

OS MÉDICOS DIANTE DA MORTE E DO MORRER

Jacqueline Kaori Tozaki Tamada¹; Aline Skawinski Dalaneze²; Luci Mendes de Melo Bonini³;
Tatiana Ribeiro de Campos Melo⁴

Estudante do Curso de Medicina: jacquelinetozaki@yahoo.com.br¹

Estudante do Curso de Medicina: alinedalaneze@ig.com.br²

Professora da Universidade de Mogi das Cruzes, luci.bonini@umc.br³

Professora da Universidade de Mogi das Cruzes, tatianar@umc.br⁴

Área de conhecimento: Saúde coletiva

Palavras chave: médico, morte, qualidade de vida, pacientes terminais

INTRODUÇÃO

A morte pode ser definida como a perda de fluidos vitais, a separação da alma, ou ainda a perda irreversível da capacidade de integração do corpo, ou da capacidade de consciência e integração social. Foram considerados critérios de morte o cessar irreversível do funcionamento: de todas as células, tecidos e órgãos; do coração e dos pulmões; de todo o encéfalo; do córtex cerebral; do tronco cerebral; da capacidade corporal da consciência (LIMA, 2005).

Além desta definição, voltada para visão da morte biológica do corpo, surge uma outra, que é a construção cultural da morte, que está associada a um sentimento de dor, sofrimento, separação e perda que ainda é considerado um tabu em pleno século XXI (MORITZ, R.M, 2005).

Roger Bone, célebre médico intensivista, docente da Universidade de Ohio, após descobrir que possuía uma neoplasia (“proliferações locais de clones celulares cuja reprodução foge ao controle normal, e que tendem para um tipo de crescimento autônomo e progressivo, e para a perda de diferenciação”) fez um estudo de revisão de literatura (1996) sobre a morte e o morrer. (MORITZ, R. D., 2005) Chegou à conclusão de que a cultura ocidental publicou muito a respeito de temas como: amor, tragédia, sedução, adultério, depressão, brutalidade, hipocrisia, heroísmo e honra, etc; mas raramente sobre a morte.

Em relação à formação, principalmente acadêmica, os estudantes de medicina são preparados para lidar com a morte de um paciente tecnicamente, ficando o lado humano, muitas vezes esquecido. A humanização deve estar presente em cada obrigação que cabe ao médico, as quais segundo PAZIN-FILHO (2005) são: a prevenção da doença e do sofrimento, a promoção e manutenção da saúde; o alívio da dor e do sofrimento; cura e cuidado das pessoas com doenças curáveis e daquelas cujas doenças não são curáveis e evitar a morte prematura e buscar uma morte em paz.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quali-quantitativa, de corte transversal. A pesquisa foi realizada na região do Alto do Tietê, no período de outubro a dezembro de 2014. Os sujeitos da pesquisa foram de 12 médicos com atuação profissional em diferentes especialidade.

A metodologia utilizada foi a análise de conteúdo (BARDIN, 1977). O trabalho foi aprovado pelo CEP (Comitê de Ética e Pesquisa), parecer é no. 702.747. O instrumento de coleta de dados foi elaborado pelas autoras com questões norteadoras as quais permitiram que o entrevistado pudesse expressar como lida com pacientes terminais e suas famílias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise Quantitativa: Os médicos participantes pertenciam a faixas etárias distintas, tendo o mais jovem 31 anos de idade e o mais velho 58 anos. A faixa etária que mais representou os entrevistados na pesquisa foi dos 20 aos 34 anos, o segundo maior número de entrevistados foram aqueles na faixa etária dos 35 aos 54 anos. O número de homens entrevistados foi superior ao número de mulheres: 7 homens para 5 mulheres. Sobre o tempo de formação também não foi imposto um pré-requisito para a pesquisa, obteve-se uma variante entre os profissionais, na qual 55% haviam concluído a graduação há menos de 10 anos.

3.2 AVALIAÇÃO QUALITATIVA

Nas análises a seguir, separaram-se os depoimentos dos profissionais em categorias devidamente separadas.

3.2.1 O EMOCIONAL

O estudo permitiu observar que existem diferentes tipos de envolvimento emocional, que são independentes do tempo de formação, da especialidade ou da frequência de contato com óbitos e pacientes terminais.

Dentre médicos que colaboraram na pesquisa observamos um amplo leque de reações, as quais variaram desde nenhum envolvimento, à total envolvimento com o paciente terminal e o óbito.

Explicando mais detalhadamente os tipos de envolvimento:

i) Total envolvimento: presenciamos em um pequeno número de entrevistados (16,7%). Estes relataram que mesmo com toda a vivência e experiência adquirida em anos de profissão a morte ainda não lhes é de fácil aceitação:

Me envolvo, faço terapia, e fico mal. Eu choro, mas nunca pensei em desistir, pois se eu não tratar quem vai tratar. Sou muito amoroso e gosto de ficar perto dos meus pacientes.

Nesse grupo ficou nítido que mesmo com todo o sofrimento causado pelo envolvimento, eles têm o entendimento que necessitam buscar algum tipo de ajuda e conforto pois sabem que novos pacientes virão em busca de ajuda e o óbito é inerente a profissão que escolheram. Dolto, 1971, afirma que os profissionais que lidam com emoções negativas, para com o próximo, necessitam ser corajosos e simples, reconhecendo suas dificuldades e então procurarem soluções para enfrentar seus conflitos pessoais.

No trabalho realizado por Moraes. e Granato (2014), estudaram o cotidiano de profissionais da unidade de terapia intensiva em Campinas-SP e realizaram uma análise das narrativas obtidas que revelam o campo afetivo/emocional sobre a inevitabilidade da morte

ii) Controle emocional: estes foram encontrados com maior frequência entre os entrevistados (33,3%). Nesse grupo se caracterizavam aqueles que necessitam de um autocontrole para suportar a situação sem deixar se envolver. Todos eles relataram que a naturalidade para reagir perante aos casos veio evoluindo concomitantemente a experiência profissional.

Ocorre envolvimento, mas aprendemos a lidar com isso. No começo é muito difícil, você tem que estar ali para controlar a situação, pois se você perder o controle todos se descontrolam.

Em artigo realizado por Almeida e Santos, 2013, foi observado que para aos profissionais da saúde transmitirem notícias ruins é difícil, logo há uma busca para “ se proteger de emoções fortes e envoltimentos calorosos e humanos para não sofrerem depois com as perdas. Isso geralmente os leva à adoção de atitudes reservadas e defensivas”.

iii) Nenhum envolvimento: esse grupo foi o mais numeroso (50%).

Os participantes mostraram durante a entrevista tranquilidade ao falar do assunto, os quais encaram a morte como um acontecimento natural, e ainda acrescentaram transmitir a

realidade, independente da gravidade da situação, ao paciente de uma maneira sincera e cautelosa. Assim como no estudo realizado por Dirk et al (2014) em concluíram que alertar o paciente sobre a sua morte iminente aumenta a qualidade de vida, dando escolhas de como passar seus últimos dias, quais tratamentos optar, o que deseja realizar e assim lhes dando maior dignidade.

3.2.2 OS PREPAROS PARA O ÓBITO

Como já descrito por Nascimento et al (XXXX) em um artigo que discute sobre a formação acadêmica e a relação profissional da saúde com o paciente e a morte, o profissional é apresentado a morte sem nenhum preparo, sem nenhum ritual de passagem, dessa forma é mais uma vez a vivência cotidiana, sem o devido suporte acadêmico que é apontada como base da aprendizagem sobre a atitude profissional diante da morte.

Dentre todas as entrevistas observamos um grupo que buscou de diversas formas um preparo:

Não existe um preparo e nenhum protocolo para lidar com o óbito. Sempre tento me manter calmo, explicar e demonstrar a causa da morte, assim como tento me colocar a dispor para diminuir o sofrimento da perda.

As formas recorridas de ajuda foram das mais diversas: literatura, palestras, cursos, terapia e a religião.

3.2.3 RENOVAÇÃO DE ENERGIA

Todos alegaram que ter uma válvula de escape é imprescindível para aliviar o estresse, são exemplos: apoio na religião/espiritualidade, estar com a família, praticar esportes e ter hobbies como tocar instrumentos musicais, pilotar avião, dar aula, andar de moto, viajar.

CONCLUSÃO

Para o médico, existe uma batalha entre ele e a morte, a qual quando o mesmo ganha é uma vitória pessoal, porém quando a morte vence o ciclo fecha levando o enfermo e também o profissional. Durante a formação seria de extrema importância que este assunto fosse mais abordado em salas de aula, palestras, debates entre universitários e profissionais mais experientes e a literatura fosse recomendado. Dessa forma o assunto não se caracterizaria mais como um tabu e não necessitaria que a vivência e o sofrimento o desmascarasse; Ele seria um processo natural do aprendizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed. 70. Lisboa. 1977

DIRK et al. Is Physician Awareness of Impending Death in Hospital Related to Better Communication and Medical Care? **Journal of Palliative Medicine**, volume 17 issue 11: november 12, 2014.

DOLTO, F. 1971. **Psicanalise e pediatria**: as grandes noções da psicanalise: 16 observações de crianças (3ªed.; A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara.

PAZIN-FILHO, A. Morte – considerações para a prática médica. **Simpósio: Morte: valores e dimensões. Capítulo 2**. Ribeirão Preto. 2005.