a quem quer que seja. A ninguém darei, para agradar, remédio mortal nem conselho que o induza a destruição [...] Conservarei puras minha vida e minha arte [...] Se cumprir este juramento com fidelidade, goze eu minha vida e minha arte com boa reputação entre os homens, e para sempre; mas, se dele me afastar ou violá-lo, suceda-me o contrario (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000, p. 437).

Nesse contexto, como nos cita Hossne (1999, p. 77), o médico domina a técnica e a arte médica. “Assim, o médico deve mandar e o doente deve, como o cidadão faz com seu governante, obedecer e ser submisso. Nesse sentido, o médico

deve ter poder absoluto”. Estabelece o sistema paternalista na relação médico-paciente. O médico dá as ordens porque espera-se que ele saiba o que é bom para o paciente (HOSSNE, 1999).

Esse modelo de medicina perdurou por muitos séculos e ainda hoje percebe-se que muitos médicos se colocam nessa situação. No entanto, por volta do séc. XVII e XVIII, o paternalismo nas relações humanas sofre algumas transformações. Surgem os direitos humanos básicos (direito à integridade, direito à liberdade, à propriedade e o direito de defender tais valores quando ameaçados) (HOSSNE, 1999).

Hossne (1999) preconiza que o médico deve ter claro o limite de sua competência. O médico não deve agir como técnico, deixando o paciente decidir, colocando-se fora do problema. Da mesma forma, não deve agir como dono da verdade, sem importar-se com a opinião de seu paciente. O médico deve, sim, estar ao lado do paciente, acompanhando-o e auxiliando-o.

O médico, estando ao lado do paciente, deve estar preparado a ajudá-lo, a elaborar o conflito, a mobilizar seus recursos internos, superando as possíveis dificuldades naquele momento da vida, ou seja, assegurando, avaliando e respeitando a competência dele, como paciente, para tomadas de decisões (HOSSNE, 1999).

A partir do séc. XIX, o hospital tornou-se um local onde o saber é produzido e transmitido. O conhecimento torna-se o centro de reflexão. O médico passa a organizar os problemas da população (QUEIROZ, 1986).

3.2 O médico de hoje

Com o desenvolvimento das ciências, sobretudo no séc. XX, a medicina passa a incorporar a condição de ciência aplicada, com enorme avanço nas ciências naturais. Esse avanço representa um desafio na formação médica, exigindo mudanças para responder às necessidades que possam dar competência ao futuro médico, nos dias atuais. Esse profissional deverá, também, atualizar-se tanto nas ciências naturais, como nas ciências do comportamento (humanística). Pois o ser humano é um todo que pensa, sente, toca, age, sofre e se relaciona com outros seres humanos.

Assim, a formação médica e seu exercício profissional exigem um contínuo desenvolvimento, para que se tenha consciência das competências científicas e éticas e, principalmente, para a avaliação das limitações (HOSSNE, 1999).

Millan e et al. (1999) afirma que “quando o aluno entra na faculdade, tem o imenso desejo de ajudar, cuidar, servir. Porém, com o decorrer do curso e com o passar dos anos, fica mais interessado na técnica, perdendo o senso da humanidade”.

O médico, em sua busca incessante em favor da vida, em muitas situações, não prioriza as práticas humanistas, que podem dar todo suporte para o paciente terminal e sua família. Não consegue e não pode evitar a morte, por sermos criaturas mortais. Segundo Pessini (2000), não existe nada expressivo, em termos curriculares, que prepare os profissionais de saúde para o trato desses pacientes. Essa situação coloca tais profissionais num estado de desumanização terrível.

Millan et al. (1999) citam que um dos problemas mais sérios na medicina atual é a sua crescente desumanização. Parte dessa situação foi causada pelos avanços tecnológicos que agiram como uma barreira, afastando médico e paciente. A anamnese e o exame físico foram substituídos por exames subsidiários e, muitas vezes, dispensáveis. Nesse momento, houve uma dissociação entre mente e corpo, e os aspectos psicológicos do paciente foram deixados de lado, como se não existissem ou como se não interferissem na origem, manifestação e evolução da doença.

A partir da segunda metade do séc. XIX, com as importantes descobertas, a medicina passou a ser vista como uma ciência exata e biológica, perdendo pouco a pouco o seu caráter humanístico.

Os autores Junior e Guimarães (2003) afirmam que:

Uma relação médico-paciente satisfatória só se torna possível se está disponível para efetuar-la. Por outro lado, a disponibilidade por si só não é suficiente para desenvolvê-la de forma adequada, uma vez que nela é fundamental que se leve em consideração os processos mentais e emocionais subjacentes ao comportamento do homem e de sua motivação, em especial quando se manifestam em resposta inconsciente às influências ambientais, às estruturas psicológicas, às alterações conseqüentes de determinadas patologias, sentimentos despertados e/ou condições de tratamentos. Nesse sentido, é importante que o médico conheça com detalhes os referidos processos, para que assim possa selecionar o caminho a ser tomado, de acordo com cada situação, e proporcionar uma

melhor forma de se relacionar com o seu paciente (JUNIOR; GUIMARÃES, 2003, p.105).

Acrescentam, ainda, que nas situações com pacientes terminais, o componente emocional assume um valor maior, tanto para o paciente como para o médico. Assim, não só o preparo técnico, como também a maturidade emocional tornam-se fundamentais para a condução do caso, pois conteúdos do inconsciente podem vir à tona, marcando de forma favorável ou não a conduta (JUNIOR; GUIMARÃES, 2003).

Sendo assim, considerando que somos criaturas mortais, devemos cuidar para não cairmos na obstinação pela luta da vida, adiando o inevitável, causando mais sofrimento e diminuindo a qualidade de vida.

Portanto, nesse momento, é necessário que o profissional ofereça condições ao paciente, para que possam enfrentar, de maneira realística, os limites de nossa mortalidade. A preocupação é a de cuidar da pessoa doente e não somente da doença da pessoa (PESSINI, 2000).

Segundo B. Lown (apud Siqueira, 2005), “[... exorta às faculdades de medicina a formarem profissionais mais sensíveis ao sofrimento humano e menos técnico...]”.

A necessidade de repensar a relação médico-paciente, até então centrada no médico, foi uma das primeiras conquistas do debate bioético. Com base nesse novo modelo, restitui ao paciente a sua capacidade de decisão, (prevendo o direito de ser plenamente informado), portanto, sua dignidade e autonomia (NÉRI, 2004).

3.3 A evolução da concepção de morte

A ciência, nos últimos anos, principalmente na área da saúde, ampliou significativamente a expectativa de vida e bem estar. Porém, a ciência é impotente diante da morte, quando considerarmos que a morte é parte integrante e inevitável da própria vida.

Uma boa qualidade de vida deveria incluir a experiência da morte como algo absolutamente normal. Em muitas culturas primitivas, a morte é parte da experiência constante dos grupos sociais e, desde cedo, a pessoa é posta em contato com essa realidade, de forma natural. Mas, na maioria das nações tidas como civilizadas, a morte é sempre cercada de “conotações misteriosas”, gerando

verdadeiros tabus em torno de sua realidade; tornando-se, assim, um tema proibido, negado e esquecido.

Áries (1975) descreve em seu livro a mudança de atitude da sociedade frente à morte. Tais transformações foram ocorrendo lentamente, por mais de um milênio.

Na Idade Média, a morte era ritualizada e domada. O homem era avisado, advertido sobre a sua própria morte. O aviso era dado por signos naturais ou, ainda, com maior freqüência, por uma convicção íntima, mais do que por uma premonição sobrenatural ou mágica. Não tinham pressa, mas quando viam chegar a hora, sem precipitação nem atraso, como devia ser, morriam de modo simples. A morte era esperada no leito. Todos a admitiam tranquilamente, sem caráter dramático ou gestos de emoção excessivos (ÁRIES, 1975).

A morte era pública e organizada. Nesse momento, a própria pessoa que estava morrendo conhecia o protocolo e presidia a cerimônia. No seu quarto, entrava-se livremente. Era importante que os parentes, amigos e vizinhos estivessem presentes, assim como as crianças.

É importante perceber a simplicidade com que os ritos da morte eram aceitos e cumpridos.

A morte maldita, que se apresentava como figura aterrorizante, era a morte súbita – por acidente ou envenenamento. Essa morte era marcada, como se forças misteriosas estivessem na origem do drama. Por sua vez, raramente acontecia, mesmo em tempo de guerra ou acidente (ÁRIES, 1975).

A morte súbita era temida porque não cabia o arrependimento e, também, porque privava a si mesmo de sua própria morte. Nesse caso, a morte era sempre anunciada. Um documento da igreja da Idade Média ditava como dever do médico anunciá-la, o qual, por muito tempo, o fez de boa vontade (Áries, 1975).

No séc. XIII, ocorreram transformações que resultaram em novas relações fundadas no sentimento e na afeição. Nessa época, a pessoa que estava morrendo comunicava seus desejos oralmente aos que eram próximos, e o testamento (parte legal) era escrito. Era costume que os vizinhos, amigos e padres viessem assistir à pessoa que estava morrendo. A casa era aberta a todos (ÁRIES, 1975).

No séc. XIX, houve um retorno às formas excessivas e espontâneas de expressar os sentimentos da perda, significando uma dificuldade maior em aceitar a morte do outro. Assim sendo, a morte temida não era a própria morte, mas a do

outro. Tornando-se vergonhosa, era interdita. Os familiares tentavam esconder a gravidade do estado da pessoa que estava morrendo (ÁRIES, 1975).

No séc. XVIII, o médico renunciou o papel que lhe coube por muito tempo. A partir da metade do séc. XIX e começo do séc. XX, acontece uma nova alteração na relação entre a pessoa que estava morrendo e os que conviviam com o doente. Era sabido que a pessoa ia morrer, mas, ao seu redor, fingia-se ignorância. O doente se calava. O médico era obrigado a omitir o fato. Falava sobre a situação somente quando interrogado e, ainda, com alguma reserva. O profissional fazia de conta que a morte não existia. As visitas do médico iam se espaçando e, aos poucos, evitava o doente, assim que se sentisse impotente para curá-lo. Fica subentendido que o dever da família e do médico é o de esconder a gravidade do estado do paciente. Nesse sentido, a omissão da família e do médico passa a ser regra moral (ÁRIES, 1975).

A partir daí, percebeu-se uma mudança no local da morte. Deixou de ser em casa e passou a acontecer no hospital. Deixou de ser junto aos seus e passou a ser sozinho. O hospital passou a ser o local onde se morria. Local onde se prestavam os cuidados que já não se podiam prestar em casa. Então, um novo poder intervém: o poder do médico. No hospital, o médico era, ao mesmo tempo, um homem da ciência e um homem de poder (ÁRIES, 1975)

A morte tornou-se um tabu. Foi interdita, escondida e proibida no séc. XX. Substituiu o sexo, que, na época, era a principal interdição – antes, escondia-se da criança como nasciam, depois, escondeu-se como morriam. Sendo assim, o luto não é mais um tempo necessário, cujo respeito à sociedade impõe. Tornou-se um estado que deveria ser abreviado e apagado (ÁRIES, 1975).

O momento da morte não tinha mais nenhum caráter de solenidade pública. O que deveria ser conhecido, a partir de então, foi dissimulado; o que deveria ser solene, escondido. Viu-se a morte como um fenômeno técnico, dividido em pequenos momentos: àquele em que pára a respiração, àquele em que pára as ondas cerebrais e se perde a consciência [...] Sem drama (ÁRIES, 1975).

A resistência percebida em relação à morte é proporcional à impotência sentida pelo médico, quando não pode prolongar a vida de seus pacientes. A morte parece ser excluída do saber médico.

Segundo Moritz (2005), pouco se fala sobre a morte e essa falta de comunicação é apontada como um dos fatores negativos no relacionamento médico-paciente.

Alguns médicos não estão preparados para ajudar pacientes terminais. Segundo Mannoni (1995), os médicos que não trabalham em hospital são menos confrontados com a morte e seu refúgio no silêncio é, com frequência, semelhante aos de seus colegas de hospital. Tal silêncio poderá significar seu fracasso e sua primeira reação inconsciente será fugir.

3.4 O médico frente à morte

A reflexão sobre a morte deveria fazer parte dos projetos educacionais, desde o início da idade escolar. No entanto, essa lacuna se estende até a formação dos profissionais de saúde, que, na maioria das vezes, encontram-se despreparados, sobretudo para o acompanhamento de pessoas nas fases terminais da existência.

Percebe-se o quão urgente é falar a respeito, encontrar palavras capazes de transmitir o intransmissível, criar espaços e solidariedade para ajudar cada um de nós a enfrentar a própria morte ou a de uma pessoa querida.

Os profissionais de saúde sofrem, como todo o mundo, pois também cresceram em uma sociedade na qual não se fala no assunto. Resultado do afastamento das grandes tradições que nos preparavam para a morte e nos ajudavam a dar sentido à nossa existência. Hoje, é cada vez menor o número de famílias que refletem e falam abertamente sobre esse assunto.

Hennezel e Leloup (1999) dizem que:

Acolher, acompanhar uma pessoa que está morrendo não é uma tarefa fácil. É antes de qualquer coisa uma tarefa fundamental que todas as pessoas podem e devem assumir pela simples razão de que é uma tarefa humana; trata-se de ir ao encontro do outro, de comprometer-se tão profundamente quanto possível, de penetrar no âmago de seus valores e de suas preocupações, a fim de permitir-se encontrar sua própria resposta íntima (HENNEZEL; LELOUP, 1999, p.19).

A morte não é um fracasso. Ela faz parte da vida. Trata-se um acontecimento que deve ser vivenciado. Uma realidade que nos obriga a tomar

consciência de nossos valores mais profundos, uma realidade que nos convida a criar, pensar, procurar um sentido.

Para o profissional de saúde acompanhar um paciente em fase terminal, terá, antes, que reconhecer seus limites humanos. Não se pode evitar que o indivíduo morra, é seu destino. A experiência de acompanhá-lo pode ser enriquecedora. Saber acolhê-lo, entrar calmamente em seu quarto, saber escutá-lo, estar presente com nossos gestos (HENNEZEL; LELOUP, 1999).

O que cabe ao profissional de saúde é descobrir em si mesmo a maneira como foram acolhidos, a fim de descobrirem nas relações o verdadeiro acolhimento.

A dificuldade que o médico sente pode estar ligada a um mundo que valoriza o “fazer”, a técnica, a eficácia em detrimento da afetividade (HENNEZEL; LELOUP, 1999).

A ciência e a tecnologia desenvolveram-se muito, no entanto, o fator humano não acompanhou tal evolução. Muitos médicos conseguem perceber que são formados para manipular aparelhos cada vez mais sofisticados, e se sentem mal preparados para cuidar de quem sofre e está morrendo (HENNEZEL; LELOUP, 1999).

Não é ensinado aos médicos sobre como enfrentar a angústia daquelas pessoas que sentem que estão morrendo. Não lhes ensinado como proceder (agir) com profundos sentimentos de impotência e fracasso, experimentados nesse momento. Por outro lado, é aconselhado manter-se distante, prevenindo-se do perigo da afetividade. Agir tecnicamente (HENNEZEL; LELOUP, 1999).

Essa mesma autora nos pergunta: escolhe-se a profissão de medicina para se estar perto do doente, e porque se manter tão distante? Será que é possível viver a técnica e a afetividade ao mesmo tempo?

A morte tratada como tabu não é a morte distante, do outro lado do mundo, das guerras do outro. É, sim, a morte que está perto de nós, de nossos familiares, amigos e colegas. Essas são escondidas e nos ferem no mais profundo de nós mesmos, porque nos aproximam dos nossos sentimentos (HENNEZEL; LELOUP, 1999).

Assim, quando estamos perto de alguém que está morrendo, queremos acolhimento, e esta proximidade nos afeta, por não sabermos como nos comunicar (HENNEZEL; LELOUP, 1999).

Nessa dor, toma-se consciência da pouca intimidade, do pouco acolhimento que se tem com a pessoa que está morrendo. Não há maneira de se aproximar, pois o medo causado por essa intimidade é aterrorizante.

De maneira concreta, talvez fosse necessário aprimorar a escuta, a disponibilidade, evitar as relações de autoridade com a família. Seria necessário, também, modificar o olhar que se tem em relação à morte e que pode estar ligado à perda de valores espirituais transformados ao longo dos séculos, culturalmente.

Enfim, enfrentar a morte pode nos obrigar a fazer, efetivamente, uma reflexão sobre que sentido damos à vida, aos nossos valores mais profundos. No entanto, vivemos em mundo mais preocupado com o fazer, evitando tais questionamentos.

Hennezel, Leloup (1999) avaliam que o médico sente-se culpado pelos limites da técnica e foge conforme apresentado a seguir "(...) Enquanto não aceitarmos nossos limites, enquanto não assumirmos nossa parcela de impotência, não pode estar realmente perto dos que estão morrendo".

Cita ainda [...] trata-se, verdadeiramente, de uma ferida narcísica, e esse narcisismo ferido é o de uma sociedade que se julga onipotente por causa de seus "progressos" (HENNEZEL, LELOUP, 1999, p. 67).

Hennezel e Leloup (1999) citam, ainda, que construímos barreiras para nos defender. Não choramos, escondemos nossa tristeza atrás de inúmeras palavras superficiais que têm como único objetivo esconder o medo que se sente, diante da morte do outro.

Se aceitássemos sermos tocados pelo sofrimento do outro, isso nos desarmaria diante da morte. Essa relação se tornaria mais humanizada. A vivência do luto nos faz lembrar que não somos onipotentes. Tudo passa, tudo muda e nem sempre poderemos ter ao nosso lado as pessoas que amamos. Toda essa dor do luto, contra a qual nos defendemos, gera uma ponte entre o "eu" e o "outro", um espaço para a intimidade (HENNEZEL; LELOUP, 1999).

Kübler-Ross (1987) afirma que o homem abomina a morte e sempre procurará fazer de tudo para adiá-la. Pois, para o ser humano, a morte é um acontecimento medonho e pavoroso. Sabe-se que existem recursos para tentar dominá-la, mas não impedi-la.

Quanto mais avançamos na ciência e nas tecnologias, mais tememos e negamos a realidade da morte.

A morte é encarada como tabu. Falar sobre ela ou debatê-la é considerado mórbido. Quando crianças participam de um velório, comenta-se: pode ser “demais para elas”. Percebem algo de errado e sua desconfiança no adulto tende a crescer à medida que as pessoas evitam suas perguntas e suspeitas. Dependendo de sua idade e também de sua personalidade, poderá sentir uma dor irreparável, transformando-se em uma experiência pavorosa, traumática (KÜBLER-ROSS, 1987).

Há muitas razões para se fugir do confronto com a morte. Talvez, uma das mais importantes: morrer é triste demais. Morrer é solitário, mecânico, desumano.

Hoje, morre-se no hospital, em UTI's, longe do convívio familiar, num ato solitário e impessoal, longe das pessoas que se ama. Quando internado, deixa de ser uma pessoa e é tratado como objeto. Cercado por enfermeiras, internos, residentes e outros profissionais de saúde que podem discutir o caso, sem querer ouvir as opiniões sobre seu estado. Decisões podem ser tomadas sem o seu parecer. Está vulnerável. Deseja repouso, paz e dignidade. No entanto, só encontra preocupação com seu pulso, com os exames, com seu coração, pulmões, mas não com o ser humano que há nele (KÜBLER-ROSS, 1987).

O fato de lutarmos pela saúde, do médico se concentrar nos exames, no pulso, no coração, no pulmão não é uma tentativa de rejeitar a morte iminente? De não olhar a dor estampada no rosto amargurado e assustada do paciente e se sentir impotente diante do “poder” da morte? Nossas limitações, nossas falhas, nossos sentimentos. Como entender? O que fazer? E o sentimento do médico que está à frente e é ensinado, preparado para curar, está ele também vulnerável? (KÜBLER-ROSS, 1987).

O que fazemos diante do fato de não podermos impedir a morte? Se não podemos negá-la, então, tentamos dominá-la. Com isso, as defesas aumentam, principalmente, as emocionais. Não podemos conceber a nossa própria morte em nosso inconsciente. Então, somos imortais. Talvez, se tentássemos encarar a morte com menos irracionalidade e com menos temor, pudéssemos compreendê-la melhor.

A técnica e a ciência avançaram muito, distanciando o médico de seu paciente. Seria importante, então, aliar valores a todo esse progresso no cuidado com o humano. Uma vez ensinada a arte do relacionamento interpessoal, podem-se

construir relações maduras, com menos conflitos, enfrentando serenamente dificuldades e procurando soluções (KÜBLER-ROSS, 1987).

Kübler-Ross (1987) expressa de maneira muito clara quando diz:

Estou certa de que esse médico não terá tanta perturbação e conflito ao se deparar novamente com uma tragédia como esta. Tentará ser médico e prolongar a vida, mas levarão em consideração também as necessidades do paciente, discutindo-as francamente com ele. O nosso doente que, antes de tudo, era uma pessoa, sentia-se inabilitado para suportar a vida justamente por estar impossibilitado de fazer uso das faculdades que lhe restavam. Com esforço conjugado, muitas dessas faculdades podem ser despertadas, se não nos assustarmos vendo alguém sofrer desamparado. Talvez eu queira dizer o seguinte: podemos ajudá-los a morrer, tentando ajudá-los a viver, em vez de deixar que vegetem de forma desumana (KÜBLER-ROSS, 1987, p. 33).

Se o médico não é capaz de encarar a morte com serenidade, como pode ajudar seus pacientes?

Kübler-Ross (1987) afirma que o que se espera do profissional médico é que examine sua atitude pessoal frente às doenças terminais e à morte, de modo que possa ser capaz de falar sobre o assunto, sem excessiva ansiedade.

Se o médico estiver vulnerável a essa situação de tensão, dificilmente enfrentará, com tranqüilidade, situações que envolvam a morte de seus pacientes. À medida que ele compreende as razões de sua defesa e aprende a lidar com os conflitos, analisando-os, aumenta sua atuação em relação aos seus pacientes e à sua própria equipe (KÜBLER-ROSS, 1987).

A consciência dos perigos de um envolvimento muito forte com seus pacientes faz com que os médicos se mantenham reservados em relação a eles, negando, assim, um bom relacionamento (KÜBLER-ROSS, 1987).

Essa reserva do médico pode representar ao paciente falta de interesse ou mesmo insensibilidade desumana. Mas, na realidade, essa maneira de se comportar é para disfarçar a ansiedade e a sensação que o perturba com o sofrimento, ou seja, a causa desse ou de outros comportamentos podem ser a falta de preparo. O motivo para o afastamento do médico em relação ao seu paciente é o de defesa e isso ajuda o profissional com sua própria ansiedade e angústia (KÜBLER-ROSS, 1987).

Nós cuidamos melhor dos pacientes terminais na medida em que nos permitimos perceber a nossa própria mortalidade, assim, não precisando fugir da mortalidade dos outros (KÜBLER-ROSS, 1987).

3.5 Formação Médica

A formação médica atual segue o modelo cartesiano-flexneriano, o que resultou em mudanças no relacionamento médico-paciente. Essas mudanças fizeram com que o profissional se afastasse das dimensões psico-sociais e espirituais do paciente, como, por exemplo, a habilidade em realizar anamneses e exames físicos foi substituída por exames, antes, complementares; hoje, essenciais.

René Descartes, filósofo francês (séc. XVII), propôs o modelo de ciência dizendo que, para buscar o saber científico, deve-se partir do conhecimento das partes. E Abraham Flexner, no início do séc. XX, (1912), deu início a esse método para o ensino de medicina. A partir de então, desde o início do curso, o aluno aprende que, para entender uma doença, precisa dividir seu objeto de estudo em tantas partes quanto possível. Esse olhar reduz o ser humano ao ser biológico e esquece que ele é um ser de relação (bio-psico-sócio-espiritual) (SIQUEIRA, 2005).

O relatório Flexner fundamentou o ensino da medicina com uma visão biocêntrica/tecnocêntrica. Segundo ele, a doença é vista como sendo o mau funcionamento dos mecanismos biológicos. O objetivo da ação médica é intervir, física ou quimicamente, para normalizar o funcionamento do órgão afetado. A finalidade da escola médica era formar estudiosos em doenças e não capacitar os profissionais para cuidar dos doentes. Nos dias de hoje, com a inclusão dos conceitos antropocêntricos/sociocêntricos, o currículo deve desenvolver-se para formar profissionais capazes de contribuir para o bem estar bio-psico-sócio-espiritual dos doentes (PESSINI, 2002).

Outras questões importantes referentes à formação do médico interferem negativamente na relação médico-paciente, Galvão (2000) cita:

As faculdades ensinam o não envolvimento emocional com a dor e o sofrimento do paciente. Como é possível ajudar alguém que sofre sem envolver-se também em seu sofrimento? O envolvimento de sentir a dor do paciente é fundamental e deve existir. Não se deve, entretanto, permitir que o sentimento interfira na conduta e raciocínio comprometendo a objetividade (GALVÃO, 2000, p.133).

Assim, é ensinado ao futuro médico conduzir o discurso do paciente com o objetivo de obter uma história direcionada, voltada para a investigação da doença, impedindo o paciente de expressar o que sente, apesar da imensa necessidade de falar.

Galvão (2000) afirma, ainda, dos inúmeros empregos que os médicos geralmente possuem e, por conta disso, estão sempre correndo contra o tempo, de um emprego ao outro. Insatisfeitos com a remuneração, não conseguem manter uma relação adequada com seus pacientes, aumentando o não envolvimento emocional e conseqüentemente com a dor e o sofrimento do paciente.

Lown (apud SIQUEIRA, 2002) anuncia:

A exagerada ênfase que as escolas médicas empregam na formação de profissionais que serão “oficiais maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas”, desconsiderando a genuína arte de ser médico. Aponta como verdadeira “sabedoria médica” a capacidade de compreender um problema clínico, não em um órgão, mas em um ser humano integral” (SIQUEIRA, 2002, p. 90).

Siqueira (2002) afirma:

Os jovens estudantes são educados a operar equipamentos e proceder a leituras de incontáveis variáveis biológicas, mas não são orientados a reconhecer o ser humano como unidade bio-psico-sócio e espiritual (SIQUEIRA, 2002, p.90).

Em conseqüência, impõem aos estudantes de medicina cada vez mais conhecimentos técnicos vindos das disciplinas acadêmicas, em que as informações são colocadas sem a menor preocupação necessária para compreenderem o ser humano em sua integralidade (SIQUEIRA, 2002).

Esse modelo acolhe ao objeto e não ao sujeito, o corpo e não o espírito, a quantidade e não a qualidade, a causalidade e não a finalidade, a razão e não o sentimento, o determinismo e não a liberdade, a essência e não a existência (SIQUEIRA, 2002).

A formação médica é caracterizada pelo “senso de poder”, ou seja, com a série de recursos técnicos à mão, que levam o paciente à cura ou pelo menos a uma situação melhor da que se encontrava antes. Quando da morte, acontecimento que frustra a própria imagem que o profissional tem de seu papel e, no plano psicológico inconsciente, sente ferido seu narcisismo. A formação desses profissionais também

é caracterizada pelo treinamento focado mais para a ação do que para o desenvolvimento da capacidade de ouvir ou mesmo para a percepção da comunicação não verbal. Isso leva o profissional, muitas vezes, a não saber reagir corretamente perante a morte (PINKUS, 1988).

O autor cita ainda:

É muito importante que o enfermo que está para morrer, continue a sentir-se até o fim como pessoa em tratamento e que o profissional de saúde lute com ele. Alguns atos muito simples [...] podem tornar-se uma mensagem de enorme valor, e indicam em todo caso, que o profissional da saúde está ao lado do doente. Assim, encontrar o tempo para partilhar, embora brevemente, mas de modo constante as sensações de quem está prestes a morrer, torna-se a nosso ver uma parte integrante e fundamental na responsabilidade de 'tratar' dos doentes (PINKUS, 1988, p.121).

O Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (03/10/2001), destaca o perfil do formando em medicina, que é caracterizado como um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Sempre pautado por princípios éticos adequados, devendo estar capacitado a atuar no processo saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (integralidade da assistência).

Os autores Kipper e Loch (2002), citando esse parecer, colocam, ainda, que o médico deve ter as seguintes competências gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento das instancias de saúde e educação permanente. E, como competência específica: comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho; com os pacientes e seus familiares; informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade, em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas adequadas de comunicação; realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico; realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências, em todas as fases do ciclo biológico (KIPPER; LOCH, 2002).

Fala-nos ainda:

As competências e habilidades a serem desenvolvidas ao longo do curso e exigidas são: a) comportar-se eticamente nas relações profissionais e no contexto social; b) compreender os determinantes sociais, culturais,

econômicos, biológicos e políticos no processo saúde-doença e da função médica; c) lidar com diversidade de comportamentos, crenças e idéias; d) realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e das urgências e emergências; e) comunicar-se com pacientes e seus familiares adequadamente; f) suportar frustrações e demonstrar atitude empática com o sofrimento; g) reconhecer, valorizar e adequar-se às competências específicas dos integrantes de uma equipe de saúde (KIPPER; LOCH, 2002, p.109).

Assim, a escola de medicina deve se preocupar em formar integralmente seu aluno, ou seja, além da capacidade técnica, ele deve entender seu papel social como profissional e cidadão (KIPPER; LOCH, 2002).

Em condições normais, a pessoa faz a escolha de sua profissão durante os últimos anos de sua adolescência e, como adulto jovem, completa seu treinamento profissional. O sucesso nesse processo depende, em grande parte, da escolha inicialmente feita. Se essa escolha foi adequada à probabilidade de ajustamento profissional, será maior e será importante para o seu bem estar pessoal, repercutindo na vida familiar e na sociedade (ROSA, 1984).

Hackman e Davis (apud Rosa, 1984), “advogam que a escolha adequada de uma profissão depende do que chamam de identidade vocacional”.

Assim, o jovem se identifica com certo tipo de trabalho que melhor se adapte às suas aptidões, necessidades e oportunidades de treinamento. Por outro lado, esse processo também pode estar ligado ao desenvolvimento da personalidade, resultado de experiências anteriores começadas na infância, nas quais há determinadas pessoas que exercem ou exerceram grande influência em suas vidas (Rosa, 1984).

Rosa (1984), citando Friedman e Havighurst, “chamam atenção para o fato de que o trabalho tem diferente significação para diferentes indivíduos, dependendo exatamente do valor que a pessoa atribui à sua atividade profissional. Pode significar prestígio e reconhecimento social ou, ainda, uma oportunidade de participação social, uma forma de servir a outros, uma forma de satisfação interior ou auto expressão criativa ou, ainda, somente um meio de assegurar a manutenção e sobrevivência da pessoa”.

Os profissionais da saúde necessitam cada vez mais de formação educativa em relação ao dilema ético vinculado aos cuidados dos pacientes no processo terminal de suas vidas. Essa formação deverá possibilitar-lhes uma visão ampla dessas questões, dando condições para discuti-las, adequadamente, com tais pacientes e seus familiares, quando necessário (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

3.6 Conceitos bioéticos na relação médico e finitude da vida

Neste início do III milênio, a humanidade ainda busca um novo paradigma para a saúde, entendido como um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos.

Há pouco mais de 30 anos, Van R. Potter, oncologista norte-americano, da Universidade de Wisconsin, cunhou o neologismo: **Bioética**, num artigo publicado em 1970. Depois, publicou a obra que passou a ser a referência inicial: *Bioethics: bridge to the future* (1971). Inicialmente, foi definida por Potter como a ciência da sobrevivência humana, numa tentativa de promover, defender, cuidar, zelar pela dignidade humana e pela qualidade de vida; que fosse capaz de voltar a compreender em si a promoção de valores fundamentais, identificados na sobrevivência da espécie humana e na melhoria da qualidade de vida (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000).

Na tentativa de oferecer uma orientação na elaboração de normas mais específicas e no trato de casos concretos ligados à medicina e à pesquisa biomédica, Beauchamp e Childress desenvolveram a primeira aproximação sistemática, secular e orientada por princípios da ética. Baseados no vasto pluralismo de valores e de estilos de vida moral, que define, em geral, o panorama ético. Nasce, assim, a bioética dos princípios (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000).

Esses princípios foram identificados como: respeito pela autonomia, da não maleficência, da beneficência e da justiça.

A palavra autonomia, derivada do grego - *autos*: próprio e *nomos*: regra, governo ou lei, foi primeiramente empregado na Grécia para designar o governo independente das cidades estado. A partir de então, o termo estendeu-se e adquiriu vários sentidos (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000).

Algumas teorias descrevem os traços da pessoa autônoma, que incluem as capacidades de autogoverno, como: a compreensão, o raciocínio, a deliberação e a escolha independente. Ou seja, ter a capacidade de aceitar ou repudiar um desejo (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000).

Beauchamp e Childress (2002, p. 142) referem “que ser autônomo não é a mesma coisa que ser respeitado como um agente autônomo”. É, sim, reconhecer os

direitos desse ser humano de ter opinião própria, poder escolher e agir com base em valores e crenças pessoais.

O princípio do respeito da autonomia das pessoas está ligado ao processo de conquista da liberdade pessoal. Esse princípio dá a idéia de que o paciente deve ser tratado como uma pessoa que tem o direito de assumir sobre si a responsabilidade de tomadas de decisão, que dizem respeito à sua vida, cujas preferências e valores devem ser respeitados pelo médico (NÉRI, 2004).

O princípio da beneficência e não-maleficência diz respeito ao empenho tradicional do médico em trabalhar em vista do bem do paciente. No juramento de Hipócrates, o não prejudicar era o princípio fundamental, pois, no início, as intervenções feitas por médicos causavam mais danos do que propriamente curavam. Com o desenvolvimento das tecnologias médicas e farmacêuticas, isso mudou (NÉRI, 2004).

Percebe-se, hoje, que o olhar médico ampliou, pois segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde não é apenas ausência de doença, é “um estado de completo bem estar físico, mental e social”, cabendo somente ao paciente essa autorização (retomamos aqui o princípio da autonomia) (NÉRI, 2004).

O princípio da justiça diz respeito à igual distribuição de deveres e benefícios. Obriga-nos a garantir a distribuição justa, eqüitativa e universal dos benefícios dos serviços da saúde (NÉRI, 2004).

É importante ressaltar que esses princípios da bioética não se identificam com uma teoria de ética geral. São, na verdade, uma tentativa de aproximação dos problemas.

Cabe ao bom senso ver os princípios como instrumentos de interpretação para guiar determinadas situações.

É importante ter a compreensão que a bioética é uma ciência da qual o homem é sujeito de sua ação e não somente objeto. Trata-se de estar aberto ao diálogo, não só com as ciências da área biológica, mas com todas as ciências que tratam da vida. O grande desafio de trabalhar com a pluralidade é considerar as diferenças, respeitando-as (NÉRI, 2004).

Toda essa busca por mudanças éticas, trouxe à tona o tema central - dignidade humana.

Do latim *dignitas*, designa o fundamento da moralidade humana. Kant (1724-1804), em seu livro *Metafísica dos Costumes*, diz: “O que tem preço pode ser

substituído por alguma outra coisa equivalente; o que é superior a qualquer preço, e por isso não permite nenhuma equivalência, tem dignidade”. Ou seja, o imperativo categórico, que sintetiza a dignidade humana, portanto, é: “age de tal forma que trates a humanidade tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre também como um fim e nunca unicamente como um meio”. Kant ainda diz: “é a dignidade humana que torna o ser humano um sujeito criador de valores, e, como tal, capaz de dar um sentido à sua própria existência” (PRUDENTE, 2000).

Assim, dignidade é o valor próprio do ser humano, como sujeito moral, isto é, autônomo e responsável. Um ser digno possui manifestações de racionalidade, de liberdade e de finalidade em si mesmo. Essas manifestações fazem dele um ser em permanente desenvolvimento, na procura pela realização em si próprio.

Barchifontaine (2006) afirma que esse projeto de auto-realização exige, da parte de outros, reconhecimento, respeito, liberdade de ação e não instrumentalização da pessoa. Essa auto-realização é o objeto e a razão da dignidade e só é possível através da solidariedade.

No âmbito da Bioética, a primeira vez que surgiu a noção de vulnerabilidade foi no Relatório Belmont (1978), para classificar, de forma particular, tanto pessoas, como populações que se encontrem numa situação de exposição agravada e que possam ser feridas, isto é, serem prejudicadas pelos interesses de outrem. Vulnerabilidade é uma palavra de origem latina, derivando de *vulnus* que significa ferida, assim sendo, é definida como a possibilidade de alguém ser ferido (NEVES, 2006).

Historicamente, o surgimento da noção de vulnerabilidade aparece no contexto das pesquisas com seres humanos. A partir da primeira metade do séc. XX, pessoas como, por exemplo: crianças órfãs, prisioneiros, idosos e grupos étnicos (judeus, chineses) e, inclusive, mulheres eram usados como recursos para a experimentação no desenvolvimento da investigação biomédica (NEVES, 2006).

Porém, essas pessoas estavam em situação de vulnerabilidade, pois sofriam dentro do contexto social, fruto da opressão e da pobreza.

A fragilidade não precisa ser biológica. As pessoas vulneráveis são incapazes de proteger seus próprios interesses (BARCHIFONTAINE, 2006).

No entanto, a designação de pessoas e populações como vulneráveis impõem a ética em sua defesa e proteção, para que não sejam maltratadas, abusadas, feridas. Dando a devida proteção aos vulneráveis, assegurado através

do: respeito às pessoas (reconhecimento da autonomia do ser humano, incluindo aqueles que possuem autonomia diminuída); da necessidade do consentimento informado (obrigatoriedade da informação); da beneficência (não fazer o mal) e da justiça (igualdade de distribuição de deveres e direitos) (NEVES, 2006).

Neves (2006) afirma, ainda, que a reflexão Bioética que se desenvolve, principalmente a partir da estruturação teórica de Beauchamp e Childress, reforça a idéia de que a vulnerabilidade deve ser combatida:

[...] por meio da exigência cada vez mais ampla e rigorosa do consentimento informado, [...] mediante o reforço do princípio da autonomia (como capacidade que assiste à pessoa de se autodeterminar, na rejeição de qualquer protecionismo paternalista). O princípio ético da autonomia é então definido num sentido bastante amplo como reconhecimento do direito comum a toda pessoa para manter suas perspectivas, fazer suas escolhas de decidir agir baseada nos seus valores e crenças pessoais, mas também como promoção efetiva de condições, capacitando a pessoa para agir autonomamente (NEVES, 2006, P.160).

Anjos (2006) coloca a vulnerabilidade como um conceito necessário para que o próprio conceito de autonomia possa se dar, sob a razão crítica. Assim, o autor cita:

[...] afirma-se que a capacidade de livre escolha, quando na verdade não existe, ou é bastante limitada. A ilusão da autonomia desafia particularmente a formação de uma consciência crítica. Por ela se podem discernir os processos individuais e sociais pelos quais se dão nossa construção como sujeitos humanos livres (ANJOS, 2006, p. 182)

Continua o autor "... a ocultação da vulnerabilidade tem uma incidência sobre o próprio sujeito que se imagina autônomo". Quando a vulnerabilidade é revelada, ou seja, quando ela não é ocultada, o ser humano elabora suas decisões, tendo em conta os limites e condicionamentos de sua própria liberdade. Isso significa que o reconhecimento da vulnerabilidade tem função metodológica no estabelecimento da autonomia.

O reconhecimento da própria vulnerabilidade, segundo Anjos (2006), é o ponto de partida para o encontro com o outro e o caminho para a superação das próprias fragilidades.

Percebe-se que, ao longo da história da ética médica, os princípios da não-maleficência e beneficência constituem o fundamento do tratamento paternalista dispensado aos clientes (SEGRE; COHEN, 1999).

O primeiro filósofo a estabelecer tal fundamento foi Platão (429-347 a.C.). Em sua obra *Político*, faz derivar a autoridade do médico sobre o paciente, do saber científico que o médico possui. Portanto, a ciência é a origem que dá autoridade e legitimidade ao médico para estabelecer, mesmo contra a vontade do paciente, sua cura, utilizando-se de qualquer método que considere adequado, desde que baseado no saber científico (PRUDENTE, 2000).

Assim, esse é o conceito da interferência do profissional de saúde sobre a vontade do paciente autônomo, justificado pela ação de fazer o bem às pessoas, não causando danos aos outros.

Percebe-se que paternalismo e autonomia, na prática, sempre interagem entre si, ou seja, não se sustentam de forma independente (SEGRE; COHEN, 1999).

Pessini e Barchifontaine (1996) dizem que numerosas justificativas fundamentam a prática do paternalismo médico. A mais utilizada, segundo esses autores, é que a ética médica assim exige. De modo que é responsabilidade do médico fazer, “*segundo seu julgamento e habilidade, o que for possível no melhor interesse do seu paciente*”, independentemente do paciente concordar, ou dar seu consentimento, ou de conhecer as prováveis conseqüências e alternativas disponíveis.

Colocado dessa forma, não dizer a verdade para o paciente e sua família parece mais “aceitável”. No entanto, não é necessariamente certo ou correto do ponto de vista ético.

Assim, atitudes do médico referentes à omissão da informação ao paciente reduzem enormemente a inquietação desses profissionais, pois discussões francas e honestas com pacientes portadores de doenças terminais e suas famílias, sobre seu estado, seu prognóstico e ação terapêutica podem ser emocionalmente muito desgastantes.

Segundo Pessini e Barchifontaine (1996, p. 61):

[...] Quase sempre a razão principal, o propósito maior por trás do disfarce benevolente é a felicidade do médico, a supressão da sua própria inquietação e a evitação do seu óbvio desconforto em ter que lidar com o assunto [...]

Algumas questões são levantadas sobre o relacionamento entre médico e paciente e o esperado é que esse profissional tenha como traço de caráter virtudes como a sinceridade e a honestidade. Para justificar da importância desses traços, pode-se dizer que eles têm base no respeito a outros seres humanos, o que envolve respeito, liberdade, fidelidade e confiança entre as pessoas.

Beauchamp e Childress (2002) citam algumas das atribuições profissionais que estão frequentemente ligadas às práticas profissionais. Essas atribuições incorporam virtudes que, na prática, são traços de caráter que levam os profissionais a agirem de acordo com os objetivos valorizados na área. Para esses autores, são quatro (04) as virtudes centrais: compaixão, discernimento, confiabilidade e integridade.

Compaixão é um traço que combina uma atitude de consideração pelo bem estar do outro, uma consciência imaginativa e uma reação emocional de profunda simpatia e afeição e de desconforto com o infortúnio ou o sofrimento de outra pessoa (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.500).

Esse sentimento necessariamente não se restringe à dor e ao sofrimento. No entanto, quando expressamos a compaixão, as pessoas se sentem mais tranquilas e cuidadas. O médico, quando não expressa esse sentimento, mostrando somente sua habilidade profissional, deixa, muitas vezes, de dar aquilo que seu paciente mais precisa. O envolvimento emocional e a comunicação são fatores importantes para o relacionamento médico-paciente.

No entanto, o contato constante com o sofrimento pode interferir no julgamento médico, dando lugar a uma reflexão parcial, o que pode levar a um distanciamento por parte do profissional. Quando, portanto, a compaixão é expressa de uma maneira ponderada, torna-se muito relevante.

Uma segunda virtude é o discernimento, "... inclui a habilidade de fazer julgamentos e de chegar a decisões sem ser indevidamente influenciado por considerações, temores ou vínculos externos..." (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 505).

Ou seja, se o profissional apresentar esses traços de caráter, poderá manter suas emoções dentro de limites apropriados e escolher cuidadosamente as decisões a serem tomadas dentro de determinadas situações.

Outra virtude esperada do profissional é a confiabilidade. “... é a convicção de que outra pessoa agirá com os motivos certos, de acordo com regras morais” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p 505).

Esse traço de caráter, que ajuda o paciente na escolha do profissional, é fundamental para o relacionamento médico-paciente.

A última virtude citada pelos autores é a integridade:

Significa num sentido mais amplo firmeza, confiabilidade, inteireza e integração do caráter moral e num sentido restrito, significa fidelidade na adesão às normas morais...” Ou seja, “uma pessoa que tenha integridade moral cumprirá o que a moralidade exige, [...] e é fiel aos padrões da moralidade comuns assim como aos seus ideais morais pessoais (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.505).

Para podermos entender, médicos que tenham compromissos em relação à santidade da vida, será difícil participar ou aceitar decisões de não fazer o todo o possível para prolongar a vida.

Beauchamp e Childress citam as idéias baseadas no modelo aristotélico que sustentam a virtude humana:

[...] a ação correta derivada de um bom caráter moral pressupõe um julgamento inteligente, que é em si uma forma de virtude, incluindo a virtude do discernimento[...] (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 529).

Os mesmos autores citam, ainda:

[...] é da maior importância amar o que é moralmente superior e agir com base na inteligência prática com motivos apropriados, de acordo com um caráter estável e desenvolvido (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.529).

Ou seja, é esperado que o ser humano procure desenvolver seu caráter para proporcionar a motivação e a força interior, fazendo o que é certo e bom. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

O desenvolvimento de uma atitude ou sentido ético (alcance de um objetivo e experiência prática da vida) passa pelo conflito que a pessoa tem ao mesmo tempo por representar um ser biológico (produto da natureza) e por representar um ser social (produto da cultura). Ou seja, de um lado o que diz o “coração” e de outro, pelo que a “cabeça pensa”. Assim, ser ético é poder percorrer o caminho entre a emoção e a razão, de forma autônoma e integrada, compatível

com a prática da vida. Dessa forma, poderá ser responsável e responsabilizado pelos seus atos (COHEN; MARCOLINO, 1999)

Nesse contexto, como sugere Hossne (1999), surge a relação médico-paciente:

O médico, competente por dominar a técnica e a arte médica, imbuído de sentimento de filia, respeitando os princípios da não-maleficência e procurando ser um homem justo, sabe o que é bom (beneficência) para seu paciente (HOSSNE, 1999, p.77).

Esse relacionamento perdurou por muitos séculos, prevalecendo até hoje, em diversas circunstâncias e situações.

3.7 Aspectos psicodinâmicos e finitude de vida

Todo ser humano tem dentro de si, em sua personalidade, partes boas (qualidades) e partes más (defeitos). Mas existem aspectos que freqüentemente escondemos de nós mesmos e negamos. É necessário reconhecê-los e admiti-los, sem culpas ou censuras. Esses aspectos fazem parte do ser humano e é preciso aceitá-los, para que esse indivíduo possa relacionar-se bem com ele mesmo.

Kübler-Ross e Kessler (2004) afirmam: “Quase todos nós procuramos ignorar e resistir à perda a vida inteira, sem compreender que a vida é perda e a perda é vida”.

Assim, cada pessoa tem seu tempo e vive o processo de sua maneira. Quando perdemos alguém, podemos nos sentir vazios, indefesos, imobilizados, paralisados, impotentes, revoltados, tristes e com medo. Percebemos que esses sentimentos tomam conta de nós e que, de certo, somente o tempo poderá nos curar.

Segundo Kübler-Ross e Kessler (2004), quem trabalha com os que estão à beira da morte, podem enfrentar os mesmos desafios: o medo, a raiva, a culpa, o desejo de perdoar, de se entregar, de mostrar paciência, amor e tantos outros desejos.

Enfrentar esses desafios e passar por eles, aprendendo cada lição, é como alcançar a maturidade, pois só depois disso passamos a entender o mundo de um modo melhor.

Quando olhamos os que estão à beira da morte, não enxergamos mais seus defeitos, ou seus erros, ou a doença, à qual nos concentramos. Vemos apenas as pessoas, porque no final da vida elas se tornam mais sinceras, mais elas mesmas. (KUBLER-ROSS; KESSLER, 2004).

Freud relata que:

[...] sob a influência da educação, o ego se acostuma a remover a cena de luta de fora para dentro e a dominar o perigo interno, antes que se tenha tornado externo. Durante essa luta – o ego faz uso de diversos procedimentos para desempenhar sua tarefa, que consiste em evitar o perigo, a ansiedade e o desprazer. Esse procedimento se chama mecanismo de defesa [...] (Freud, 1975, p.268).

Freud (1975) afirma, ainda:

[...] O aparelho psíquico não tolera o desprazer; tem de desviá-lo a todo custo, e se a percepção da realidade causa desprazer; tem-se a todo custo que modificá-la [...]. A pessoa pode ajudar-se evitando a situação de perigo, através da fuga, quando em outro momento mais fortalecido, se afasta da ameaça alterando a realidade. No entanto, não é possível fugir de nós mesmos, por isso os mecanismos de defesa nos dão somente uma representação deformada de nosso próprio id (Freud, 1975, p.270).

Freud (1975) continua a enfatizar que:

Os mecanismos de defesa servem ao propósito de manter afastados os perigos. Mas é certo também que eles próprios podem se transformar em perigo. Cada pessoa utiliza estes mecanismos desde o início de seu desenvolvimento, tornando-se modalidades regulares de reação de seu caráter; repetindo-se ao longo de sua vida, sempre que ocorre uma situação semelhante à original (Freud, 1975, p.270).

Diversos autores são citados por Quintana e Arpini (2002) e esses relatam sobre o despreparo do médico frente à morte. Explicam que a função do médico é diagnosticar o mal e erradicá-lo, assim, a morte é vista como fracasso por não conseguirem erradicá-la.

O profissional depara-se com o fato que todos os seus anos de estudos não foram suficientes para dar-lhes o controle sobre a doença e, portanto, sobre a vida de seu paciente que está em fase terminal. Então, o médico se vê frágil em seu poder.

Esses mesmos autores afirmam que, nessa luta desesperada pela vida para vencer a morte, os médicos podem perder de vista a qualidade de vida do

paciente. Assim, acabam utilizando os meios necessários para prolongar a vida, a qualquer custo.

Estar diante da morte é inerente à profissão médica. Esperar-se-ia que o médico pudesse, pela sua experiência, estar preparado para lidar com ela, no entanto, esses autores colocam que o médico lança mão de mecanismos para evitarem o confronto com a morte de seus pacientes:

Dentre desses mecanismos, o principal é o da negação, a qual será expressa por diferentes comportamentos, como os de não nomear a morte, afastar-se daqueles pacientes sem chance de cura, e principalmente, não ver o seu paciente como uma pessoa, mas como um objeto portador de alguma doença que deva ser extirpada a qualquer custo (QUINTANA; ARPINI, 2002, p.04).

A psique procura encontrar maneiras de enfrentar a ansiedade, que pode ser provocada por um aumento de tensão, podendo ainda se desenvolver em qualquer situação real ou imaginária. Há duas maneiras de lidar com a ansiedade, isto é, diminuí-la. A primeira é enfrentá-la, ou seja, lidar diretamente com o conflito. A segunda é fugir, ou seja, deformar ou negar a própria situação. O modo pelo qual se dá essa deformação são os mecanismos de defesa. Assim, esses mecanismos protegem o ego contra toda e qualquer ameaça (FADIMAN; FRAGER, 1979).

Desse modo, é necessário um determinado preparo para poder conviver com a presença constante da morte, sem que conduza o médico ou qualquer profissional de saúde à degradação e ao desespero. Assim, confirmam Quintana e Arpini (2002): “não é devido a qualquer característica individual que o médico ou o profissional da saúde se revestem de frieza e utilizam preferencialmente a negação para lidar com o cotidiano da morte”.

No entanto, a maioria dos médicos não tem esse preparo, de forma clara e explícita, para lidar com essa realidade. Esses profissionais não sabem como conversar com o paciente sobre a morte. Sentem-se angustiados, seja de forma consciente ou inconsciente. Já, na forma implícita que aprenderam, se defendem, utilizando os mecanismos de defesa como: negação, isolamento de afetos, recalque (QUINTANA; ARPINI, 2002).

Na verdade, tais médicos conseguem falar racionalmente sobre a morte, pois, tecnicamente, sabem o que acontece. O que não conseguem é que ela toque seus sentimentos. O isolamento das emoções é uma forma privilegiada que a medicina encontrou para estar quotidianamente em contato com a morte. No

entanto, contraditoriamente, não são preparados para lidar com ela (QUINTANA; ARPINI, 2002).

Para corroborar com esse dado, Cassorla, citado por Kovacs (2003), afirma que:

Sentir dor tem de ser uma característica do profissional de saúde, uma dor tal que não o paralise, mas o impulsiona a salvar vidas. E a dor somente será sentida se existir amor. (CASSORLA, apud KOVACS, 2003).

Para Kovács (2003), o profissional que não reconhece e aceita suas próprias limitações poderá acreditar ser onipotente e onisciente e, assim, no confronto com a morte, diante de sua impotência, tal médico não conseguirá vencer. O mesmo autor afirma que, no entanto, se faz necessário que esse profissional “coloque-se ao lado”, dando as melhores condições de vida nesse final inevitável.

Uma forma de não entrarmos em contato com experiências dolorosas pode ser a própria negação da morte. Esse mecanismo de defesa pode permitir que vivamos num mundo de fantasia, o que dá a sensação de força e controle desse sentimento. Essa proteção pode esconder uma vulnerabilidade por parte do profissional em relação à pessoa que está morrendo (KOVÁCS, 2003).

A má elaboração do luto somado ao contato contínuo de perdas, após tentar salvar o paciente a qualquer custo, podem fazer com que o trabalho do médico, e dos outros profissionais da equipe, seja visto como frustrante, trazendo à tona o sentimento de impotência.

Segundo Brim (2003):

[...] há uma grande dificuldade por parte dos médicos em lidarem com seus sentimentos como: impotência, sentimento de culpa, raiva, tristeza. A impotência faz reviver os medos de destruição, vulnerabilidade e separação. Faz também com que o profissional entre em contato com sua própria finitude e mortalidade (BRIM apud KOVACS, 2003).

Lidar com a perda, com o sofrimento e com a dor despertam no profissional esses mesmos sentimentos, levando à fuga e ao distanciamento.

Permitir que se pudesse sair da ilusão da onipotência, do silêncio, da negação, permitir que se possa falar o que se está sentindo, vivendo ao lado do seu paciente. Trabalhar com a vulnerabilidade em vez de fugir dela (KOVÁCS, 2003).

Nos primeiros anos de vida, a criança sente, a cada separação / ausência da mãe, como experiência de morte. Sente-se abandonada, desamparada. Com o

reaparecimento da mãe, fica apenas o registro inconsciente desse processo de perda. Sendo que toda sensação de perda pode reaparecer ao longo da vida.

Tanto a criança quanto o adulto necessitam de tempo e espaço para a elaboração do luto. É necessário conversar com as crianças, respeitando cada fase de desenvolvimento, para que possam elaborar esse sentimento, para que possam falar de seus temores, fantasias ou mesmo culpas que possam estar sentindo. É muito importante compreender que esse sentimento frente à morte pode nos acompanhar por toda a vida (KOVÁCS, 2003).

A criança ao perceber que também pode morrer se angustia, temendo sua própria fragilidade, assim reproduz os temores frente à morte e a finitude. E à medida que cresce adquire a consciência que irá morrer um dia e que esta é definitiva (KOVACS, 2003).

A escolha dos mais aceitáveis entre um complexo de motivos para explicar o comportamento significa racionalização. Assim, é permitida a repressão de outros motivos estranhos a nós. Os motivos selecionados são mais adequados ao ato, e os motivos não aceitos podem ser esquecidos ou negados (ALEXANDER, 1976).

Fadiman e Frager (1979, p. 20) comentam:

[...] é o processo de achar motivos aceitáveis para pensamentos e ações inaceitáveis. É o processo através do qual uma pessoa apresenta uma explicação que é ou logicamente consistente ou eticamente aceitável para uma atitude, ação, idéia ou sentimento que emerge de outras fontes motivadoras.

Os mesmos autores afirmam, ainda:

É um modo de aceitar a pressão do superego; disfarça nossos motivos, tornando nossas ações moralmente aceitáveis. Enquanto obstáculo ao crescimento, impede a pessoa que racionaliza, de aceitar e trabalhar com as genuínas forças motivadoras menos recomendáveis (FADIMAN; FRAGER, 1979, p. 21).

O isolamento, outro mecanismo de defesa, é um modo de separar as partes da situação provocadoras de ansiedade, do resto da psique. É o ato de dividir a situação, de modo a restar pouca ou nenhuma reação emocional ligada ao acontecimento.

O resultado é que, quando uma pessoa discute problemas que foram isolados do resto da personalidade, os fatos são relatados sem sentimentos, como se tivessem acontecido a um terceiro. Essa abordagem árida pode tornar-se uma

maneira dominante de enfrentar situações. Uma pessoa pode isolar-se cada vez mais em idéias e ter contato cada vez menor com seus próprios sentimentos. O isolamento é um mecanismo de defesa somente quando usado para proteger o ego de aceitar aspectos de situações ou relacionamentos dominados pela ansiedade (FADIMAN; FRAGER, 1979).

Esses mesmos autores, Fadiman e Frager (1979), colocam a negação como a tentativa de não aceitar na realidade, um fato que perturba o ego. Os adultos têm a tendência de “fantasias”, que certos acontecimentos não são assim, que na verdade não aconteceram.

Mannoni (1995) comenta sobre as estratégias de defesa que uma pessoa pode ter, diante do processo de morte de um paciente. Essas estratégias poderão ser transformadas em defesas do grupo ao qual o médico está ligado e, por conseqüência, terá um efeito de grupo, o que acarretará a institucionalização do processo. O mesmo autor afirma que as defesas de uma pessoa, num dado trabalho, ajudam-na a dominar e a enfrentar a angústia.

Quando a morte acontece e o profissional não tem mais nada a fazer, passará a negá-la, fato que o levará a uma conduta de evitamento. Essa conduta tornará impossível o acolhimento à família.

Mannoni (1995, p. 57) coloca, ainda, “... à medida que a morte se assemelha ao inominável, deixa a pessoa sem palavras para abordar aquilo que o toca na provação que ele partilha com a família”. E o que é nomeável se revela nos sonhos onde se encontra a passagem a uma simbolização com suas leis. Essa realidade vivida passa por mediações, formações imaginárias, desconhecimentos a nível simbólico. Entretanto, na ordem da intersubjetividade, encontra-se uma espécie de limitação das capacidades individuais.

Acrescenta “[...] para Freud, a vida só se caracteriza por sua aptidão para a morte e, para Lacan, a vida não quer sarar. Assim, a vida unida à morte retorna à morte. Mas essa realidade, no fundo de nós mesmos, nós a recusamos. Quando somos levados a confrontá-la, ficamos sem palavras, petrificados [...]” (MANNONI, 1995, p. 58).

4 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, qualitativa e exploratória. Esta pesquisa procura descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos fenômenos relacionados à vida do profissional em questão - o médico pediatra.

4.1 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada numa instituição hospitalar de grande porte, que atende pacientes pediátricos. O hospital infantil atende diversas especialidades, acolhendo profissionais médicos como: clínicos gerais, cirurgiões, cardiologistas,

neurologistas, pneumonologistas, urologistas, infectologistas, otorrinolaringologistas, neonatologistas, oncologistas, ortopedistas, intensivistas, generalistas e plantonistas.

4.2 Sujeitos da pesquisa – critérios de inclusão e exclusão

Dos 78 (setenta e oito) nomes da lista fornecida pelo hospital, após a aprovação pelo COEP, deram seu aceite e foram entrevistados 29 (vinte e nove) - 37% - médicos que atendem pacientes infantis, distribuídos entre as especialidades: cirurgia, neurologia, UTI, clínica geral, urologia, oncologia, pneumologia, neonatologia, infectologia, cardiologia, terapia familiar/violência infantil, adolescência, otorrinolaringologia e ortopedia, como pode ser verificado no quadro 01:

	Especialidades Pediátricas	Nº
1.	Clínica geral	6
2.	Cirurgia	3
3.	UTI	3
4.	Ortopedia	3
5.	Neonatologia	3
6.	Oncologia	2
7.	Pneumologia	2
8.	Neurologia	1
9.	Urologia	1
10.	Infectologia	1
11.	Cardiologia	1
12.	Terapia familiar/ violência infantil	1
13.	Adolescência	1

14.	Otorrinolaringologia	1
	Total	29

Quadro 01 - Número de médicos entrevistados e suas respectivas especialidades.

Dos 49 (quarenta e nove) médicos restantes, 12 (doze) -15% - recusaram-se a participar por contato telefônico ou pessoalmente; 10 (dez) - 13% - não foram contatados por estarem de férias, por atenderem em outro hospital ou por não morarem mais na cidade. Em relação aos outros 27 (vinte e sete) médicos - 35% - não foram entrevistados até o fim, pois foi percebido que as respostas dadas por eles repetiam-se.

4.3 Instrumentos

A pesquisa foi feita por meio de entrevista semi-estruturada.

Para a formulação do roteiro de entrevista, foram consideradas as possíveis variáveis necessárias ao objetivo da pesquisa: investigar a percepção que o médico tem diante da morte de seus pacientes.

O roteiro de entrevista foi dividido em 04 módulos organizados por: A - Dados pessoais; B - Vivências na graduação de medicina; C - Vivências na prática profissional e D - Questões éticas vivenciadas.

No módulo A, foram realizadas perguntas referentes aos dados pessoais, como: idade, sexo, estado civil, número de filhos, ano de formação, tempo de formação, nome da instituição e local onde cursou a faculdade de medicina, a especialidade escolhida, o que o levou a escolhê-la e há quanto tempo trabalha na área. Na última questão: "Houve alguma perda familiar que o tenha marcado? Se sim, quem foi perdido?" - essa questão tem o objetivo de verificar se a perda de algum familiar influenciou na escolha do curso de medicina, indicando a percepção do profissional sobre os seus sentimentos frente à morte.

No módulo B, foram aplicadas questões sobre as vivências do profissional na graduação de medicina. Foram feitas perguntas referentes ao "como" e ao "porquê" da escolha pelo curso. Foi perguntado se na época da formação foi, de algum modo, instruído a lidar com a morte e com o morrer. Caso tenha sido, foi pedido para que falasse em quais disciplinas ou situações isso ocorreu. Na última questão, foi perguntado se teve contato com a morte de paciente infantil durante a

graduação e, para concluir este módulo, foi pedido que descrevesse os sentimentos na ocasião.

No módulo C, foram feitas perguntas sobre a provável experiência de perder uma criança na prática profissional, como aconteceu e se gostaria de falar sobre seus sentimentos nessa experiência. Foi perguntado sobre como lidou com a morte e como vivenciou esses sentimentos; se já teve que conversar sobre a morte com algum paciente infantil ou se é o médico que fala com os pais a respeito da gravidade ou mesmo da morte dessa criança. A última questão é a respeito da percepção de seus sentimentos. Foi perguntado se nota que os sentimentos afetam, de algum modo, o próprio comportamento, ou seja, a própria conduta.

O módulo D trouxe questões sobre éticas vivenciadas. Nesse módulo buscou-se saber se o médico havia vivenciado algum conflito ético envolvendo a perda do paciente infantil. Foi pedido a cada profissional que fizesse um resumo sobre como é lidar com a morte em pediatria, dando sugestões para que os médicos pudessem lidar melhor com essas questões.

4.4 Procedimentos

Inicialmente, foram entregues 03 (três) listas com 78 (setenta e oito) nomes e telefones de médicos que atendem, no hospital pediátrico, como: plantonistas, pronto-socorristas (clínicos gerais), pediatras credenciados e plantonistas de UTI da pediatria-neonatal. Com as listas em mãos, duas condutas foram tomadas. Na primeira, houve contato telefônico, por escolha aleatória. Se o médico aceitasse ser entrevistado, seria agendado um horário em seu consultório. Na segunda, o médico era convidado pessoalmente, no próprio hospital. Se o profissional aceitasse o convite, era entrevistado no mesmo momento ou com hora e dia marcados.

Após o primeiro contato com cada profissional, a pesquisa foi apresentada completa e pormenorizada. Os objetivos da pesquisa e o termo de consentimento livre foram esclarecidos para que os médicos dessem sua anuência. O tempo da entrevistas variou de uma a duas horas, tempo necessário para que o médico respondesse às questões e para que suas respostas fossem devidamente anotadas. Após o término das anotações, foi pedido para que o médico fizesse uma leitura, verificando se estava de acordo com as respostas registradas.

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital no qual a pesquisa foi realizada, houve um contato com o diretor clínico para solicitar a lista com os nomes dos médicos que seriam convidados a participar.

Nesta pesquisa, foi assegurado ao médico a confidencialidade das respostas, garantindo a não utilização das informações em prejuízo dos entrevistados. Foi confirmado, também, que não haveria entrevista sem o consentimento livre e esclarecido do médico. Sendo assim, foi assegurado ao profissional proteção e respeito em sua autonomia.

Os resultados desta pesquisa serão oferecidos ao referido hospital (em conjunto e sem a identificação dos médicos), e/ou para aqueles que desejarem (sujeitos da pesquisa), assim como à área de conhecimento a qual pertence esta pesquisa. Pretende-se, através dos resultados, colaborar com mudanças benéficas e significativas na relação médico-paciente, proporcionando condições para que os profissionais possam oferecer maior resolutividade e melhor qualidade de vida aos pacientes e familiares.

5 ANÁLISE DOS DADOS (RESULTADOS)

Fizeram parte desta pesquisa 29 médicos, com idade que variaram entre 28 e 68 anos. Entre eles, 21 (vinte e um) - 72% - são do sexo masculino, 08 (oito) - 28% - são do sexo feminino, 23 (vinte e três) - 79% - são casados (com filhos) e 06 (seis) - 21% - são solteiros (sem filhos).

No quadro 02, foram descritas todas as respostas dos médicos referentes aos dados pessoais (módulo A). Foram verificadas as respostas referentes à idade, sexo (masculino/feminino), estado civil (solteiro/casado), número de filhos e faculdade (onde realizou o curso e há quanto tempo se formou, em número de anos).

Os profissionais que cursaram a Universidade Estadual de Londrina – UEL - foram 19 (dezenove), ou seja, 66% do total dos entrevistados. Os 10 (dez) - 34% - outros entrevistados vieram de 09 outras Universidades. São elas: Universidade Estadual de Maringá - UEM, Faculdade de Medicina de Catanduva, Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade Federal do Paraná (UFPr), Faculdade de Medicina de Botucatu, Faculdade de Medicina Federal de Pelotas, Pontifícia Universidade Católica de Curitiba, Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Faculdade do Rio de Janeiro.

Foi observado, também, no quadro 02, que os entrevistados foram divididos em 05 grupos, de acordo com o tempo de formação do profissional, para melhor descrição e análise das respostas. São eles:

- Grupo 1: formados há (04 a 10 anos);
- Grupo 2: formados há (11 a 20 anos);
- Grupo 3: formados há (21 a 30 anos);
- Grupo 4: formados há (31 a 40 anos);
- Grupo 5: formados há 41 anos (ou mais).

As respostas dos médicos entrevistados contidas nos quadros a seguir, foram transcritas em 3ª pessoa (discurso indireto). Porém, houve momentos em que foram identificadas formas de discurso relevantes quanto à significação (interpretação) para esta pesquisa. Então, nesses casos, foi mantida a transcrição do discurso direto.

GRUPOS	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	FILHOS	FACULDADE	FORMADO (a) HÁ
01	28	masculino	solteiro	sem	UEL – Pr	04 anos
01	30	masculino	solteiro	sem	UEL – Pr	07 anos
01	32	masculino	casado	sem	CATANDUVA – SP	07 anos
01	34	masculino	casado	com	UEM - Pr	09 anos
01	33	feminino	casada	com	UEL - Pr	10 anos
01	32	feminino	solteira	sem	CATANDUVA – SP	07 anos
01	30	feminino	solteira	sem	PRES. PRUDENTE - SP	07 anos
02	36	masculino	casado	com	UEL – Pr	11 anos
02	39	masculino	casado	com	U F Pr - Pr	16 anos
02	42	masculino	casado	com	BOTUCATU - SP	17 anos
02	40	masculino	casado	com	FED. DE PELOTAS - RS	12 anos
02	46	masculino	casado	com	UEL - Pr	19 anos
03	53	masculino	casado	com	UEL - Pr	25 anos
03	55	masculino	casado	com	UEL - Pr	30 anos
03	49	masculino	casado	com	UEL - Pr	25 anos
03	48	feminino	solteira	sem	UEL - Pr	24 anos
03	52	feminino	casada	com	UEL - Pr	28 anos
03	51	feminino	solteira	sem	UEL - Pr	28 anos
03	52	feminino	casada	com	UEL - Pr	29 anos
03	48	feminino	casada	com	UEL - Pr	25 anos
04	60	masculino	casado	com	UEL - Pr	35 anos
04	56	masculino	casado	com	UEL - Pr	31 anos
04	66	masculino	casado	com	PUC - Pr	37 anos
04	58	masculino	casado	com	UEL - Pr	33 anos
04	64	masculino	casado	com	SANTA CASA – Sp	39 anos
04	63	masculino	casado	com	UEL - Pr	35 anos
04	61	masculino	casado	com	UEL - Pr	35 anos
04	60	masculino	casado	com	UEL - Pr	34 anos
05	68	masculino	casado	com	FED. RIO JANEIRO - RJ	42 anos
		Total = 72% masc. 28% fem.	Total = 79% cas. 21% solt.	Total = 76% com 24% sem	Total = 66 % UEL 34% outras faculdades	

Quadro 02 – Descrição das respostas dos médicos entrevistados em relação aos dados pessoais. (módulo A)

O quadro 03 foi composto pelas respostas dos profissionais que escolheram a pediatria como especialidade. Nesse quadro, foram relatadas as respostas obtidas em relação às categorias (motivos) da escolha, definidas como razões técnicas e/ou éticas e em relação às razões afetivas e/ou emocionais.

As razões técnicas e/ou éticas correspondem aos motivos que envolvem a razão, o que exige do profissional uma atitude determinada pelo conhecimento e pelo raciocínio. Assim, as respostas dadas pelos profissionais como, por exemplo,

afinidade ou identificação com a área, pouca urgência e emergência, gosto pela clínica geral em pediatria, aptidão, oportunidade de trabalho, dificuldade clínica, melhor residência, influência dos grupos de trabalho e impotência da criança, foram incluídas nessa categoria. Quanto às razões emocionais e/ou afetivas, categoria definida como (motivo), que é determinada pela afetividade e que, de algum modo, pode interferir na tomada de decisão ou escolha do profissional. Portanto, motivos como: afetividade que o profissional tem com a criança, com a família, não gostar de atender adultos e influência social, podem ter influenciado o profissional na escolha da área.

Fazendo um paralelo com o quadro 02, verificou-se que 100%, ou seja, todos os profissionais do sexo feminino do grupo 01 escolheram a especialidade em pediatria pela razão afetiva e/ou emocional e, no grupo 02, 03,6% dessas profissionais escolheram a mesma razão. Já, os outros 40% do sexo feminino escolheram a especialidade pela razão técnica e/ou ética.

Do total de profissionais do sexo masculino, ou seja, 10 (dez) - 48% - escolheram a especialidade em pediatria por motivos técnicos e/ou técnicos, e os outros 11 (onze) - 52% - do sexo masculino escolheram pela razão afetiva e/ou emocional.

Grupos	Respostas dos médicos	Categorias	
		Motivo	Motivo

		técnico/ético (nº de médicos)	afetivo/emocional (nº de médicos)
01	-Por ter afinidade com a área. -Por necessidade financeira, maior afinidade. -Por ter pouca urgência e emergência. -Por comodidade do consultório, por gostar de criança. -Por gostar da clínica geral em pediatria. -Por gostar de lidar com criança (não gosta de adulto). -Por gostar de criança.	03	04
02	-Por aptidão. -Por identificação com a criança. -Por identificação com a área. -Pela oportunidade. -Pela dificuldade clínica. A resposta com criança gira mais rápida.	04	01
03	-Por gostar de lidar com crianças. -Identificou-se com a pediatria. -Por gostar da essência das crianças. -Por gostar de crianças. -Por gostar de lidar com as crianças graves e com as mães. -Por gostar muito de criança. -Por melhor residência (top). -Por gostar dos extremos de idade, pelo universo amplo.	03	05
04	-Pela impotência da criança. -Pela influência social. -Por gostar de criança, por afinidade com os professores e com a academia. -Por idealismo, por gostar da clínica e de criança. -Por gostar de criança. Não gosta de atender adulto (geriatria). -Por gostar do trabalho com a família. -Pelo contato intenso com a pediatria. -Acredita ser um desafio. Por apego às crianças.	02	06
05	- Por influência dos grupos de trabalho.	00	01
Total		12 = 41 %	17 = 59 %

Quadro 03 – Relação das respostas referentes aos motivos da escolha pela especialidade.
(módulo A)

No quadro 4, notou-se que 14 (quatorze) profissionais relataram que a perda do pai marcou suas lembranças, 07 (sete) relataram a perda dos avós e outros 06 (seis) recordaram-se da perda da mãe, do tio, dos irmãos e outros. Somente 02 (dois) profissionais não tiveram perdas que marcaram suas lembranças.

Quanto à análise das respostas em relação ao período da vivência na graduação (módulo B), os médicos também foram agrupados em 5 grupos, pelo tempo de formação, divididos por períodos de 10 (dez) anos, formando assim 05 (cinco) grupos com períodos de: 04 - 10; 11 - 20; 21 - 30; 31 - 40 e 41 em diante.

Ainda, no quadro 4, as respostas em relação às razões técnicas e/ou éticas e em relação às razões afetivas e ou emocionais, também foram categorizadas. Portanto, para a descrição de cada item referente à vivência na graduação em medicina, foram utilizadas as mesmas categorias. Sendo assim, os motivos pertencentes à categoria de razão técnica são: influência do pai ou familiar médico; influência do trabalho da mãe na área da saúde ou de outras pessoas da área biológica; por carreira promissora; por desafio; sem motivo específico no início do segundo grau ou da vida adulto jovem; status (social e familiar) e teste vocacional.

Os motivos relacionados à categoria de razão afetiva e/ou emocional são: vontade e ideal de ajudar o próximo; perfil de cuidador; por interesse próprio na infância; desejo de lidar com as pessoas; influência do pai médico; por solidariedade ainda em sua infância e sem motivo específico ainda na infância.

Quanto à escolha pelo curso de medicina, pelo relato dos profissionais, seja qual for a categoria, foi verificado que 09 (nove) - 31% - médicos sofreram influência de familiares ou de outras pessoas próximas a eles. Foi verificado também, que outros 10 (dez) - 34,5% - médicos fizeram o curso de medicina por vontade de ajudar o próximo, por terem perfil de cuidador e por interesse próprio.

Dos outros 10 (dez) médicos - 34,5% -, verificou-se que: 04 (quatro) não apresentaram motivo específico pela escolha do curso de medicina, 02 (dois) afirmaram que foi pelo status e carreira promissora, 01 (um) por desafio, 02 (dois) por interesse pela área biológica e 01 (um) realizou teste vocacional.

Foi verificado também, que dos 08 (oito) médicos do sexo feminino entrevistados, 05 (cinco) - 62,5% -, escolheram a profissão pelo perfil de cuidadora. Outros 37,5% dos médicos escolheram por influência familiar (parentes médicos ou da área da saúde).

Grupos	Escolha pelo curso de medicina	Categorias	
		Motivo técnico / ético	Motivo afetivo / emocional

		nº médicos	nº médicos
01	-Por influência dos pais médicos. Escolha natural, no início da adolescência. -Acredita ser a profissão ideal para ajudar. Escolheu durante o 2º grau. -Por influência do pai médico. Escolheu no início do 2º grau. - Pela vontade de ajudar o próximo. Não sabe quando fez a escolha. -Acha que tem perfil de cuidadora. Escolheu no final do 2º grau. - Por influência do pai médico. (Não tinha como não ser). -Por ter perfil de cuidadora. Escolheu na infância.	03	04
02	-Por achar a carreira promissora. Escolheu no final do 2º grau. -Por desafio. Escolheu no final do 2º grau. -Por interesse próprio. Escolheu na infância. -Por interesse próprio. Escolheu na infância. -Sem motivo específico. Escolheu no início da idade adulta/jovem.	03	02
03	-Querida lidar com pessoas. Escolheu durante o 2º grau. -Sem motivo específico. Escolheu durante 2º grau. -Por influência de pessoas da área biológica. Escolheu no início da idade adulta/jovem. -Por ter perfil de cuidadora. Escolheu na infância. -Pela influência do trabalho da mãe. Escolheu no final do 2º grau. - Por influência de familiar médico. Escolheu no final do 2º grau. -Por interesse próprio. Escolheu na infância. -Por ter perfil de cuidadora. Escolheu no início da adolescência.	04	04
04	-Por influência de familiar médico. Escolheu durante 2º grau. -Por desejo, por influência do pai, por interferência no social e por desafio. Escolheu durante o 2º grau. -Por interesse pela área biológica. Escolheu durante o 2º grau. -Por interesse pela área biológica. Escolheu durante o 2º grau. -Por <i>status</i> social e familiar. Escolheu no início do 2º grau. -Sem motivo específico. Escolheu durante a idade adulta/jovem. -Por teste vocacional. Escolheu durante o 2º grau. -Por influência do pai médico e por solidariedade. Escolheu na infância.	07	01
05	-Sem motivo específico. Escolheu na infância.	00	01
Total		17 = 59%	12 = 41%

Quadro 04 – Relação das respostas dos médicos referentes aos motivos da escolha pelo curso de medicina. (módulo B)

No quadro 5, quando questionados se, em sua formação médica, foram instruídos a lidarem com a morte, 19 (dezenove) - 65,5% - responderam de imediato

que não, mas 10 (dez) - 34,5% - responderam que, de algum modo, na graduação ou na especialização, de forma rápida, pouca ou indireta, tiveram alguma instrução sobre como lidar com a morte.

Foi verificado que, entre os médicos com até 20 anos de formação, 50% deles obtiveram alguma instrução a respeito de como lidar com a morte, sendo que essa instrução, segundo suas respostas, foram obtidas através da bioética, no contexto: pronto-socorro, semiologia, psicologia médica, clínica, cirurgia e psiquiatria. No entanto, nada específico. Outros 50% acreditam que não obtiveram instrução diretamente através do curso.

Há uma percepção diferente em relação à instrução obtida através da UEL, entre os entrevistados do grupo 01 e 02 (com menos de 20 anos de formação - total de 05 médicos) - 2 (dois) deles - 40% - responderam que não tiveram instrução e 03 (três) deles - 60% - afirmaram que tiveram alguma instrução sobre como lidar com a morte.

Ainda, no quadro 05, foi verificado que os médicos com tempo maior de carreira tinham menor formação de como lidar com a morte, pois de 17 (dezesete) médicos com tempo de formação superior a 20 (vinte) anos – dos grupos 03, 04 e 05, somente 04 (quatro) - 23,5% - responderam que tiveram alguma formação nessa área, através do curso de psicologia médica, medicina legal, semiologia e em estágio / internato. Por sua vez, o restante deles, 13 (treze) - 76,5% - afirmaram que não tiveram instrução sobre como lidar com a morte.

Quanto à instituição onde cursaram a faculdade de medicina, 14 (quatorze) - 82% - fizeram o curso na UEL (Universidade Estadual de Londrina).

Foi verificado também, que 02 (dois) médicos responderam que a religião (espiritualidade) os ajudou.

Grupos	Resposta dos médicos	Faculdade	Sim nº médicos	Não nº médicos
	-Teve no internato médico (5º ano) e em bioética (reuniões científicas). Não teve instruções específicas sobre como lidar com a morte.	-UEL; -UEL;	04	

01	-Teve em bioética, em seu contexto. Não teve instruções específicas. -Teve em pronto-socorro, clínica e cirurgia. -Teve em semiologia.	-Catanduva; -UEM.		
	-Veja 01, faça 01 e ensine 01. -Teve somente na especialização em oncologia pediátrica. Não teve no curso de medicina. -Não teve.	-UEL; -Pres. Prudente; -Catanduva.		03
02	-Teve em psicologia médica; -Teve em psiquiatria e psicologia médica.	-UEL; -Federal de Pelotas.	02	
	-Disse: “-Não há disciplina que fale sobre como lidar com essa situação”. -Não teve em momento nenhum. -Não teve.	-Botucatu; -UEL; -Fed. Paraná.		03
03	-Disse: “- Em psicologia médica. Infelizmente, muito pouco.”(curso rápido de 15 dias).	-UEL.	01	
	- Não teve; - Disse: “-Não, que me lembre.” -Nunca teve. -Não teve. A espiritualidade o ajuda muito. -Não teve nenhuma disciplina, nenhum preparo. - Disse: “-O enfoque da medicina é a saúde. A morte não foi discutida em nenhum momento. Não tinham a visão da morte”. -Aprendeu com experiências no dia-a-dia. Aprendeu com experiências dolorosas no dia-a-dia.	-UEL; -UEL; -UEL; -UEL; -UEL; -UEL; -UEL.		07
04	-Disse: “-Muito pouco. É difícil transmitir o que é morte.” - Teve em medicina legal e semiologia.	-PUC – Curitiba; -UEL.	02	
	-Teve só através da espiritualidade. -Não teve nenhuma orientação. Ficou muito chocada na primeira necropsia. -Disse: “- A formação foi muito falha. Os professores não davam suporte teórico”. -Não teve. Aprendeu no dia-a-dia, pela intuição. -Não teve. -Não teve.	-UEL; -Santa Casa; -UEL; -UEL; -UEL; -UEL.		06
05	-Teve no estágio e no internato.	- UFRJ	01	
				00
Total			10 (34,5%)	19 (65,5%)

Quadro 05 - Relação das respostas dos médicos referentes à instrução recebida sobre como lidar com morte, na instituição onde realizaram o curso superior. (módulo B)

O quadro de número 06 refere-se à compreensão dos sentimentos que os médicos tiveram, por época da graduação, quando em contato com a morte de paciente infantil. Do total de médicos entrevistados, 23 (vinte e três) - 79% -

responderam que passaram pela experiência de perder paciente infantil na época da graduação e 06 (seis) - 21% - responderam que não se lembravam, nada os tinha marcado, mantiveram-se distantes das perdas de pacientes infantis.

Os sentimentos relatados pelos 23 (vinte e três) médicos que perderam pacientes infantis, na época da graduação, foram: incapacidade (sentimento de falha); sentiu-se pronto para resolver o caso, mas não conseguiu; comoção; tristeza; impotência; frustração por ter deixado morrer; revolta; sentiu que a relação médico-paciente não se estabeleceu; teve medo; sentiu-se chocado; sentiu-se traumatizado; não conseguiu racionalizar o sentimento; sentiu-se mais vulnerável; sentiu-se mais frágil; sentimento de perda: sentimento de vácuo (como se fosse da família); sensação de impotência (por não poder fazer alguma coisa); medo por ter que transmitir a notícia e não conseguir separar razão e emoção no campo profissional. Houve profissional que respondeu que lida com a perda de forma natural, pois já se acostumou com ela.

Verificou-se, ainda nessa questão, que os médicos não responderam na primeira pessoa do singular e sim na terceira pessoa do plural, como se não fossem deles que estavam falando. Houve um médico que não conseguiu falar de seus sentimentos.

Foi verificado que os grupos 01 e 02, com menos de 20 anos de formação, entre 12 (doze) - 41% dos entrevistados -, 07 (sete) - 58% - médicos responderam que tiveram perdas de pacientes infantis na época da graduação e os outros 05 (cinco) - 42% - responderam que não tiveram ou não se lembram de terem perdido pacientes infantis.

Nos grupos 03, 04 e 05 - grupos de médicos com mais de 20 anos de formação - percebeu-se que 16 (dezesesseis) médicos, ou seja, 94% dos profissionais responderam que perderam crianças e somente 01 (um) - 6% - respondeu que não teve contato com morte de paciente infantil. Seguem informações no quadro 6:

Grupos	Respostas dos médicos	Sim nº de médicos	Não nº de médicos
	-Sentiu-se incapaz. Sentiu-se pronto para resolver e não conseguiu. -Sentiu comoção. -Ficou triste, não sabia como seria se fosse a morte um irmão.	04	

01	-Sentiu tristeza. Sentiu-se impotente por não conseguir trazer o paciente de volta.		
	-Não se lembrou de nada que o tenha marcado. -Disse: “-De criança não, adulto sim. -Não.		03
02	-Sentiu frustração, incapacidade e tristeza. -Sentiu impotência por não conseguir fazer alguma coisa por alguém que estava sofrendo. Sentiu revolta. -Teve sentimentos variados.	03	
	-Não se lembrou. -Ficou distante.		02
03	-A relação médico-paciente não se estabeleceu. -Ficou chocado, teve medo. -Teve uma experiência única. Não houve amadurecimento do sofrimento. Não conseguiu separar razão e emoção no campo profissional. -Ficou traumatizado. -Sentiu que faltou alguma coisa. -Não racionalizou os sentimentos. Percebeu a morte como natural. Considerou uma falha. Não se dá conta. Faz tudo que lhe foi legado. -Na época, ficou mais vulnerável. Na época, ficou mais frágil. -Sentiu tristeza.	08	
			00
04	-Sentiu impotência, frustração e tristeza. -Acostumou-se com a morte. -Disse: “- A morte sempre mexe com a gente.” -Teve sensação de perda, de vácuo, de vazio e de impotência. -Sentiu frustração por ter deixado o paciente morrer. A morte não fazia parte do programa. Chocou-se com os pais. -Sentiu impotência e fracasso. Questionou se não houve falha própria. -Sofreu muito. Teve sentimento de perda, como se tivesse sido alguém da família.	07	
	-Não se lembrou.		01
05	-Sentiu dor.	01	
			00
Total		23 (79%)	06 (21%)

Quadro 06 – Relação das respostas dos médicos referentes ao contato com a morte de paciente infantil, por época de graduação. (módulo B)

Na segunda parte da pesquisa, (módulo C), os médicos responderam sobre a prática profissional – sobre a experiência de perder pacientes infantis. Essa questão pode ser verificada no quadro 07. Do total de 26 (vinte e seis) médicos, 90% responderam que tiveram essa experiência e que os sentimentos envolvidos foram de: marcar muito; pensar se deixou algo por fazer; fazer tudo que é necessário; sentimento de tristeza; frustração; incapacidade; sentimento de

impotência; a espiritualidade tira o médico da “toti” potência; a morte sempre é confrontada com a nossa impotência; procurar não pensar muito; é difícil se recompor; um estresse muito grande; ver a morte como natural; de acostumar-se com ela, de compreender que o ser humano é limitado, de emocionar-se, de sofrer, de chorar, de sentimento de falta, de derrota, de frustração e também de relatar que procura não ter vínculo com a criança para não interferir na conduta de seu dia-a-dia; de procurar atuar onde há casos com menos complexidade, fazendo de tudo para evitar envolvimento, fugindo da situação, onde quanto menos complicação melhor.

Nas respostas negativas, ou seja, 03 (três) dos médicos - 10% - que disseram não ter vivido a experiência de perder pacientes infantis e responderam que, se perdessem algum paciente: não lidariam bem; que não gostariam de passar por essa situação, sentiriam uma frustração muito grande por não conseguirem evitar a morte da criança.

Nessa questão, verificou-se que os médicos dos grupos 03, 04 e 05 não perderam nenhuma criança em sua prática profissional e que os médicos que tiveram essa experiência foram os médicos dos grupos 01 e 02.

Na categoria de motivo técnico e/ou ético, 38 % dos médicos entrevistados verbalizaram que: a morte é esperada, então vai se preparando; pensa se não deixou algo por fazer; foi instruído para evitar a falha, e a morte é uma falha; tenta fugir da situação; sempre tem cuidado para não se envolver com a criança, pois este vínculo interfere no dia-a-dia; sentimento de não aceitação; é firme no atendimento.

Os médicos que foram categorizados pelas razões afetivas e/ou emocionais, representam 62% do total, exceto 03 (três) médicos que responderam não à experiência de perder criança em sua prática profissional. Verificou-se através dessas respostas que não conseguem evitar que seus sentimentos interfiram em sua prática profissional. Os sentimentos descritos foram: choque (pois é um acontecimento muito marcante); tristeza; frustração; incapacidade e tristeza; tristeza pela criança e pela família; não é nada bom; é péssimo para o ego; evita pensar; estresse muito grande e impotência, evita criar vínculos, fica abalado.

Foi verificado também, que a experiência de perder uma criança, na prática, para o sexo masculino ou feminino, tem a mesma resposta, ou seja, o sexo não interfere nessa experiência.

Grupos	Resposta dos médicos	Categorias		Sim nº de médicos	Não nº de médicos
		Motivo técnico/ ético nº médicos	Motivo afetivo/ emocional nº médicos		
01	Disse: “- Marca muito. -Disse: “- A Morte é esperada, então vai se preparando.” Pensou se deixou algo por fazer. -Enfrentou inúmeras situações. No começo, foi instruído a evitar falhas e a morte é uma falha. Chorou muito. -Ficou triste. -Sentiu tristeza.Fez tudo o que foi necessário.	03	02	05	
	-Disse: “-Não, graças a Deus! Seria uma frustração grande por não conseguir resolver. Não lidaria bem. Não gostaria de passar por isso.” -Não.				02
02	-Os sentimentos são os mesmos da graduação: frustração, incapacidade e tristeza. -Ficou triste pela criança, pela família. -Em termos profissionais, fez de tudo para evitá-la. Tentou fugir da situação, procurou atuar em casos com menos complexidade. -Sabe que há limites.Está habituada.	01	03	04	
	-não.				01
03	-Sempre teve cuidado para não se envolver com a criança. Esse vínculo interfere na conduta do dia-a-dia. Procura ser realista. -Disse: “- Não é nada bom. Para o nosso ego, é péssimo. A perda sempre é confrontada com a nossa impotência, com nossa limitação. A espiritualidade tira o médico da <i>toti</i> potência”. -Teve a sensação que falta algo. Teve sentimento de falta, derrota e de não aceitação. -Hoje, lida melhor com a situação. Não leva o problema para casa e não pensa muito.	05	03	08	

	-Disse: "A morte dói na hora, depois fica num cantinho guardada". -Passou por isso em pronto-socorro. -Perdeu uma única criança. -Foi marcado por vários casos, pela patologia.				
	-Não.				00
04	-Sofreu muito. Teve sentimento de perda, como se tivesse sido da família. -Sentiu grande estresse. -Disse: "Perda mais sofrida. O difícil é voltar rapidamente para a profissão, se recompor". -Considera difícil perder uma criança. Quando a doença é crônica, lida melhor. Sentiu-se impotente, teve sensação de frustração. -Considera que não deve haver sentimento de piedade. As crianças vão para a UTI, não param na mão do médico. A burocracia segue o caminho, não pode parar. Teve firmeza no atendimento. Considera que a sociedade não aceita a morte. - Disse: "o médico sente tristeza, impotência. Antigamente, os atendimentos tinham mais vínculos, diferente de hoje, que não tem mais vínculos". -Acostumou-se com a morte, vê a morte naturalmente. Sempre luta pelos pacientes. Emociona-se junto à família. Aprendeu com os próprios filhos. -Procurou passar que é um ser humano e que é limitado. Dividiu com os pais a dor.	01	07	08	
	-Não.				00
05	-Ficou abalado. De certa forma, o tempo diminui o impacto.	00	01	01	
	-Não.				00
Total		10 (38%)	16 (62%)	26	03

Quadro 07 - Relação das respostas dos médicos referentes à experiência de perder uma criança em sua prática profissional (módulo C)

O quadro 08 revela as respostas em relação à pergunta sobre como os médicos lidam com a morte. As respostas demonstram que 13 (treze) médicos - 45% - utilizam de razões técnicas e/ou éticas no modo como lidam com a morte de pacientes infantis. Já, 16 (dezesesseis) - 55% - dos médicos entrevistados utilizam razões afetivas e/ou emocionais. Para a análise dos dados, foi utilizada a mesma

categorização anterior (técnica e/ou éticas e afetiva e/ou emocional). A categoria que envolve a técnica e a ética exige do profissional uma atitude determinada pelo conhecimento e pelo raciocínio, e a categoria emocional e/ou afetiva é determinada pela afetividade que, de algum modo, pode interferir na tomada de decisão do profissional.

As respostas foram semelhantes à questão anterior, praticamente com os mesmos sentimentos: felizmente, não faz parte da prática; faz parte do processo; se lidasse com a morte todos os dias não suportaria a profissão; faz parte da vida; consequência natural; a morte é muito sofrida; chorou muito; imparcialidade; tentou não se envolver; sofrimento que passa, segue a vida e, com o tempo, esse sentimento se dilui; impotência; decepção por ter um arsenal terapêutico e não conseguiu evitar a morte; o médico tem que ser forte; afeto dá uma conotação de intimidade que não se deve ter nesse momento; momento muito difícil; age profissionalmente; dificuldade em lidar com a morte. Um único médico respondeu que a espiritualidade o ajuda a encarar melhor a morte, ou seja, mais tranquilamente.

Notou-se que o modo como lidam com a morte independe do sexo. Tanto os médicos do sexo masculino quanto do feminino lidam da mesma maneira. Foi visto que a idade e o tempo de formação também não interferem nessa questão.

Foi verificado que as razões afetivas e/ou emocionais afetam diretamente o modo como lidam com a morte, conforme o seguinte quadro:

Grupo	Resposta dos médicos	Categorias	
		Motivo técnico/ ético nº médicos	Motivo afetivo/ emocional nº médicos
	-Afirmou ter lidado melhor com o passar dos anos. Considera que seja melhor não mostrar o sentimento. Disse: “- O médico cria uma carapaça. Se lidasse com a morte todos os dias, não suportaria a profissão”.		

01	<p>-Não sabe como lidaria.</p> <p>-Chora muito. Considera que o que torna o médico melhor é mostrar que compartilha a dor.</p> <p>- Fica triste, mas deixa os problemas no hospital.</p> <p>-Considera uma consequência de todo o processo.</p> <p>-Considera algo natural do ser humano.</p> <p>-Tenta não se envolver. Coloca-se imparcialmente.</p>	04	03
02	<p>-Considera que, felizmente, não faz parte da prática.</p> <p>-Considera difícil.</p> <p>-Tenta não se envolver emocionalmente com a família.</p> <p>Disse: “-É o médico que tem que ser forte. É o médico que tem que estar equilibrado para ajudar os outros, senão não consegue”.</p> <p>-Fica triste. Preocupa-se com a solidariedade.</p> <p>Considera que a morte faz parte da vida.</p> <p>-Não se abala.</p>	02	03
03	<p>-Encara com naturalidade;</p> <p>-Disse: “-Não é fácil. Ao mesmo tempo em que a nossa missão é preparar a equipe, os familiares, vamos nos convencendo”.</p> <p>-Acredita que o médico tem que mostrar força;</p> <p>-Disse: “-Falta muita coisa para ser estudada e melhorada”.</p> <p>-Disse: “-É difícil lidar com a situação. Não existe relação médico-paciente. Quando existe vínculo, a relação perdura no pós-morte”.</p> <p>-Disse: “- A morte é natural. Segurar emoção é difícil. É difícil não interferir na técnica, não temos preparo”.</p> <p>-Disse: “- O sofrimento é grande”.</p> <p>“-Dói na hora, passou o momento fica num cantinho doído”. Não leva para casa.</p>	03	05
04	<p>-Sentiu-se decepcionado por não ter arsenal terapêutico para evitar a morte.</p> <p>-Acha que sempre teve dificuldade em trabalhar com a morte;</p> <p>-Disse: “-A criança com doença crônica dá para se preparar. A morte do recém nascido é muito sofrida”.</p> <p>-Ficou triste e abalado, mas teve que seguir a vida. Percebeu que o sentimento vai se diluindo. Tem sensação de impotência.</p> <p>-Tenta entrar no sentimento da outra pessoa para ter uma aceitação melhor do fato. Acha que o afeto dá uma conotação de intimidade que não se deve ter nesse momento. Acha muito difícil esse momento. Acredita que quando se é menor, a morte é menos traumatizante.</p> <p>-Acha que não dá para lidar com a morte. Lida muito mal com a morte. Dorme mal. Acha que o acontecimento interfere em tudo.</p> <p>-Acredita ser prático nas suas decisões.</p> <p>-Lida com a morte segundo os conceitos da espiritualidade. Encara a morte de forma tranquila.</p>	04	04
05	-Ficou abalado.	00	01
Total		13 (45%)	16 (55%)

Quadro 08 - Relação das respostas dos médicos sobre como lidam com a morte. (módulo C)

A próxima questão, explicitada no quadro nº 9, está relacionada ao conversar com a criança sobre a morte. Ao que consta, 09 (nove) médicos - 31% - responderam que já conversaram sobre a morte com crianças. No entanto, segundo suas respostas, tais crianças não estavam exatamente no processo de morte (terminalidade). Falaram sobre a morte com seus filhos ou com o irmão. Em outros casos, ajudaram pais de crianças a falarem sobre a morte com os filhos, ou ainda, conversaram com crianças que perderam os pais. A grande maioria dos profissionais, 20 (vinte) médicos - 69% -, responderam que não conversam com as crianças, pois elas não perguntam sobre a morte. Os pacientes, na maioria das vezes, são do neonato. As crianças têm medo, ficam assustadas, e os pais não querem que os filhos saibam. As crianças não falam, mas percebem as coisas acontecerem e é com os pais que normalmente conversam.

Foi verificado que os entrevistados, do sexo feminino e do sexo masculino, que responderam que não falam sobre a morte com crianças, tiveram uma alta porcentagem, 62,5% e 71,5%, respectivamente, ou seja, verificou-se que, independentemente do sexo, os médicos não falam com as crianças sobre a morte.

Nessas respostas, também foi verificado que não há interferência por motivo de idade ou por tempo de formação dos entrevistados, pois em cada grupo obteve-se sempre uma porcentagem maior de negativas, como mostra o quadro a seguir:

Grupos	Respostas dos médicos	Sexo	Sim	Não
01	-Falou com o irmão. - Disse que as mães pedem para que o médico converse com a criança. Conversa francamente quando perguntam.	-M; -F.	02	
	-Já ouviu falar que a criança pergunta; -Disse: "-Com a criança, não". -Não. -Não. -Não.	-M; -M; -F; -F; -M.		05
	-Já falou, em função da evolução do caso.	-M;		

02	-Falou várias vezes e também com os filhos.	-M.	02	
	-Nunca falou. Evita falar com os filhos. -Conversa com os pais. -Nunca teve a experiência.	-M; -M; -M.		03
03	-Falou com o filho. Os pais pediram para que ele falasse. -Disse: “-É um processo muito desgastante”. -Procurou não estigmatizar a criança. Utilizou abordagem positivista. Acha que a relação médico-paciente é mágica.	-M; -F; -F.	03	
	-Acredita que a criança não fala no assunto, mas percebe. -Acredita que dê conta. Orienta como fazer. -Em experiência pessoal. -Não. -Não.	-F; -M; -F; -F; -M.		05
04	-Conversou com os filhos. As crianças têm medo. Às vezes perguntam, num contexto menos grave. -Nunca falou a verdade para a criança, procura ter relação de otimismo.	-M; -M.	02	
	-Nunca ouviu: “Tio, vou morrer?” -Acredita ser um desgaste grande para a criança. Ela sabe, mas não entende Com a família, fala claramente. Nunca perguntaram. Não estimula os pais a falarem, pois não querem que o filho saiba. -Faz neonato, sempre tem dificuldade em trabalhar com a morte. -Não. Faz neonato. -Não falou com nenhuma criança. -Não.	-M; -M; -M; -M; -M; -M;		06
05			00	
	-Não sabe se fugiria.	-M.		01
Total		F – Sim = 03 (37,5%) Não = 05 (62,5%) M - Sim = 06 (28,5%) Não = 15 (71,5%)	09 (31%)	20 (69%)

Quadro 09 – Relação das respostas dos médicos referentes ao gênero e ao conversar sobre a morte com as crianças (módulo C).

Na questão em que os médicos responderam como conversam com os pais, 96,5% dos médicos disseram que passam as informações para os pais, apesar de saberem como é difícil falar. A seguir, algumas das respostas: emocionou-se, mas não sofreu; somente explicou o que aconteceu e que fez tudo que era possível; absorveu o sentimento; ficou frustrado; achou que foi uma experiência muito dura, pois não há lugar apropriado para conversar com os pais. As conversas, normalmente, acontecem no corredor; foi muito traumático; falar com os pais é tudo

que o médico não quer fazer, porém, houve médico que respondeu que cabe a ele transmitir a notícia; procurou falar francamente, falou a verdade e acredita que, quanto antes falar, menos traumatizante será.

Somente 1 (um) médico - 3,5% - respondeu que não conversa com os pais. Foi revelado que esse médico nunca perdeu nenhuma criança na clínica profissional. Esse profissional não fez o curso de medicina na UEL. Disse ter escolhido essa especialidade por ter pouca urgência e emergência. Porém, no final da entrevista, esse mesmo médico teve um *insight* e revelou que escolheu esta especialidade para não ter que lidar com a morte.

Entre todos os médicos, somente 01 (um) utilizou o pronome “eu”. Dos 29 (vinte e nove) médicos, 28 (vinte e oito) deles referiram-se a eles mesmos usando termo “eles”, “os médicos”, “o médico”, ou seja, usaram o pronome na terceira pessoa do singular ou do plural. A seguir, o quadro nº 10:

Grupos	Resposta dos médicos	Faculdade	Sim nº de médicos	Não nº de médicos
01	-Achou difícil de falar. Só explicou o que aconteceu e disse que fez tudo o que era possível. Ficou frustrado. Absorveu o sentimento. -Conversou francamente. -Sempre tentou passar o que está acontecendo. Falou claramente. - Disse: “-É muito traumático. É tudo o que o não quer fazer, mas tem que fazer”. -Sempre falou. Prefere que ele mesmo fale. -Ele explicou todo o caso. -Não.	-UEL; -UEL; -Pres. Prudente; -Catanduva; -UEL; -UEM.	06	
		Catanduva		01
02	-Conversou com a família por causa da evolução do caso. -Disse: “-É difícil falar”. -Procurou passar todas as informações; -Emocionou-se, mas não sofreu. -Quando sabe que é grave, não tem como deixar os pais na expectativa.	-Fed. Pelotas; -Botucatu; -Univ. Fed. do Pr; -UEL; -UEL.	05	
				00
03	-Disse: “-Quando o caso é grave, é mais tranqüilo”. -Disse: “É a pessoa médica que mais conversa com a família”. -Disse ser sempre melindroso, mas acredita que o médico tem que falar com a família. Disse: “-Eu	-UEL; -UEL; -UEL;	08	

	gaguejo, perco a naturalidade e me sensibilizo com a dor”. -Disse que sempre explica para a família. -Disse: “-Esta notícia é intransferível. O médico é quem deve dar este suporte para a família”. - Disse: “-Não é fácil.” Procura falar a verdade. -Disse: “-O envolvimento com a família é diferente”.	-UEL; -UEL; -UEL; -UEL.		
				00
04	-Conversou claramente; -Passou a sensação que teve para a família. Pediu ajuda à psicologia. -Acredita ser uma experiência muito dura. Falou francamente. Disse: “- Não tem lugar adequado para conversar. Geralmente conversamos no corredor da UTI”. -Disse: “-O médico é contido demais”. Faz vínculo emocional com a família. -Fica mais na retaguarda. Acha difícil este momento. Tenta encurtar o tempo. Quanto mais curto o tempo, menos tranqüilizante. -Disse: “É o médico que fala”. -Compartilha a dor com os pais. -Utiliza a franqueza, coloca limites na vida pessoal e profissional.	-UEL; -UEL; -UEL; -Sta. Casa - SP. -UEL; -PUC-Pr; -UEL; -UEL;	08	
				00
05	-Com os pais, sim.	Fed. Rio de Janeiro	01	
				00
Total			28 (96,5%)	01 (3,5%)

Quadro 10 - Relação das respostas dos médicos referentes à instituição onde fizeram o curso superior e à questão do conversar sobre a morte com os pais do paciente. (módulo C)

O quadro 11 revela a última questão sobre a vivência do médico na prática profissional e se perceberam que seus sentimentos afetaram o comportamento (a conduta). Sendo assim, 17 (dezessete) médicos - 59% - responderam que: não deixam isso acontecer; não deixam os sentimentos interferirem; têm uma tendência a ser precavido, evitam todas as possibilidades; seguem o protocolo; preservam o profissional; seus sentimentos são colocados à margem; não deixam interferir; fazem tudo tecnicamente o que é necessário; consideram sagrada a conduta médica. Assim, esses fazem parte da categoria técnica e/ou ética, por terem uma preocupação com o profissional, evitando mostrar os sentimentos.

Entre os médicos que responderam que os sentimentos afetaram o comportamento, 41% responderam que: procuram não deixar, mas é difícil; tornam-se muito permissivos; ficam chocados com a situação; sentem-se esmagados por dentro; acham difícil separar os sentimentos; consideram que a frieza protege o médico; acham que devem sublimar seu “eu”; sentem-se impotentes. Os médicos que deram essas respostas foram incluídos na categoria razão afetiva e/ou emocional, em função dos sentimentos envolvidos. Foi verificado que os médicos do grupo 1 procuram ser mais técnicos, por isso foram incluídos na categoria razão técnica e/ou ética.

Notou-se que 37,5% dos entrevistados do sexo feminino responderam que seus sentimentos afetam a conduta, ou seja, suas respostas estão incluídas na categoria razão afetiva e/ou emocional, e a categoria razão técnica e/ou ética é representada por 62,5% das profissionais.

Grupos	Resposta dos médicos	Sexo	Categorias		Sim nº de médicos	Não nº de médicos
			Motivo técnico /ético nº médicos	Motivo afetivo/ emocional nº médicos		
01	-Não consegue ficar como se fosse uma pedra de gelo.	-M;	00	01	01	
	-Disse: “-Tem hora que tem que ser forte”. Não deixa de mostrar seu sentimento. Logo se recompõe e volta a fazer o que tem que ser feito.	-F;	06	00		06
	-Não deixa o sentimento interferir.	-F; -M;				
	-Não deixa o sentimento interferir. -Procura estabelecer um limite para não interferir. -Nunca deixa o sentimento inteferir; -Leva para o lado profissional, procurando fazer tudo que é tecnicamente necessário. Faz um esforço grande.	-M; -M; -M; -M; -F				
02	-Acha que sempre afeta. Preocupa-se com o que a família pensa. -Emociona-se todas as vezes, mas não sofre.	-M; -M.	00	02	02	
	-Disse: “-Não. -Disse: “-Não, não afeta a conduta profissional”. -Tem uma tendência a ser precavido, a evitar todas as possibilidades.	-M; -M; -M.	03	00		03
	-Disse: “-É difícil separar sentimentos. A frieza do médico é	-F;				

03	para sua proteção, tem que sublimar-se”. -Disse que afeta, por mais que não queira, fica esmagada por dentro. -Disse que afeta. Não dorme. Fica mais preocupada. Perde a fome e o sono.	-F; -F.	00	03	03	
	-Não deixa que interfira. -Chora longe das crianças. Não deixa que os sentimentos interfiram. -Pensa no lado técnico. Chama outro profissional para dar suporte. -O comportamento não é afetado. Sempre preserva o profissional. O seu sentimento é colocado à margem. -Disse: “-Não consigo misturar, cada momento é um momento”.	-M; -F; -M; -F; -M.	05	00		05
04	-Disse que mexe com o sentimento. Tem sentimento de impotência. Revê tudo o que fez. -fica chocado com a situação; -tem que se recompor; -deixou de ser médico técnico para ser um ser humano; não tem medo de mostrar afetividade; -Disse: “-É muito difícil. Nos tornamos muito permissivos com a morte”.	-M; -M; -M; -M;	00	05	05	
	-Disse: “-Ajuda a crescer”. -Disse: “-O vínculo é muito importante”. -Disse: “-A conduta médica é sagrada.Segue protocolos”.	-M; -M; -M;	03	00		03
05	Disse: “-Como conduzir? Como fazer?”	-M;	00	01	01	
			00	00		00
Total			59%	41%	12 (41%)	17 (59%)

Quadro 11 – Relação das respostas dos médicos referentes ao gênero e os motivos que os levaram a perceber que os sentimentos afetaram o comportamento (a conduta).

No último grupo - módulo D - falou-se sobre questões éticas vivenciadas pelos médicos. Nessa questão, os profissionais responderam sobre os conflitos éticos vivenciados por eles.

Verificou-se que 12 (doze) médicos - 41% - responderam que vivenciaram questões éticas envolvendo a morte e 17 (dezessete) - 59% - foram taxativos, verbalizando que não se envolveram com essas questões.

Responderam que os conflitos que os afligem são: a conduta de colegas, ou seja, a discordância delas; a auto-análise e os questionamentos internos; nos casos mais agudos, a tomada de decisão sempre é mais complicada; se está

terminalizando no momento certo; ressuscitamento; reanimação; em relação à distanásia, ortotanásia; atritos entre profissionais com os familiares; procura manter a criança em vida, não deixar entrar em processo de morte.

Verificou-se que 50% dos entrevistados do sexo feminino responderam que se envolveram em conflitos éticos no processo de morte, e os outros 50% responderam que não se envolveram nesse tipo de conflito. Dos entrevistados do sexo masculino, 13 (treze) responderam que não se envolveram, e 08 (oito) envolveram-se em conflitos éticos envolvendo o processo de morte.

Em relação ao item “tempo de formação”, os grupos com mais tempo, ou seja, o grupo 03, 04 e 05 – 11 (onze) médicos - 65% - responderam que não se envolveram em conflitos éticos envolvendo o processo de morte. Seguem essas informações no quadro 12:

Grupos	Resposta dos médicos	Sexo	Faculdades	Sim	Não
01	-Em relação à distanásia e à ortotanásia. -Disse: “- A decisão é na hora, nos casos mais complicados”. -Há conflito sobre a questão da terminalização.(Se está no momento certo). Divide com colegas.	-M; -F; -F.	-UEL -Catanduva -UEL	03	
	-Não. -Não teve a experiência. -Não. -Não.	-M; -M; -F; -M.	-UEM -UEL -Pres. Prudente -Catanduva		04
02	-Discordância de conduta dos colegas. -Reanimação das crianças e entendimento dos pais.	-M; -M;	-Pelotas -UFPR	03	

	-Doação de órgãos (quando a família não quer que desligue os aparelhos).	-M.	-UEL		
	-Procura manter a criança em vida. Não deixa entrar em processo de morte.	-M;	-Botucatu		02
	-Pensa sempre nas conseqüências.	-M.	-UEL		
03	-Atrito com os profissionais e com os pacientes.	-F;	-UEL	03	
	-Disse: “- Acreditamos que sempre podemos salvar, fazer algo a mais”.	-M;	-UEL		
	-Se cobra muito (conflito interno).	-F.	-UEL		
	- Não.	-M;	-UEL		05
	- Não.	-F;	-UEL		
	- Não.	-F;	-UEL		
	- Não.	-F;	-UEL		
	- Não.	-M.	-UEL.		
04	-Com pacientes neurológicos, se questionava se valia à pena tratar dessas crianças.	-M;	-STA CASA-SP	03	
	-Ressuscitamento.	-M;	-UEL		
	Perguntava-se: “-De quem é a culpa pela morte da criança?” (conflito interno).	-M.	-UEL		
	-Presenciou com outros profissionais.	-M;	UEL		05
	-Faz questionamentos internos (auto-análise).	-M;	-UEL		
	-Questiona-se (auto-análise).	-M;	-PUC-PR		
	-Não	-M;	-UEL		
	-Não.	-M.	-UEL		
05				00	
	-Não.	-M.	-Fed. RJ		01
Total		F Sim = 04 Não = 04 M Sim = 08 Não = 13	UEL – Sim = 08 Não = 11 Outras Faculdades Sim = 04 Não = 06	12 (41%)	17 (59%)

Quadro 12 – Relação das respostas dos médicos referentes aos conflitos éticos que envolveram o processo de morte. (módulo D).

O quadro 13 mostra as respostas dos médicos em relação ao resumo da experiência sobre como é lidar com a morte na pediatria. As respostas foram: é frustrante; é muito difícil; é muito angustiante; é muito triste; é traumático; sempre há o sentimento de impotência pela inconformidade com a morte; procura apagar da memória para continuar o trabalho; a morte existe e faz parte da vida; como médico, faz tudo que é necessário; estabelece o próprio limite; procura garantir que seus pacientes morram com dignidade; lida com a vida e não com a morte; estar preparado tecnicamente é um desafio constante por ter de transpor o nosso sentimento; pediatria é nascer crescer e se desenvolver.

Dos médicos entrevistados, 16 (dezesseis) - 55% - se enquadram na categoria razão técnica e/ou ética, e os outros 13 (treze) - 45% - médicos se enquadram na categoria razão afetiva e/ou emocional.

Grupos	Respostas dos médicos	Categorias	
		Motivos Técnico/ ético n médicos	Motivos Afetivo/ emocional n médicos
01	-Disse: “-Não tenho problemas”. -Ajuda a curar, a morrer com dignidade ou a ter melhor qualidade de vida. Procura garantir que seus pacientes morram com dignidade. -Não tem experiência direta. -Fica consternado pela família, frustrado. Apaga da memória para continuar o trabalho. -Disse: “- É muito difícil”. -Disse: “-É sempre difícil”. -Consegue lidar bem.	04	03
02	-Disse: “- É uma experiência triste, mas necessária”. -Disse: “- A morte fecha a janela, existe e faz parte da vida. -Disse: “-Nunca é bom. Sempre muito ruim. Difícil aceitar”. -Disse: “-É algo irrecuperável”. Não gosta de enfrentar. -Nenhuma.	03	02
03	-Considera um desafio constante, ter que transpor sentimentos. - Disse: “-É difícil aceitar a morte”. -Lida com a vida por não ter preparo. -Disse: “-É difícil lidar com a morte”. Tem sentimento de impotência. -Tem sempre o sentimento de impotência. - Disse: “- É muito angustiante. Tirar a dor e tratar é o objetivo do médico”. -Considera algo triste, mas vê com naturalidade. -Disse: “- É difícil”.	03	05
04	-Disse: “- É mais traumático”. -Disse: “-É muito difícil, traumático para família”. Vê como coisa natural. -Disse: “-Pediatria é nascer, crescer, se desenvolver. É difícil conjugar o verbo morrer”. -Disse: “-É muito triste”. -Utiliza todos os protocolos, não tem vínculo. -Disse: “- A morte é sempre um fato que se tem que encarar e enfrentar; estar sempre preparado tecnicamente”. - Disse: “É difícil”. -Sabe que faz parte da vida Estabelece o	05	03

	próprio limite como médico.		
05	-Respeito total.	00	00
Total		16	13

Quadro 13 – Relação das respostas dos médicos referentes ao resumo da experiência sobre como é lidar com a morte na pediatria. (módulo D)

Na última pergunta dessa pesquisa - quadro 14 - os médicos são convidados a darem sugestões para que os médicos aprendam a lidar melhor com a morte. A maioria dos médicos sugeriu que: deveria ter uma disciplina a respeito; deveria haver grupos de estudos; os médicos deveriam ler sobre o assunto; deveria haver informação e qualificação dentro do curso; congressos sobre o assunto; deveria haver profissionais que orientassem sobre como lidar com a morte, com o sentimento de perda, com essa vivência; o médico deve preparar-se para estar disponível para falar com a família e com os pacientes sobre o assunto (com honestidade, clareza e objetividade); o profissional deve ter bom relacionamento médico-paciente; o médico deve interagir melhor com a família.

Foram registradas outras sugestões, como: manter-se imparcial, mas com humanidade; sentir que fez tudo o possível; parar para ouvir; deixar de ser técnico; ter uma vida mais espiritualizada.

Grupos	Resposta dos médicos	Faculdades
01	<p>-Disse: “-Ler sobre o assunto, vivenciar”.</p> <p>-Disse: “-Currículo / habilidades”.</p> <p>-Disse: “-Dizer com honestidade o que realmente aconteceu. Deve dizer o prognóstico do caso”.</p> <p>-Disse: “-Disciplina. Alguém que orientasse como lidar com a morte, com a perda, com esse sentimento”.</p> <p>-Disse: “-Na graduação e na residência, principalmente”.</p> <p>-Disse: “-Abordagem clara e objetiva para interagir com mais facilidade”.</p> <p>-Disse: “-Manter-se imparcial, mas com dignidade e humanidade”.</p>	<p>-Pres. Prudente;</p> <p>-UEL;</p> <p>-Catanduva;</p> <p>-UEL;</p> <p>-Catanduva;</p> <p>-UEL;</p> <p>UEM.</p>
02	<p>-Disse: “-Bioética, terapia em grupo na graduação e na pós”.</p> <p>-Disse: “- Ser mais humano, ter mais humildade, deixar de ser técnico, parar para ouvir, não ter medo da reação do outro. A família não aceita a frieza e a falta de atenção. A medicina às vezes cura, às vezes dá conforto”.</p> <p>-Disse: “-Grupos de estudos”.</p> <p>-Disse: “-Mais informações, palestras. Existe disciplina para evitar a morte, mas não que fale dela”.</p> <p>-Disse: “-Estar disponível sempre para falar com a família e com os pacientes”.</p>	<p>-UEL;</p> <p>-UEL;</p> <p>-UFPR;</p> <p>-Botucatu;</p> <p>Pelotas.</p>
03	<p>-Disse: “-Ler, buscar opiniões, vivência da prática”.</p> <p>-Disse: “-Mudar o enfoque sobre a morte, tirar a visão mística com a ajuda da bioética, da psicologia”.</p> <p>-Disse: “-Orientação na graduação, em todos os sentidos: competência, ética, humana, econômica”.</p> <p>-Disse: “-Espiritualidade. Ter preparo de vida, (educação, cultura)”.</p> <p>-Disse: “- Preparo melhor no curso, acompanhamento psicoterápico”.</p> <p>-Disse: “-Ter sentimento que esgotou todas as possibilidades. O médico não pode se conformar com a morte”.</p> <p>-Disse: “-Ter intimidade com Deus (espiritualidade)”.</p>	<p>-UEL;</p> <p>-UEL;</p> <p>-UEL;</p> <p>-UEL;</p> <p>-UEL;</p> <p>-UEL;</p> <p>-UEL.</p>
04	<p>-Disse: “-Lidar com a própria morte, fazer parte da formação”.</p> <p>-Disse: “-Na graduação, bioética, formação humanística”.</p> <p>-Disse: “-Formação técnica e humanista, equipes multidisciplinares”.</p> <p>-Disse: “- Nunca mentir, colocando todas as possibilidades terapêuticas”.</p> <p>-Disse: “-Informação e qualificação na graduação”.</p> <p>-Disse: “-Formar melhor os alunos”.</p> <p>-Disse: “-Bom relacionamento médico-paciente, boa</p>	<p>-Sta. Casa-SP;</p> <p>-UEL;</p> <p>-UEL;</p> <p>-UEL;</p> <p>-UEL;</p> <p>-UEL;</p> <p>-PUC-Pr;</p> <p>-UEL;</p> <p>-UEL;</p>

	anamnese”. -Disse: “-Currículo, grupos de estudos em bioética e sobre morte e o processo de morrer.	
05	-Disse: “-Não deixar que atrapalhem a conduta do médico”.	-UFRJ.

Quadro 14 - Relação das respostas dos médicos referentes às instituições de ensino superior onde realizaram o curso de medicina e às sugestões dadas por eles sobre a questão do lidar com a morte. (módulo D)

6. DISCUSSÃO

Esta pesquisa mostrou, do ponto de vista da bioética, a percepção (compreensão) dos profissionais pediatras entrevistados sobre seus sentimentos frente à morte do paciente pediátrico.

Para facilitar a leitura dos dados, as respostas foram classificadas por 02 categorias - razões técnicas e/ou éticas e razões afetivas e/ou emocionais. As razões técnicas e/ou éticas correspondem aos motivos que envolvem a razão, exigindo do profissional uma atitude determinada pelo conhecimento e pelo raciocínio. Por sua vez, as razões emocionais e/ou afetivas representam a categoria definida como (motivo) determinado pela afetividade e que, de algum modo, pode interferir na tomada de decisão ou escolha do profissional.

Desse modo, as razões técnicas e/ou éticas (conflitos que envolvem a razão, ou seja, o que a “cabeça pensa”) estão relacionadas à afinidade ou identificação com a área, à pouca urgência e emergência, ao gosto pela clínica geral em pediatria, à aptidão, à oportunidade de trabalho, à dificuldade clínica, à melhor residência, à influência dos grupos de trabalho e à impotência da criança. Já, as razões emocionais e/ou afetivas (conflitos que envolvem a emoção, ou seja, “o coração”) estão relacionadas à afetividade que o profissional pode ter com a criança, à família, ao não gostar de atender adulto e à influência social que o levou a escolher essa área.

Cohen e Marcolino (1999) relatam sobre os subsídios teóricos para a escolha das categorias, quando colocam que o desenvolvimento de uma atitude ou sentido ético (alcance de um objetivo e experiência prática da vida) passa pelo conflito que a pessoa tem por ser, ao mesmo tempo, um ser biológico (produto da natureza) e um ser social (produto da cultura). Ou seja, de um lado o que diz “o coração” e do outro, o que a “cabeça pensa”. Assim, ser ético é poder percorrer o caminho entre a emoção e a razão, de forma autônoma e integrada, compatível

com a prática da vida. Dessa forma, poderá ser responsável e responsabilizado pelos seus atos.

Foi verificado que os profissionais escolheram o curso de medicina por razões que envolvem o raciocínio e o conhecimento (59% do total). Algumas das razões foram: influência dos pais médicos, escolha natural, carreira promissora, por desafio, sem motivo específico, influência de pessoas da área biológica, influência do trabalho da mãe, interferência no social, interesse pela área biológica, status, teste vocacional. Entretanto, foi percebida uma inversão na porcentagem em relação aos profissionais que escolheram a especialização em pediatria. Esses, em sua maioria - (59%) -, escolheram a pediatria pelas razões afetivas e ou emocionais. São elas: por gostar de criança; por gostar de lidar com criança, por não gostar de adulto / geriatria; afinidade com a área; identificação com a criança; por gostar da essência das crianças; por gostar de lidar com as crianças graves e com as mães; por gostar dos extremos da idade; pela impotência da criança; por idealismo, por gostar da clínica e de criança; por gostar do trabalho com a família; pelo contato intenso com a pediatria; pela influência dos grupos de trabalho.

Outro dado importante verificado é o fato que 75% dos profissionais entrevistados do sexo feminino escolheram a especialidade em pediatria pela razão afetiva e/ou emocional (conflitos que passam pelo “coração”). Quanto aos profissionais do sexo masculino, houve quase um equilíbrio: as razões técnicas e/ou éticas foram representadas por 48% das respostas, e as razões afetivas e/ou emocionais foram representadas por 52%, para a questão da escolha da pediatria como especialidade. Foi observado que há um número maior de médicos, do sexo masculino, que escolheram a pediatria por razões afetivas e/ou emocionais.

Segundo Meleiro (apud Moritz, 2005), “a vocação médica é tida conscientemente como a possibilidade de ajudar, curar, ser útil. Inconscientemente, a escolha pela medicina relaciona-se à procura da onipotência ou defesa contra a doença, o sofrimento e a morte”.

Hackman e Davis (apud Rosa, 1984) citam que a escolha da profissão depende do que chamam de identidade vocacional. Ou seja, o jovem identifica-se com certo tipo de trabalho, que melhor se adapte às suas aptidões, necessidades e oportunidades de treinamento. Esse processo também pode estar ligado ao desenvolvimento da personalidade, resultado de experiências anteriores começadas

na infância e nas quais há determinadas pessoas que exercem ou exerceram influência em suas vidas.

Foi constatado que os profissionais entrevistados enquadram-se na teoria defendida por esses autores. Isso ficou claro nas informações explicitadas no quadro 03 - escolha pelo curso de medicina - em que houve um equilíbrio entre as duas (02) categorias definidas pelo pesquisador, em relação à escolha pela profissão.

Assim, as razões dadas pelos profissionais para justificarem a escolha da profissão foram: influência de familiares ou de outras pessoas próximas a eles (31%); vontade de ajudar, perfil de cuidador - sexo feminino em sua maioria – (34,5%), e por interesse próprio, sem motivo específico (34,5%).

Foi observado que essa escolha, com a grande maioria dos entrevistados, aconteceu no período da adolescência e início da vida adulto-jovem. Ficaram assim distribuídos: 08 (oito) escolheram na infância, 20 (vinte) na adolescência e 01 (um) entrevistado não soube dizer quando escolheu.

Rosa (1984) escreve que, em condições normais, a pessoa faz a escolha de sua profissão durante os últimos anos da adolescência e como adulto-jovem, completa seu treinamento profissional.

Outro dado verificado é que 14 (quatorze) dos profissionais entrevistados perderam o pai. Pelos relatos, já não estavam em idade infantil, ou seja, não estavam em fase de desenvolvimento da personalidade, como citam Hackman e Davis (apud Rosa, 1984), portanto, não sofreram essa influência.

Na questão em que os médicos falaram sobre sua formação médica, se haviam sido instruídos sobre como lidar com a morte foi verificado que a grande maioria (65,5%) respondeu negativamente, ou seja, não foram instruídos. Essas respostas foram objetivas, e muitos responderam simplesmente “não”. Mesmo aqueles que afirmaram que tiveram alguma instrução sobre o lidar com a morte consideraram que a orientação foi rápida, pouca ou mesmo indireta, não os satisfazendo.

Através da história, sabe-se que a medicina, em sua origem, era uma ciência essencialmente humanística. Sendo assim, a medicina tinha raízes na filosofia e na natureza, procurando entender o homem em seu todo. O médico desse tempo deveria ser sábio, deveria considerar os aspectos biológicos, ambientais, sócio-culturais, familiares, psicológicos e espirituais. O médico estava sempre muito

próximo de seu paciente, desenvolvendo uma relação boa e essencial para a condução do caso (JUNIOR; GUIMARÃES, 2003).

Atualmente, a formação médica segue o modelo cartesiano-flexeriano, o que fez com que esses profissionais mudassem o relacionamento médico-paciente, afastando-os das dimensões psico-sociais e espirituais do paciente. Da mesma forma, a habilidade em realizar anamneses e exames físicos foi substituída por exames, antes, complementares; hoje, essenciais. Esses fatos reduziram o ser humano ao ser biológico, esquecendo que ele é um ser de relação (SIQUEIRA, 2005).

As respostas desses profissionais vêm confirmar/corroborar essas afirmações. Também foi verificado que os profissionais com mais tempo de formação (acima de 20 anos) foram o que mais tiveram as respostas negativas, ou seja, não tiveram instruções sobre como lidar com a morte, independente da faculdade que cursaram (UEL e outras faculdades).

Entretanto, os profissionais com menos de 20 anos de formação foram os que mais obtiveram instruções, considerando que as tiveram nos seguintes casos: bioética em seu contexto, pronto-socorro, semiologia, psicologia médica, clínica, cirurgia e psiquiatria. No entanto, essas instruções não foram específicas em nenhuma das instituições mencionadas, portanto não contribuíram com subsídios aos estudantes para lidarem efetivamente com a morte.

Galvão (2000) cita que as faculdades ensinam o não envolvimento emocional com a dor e o sofrimento do paciente, conduzindo seu discurso para a investigação da doença, impedindo que o médico expresse seus sentimentos ao paciente.

A Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, citado por Kipper; Loch (2002), destaca que o profissional deve ter um perfil com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; pautada por princípios éticos adequados, devendo estar capacitado para atuar no processo saúde-doença com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Isso não ocorrerá se não levarem em consideração a necessidade de uma estrutura afetiva e/ou emocional para atuar em situações-limite.

Ainda sobre essa questão - se os médicos obtiveram alguma instrução sobre como lidar com a morte - foi observado que, entre os médicos da UEL, somente 05 (cinco) - 26 % - acreditam que obtiveram alguma formação. A grande

maioria, 14 (quatorze) - 74% -, disse que não obteve formação nesse assunto. Entre as respostas, ainda nessa questão, foi observado que somente 02 (dois) médicos recorreram à espiritualidade, com a intenção de buscarem ajuda sobre a questão do lidar com a morte.

Os alunos de medicina, segundo Zaidhaft (1990), lidam com a morte nas disciplinas de Medicina Legal e Deontologia. Essas disciplinas têm o objetivo de “capacitar o aluno a atuar adequadamente diante dos atos médicos que envolvem aspectos inerentes à responsabilidade penal, civil e ética na medicina. Ou seja, aprendem a estabelecer o momento da morte e da causa *mortis* no cadáver”. O autor afirma que isso é diferente de lidar com um ser vivo que teme, deseja ou pertence à proximidade da morte.

Esse mesmo autor cita as aulas da disciplina de psicologia médica dadas em uma faculdade de medicina, em que a temática “limites do atendimento médico” - que poderia ser largamente discutida - é dada em apenas duas (02) aulas de (15) minutos, num tempo de formação de (06) anos. E, em sua obra, o autor faz a pergunta: – “É suficiente?”.

Assim, como esse autor cita que o aluno adquire sua identidade médica imitando os professores e incorporando a ideologia médica nas conversas dos corredores, em contato com outros colegas, ouvindo: “Não se envolva com o paciente”, “se você ficar sofrendo a cada morte de paciente, você não agüenta e larga a medicina”. Os médicos entrevistados também passaram por experiências dolorosas e não aprenderam a lidar com esse sentimento.

Esses sentimentos dolorosos apareceram em suas respostas – incapacidade; está na área, pronto para resolver e não consegue; comoção; tristeza, não sabe como seria se fosse de um irmão; tristeza e impotência por não conseguir trazê-lo de volta; frustração, incapacidade; lamenta-se por não conseguir fazer alguma coisa por alguém que está sofrendo, revolta; sentimentos variados; chocou-se; teve medo; a relação médico-paciente não se estabeleceu; não existe amadurecimento do sofrimento; não consegue separar razão e emoção no campo profissional; experiência traumática; sentiu que faltou alguma coisa; não damos conta; fazemos tudo que nos foi legado; época mais vulnerável; época mais frágil; a morte sempre mexe com a gente - e foi verificado que, na época da graduação, 79% dos entrevistados perderam pacientes infantis. Como os profissionais entrevistados

responderam que não tiveram orientação sobre como lidar com a morte, foi constatado que esses sentimentos não foram elaborados.

Os profissionais entrevistados responderam na terceira pessoa do plural, como se não fossem deles que estivessem falando. Segundo Fadiman e Frager (1979), esse modo de lidar com situações limites é um modo de separar as partes da situação provocadora de ansiedade, do resto da psique. O resultado é que, quando uma pessoa discute problemas que foram isolados do resto da personalidade, os fatos são relatados sem sentimento, como se tivessem acontecido a uma terceira pessoa. Essa abordagem, segundo esse autor, pode tornar-se uma maneira dominante de enfrentar situações. Esse mecanismo de defesa e isolamento é utilizado para proteger o ego de aceitar aspectos de situações ou relacionamentos dominados pela ansiedade.

Na questão sobre a prática profissional e sobre a experiência de perder pacientes infantis, e também sobre os sentimentos envolvidos, verificou-se que os 17 (dezesete) médicos com mais de 20 (vinte) anos de profissão perderam pacientes infantis. Já, os profissionais com menos de 20 (vinte) anos de profissão, 03 (três) - 25% - não perderam. Alguns exemplos de suas respostas: pensa se deixou algo por fazer; é instruído para evitar falhas e a morte é uma falha; os sentimento são os mesmos da graduação: frustração, incapacidade e tristeza; o médico tenta fugir da situação; sempre tem o cuidado para não se envolver com a criança, esse vínculo interfere na conduta do dia-a-dia; a perda sempre é confrontada com nossa impotência, com nossa limitação.

Os médicos, segundo Hoffmann (1993), apesar da experiência mais próxima com a morte, da sua vivência profissional cotidiana, não conseguem ter familiarização com a morte, portanto, o contato freqüente com ela desperta sentimentos conflitantes de fracasso, culpa e impotência.

Essas respostas indicaram que seus sentimentos em relação à perda de pacientes infantis, apesar de terem maior experiência, não mudaram. Notou-se que as palavras usadas pelos médicos estão relacionadas, de maneira bastante significativa, à emoção, ao que diz o “coração”. Através da categorização, constatou-se que 62% dos profissionais utilizam a razão afetiva e/ou emocional – marcou muito; ficou triste; os sentimentos são os mesmos da graduação; frustração, incapacidade e tristeza; sempre com a sensação que falta algo, derrota, não aceitação; sofreu muito, sentimento de perda; é difícil perder a criança; o médico

sente: tristeza, sentimento de impotência; antigamente os atendimentos tinham mais vínculos, hoje, não há mais vínculos; ficou abalado. A razão técnica e/ou ética é representada por 38% dos médicos entrevistados. Nesse grupo, as respostas foram: a morte é esperada, então vai se preparando; pensa se deixou algo por fazer; seria uma frustração grande por não conseguir resolver; não gostaria de passar; em termos profissionais, fez de tudo para evitá-la; o médico tenta fugir da situação, procura atuar em casos com menos complexidade; sempre teve o cuidado para não se envolver com a criança; esse vínculo interfere na conduta do dia-a-dia; é realista; não é nada bom, para o nosso ego é péssimo; não deve ser um sentimento de piedade; as crianças vão para a UTI, não param na mão do médico.

Freud (1975) é muito claro quando diz que o aparelho psíquico não tolera o desprazer, tentando desviá-lo a todo custo ou mesmo tentando modificá-la, podendo ajudar-se evitando a situação de perigo através da fuga. Em outro momento, mais fortalecido, afasta-se da ameaça, alterando a realidade. Os modos utilizados para que ocorra essa deformação são conhecidos como mecanismos de defesa (FADIMAN; FRAGER, 1979).

Dessa maneira, constatou-se que é necessário um determinado preparo para poder conviver com a presença constante da morte, sem que conduza o profissional à degradação e ao desespero. Entretanto, a maioria dos médicos não está preparada para lidar com essa realidade. Sendo assim, aprenderam fora da teoria a utilizar mecanismos de defesa como: negação, isolamento, racionalização, entre outros.

Dessa maneira, foi verificado nas respostas desses profissionais o quanto é difícil para eles lidar com a morte e que utilizam os chamados mecanismos de defesa para conseguirem conviver com ela.

Os autores Quintana e Arpini (2002) conseguem falar racionalmente sobre a morte, pois tecnicamente sabem o que acontece. O isolamento das emoções é uma forma privilegiada que a medicina encontrou para estar no seu dia-a-dia em contato com a morte.

Kovács (2003) vem corroborar as respostas dos médicos quando diz que o profissional não reconhece e não aceita suas próprias limitações. Esse mecanismo de defesa pode permitir que os médicos vivam num mundo de fantasia, dando a sensação de força e controle dos sentimentos. Esse tipo de defesa poderá esconder

uma vulnerabilidade por parte do profissional em relação à pessoa que está morrendo, e, nesta pesquisa, do médico em relação à criança.

Em relação à vulnerabilidade, Neves (2006) lembra que, historicamente, esse conceito surgiu a partir da primeira metade do séc. XX, quando seres humanos, como: crianças órfãs, prisioneiros, idosos, grupos étnicos como os judeus, os chineses e inclusive as mulheres eram usados como recursos para a experimentação no desenvolvimento da investigação biomédica.

Anjos (2006) fala sobre a vulnerabilidade como um conceito necessário para que o próprio conceito de autonomia possa se dar sob a razão crítica. Assim, “[...] afirma-se que a capacidade é de livre escolha, quando na verdade não existe, ou é bastante limitada. A ilusão da autonomia desafia particularmente a formação de uma consciência crítica. Por ela se podem discernir os processos individuais e sociais pelos quais se dão nossa construção como sujeitos humanos livres”.

Barchifontaine (2006) também contribui quando coloca que a fragilidade sentida não precisa ser biológica, as pessoas vulneráveis são incapazes de proteger seus próprios interesses.

Neves (2006), fala, ainda, que a reflexão bioética que se desenvolveu, principalmente a partir da estruturação teórica de Beauchamp e Childress, reforça a idéia que a vulnerabilidade deve ser combatida. Isso será possível somente mediante o reforço do princípio da autonomia (como capacidade que assiste à pessoa de se autodeterminar, na rejeição de qualquer protecionismo paternalista). O princípio ético da autonomia é então definido num sentido bastante amplo, como reconhecimento do direito comum a toda pessoa para manter suas perspectivas, fazer suas escolhas, decidindo e agindo baseada nos seus valores e crenças pessoais, mas também como promoção efetiva de condições, capacitando a pessoa para agir autonomamente.

Com base nessa teoria co-relacionada, identificou-se a vulnerabilidade como resultado das dificuldades enfrentadas pelos médicos desta pesquisa, ao lidarem com a morte de seus pacientes. É necessário reforçar a capacidade desses profissionais, ajudando-os a reconhecer e a aceitar suas limitações em relação à finitude.

A dificuldade de falar com a criança sobre a sua morte é verificada pela alta porcentagem, independente do sexo (masculino e feminino), do tempo de formação e da idade dos entrevistados.

Foi verificado que a maioria dos entrevistados não sabe como conversar com o paciente sobre a morte. A maior parte deles apresenta o sentimento de angústia, seja de forma consciente ou inconsciente (QUINTANA E ARPINI, 2002)

Kovács (2003) fala da importância de se falar tanto com a criança quanto com o adulto, pois necessitam de tempo e espaço para a elaboração do luto. Com as crianças, principalmente, é necessário respeitar cada fase de desenvolvimento, para que possam falar de seus temores, fantasias ou mesmo de algum sentimento de culpa que possam estar sentindo.

Quando a criança percebe que também pode morrer angustia-se, temendo sua própria fragilidade, reproduzindo os temores frente à morte e à finitude.

No entanto, dos profissionais entrevistados, praticamente todos conversaram com a família sobre a morte, não por ser mais fácil falar com a família do que com as crianças. Entretanto, verbalizaram que falar com a família é sempre muito difícil. Muitas vezes, a conversa acontece no corredor do hospital, pela falta de lugar mais adequado. Os profissionais disseram que procuram fazer tudo o que é tecnicamente necessário e possível.

Foi verificado que nesse processo são encontrados motivos aceitáveis para pensamentos e ações inaceitáveis. Ou seja, fazem uso da racionalização para a apresentação de uma explicação que é logicamente consistente ou eticamente aceitável para a atitude, ação, idéia ou sentimento que emerge na questão vivenciada (FADIMAN E FRAGER, 1979).

Em relação ao único profissional que respondeu negativamente para questão do conversar com a criança sobre a morte, foi constatado que, desde a época da sua escolha pela pediatria, evita entrar em contato com o processo morte para não ter que lidar com ela.

Foi constatado também, que os profissionais deram suas respostas utilizando a terceira pessoa do singular ou do plural, assim como na quinta questão, reafirmando a teoria dos autores citados sobre o modo de separar as situações provocadoras de ansiedade do resto da psique.

Foi observado que 59% dos profissionais entrevistados não deixam que os sentimentos afetem o comportamento (conduta), nem a tomada de decisão. Portanto, são mais técnicos e/ou éticos. Os sentimentos citados foram: procura estabelecer um limite para não interferir; leva para o lado profissional; procura fazer tudo que é tecnicamente necessário; não afeta a conduta profissional; tem uma

tendência a ser precavido, a evitar todas as possibilidades; não deixa que interfira; pensa no lado técnico, chama outro profissional para dar suporte; o comportamento não é afetado; a conduta médica é sagrada.

Com o juramento de Hipócrates, a medicina se estruturou mediante o uso da observação e da razão. Os médicos tornaram-se capazes de dominar a técnica, ditando ordens, normas e regras sobre a vida de outro ser humano, alicerçando um novo modelo de relação médico-paciente.

Neste contexto, o médico domina a técnica, manda e o paciente deve obedecer. Assim estabeleceu-se o sistema paternalista nessa nova relação (Queiroz, 1986). Verificou-se que os médicos entrevistados procuram ter uma atitude mais técnica e/ou ética, evitando mostrar seus sentimentos, colocando-se em uma posição paternalista.

Pessini e Barchifontaine (1996) dizem que numerosas justificativas fundamentam essa prática. A justificativa mais utilizada é que a ética médica assim a exige. Sendo assim, é responsabilidade do médico fazer o que é possível para o bem do paciente. No entanto, por não terem aprendido como lidar com esse sentimento, também utilizam a racionalização. A racionalização permite a escolha dos motivos mais aceitáveis, entre os mais complexos, para explicar o comportamento (ALEXANDER, 1976).

Sgreccia (2002) fala o quanto é necessário que o médico tenha uma maturidade ética diante de situações vividas no seu dia-a-dia como, por exemplo, doença, morte, eventual insucesso, para que não criem dinamismos psicológicos capazes de ativar mecanismos de defesa, que podem feri-lo e marcá-lo.

Assim, quando os profissionais foram convidados a responder sobre os conflitos éticos vivenciados, novamente, a maioria respondeu que nunca vivenciou conflitos desse gênero.

Mais uma vez Kovács (2003) vem corroborar com os resultados verificados nesta pesquisa, quando diz que o profissional não reconhece e não aceita suas próprias limitações. Os médicos utilizam os mecanismos de defesa para obterem a sensação de força e controle dos sentimentos.

Foi observado que há a utilização da proteção por parte do médico, para esconder sua vulnerabilidade em relação à pessoa que está morrendo, e, nesta pesquisa, para esconder sua vulnerabilidade em relação à criança.

As questões mencionadas fizeram com que os médicos repensassem sobre os conflitos relacionados com o tema da morte, auxiliando na busca de caminhos que possibilitem diminuir o sofrimento.

O esperado é que o médico examine sua atitude pessoal frente às doenças terminais e à morte, de modo que possam falar sobre o assunto sem excessiva ansiedade. À medida que conseguirem compreender as razões de defesa aprendendo a lidar com esses conflitos e/ou sentimentos, poderão aumentar suas atuações em relação a seus pacientes e sua própria equipe.

Cuidamos melhor dos pacientes terminais, na medida em que nos permitimos perceber a nossa própria mortalidade, não precisando fugir da mortalidade de outros seres humanos (KÜBLER-ROSS, 1987).

Quando os profissionais entrevistados resumem sua experiência sobre como é lidar com a morte na pediatria, 55% das suas respostas se enquadraram na categoria razão técnica e/ou ética. Essas respostas, apesar de adequarem-se a essa categoria, demonstram a dificuldade do profissional em lidar com o tema. Algumas das respostas foram: não tenho problemas; ajuda a curar ou morrer com dignidade; apaga da memória para continuar o trabalho; lida com a vida por não ter preparo; algo triste, mas vê com naturalidade; pediatria é nascer, crescer e se desenvolver; é difícil conjugar o verbo morrer; utiliza todos os protocolos, não tem vínculo a morte, é sempre um fato que se deve encarar e enfrentar; estar sempre preparado tecnicamente.

Portanto, é necessário dar condições para se enfrentar realisticamente os limites de nossa mortalidade. Como diz Pessini (2000) "... cuidar da pessoa doente e não da doença da pessoa", pois em situações com pacientes terminais, o componente emocional assume um valor maior. Assim, a maturidade emocional e não somente o preparo técnico torna-se fundamental para a condução do caso (JUNIOR; GUIMARÃES, 2003).

Beauchamp e Childress (2002) citam algumas das atribuições profissionais que estão frequentemente ligadas às práticas profissionais. Essas atribuições incorporam virtudes que, na prática, são traços de caráter que levam os profissionais a agirem de acordo com os objetivos valorizados na área (compaixão, discernimento, confiabilidade e integridade).

Esses autores afirmam, ainda, que esse sentimento necessariamente não se restringe à dor e ao sofrimento, reafirmando o que foi já exposto. O médico,

quando não expressa esse sentimento, mostrando somente sua habilidade profissional, muitas vezes deixa de dar aquilo que seu paciente mais precisa. O contato constante com o sofrimento pode interferir no julgamento médico, dando lugar a uma reflexão parcial - indevidamente influenciada por considerações, temores ou vínculos externos - podendo levar o profissional a um distanciamento. Ou seja, um profissional com esses traços de caráter poderá manter suas emoções dentro de limites apropriados e escolher cuidadosamente as decisões a serem tomadas dentro de determinadas situações, agindo com os motivos certos, de acordo com regras morais.

Dessa maneira, os profissionais entrevistados sugerem que deveriam ter maior informação e qualificação através de grupos de estudos ou mesmo de disciplinas, preparando melhor os alunos. Outra sugestão foi a de designar profissionais que orientassem sobre como lidar com a morte, com o sentimento de perda, preparando os médicos, tornando-os disponíveis para falarem com os pacientes e suas famílias, utilizando maior clareza, honestidade e objetividade.

Sem excessiva ansiedade e menos vulnerável, o médico poderá enfrentar com tranqüilidade situações vividas no seu dia-a-dia em relação ao como lidar com a morte. Assim sendo, à medida que compreenda as razões de sua defesa e aprenda a lidar com seus conflitos, aumentará sua atuação em relação a seus pacientes e a sua própria equipe (KÜBLER-ROSS, 1987).

7. CONCLUSÃO

Esta pesquisa procurou investigar, do ponto de vista bioético, a percepção que os pediatras entrevistados possuem, em relação aos seus sentimentos, frente à morte de seu paciente; como se relacionam com essa finitude, se conhecem suas atitudes e comportamentos no atendimento a esses pacientes que estão próximos da morte e, ainda, se conhecem os significados para compreender a morte infantil e os correspondentes sentimentos que experimentam diante dela.

Por meio desta pesquisa, foi possível verificar que os profissionais entrevistados, independente da instituição onde fizeram o curso de medicina, não obtiveram instruções sobre como lidar com a morte. Foi constatado também, que quanto maior o tempo de formação, menor será o preparo do profissional frente à questão do lidar com a morte. Ou seja, menor será a instrução recebida se não levarem em consideração a necessidade de uma estrutura afetiva e/ou emocional para enfrentar situações-limite.

Sentimentos dolorosos apareceram nas respostas dos profissionais, o que evidencia que não foram elaborados.

Os profissionais dominam a técnica, estabelecem com o paciente uma relação paternalista que, com o tempo, deu lugar a uma nova relação – relacionamento técnico sem envolvimento emocional. No entanto, não possuem o controle sobre seus sentimentos. Não reconhecem suas próprias limitações e têm a sensação de força e controle desse sentimento. Não sabem como lidar com os próprios sentimentos. Essa dificuldade contribui para que tais profissionais estejam mais vulneráveis no momento de enfrentar a morte de seu paciente infantil.

Nesta pesquisa também foi constatado que os médicos utilizam a emoção de maneira bastante significativa. No entanto, a maioria deles não foi preparada para lidar com essa realidade. Aprenderam a utilizar mecanismos de defesa como forma de proteção.

Para o médico, é muito difícil manter a maturidade emocional. Se ele não teve um preparo adequado, provavelmente não terá uma conduta adequada. Foi constatado que somente com a qualificação adequada do médico, preparando melhor o estudante de medicina sobre a questão do lidar com os seus sentimentos, sobre suas fragilidades em relação à morte do paciente, é que estarão mais preparados para julgar, sem que isso interfira em suas escolhas, ou seja, respeitarão a própria autonomia.

Concluiu-se que é preciso preparar os pediatras - objetos de estudo desta pesquisa - tornando-os disponíveis para elaborarem as próprias fragilidades - assim como as fragilidades dos seus pacientes e familiares - com maior clareza, honestidade e objetividade. Essa preparação ajudará aos médicos a lidarem com seus sentimentos, tornando-os menos vulneráveis e sem excessiva ansiedade, para poderem enfrentar com tranquilidade situações de conflito vividas no seu dia-a-dia, procurando formar profissionais mais sensíveis ao sofrimento humano - e não apenas profissionais técnicos - seguindo valores éticos com eles mesmos, com seus pacientes e familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁRIES, Philippe. **História da morte no ocidente**. São Paulo: Francisco Alves, 1975.

ALEXANDER, Franz. **Fundamentos da psicanálise**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1996. 254p.

ANJOS, Márcio Fabri. **A vulnerabilidade como parceira da autonomia**. Revista Brasileira de Bioética, Brasília, v. 02, n. 02, 2006.

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Vulnerabilidade e dignidade humana**. São Paulo: Revista o mundo da saúde, v.30, jul./set., 2006.

BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002. 574p.

BRASILIA (DF). Ministério da educação. Parecer CNE/CES N. 1133/2001 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Brasília, 2001 Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces1133pdf>.

COHEN, Cláudio; Marcolino, J.A.M. Relação médico-paciente: autonomia e paternalismo In: **Bioética**. São Paulo: Edusp, 1999, 188p.

FADIGAM. James; FRAGER, Robert. **Teorias da personalidade**. Harbra: São Paulo, 1979. 393p.

FREUD, Sigmund. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1975, v. XXIII.

GALVÃO, Paulo Bezerra de Araújo. **Tecnologia e medicina: imagens médicas e a relação médico-paciente**. Revista de bioética e ética médica. V.08 n.01 - Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2000.

GILBERT, Ana Cristina B.; CARDOSO, Maria Helena C.A.; WUILLAUME, Susana M. **Médicos residentes e suas relações com/e no mundo da saúde e da doença: um estudo de caso institucional com residentes em Obstetrícia/ Ginecologia**. Interface v.10 n. 19 Botucatu jan./jun.2006.

HENNEZEL, Marie; LELOUP, Jean-Yves. **A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. 143p.

HOFFMANN, Leandro. **A morte na infância e sua representação para o médico – reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos**. Rio de Janeiro: Cadernos de saúde Pública, v. 09, n. 03, jul./set. 1993.

HOSSNE, W. S. Relação médico-paciente: competência do médico. In: **Bioética**. São Paulo: Edusp, 1999, 188p.

JUNIOR, Pierre Góis N.; GUIMARAES, Teresinha Maria M. **A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos**. Revista de Bioética e Ética Médica, v.11 n. 01 Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2003.

KIPPER, Délio J.; LOCH, Jussara A. **Questionamentos éticos relativos à graduação e à Residência Médica**. Revista de Bioética e ética Médica. V.10, n. 02, Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2002.

KOVÁCS, Maria Julia. **Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP, 2003.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1987, 290p.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth; KESSLER, David. **Os Segredos da Vida**. Rio de Janeiro: Sextante, 2004, 218p.

MANNONI, Maud. **O nomeável e o inominável: a última palavra da vida.** Rio de Janeiro: Zahar, 1995 (transmissão da Psicanálise, n. 39), 149p.

MILLAN, Luiz Roberto, [et al]. **O Universo Psicológico do Futuro Médico: Vocação, Vicissitudes e Perspectivas.** São Paulo: Casa do psicólogo, 1999, 282p.

MORITZ, Raquel D. **Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer.** Brasília: Revista Brasileira de Bioética, v.13, n.02, 2005.

NÉRI, Demetrio. **Filosofia Moral: manual introdutivo.** São Paulo: Loyola, 2004; 254p.

NEVES, Maria Patrão. **Sentidos da Vulnerabilidade: característica, condição, princípio.** Revista Brasileira de Bioética, Brasília, v. 02, n. 02, 2006.

PESSINI, Léo. **Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar.** Revista de Biomédica e Ética Médica, Conselho Federal de Medicina: Brasília, 2002, v.10 n.02.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais de bioética.** São Paulo: Centro Univ. São Camilo/ Loyola, 2000, 527p.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian Paul. **Fundamentos da bioética.** São Paulo: Paulus, 1996; 90p.

PESSINI, Léo; BERTACHINI, Luciana. **O que entender por cuidados paliativos?** São Paulo: Paulus / Centro Universitário São Camilo, 2006, 69p.

PINKUS, Lucio. **Psicologia do Doente.** São Paulo: Paulinas, 1988. 146p.

PRUDENTE, Mauro Godoy. **Bioética: conceitos fundamentais.** Porto Alegre: Autor, 2000, 208p.

QUEIROZ, Marcos S. **O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica.** Revista de Saúde Pública, v.20 n.04 São Paulo, 1986.

QUINTANA, Alberto Manuel; ARPINI, Dorian Mônica. **A atitude diante da morte e seus efeitos no profissional de saúde: uma lacuna na formação?** Revista Psicologia Argumento, Ano 19, n. 30, abr./ 2002.

QUINTANA, Alberto M.; CECIM, Patrícia S.; HENN, Camila G. **O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina.** Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v.26, n.03, 2002.

ROSA, Merval. **Psicologia Evolutiva: psicologia da idade adulta.** Petrópolis: Vozes, v.4, 1984, 143p.

SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (org.). **Bioética.** São Paulo: Edusp, 1999, 188p.

SGRECCIA, E. **Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica.** São Paulo: Loyola, 2002, v.01; 455p.

SIQUEIRA, José Eduardo. **A arte perdida de cuidar.** Brasília: Revista Brasileira de Bioética, v.10, n. 02, 2002.

SIQUEIRA, José Eduardo. **Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida.** Brasília: Revista Brasileira de Bioética, v.13, n.02, 2005.

ULLMANN, Reinhold; BOHNEN, Aloysio. **A Universidade: das origens à renascença.** Rio Grande do Sul: UNISINOS, 1994. 309p.

VIANNA, A.; PICCELLI, H. **O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal.** São Paulo: Rev. Assoc. Medica Brasileira, jan. /mar., v. 44, n. 01, 1998.

ZOIDHAFT, Sergio. **Morte e formação médica.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990, 167p.

9 ANEXOS

Anexo 1 - Roteiro norteador da entrevista:

Caso nº. _____

A. Dados Pessoais:

Idade: ____ Sexo: M () F () Estado Civil: _____

Filhos: _____ Idade dos filhos: _____.

Ano em que se formou: _____ Formado há: ____ anos

Local: Faculdade de Medicina de _____

Especialidade: _____

Há quanto tempo trabalha em pediatria?

O que o levou a escolher esta especialidade?

Você pode relatar alguma lembrança de perda na família que o marcou?

B. Vivências na graduação de Medicina

1. Como aconteceu a escolha pelo (por que escolheu o) curso de medicina? Quando ela ocorreu?

2. Em sua formação médica você foi, de algum modo, instruído a lidar com a morte e com o morrer?

Caso tenha sido, explique em quais disciplinas ou situações isso ocorreu?

3. Teve contato com morte de paciente infantil durante a graduação? Como descreveria seus sentimentos na ocasião?

C. Vivências na prática profissional:

1. Você já passou pela experiência de perder uma criança em sua prática? Como foi? Como aconteceu? Você gostaria de falar sobre seus sentimentos nessa experiência?

2. Como você lidou com a morte? (se falar de sentimentos, perguntar como vivenciou os mesmos)

3. Você já teve que conversar sobre a morte com alguma criança? (criança que tenha sido seu paciente). Fale-me sobre essa experiência.

4. Se costuma comunicar, o que você costuma falar com os familiares da criança diante da gravidade do seu estado e no fato de sua morte?

5. Em algum momento percebeu que seus sentimentos afetaram de algum modo seu comportamento? Em quê?

D. Questões éticas vivenciadas

6. Quais os conflitos éticos que você já vivenciou na sua prática em pediatria? Envolveu o processo de morte de criança?

7. Se você pudesse resumir a sua experiência sobre como é lidar com a morte na pediatria, o que diria?

8. Que sugestões você daria para que o médico pudesse lidar melhor com essas questões?

Anexo 2 – Carta convite à Santa Casa de Misericórdia de Londrina

Anexo 3 – Carta convite ao Hospital Infantil de Londrina.

Londrina, de de 2007.

Ilmo.Sr.

Diretor Clínico do Hospital Infantil de Londrina

Venho por meio desta, solicitar ao Hospital Infantil de Londrina a autorização para que eu, Déborah Azenha de Castro, psicóloga, residente nesta cidade, aluna do Curso de Mestrado em Bioética, pelo Centro Universitário São Camilo, possa entrevistar médicos desta instituição com o objetivo de pesquisa de campo, para a referida tese de mestrado com o título: Uma reflexão sobre bioética diante das dificuldades do pediatra no processo da morte de seu paciente.

Essa tese tem como objetivo geral investigar qual a percepção (compreensão) do profissional-médico sobre seus sentimentos frente à morte de um paciente na pediatria. Os objetivos específicos desta pesquisa são: tentar identificar como os médicos se relacionam com a finitude da vida de seus pacientes; conhecer as atitudes e comportamentos no atendimento a doentes infantis próximos da morte e de seus familiares; investigar quais os significados que o médico tem para compreender a morte infantil, e os correspondentes sentimentos que experimenta diante dela.

Os resultados desta pesquisa serão oferecidos a este hospital (em conjunto e sem a identificação dos médicos) para colaborar com mudanças que possam levar a uma maior qualidade de vida a seus pacientes e familiares.

As entrevistas serão realizadas no período que o profissional estiver na instituição e com sua autorização (da Instituição e o aceite e consentimento de cada médico).

Atenciosamente,

Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa faz parte de uma Tese de Mestrado em Bioética e tem como título: Uma reflexão sobre bioética diante das dificuldades do pediatra no processo da morte de seu paciente.

Eu, Déborah Azenha de Castro, psicóloga e aluna de Mestrado em Bioética, pelo Centro Universitário São Camilo (São Paulo), preciso de sua colaboração para a realização de minha pesquisa que tem como objetivo geral investigar qual a percepção (compreensão) do profissional médico sobre seus sentimentos frente à morte de um paciente na pediatria e, como objetivos específicos, investigar como os médicos se relacionam com a finitude da vida de seus pacientes; conhecer as atitudes e comportamentos no atendimento a doentes infantis próximos da morte e de seus familiares; investigar quais os significados que o médico tem para compreender a morte infantil, e os correspondentes sentimentos que experimenta diante dela.

Pretendo entrevistar médicos que atendam a pacientes infantis com doenças terminais ou não. A entrevista será gravada e a fita destruída após conclusão desta pesquisa. Caso não concorde com esse recurso, utilizarei a anotação no decorrer da mesma.

Acredito que esta pesquisa proporcionará mudanças na formação dos profissionais e neles mesmos, para poderem lidar com a situação, com as pessoas e com os sentimentos envolvidos.

Sendo assim, solicito o seu consentimento para incluí-lo em meu trabalho e asseguro-lhe manter sigilo, fazendo uso da sua participação para a avaliação científica e publicação deste trabalho, dentro dos princípios éticos que devem nortear a pesquisa e nossa profissão. Os resultados desta pesquisa serão oferecidos a este hospital ou para aqueles que o desejarem (em conjunto e sem a identificação dos médicos) para colaborar com mudanças que possam levar a uma maior qualidade de vida a seus pacientes e familiares.

Gostaria também de esclarecer que, caso não deseje participar, tem a liberdade de fazê-lo, sem prejuízo de ordem pessoal.

Em caso de dúvida, poderá esclarecê-la com a própria pesquisadora, Déborah Azenha de Castro, pelo telefone: (43) 9942-6015.

Agradeço-lhe a valiosa colaboração.

Declaro que fui informado sobre a pesquisa e concordo em participar.

Londrina, de _____ de 2007.

Nome do pesquisado: _____ ass.

Nome do pesquisador: Déborah Azenha de Castro ass.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)