



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

ZÁIRA ARTHEMISA MESQUITA ARAÚJO

O LUGAR DA MORTE NO ENSINO DA MEDICINA

TERESINA-PI

2016

ZÁIRA ARTHEMISA MESQUITA ARAÚJO

O LUGAR DA MORTE NO ENSINO DA MEDICINA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Ciências e Saúde.

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Linha de pesquisa: Ensino na Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa.

TERESINA-PI
2016

ZÁIRA ARTHEMISA MESQUITA ARAÚJO

O LUGAR DA MORTE NO ENSINO DA MEDICINA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Ciências e Saúde.

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Linha de pesquisa: Ensino na Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa
Orientador - Universidade Federal do Piauí - UFPI

Prof. Dra. Andrea Cronemberger Rufino - UESPI
1º Examinador

Prof. Dra. Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes - UFPI
2º Examinador

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu querido mestre, José Ivo, por dar asas aos sonhos do estudante;

Ao meu avô Genero, por insistir no argumento de que “a educação é o mais seguro elevador social da vida”;

Aos meus pais, a minha irmã Sarah e ao meu querido Tales;

Aos meus amigos Breno e Flávia, por toda a energia positiva que suas presenças emanam;

E a mim, pela bravura interna de lutar todos os dias para ser alguém melhor.

Ao grande amigo José Carlos Castelo Branco Ribeiro.
(In memoriam)

Lembrar todos os dias de que estarei morto em breve é a ferramenta mais importante que já encontrei para me ajudar a tomar grandes decisões. Porque quase tudo – expectativas externas, orgulho, medo de passar vergonha ou falhar – isso tudo cai diante da face da morte, restando apenas o que é importante. Lembrar de que você vai morrer é a melhor maneira para evitar a armadilha de pensar que você tem algo a perder. Você já está nu. Avante! Não há o que temer.

(Steve Jobs, discurso durante aula em Stanford, 2005)

RESUMO

O ensino da Medicina atual prepara o futuro médico para lidar com uma Medicina morta, sem alma, de maneira prática e emocionalmente infértil. O médico, em seu exercício, é diariamente acometido por estimulações que o incitam a esconder ou não expressar seus sentimentos em relação ao sofrimento ou à morte de um paciente. Cada vez mais, valoriza-se o diagnóstico e a cura, relegando-se a segundo plano o cuidado com o ser humano com prognóstico desfavorável, seja com ausência de planejamento paliativo ou pelo excesso de investimentos intensivos que dificultam o percurso natural do fim da vida. Este modo indiferente de agir diante da morte denota uma relação com a insuficiência do aporte teórico adotado para subsidiar a formação médica em situações de finitude da vida. Para melhor compreender este cenário, o presente trabalho analisa o ensino sobre a morte nos cursos de Medicina do Estado do Piauí. E, especificamente, averigua a existência de conteúdos relativos ao tema nos seus projetos pedagógicos, e propõe uma análise crítico-reflexiva dos achados, através de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, do tipo análise documental. O estudo foi realizado em cinco IES do Estado do Piauí que ofertam o curso de Medicina, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, com o número de protocolo: 50747815.5.0000.5214. Os resultados apontaram deficiência considerável de conteúdos e de disciplinas que fomentem, minimamente, a educação para a morte na graduação. A pesquisa verificou a necessidade de criação de projetos no ensino da Medicina que contemplem a temática morte como foco de discussões e de reflexões, para que seja possível o compartilhamento das angústias, dos desconfortos e dos sentimentos de dor, como forma de tornar mais humano o ofício do futuro médico, com repercussões positivas no trato de pacientes e familiares. A educação para a morte não arreda a angústia inerente do morrer, mas proporciona um ambiente psicológico seguro e equilibrado para que o médico possa promover uma melhor autorregulação de suas emoções e dignificar a partida de quem está se despedindo da vida.

Palavras-chave: Educação. Morte. Ensino. Medicina.

ABSTRACT

The teaching of modern medicine seems to be training future doctors to deal with a dead medicine, soulless, practical and emotionally barren way. The doctor in his daily exercise is affected by stimuli that urge to hide or learn not to express their feelings about the death of a patient. Increasingly appreciates the diagnosis and the cure and relegates to the background the care of the human being with an unfavorable prognosis, either with the absence of a palliative planning for this patient or over-intensive investments that hinder the natural course of the end of life. This cold way of acting in the face of death denotes a relationship with the failure of the theoretical framework that has been adopted to support medical education in finitude contexts. To better understand this scenario, we sought in this study to analyze teaching about death in the state of Piauí on medical courses, with the assessment of the existence of material related death in the pedagogical projects of all existing medical schools in that state. It's a descriptive and exploratory study with a qualitative approach, the document analysis type, carried out in five of Piauí state HEIs that offer medical school, from terminologies analysis that addressed the theme of death in his pedagogical projects of the courses. The study was approved by the Committee of Ethics and Research of the Federal University of Piauí with the protocol number: 50747815.5.0000.5214. The displayed results showed a considerable deficiency of contents and disciplines that minimally foment education for death in this graduation. In this sense, there was the need to create projects in medical education that addressed the theme death as a focus of discussion and reflection, so that the share of anguish possible, the discomforts and feelings of pain, in order to make more human the job of the future doctor, with positive effects in the treatment of patients, families and the multidisciplinary team. Education for death does not take away the inherent anguish of dying, but provides a safe and balanced psychological environment so that the doctor can dignify the match who is at the end of life, and may promote better self-regulation of emotions.

Keywords: Education. Death. Teaching. Medicine.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-UFPI	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí
DECS-BVS	Descritores em Ciências e Saúde da Biblioteca Virtual de Saúde
DNC	Diretrizes Curriculares Nacionais
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas
IES	Instituição de Ensino Superior
NESP/UFPI	Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade Federal do Piauí
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
UFPI	Universidade Federal do Piauí

LISTA DE QUADROS E ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	A abordagem de temas sobre morte no PPC do curso 1A	38
Quadro 2	A abordagem de temas sobre morte no PPC do curso 2A	39
Quadro 3	A abordagem de temas sobre morte no PPC do curso 3A	40
Quadro 4	A abordagem de temas sobre morte no PPC do curso 4P	41
Quadro 5	A abordagem de temas sobre morte no PPC do curso 5P	42
Quadro 6	Disciplinas relevantes na discussão do contexto da morte sem referência ao tema no PPC	43
Ilustração 1	Billroth, por Seligman, 1890	11
Ilustração 2	Anatomia do coração, por Enrique Simonet, 1890.....	15
Ilustração 3	<i>The doctor</i> , por Fildes, 1891	16
Ilustração 4	A Lição de anatomia do Dr. Tulp, por Rembrandt, 1632	23
Ilustração 5	Lição de Dr. Meer, por Van Mierevelt, 1617.....	27
Ilustração 6	Morte de Bichat rodeado dos médicos Esparon e Philibert Josep, por Louis Hersent, 1820	32
Ilustração7	"Morte no `patient` s quarto", por Edvard Munch,1894.....	37
Ilustração8	Crânio, por Pieter Claesz, 1645.....	45
Ilustração9	A Autópsia, por Enrique Simonet, 1980.....	60
Ilustração10	Lição de anatomia do Dr. Deyman, por Rembrandt, 1656.....	63

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	Contextualização do problema e construção do objeto de estudo	11
1.1	Justificativa	13
1.2	Objetivos	14
1.2.1	Objetivo geral	14
1.2.2	Objetivos específicos	14
CAPÍTULO 2	O encontro da Medicina com a morte.....	15
CAPÍTULO 3	A morte “morta” no ensino da Medicina.....	23
CAPÍTULO 4	Falando de morte no ensino da vida.....	27
CAPÍTULO 5	Proposta metodológica	32
5.1	Tipo de estudo	33
5.2	Local de estudo	33
5.3	Universo e amostra	34
5.4	Crterios de incluso e crterios de exclusão	34
5.5	Coleta de dados	34
5.6	Tratamento e análise dos dados	36
5.7	Aspectos éticos da pesquisa	36
CAPÍTULO 6	Resultados	37
CAPÍTULO 7	Discussão dos dados	44
7.1	Terminologia “Cuidados paliativos”	46
7.2	Terminologia “Tanatologia”	47
7.3	Terminologia “Suicídio”	48
7.4	Terminologia “Eutanásia”	49
7.5	Terminologia “Luto”	52
7.6	Terminologia “Finitude”	52
7.7	A morte interdita em outros cenários	54
7.7.1	Disciplina de Obstetrícia	54
7.7.2	Disciplina de Oncologia	56
7.7.3	Disciplina de Medicina Intensiva	57
7.7.4	Disciplina de Psiquiatria	58
CAPÍTULO 8	Considerações finais.....	60
REFERÊNCIAS	.....	63
APÊNDICES	.....	70

APÊNDICE A	.....	71
ANEXOS	.....	72
ANEXO A	.....	73

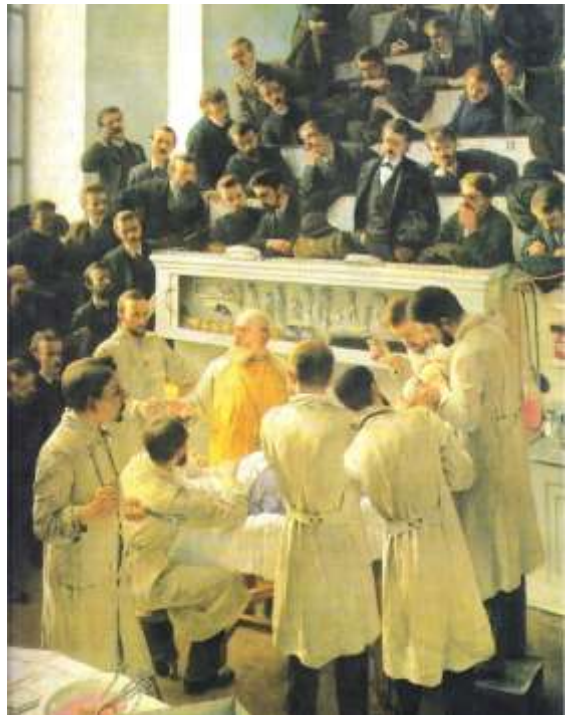


Ilustração 1 - Billroth, por Seligman, 1890.
(Disponível em: medicinisart.com. Acesso em Jul. 2016)

CAPÍTULO 1

Contextualização do problema e construção do objeto de estudo

[...] Como eu gostaria que fosse minha morte? Vixe! Eu queria dormir e acordar morto, de morte bem ligeira ou então morrer lá pros 90, de uma doença que não tenha dor, em casa, ao lado dos meus filhos, dos meus netos... Morrer sozinho? Presta não! [...]

(Excerto de um diálogo informal)

As palavras simples desta prosa assistida entre vizinhos ecoam bem o desejo da maioria das pessoas, contudo, paradoxalmente, a morte da maneira desejada parece se distanciar da assistência diante do morrer que tem sido ensinada na graduação em Medicina. Uma parcela considerável dos pacientes está em uma maca, ao invés de suas camas, rodeados de profissionais de saúde, ao invés de familiares, e passam seus últimos momentos de vida sozinhos, tolerando as dores físicas e psíquicas de uma partida solitária, sem o afeto e o amparo dos seus entes queridos.

Esta situação parece demasiadamente dramática, mas é o que se tem observado na prática hospitalar desde a década de 1950, quando o hospital passou a ser o lugar apropriado para se morrer (ARIÈS, 2003). E o que tem movido e sustentado essa prática de inversão de desejos?

Bem, os estudantes de Medicina possuem, em suas matrizes curriculares, um aporte teórico considerável no que diz respeito ao aprendizado de técnicas de sobrevivência, de reabilitação, reanimação, prevenção, promoção de saúde e todos os “ãos” que envolvem a garantia da vida, e é excelente que assim seja. Contudo, a inversão de desejos parece ser sustentada pela ausência de abordagens teóricas que clarifiquem a responsabilização do médico na garantia da vida e na falta de discussões que o coloquem, segundo método hipocrático, no lugar de auxiliar da natureza humana (KOVÁCS, 2012).

Se durante o processo de ensino da Medicina, o aluno não for preparado para falar filosoficamente ou subjetivamente sobre a morte, como será capaz de manejar bem uma situação em que o paciente precisa falar sobre seus últimos dias de vida? Como comunicar que não há mais nada a fazer sobre reversão de um quadro clínico? Como dignamente contar a uma mãe que sua filha teve morte encefálica? Inúmeras são as histórias que atravessam o dia a dia da prática médica e a preparação

para conduzir essas situações deve ser ensinada na graduação, momento em que a identidade profissional está em construção.

Manejar a morte como companheira de trabalho requer treinamento, ensino e qualificação, uma vez que esta ação não se aprende intuitivamente. Características como alta sensibilidade, forte envolvimento ou sofrimento pelo paciente, não indicam que o profissional esteja apresentando um bom manejo. Na melhor das hipóteses, ele pode estar apenas se compadecendo do sofrimento. E não é com piedade que o paciente se alivia, é com acolhimento, com condutas clínicas menos excessivas e de conforto, com suporte empático e escuta qualificada.

Ações como essas, embora simples, podem se apresentar como desafiadoras e incômodas ao profissional devido à dessensibilização que a experiência proporciona, aos mecanismos de defesa que a angústia produz e ao veto emocional que o ensino da Medicina cria.

Paciente e médico permanecem em um jogo desconfortável. O paciente por achar que falar sobre sua subjetividade, seus medos e suas angústias é inoportuno e tomará o tempo precioso do *doutor*¹; e o médico, que por não saber o que fazer com as lágrimas do paciente, comunica-se de forma tão própria e rebuscada que muito mais desenvolve um monólogo do que um diálogo. Dessa forma, não se faz Medicina, faz-se reparos no paciente. Oferecer um espaço de escuta e acolhimento, principalmente diante da morte iminente, somada à assistência clínica qualificada, é o que diferencia o tratar gente do consertar doentes.

Tendo por base as considerações feitas, surgiu o seguinte questionamento norteador: os cursos de Medicina das instituições de ensino superior (IES) públicas e privadas do Piauí têm contemplado, em seus projetos pedagógicos, um ensino capaz de proporcionar formação concisa sobre a morte? Assim, definiu-se como objeto deste estudo: o ensino sobre a morte nos cursos de Medicina do Estado do Piauí.

¹ *Doutor*: linguagem coloquial; indivíduo popularmente conhecido como sabido ou versado, devido à obtenção de título ou grau; indivíduo que tem diploma.

1.1 Justificativa

Por mais intrigante que possa parecer, pouco se ensina ao futuro médico a cuidar do doente que não pode ser curado, e a necessidade do cuidado não finda quando a cura se esgota. Com a crescente especialização do saber médico, cada vez mais, aprende-se sobre órgãos e sistemas em disfunção e tende-se a perder progressivamente a visão sobre o todo. Valorizam-se, assim, o diagnóstico e a cura da doença e se relega a segundo plano o cuidado com o ser humano que adoeceu (FIGUEIREDO; STANO, 2013B).

Com base nessas afirmações, a presente pesquisa mostra sua expressividade científica ao oferecer uma reflexão capaz de ressignificar o estudo da morte nos cursos de Medicina, no sentido de que esses possam refletir e (re)ver seus projetos pedagógicos, em sua maioria fartos de práticas meramente biomédicas, e possam desarticular condutas excessivamente objetivas em contextos de finitude.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Analisar o ensino sobre a morte nos cursos de Medicina do Estado do Piauí.

1.2.2 Objetivos específicos

- Averiguar a existência de conteúdos relativos à morte nos projetos pedagógicos dos cursos de Medicina das IES do Estado do Piauí;
- Analisar a abordagem do tema morte nos projetos pedagógicos, segundo as seguintes variáveis: terminologia, contexto da terminologia, paradigma e período do curso.
- Realizar análise crítico-reflexiva dos resultados obtidos na avaliação dos projetos pedagógicos sobre o tema morte nos cursos de Medicina.



Ilustração 2: Anatomia do coração, por Enrique Simonet, 1890.
(Disponível em: medicineisart.com. Acesso em Jul. 2016)

CAPÍTULO 2

O encontro da Medicina com a morte

O pintor Luke Fildes, em 1891, retratou na arte um modo de contato da medicina com a morte, através da obra intitulada de *The doctor*. A pintura, abaixo ilustrada, se refere ao manejo da morte vivenciado no período anterior ao século XIX, no qual a função do médico era a de espectador de um fenômeno natural.



Ilustração 3 – *The doctor*, por Samuel Luke Fildes, 1891.
(Disponível em: medicineisart.com. Acesso em Jul. 2016)

Nesse período, morria-se preferencialmente em casa, estando o moribundo cercado pelos familiares e amigos, pelas crianças da casa, com os vizinhos exercendo o caridoso dever da solidariedade. A morte era natural e tornava-se até mesmo a oportunidade valiosa de encerrar com honra uma vida digna (ARIÈS, 2003).

Os ritos de morte, valorizados pela sociedade, cumpriam a delicada tarefa de confortar os familiares e homenagear o morto. O médico tinha então, uma tarefa muito maior do que apenas curar. Ele curava, sempre que possível, usando de todos os seus recursos e conhecimentos, mas, acima de tudo, acompanhava o doente e a família até o momento da morte, confortando e consolando (FIGUEIREDO; STANO, 2013a).

Se atentarmos ainda para os detalhes do cenário de “*The doctor*”, é visível que a obra descreve claramente esse modo de morrer e a forma companheira que a Medicina se posicionava. Pode-se perceber que se trata de um domicílio simples, onde a criança está improvisadamente acomodada sobre duas cadeiras, à guisa de leito. A iluminação do lampião sobre a mesa coloca em primeiro plano a figura do médico, em atitude

pensativa sobre a criança gravemente enferma. Ao fundo, está a figura do pai, que tem sua atenção voltada para o médico, ao tempo em que tenta consolar a mãe exausta e desolada. Podemos ver que, pela janela da casa, parecem estar entrando os primeiros raios de luz da manhã. A iluminação do lampião e os utensílios médicos sobre os móveis indicam a preparação de medicamentos e mostram que o médico passou a madrugada ao lado do pequeno paciente.

Zaidhaft (1990), em sua obra intitulada “Morte e formação médica”, aponta que esse manejo médico, com tanto desvelo e implicação diante da morte, só foi se modificando com o desenvolvimento científico e tecnológico e com a institucionalização maciça dos doentes. O hospital passou a ser o lugar mais propício e conveniente para se morrer, em substituição aos lares dos moribundos.

Não se pode negar que a Medicina, dentro dos moldes do modelo biomédico, proposto em meados do século XX, trouxe muitos avanços para o diagnóstico e o tratamento de inúmeras doenças. Contudo, o que se constata na atualidade é uma crítica contundente a esse modelo, sobretudo por que priorizou a doença e não o doente (AZEVEDO et al., 2015).

Bernard Lown (1997, p. 28), professor emérito de Harvard, em seu livro “A arte perdida de curar”, deplora a exagerada ênfase que as escolas médicas empregam na formação técnica de profissionais que serão “[...] oficiais maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas [...]”, desconsiderando a genuína arte de ser médico. O autor aponta como verdadeira “sabedoria médica” a capacidade de compreender um problema clínico não em um órgão, mas em um ser humano integral. Para ele, a causa dessa situação é a Medicina ter perdido o rumo, se não a alma. Partiu-se o pacto implícito existente entre o médico e o paciente, consagrado durante milênios.

Se, por um lado, nunca antes as pessoas morreram de forma tão silenciosa e higiênica, por outro lado, nunca morreram em condições tão propícias à solidão. A ideia de viver deveria estar condicionada à ideia de bem-estar, de bem-querer. Não basta ter uma boa Medicina para que se tenha uma boa morte. A boa morte deveria estar acompanhada por uma integração entre os princípios religiosos, morais e terapêuticos, dando àquele que está morrendo um cuidado respeitoso com suas crenças e seus valores (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011).

A Medicina parece ter entendido que sua missão é lutar contra a morte, uma vez que, após se esgotarem os seus recursos técnicos, muitos médicos saem da arena, derrotados e impotentes. Bifulco (2006, p. 164) afirma que “se eles soubessem que sua missão é cuidar da vida, e que a morte, tanto quanto o nascimento é também vida, eles ficariam até o fim. ”

Outro fator relevante é que, ao saírem da academia, estes estudantes proferem um juramento assumindo a responsabilidade de se comprometerem pela vida de seus pacientes. Somado a esse aspecto, a sociedade os investe no papel de detentores da vida e da morte. Assim, em consequência, esses profissionais podem introjetar a ideia fantasiosa de que evitar a morte encontra-se totalmente em suas mãos, uma vez que parte do comportamento humano é determinado pelas expectativas sociais sobre suas condutas. Como resultado, podem desenvolver uma gama de reações danosas, já que a autocobrança é capaz de gerar atitudes iatrogênicas para com pacientes e familiares.

A construção de uma imagem distorcida da identidade do médico acaba sendo, por vezes, perpetuada no ensino da Medicina. Docentes impregnados dessa projeção heroica que a sociedade os concebe, repassam aos acadêmicos expectativas semelhantes e, dessa forma, renovam-se ciclos de impressões profissionais incompatíveis com a realidade. Contudo, não é só de projeções sociais que se sustenta a reprodução dessa imagem. Existe um ganho pessoal subliminar na manutenção da figura altiva, que é a força do homem sobre o homem, ou seja, uma parcela da categoria médica se alimenta desse *status* como forma de obter poder, liderança, controle e prestígio sobre quem necessita de seus serviços, principalmente em se tratando de contextos sociais em que saúde significa o consumo de serviços e tecnologias medico-hospitalares.

Na visão hipocrática, o médico deve ser capaz de acompanhar o percurso da natureza sobre a vida e essa premissa só é possível de ser executada quando nos “despimos” da vaidade em detrimento da ética.

Outro ponto a ser discutido no ensino da graduação em Medicina, é que algumas academias encaram a sensibilidade e o envolvimento com a vivência dolorosa do paciente e dos familiares como um traço de fraqueza e despreparo, moldando consequentes condutas de neutralidade excessiva e distanciamento emocional.

Rocco (1992), em sua obra intitulada “Relação estudante de medicina-paciente”, aponta que um dos maiores desafios encarados pelo jovem no início do curso é o de dissecar cadáveres, superando o respeito aos mortos que lhe foi ensinado, bem como a missão de assistir à morte de pacientes e ter que prosseguir seu trabalho sem se deixar abater pelas emoções. O trabalho diário do médico é constituído por um controle absoluto sobre suas emoções, sem espaço para dividir ou expressar suas angústias, tendo até que escondê-las, por receio de ser acusado de ser muito frágil, sensível, "mole" e, portanto, não servir para ser médico.

Essa ideologia, transmitida cotidiana e quase automaticamente, é expressa em máximas como "[...] não se envolva com o paciente", "[...] há que se ter sangue frio", "[...] para aprender é assim mesmo", "[...] se você ficar sofrendo a cada morte de paciente, você não agüenta e larga a Medicina" (ZAIHAF, 1990, p. 19).

No primeiro contato com a morte ou com cenas mais fortes que envolvem pacientes, nas visitas às instituições de saúde, comuns no início do curso, os alunos que sentem vertigens, ficam nervosos ou sensibilizados com o novo ambiente, são, muitas vezes, estigmatizados pelos colegas ou até mesmo pelo próprio professor, submergidos no velho chavão de que “pra ser doutor tem que saber ver sangue e não pode chorar”. Ora, que pedagogia é esta que está sendo praticada? A indiferença a fortes estímulos visuais, como sangue, cortes, injeções, suturas, mortos, necrotérios é critério para o ingresso aos cursos de graduação em Medicina? Evidente que não.

Aspectos como os citados, manifestados no início da graduação, devem ser manejados com sensibilidade e bom senso, sendo, preferencialmente, aproveitados como um importante momento para reflexão e discussão entre os alunos, partindo do docente a mensagem de que o processo de dessensibilização a estímulos fortes é gradual e que o envolvimento emocional com pacientes e familiares, principalmente em situações de morte, é comum, já que estamos diante de humanos cuidando de humanos.

Nas tradicionais aulas de anatomia, não é muito diferente. Já no início do curso de Medicina, quando os alunos se deparam com um exemplo de morte concreta, que é a figura de um cadáver desconhecido a ser explorado e dissecado, o desconforto e o choque geralmente não encontram lugar para elaboração. Logo os acadêmicos tratam

de criar um ambiente de descontração, com “um choque disfarçado de risada” enquanto manipulam o corpo humano estendido. Comumente, sentem-se aliviados quando são avisados de que ali se trata de um “desconhecido”, pois, dessa forma, despersonalizam o corpo, tornando menos árdua a tarefa de olhar racionalmente e com cientificidade para um morto que desperta imaginações e fantasias diversas.

Posteriormente, o “terceiranista” é iniciado na Propedêutica, quando terá o real contato com os doentes, passando a frequentar o ambulatório e o hospital. Acontece uma mudança significativa nesse momento: tem-se que conviver e aprender a lidar com o fato de que o desenvolvimento do aprendizado da Medicina se dará por meio da dor, do sofrimento e da inevitável morte dos pacientes (COELHO, 2001). Emerge também o que Zaidhaft (1990) denominou de situação-limite: o aluno se defronta com a sua própria finitude ao lidar com o vivo que está em estado de terminalidade, o futuro morto.

Já no internato, os alunos avançam um degrau a mais na proximidade com contextos de vida e morte, já que agora são membros integrantes do corpo médico e vão aprender Medicina em situações reais do cotidiano hospitalar. A rotina de suas vivências acadêmicas deixa pouco espaço para os momentos de introspecção. As dúvidas e as angústias são muitas, e a autoavaliação é realizada frente ao paciente por meio da capacidade diagnóstico-terapêutica. É a partir desse momento que se tem a percepção de que a realidade profissional é muito distorcida da fantasia de controle sobre a vida e a morte dos pacientes (COELHO, 2001). Mais do que isso, o futuro médico não tem, na maior parte de sua formação acadêmica, a possibilidade de discutir de modo adequado as suas dúvidas, dores e vivências sobre morte com seus professores, devido à insuficiência de conteúdos teóricos na matriz curricular e à ausência de especialistas para clarear a natureza desses conceitos (MARTA et al., 2009).

A negação da morte no ensino da Medicina está tão enraizada que, não raramente, informar ao familiar que o paciente morreu é encarado com desapontamento ou vergonha, como se não conseguir barrar o percurso da morte, após terem se esgotado as condutas possíveis ao caso, fosse uma falha pessoal. Culpa, reprovação, raiva e descrença na própria capacidade são sentimentos que podem surgir como uma

verdadeira ferida narcísica nos acadêmicos de Medicina e no profissional médico diante da morte.

Nos momentos em que o estado do paciente se agrava e quando a morte acontece, profissionais da área da saúde são invadidos por fantasias de naturezas e intensidades variadas, muitas vezes relativas à autorrecriação e à autopunição (MASO et al., 2009). Esses sentimentos, diante da perda de um paciente, podem perdurar se não forem devidamente elaborados e podem reaparecer no contato com pacientes futuros, predispondo o profissional a condutas exageradas de cuidados, sujeitando o paciente a investimentos clínicos desnecessários. Em se tratando do acadêmico de Medicina, que tem menos recursos de enfrentamento para lidar com esse contexto, as consequências podem ser mais invasivas, caso não haja um suporte por parte do docente que o auxilie na condução dessas demandas.

Em circunstâncias tensas e desafiadoras, como as de morte, os profissionais vivem um cotidiano permeado por aflições e dor, o que aumenta sua suscetibilidade a sentimentos de tristeza, de solidão e de desamparo, e, essas experiências dolorosas e potencialmente traumáticas são mais comuns quando se mantêm um contato próximo e prolongado com o paciente e sua família. Por essa razão, o distanciamento emocional dos pacientes e familiares começa a surgir como estratégia de defesa das angústias que o cotidiano da prática médica gera. Ora, diante do sofrimento, funcionamos na entrega ou na fuga. Se o envolver-se com os pacientes gera um nível de desconforto que dificulta o exercício profissional, é esperado que os acadêmicos se utilizem de mecanismos de defesa que os blindem de envolvimento com a morte, uma vez que, se a dor não encontra vazão e espaço para significação, é comum nos indivíduos a estratégia de suprimir as emoções como defesa pessoal. Portanto, evitação, excesso de terminologias médicas, discurso excessivamente racional ou frieza e indiferença são estratégias para tolerar a amargura inevitável que a morte gera.

O psiquiatra e psicólogo Alfredo Simonetti (2004, p. 42) traz, em sua obra, um curioso exemplo de um médico que, na espinhosa tarefa de comunicar o falecimento de um paciente a um familiar, disse que “[...] o paciente havia evoluído para o óbito” e o familiar, com cara de espanto, indagou: “mas isso é grave, doutor? ”. Para o autor, as

terminologias técnicas mostram uma tentativa de não entrar na condição de angústia que a situação traz, fazendo uso de um “mecanismo de defesa linguageiro”.

No momento da comunicação da morte, a família não quer ouvir, por exemplo, se o paciente teve um rebaixamento considerável, apesar do uso de drogas vasoativas, e que os padrões levaram ao desfecho inevitável”, a família quer ouvir a frase que ecoará durante muitos anos na sua cabeça de forma clara, leve e digna. Essas explicações interessam ao prontuário do paciente ou ao atestado de óbito, não à dor da família, salvo os casos que a descrição fisiológica do processo de morte com esse nível de comunicação seja uma solicitação da família.

Vivenciar os sentimentos relacionados à morte parece especialmente difícil para aqueles que são ensinados e treinados a se afastar dela. Mas, como diz Zaidhaft (1990, p. 137), “[...] por mais que o médico tente se 'dessubjetivar' a fim de se 'vacinar' contra a morte, isto não é psicologicamente viável”.

A subjetividade do paciente na iminência da morte é tão importante quanto a demanda física, pois as dores aumentam e os sintomas se acentuam quando o paciente não se sente visto. E, é impossível não ver a subjetividade do paciente. Os esforços dispensados para escorraçá-la, causam um dano psicológico maior no profissional do que se ele tivesse dado o devido espaço desde o início do tratamento, uma vez que, de acordo com Simonetti (2004, p. 22), “[...] mais fácil do que secar o mar, é aprender a navegar”.



Ilustração 4 – A Lição de anatomia do Dr. Tulp, por Rembrandt, 1632.
(Disponível em: medicineisart.com. Acesso em Jul. 2016)

CAPÍTULO 3

A morte “morta” no ensino da Medicina

É impossível conhecer o homem sem lhe estudar morte, porque, talvez mais do que na vida, é na morte que o homem se revela. É nas suas atitudes e crenças perante a morte que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental.

(Edgar Morin)

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DNC) para os cursos de graduação em Medicina, no art. 3, afirmam:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014).

Apesar desse direcionamento, há um crescente descontentamento da população com os seus médicos, já que temos uma Medicina cada vez mais assertiva, mas, em contrapartida, cada vez mais fria e impessoal. As palavras de Bernard Lown (1997, p. 22) sobre esse cenário são perturbadoras e eloquentes: "[...] a Medicina jamais teve a capacidade de fazer tanto pelo homem como hoje. No entanto, as pessoas nunca estiveram tão desencantadas com seus médicos. ”

A formação atual do médico no Brasil vem se tornando progressivamente técnica e fragmentada. O currículo da maioria das escolas de Medicina do país privilegia a especialização e o uso intensivo da tecnologia em detrimento da Medicina geral e das estratégias de diagnóstico que envolvem a escuta acurada das queixas do doente e a proximidade física médico-paciente (FIGUEIREDO; STANO, 2013B). Esse padrão não é próprio apenas da formação brasileira em Medicina. Em outros países, também se ressentem os doentes do contato mais próximo com os seus médicos no decorrer do diagnóstico e do tratamento (LOWN, 1997).

A instrução nas escolas de medicina no Brasil segue o mesmo padrão que o progresso tecnológico impôs à sociedade: informação em volume nunca antes visto e compartilhada rapidamente (antes que se torne obsoleta), curtíssimo tempo para elaboração do conhecimento, descartabilidade de teorias e conceitos, predomínio da

técnica na abordagem do doente, uso de tecnologia sofisticada e cara para diagnósticos que se fariam com semelhante precisão por meio de uma história clínica colhida atentamente e de um exame físico acurado, crescente opção do formando pelas especialidades, em detrimento da prática da Medicina geral, distanciamento entre médico e família do doente, considerada muitas vezes, por ele, como um estorvo e uma ameaça (FIGUEIREDO; STANO, 2013a).

A ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas de formação de médicos a uma visão fortemente reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal e biologicista, reserva-se pouco ou nenhum espaço para as dimensões social, psicológica, espiritual e até mesmo econômica da saúde (FIGUEIREDO; STANO, 2013B).

Padilha (2012) afirma existir um silêncio gélido na Medicina atual quando a cura, tão buscada, não se completa. Esse silêncio é evidenciado pela análise atenta dos currículos das escolas médicas, que privilegiam o aprendizado das ferramentas de diagnóstico e de cura, e nada, ou quase nada, falam sobre como cuidar de quem vai morrer.

Toleto et al. (2012) relatam que, em 2010, a Fundação Lien, uma organização não governamental de Cingapura, encomendou uma pesquisa sobre Qualidade de Morte a uma empresa de consultoria britânica. Quarenta países foram avaliados por meio de indicadores quantitativos e qualitativos, em quesitos como: conscientização pública sobre serviços e tratamentos disponíveis a pessoas no fim de suas vidas e disponibilidade de remédios e de cuidados paliativos aos doentes e às suas famílias. Buscava-se identificar os países que melhor propiciavam aos seus cidadãos condições adequadas a uma morte digna e bem acompanhada. Os autores afirmam que o Brasil amargou um vergonhoso 38º lugar, à frente apenas de Uganda (39º) e da Índia (40º). A Grã-Bretanha encabeça a lista dos países com melhor qualidade de morte, seguida da Austrália e da Nova Zelândia (TOLEDO et al, 2012). O lugar em que ficou o Brasil no *ranking*, denota o lugar dado à morte na educação dos profissionais médicos, situados na linha de frente do cuidado diante da morte.

Já, no estudo de Poletto, Santin e Bettinelli (2013), os autores apontam um dado animador sobre a educação para a morte na Medicina dos Estados Unidos. O estudo

apontado pelo autor é o de Dickinson, realizado em 2006, afirmando que, das 122 escolas médicas nos Estados Unidos, 100% oferecem aulas sobre morte e morrer; e 94%, sobre cuidados paliativos. O ensino nos cursos de Medicina procedeu a uma troca da destreza em realizar anamneses elucidativas e o exame físico detalhado, sendo substituído pela precisão das informações fornecidas pelos equipamentos. O que era complementar transformou-se em essencial.

Rios (2010) aduz que ainda há, em muitos países, uma cultura na educação médica de que o estudo das humanidades não é tão relevante, o que pode dificultar a motivação dos alunos em participar de oficinas, atividades e outras propostas que visem esse tipo de reflexão, pois são encarados como “perda de tempo”, ou segundo Kovács (2002), pouco glamoroso.

Acrescenta-se a esse quadro o fato de que, ao jovem em formação, nem sempre parece importante abordar em sua matriz curricular que a doença tem o seu curso natural, muitas vezes a despeito do melhor dos tratamentos oferecido ao doente. Assim, induz-se o jovem estudante a supor que a cura das doenças é a única razão pela qual vale a pena lutar e que a invalidez e a morte representam o fracasso do seu saber (FIGUEIREDO; STANO, 2013B).

Cada vez mais, o perfil do médico egresso das escolas brasileiras de Medicina se distancia daquele recomendado pelas DNC. E, ainda, por mais ampla que pretenda ser essa recomendação, pode-se perceber em uma leitura atenta das DCN, que nenhuma recomendação é explicitamente feita no que se refere à atuação do futuro médico, quando os seus esforços de cura são inúteis e o paciente se encaminha para a morte (FIGUEIREDO; STANO, 2013B).



Ilustração 5 – Lição de Dr. Meer, por Van Mierevelt, 1617.
(Disponível em: medicineisart.com. Acesso em Jul. 2016)

CAPÍTULO 4

Falando de morte no ensino da vida

O saber-se mortal traz em si uma angústia existencial, e para escapar dela, o homem muitas vezes se refugia num cotidiano impessoal. Quando a angústia da morte bate à porta, fugimos para o inautêntico. O impessoal tranqüiliza a presença, sendo construída uma indiferença perturbável.

(Heidegger)

Os conteúdos emocionais vivenciados pelos médicos e estudantes de medicina, principalmente relativos à morte, deveriam ser utilizados como matéria prima capaz de torná-los profissionais cada vez mais especializados em cuidar do sofrimento físico e psíquico de seus pacientes, por meio de espaços terapêuticos, grupos de discussão ou trocas informais de experiências no ambiente médico. Contudo, parece permanecer um silêncio entre os próprios colegas de trabalho, devido ao receio de se sentirem ridicularizados, impotentes, bem como de não corresponderem ao papel social adquirido, relativos à competência técnica, especificidade funcional e neutralidade afetiva.

Os acadêmicos de Medicina carecem de discussões sistematizadas sobre a morte ao longo do curso. Para Maria Júlia Kovács (2003), forte expoente no estudo da morte na educação em saúde da Universidade de São Paulo, entre os principais temas que merecem abordagem no ensino da formação médica, estão: o morrer com dignidade; os pedidos para morrer; os testamentos em vida; a não implantação ou não manutenção de tratamentos com objetivo de prolongamento de vida; eutanásia; distanásia; suicídio assistido; sedação; e o uso correto de analgesia na terminalidade.

Destaca-se uma tendência (pelo menos normativa) de uma construção coletiva, política e social dos atuais currículos dos cursos de graduação. Nesse sentido, as reformulações curriculares do ensino médico devem revisar seus planejamentos de ensino esbaldados de “mecanicismos”; e ofertar disciplinas que favoreçam a criação de espaços de elaboração, estimulando o questionamento, a ampliação da discussão sobre morte, o olhar sob vários ângulos relativos aos conflitos bioéticos que envolvem o morrer, desencorajando respostas rápidas, vazias e simplistas. Além de que, os atores envolvidos na determinação das matrizes curriculares dos cursos de Medicina devem ter a perspicácia de perceber que essas disciplinas não devem ser ofertadas como

optativas, mas, sim, como obrigatórias, já que a cultura que envolve a Medicina provavelmente impedirá o despertar de um interesse para o conhecimento desse tipo de conteúdo.

Se a angústia diante da morte não for trabalhada durante os anos de formação, pode ser que o aluno acabe solapando seus sentimentos e desenvolvendo mecanismos de defesa prejudiciais como arrogância, frieza e outras formas negativas de expressão de sentimentos (AZEVEDO, 2015).

O professor da graduação médica deve ser capaz de sensibilizar o aluno para os sentimentos e as reflexões sobre aproximação da morte, a perda de pessoas da mesma faixa etária, a morte de pacientes crianças, os diversos tipos de perda que não necessariamente implicam na morte, mas que geram lutos, como: a perda da funcionalidade física, como, por exemplo, nos casos de amputação de membros; perdas de papéis sociais, nas situações em que a autonomia do paciente fica bastante comprometida; assim como perdas do estilo saudável de vida, quando pessoas são acometidas por doenças crônicas e incapacitantes e que, a partir de então, será necessário uma nova adaptação no modo de viver.

O ambiente acadêmico deve estimular a reflexão sobre os casos clínicos vivenciados, estimular formação de significados individuais e coletivos para as perdas, fazer uma constante revisão das condutas realizadas em situação de morte durante os estágios, considerando conflitos, frustrações e levando em conta o ponto de vista do aluno, na construção de seu próprio conhecimento (KOVÁCS, 2005). É imprescindível a criação de um espaço legítimo onde se possa desenvolver paulatinamente a capacitação para enfrentar os dilemas da morte e do morrer.

Knot e colaboradores (2007) elaboraram um livro de atividades com o objetivo de facilitar a comunicação sobre o tema da morte na graduação. Os pontos básicos apontados na obra são os seguintes: ajudar o aprendiz a melhor elaborar suas crenças, sentimentos, comportamentos sobre morte e sobre o que é prioritário em nossas vidas; oferecer expectativas bastante realistas que permitam algum controle e qualidade sobre a vida; permitir o diálogo; e favorecer as providências num momento tão difícil como é o momento da morte.

O trabalho de Mello et al. (2012) aborda uma proposta semelhante a dos autores referidos, denominada de “conversas médicas”, justamente com o intuito de possibilitar essas vivências. Esse trabalho inclui principalmente a discussão dos aspectos psicológicos na formação do médico, a relação médico-paciente e a importância da interdisciplinaridade entre Medicina e Psicologia, sendo esta última uma facilitadora das vivências dolorosas em contextos de morte.

É importante salientar que não adianta apenas exigir que os alunos desenvolvam a escuta e o cuidado quando, algumas vezes, não se sentem escutados e cuidados pelos professores. Paulo Freire (2005) já afirmava a importância das emoções no processo ensino-aprendizagem. Nesse sentido, é preciso ter afeto, é necessário que os estudantes se sintam afetados pelo processo educativo (AZEVEDO, 2015).

Quando o aluno é ensinado com emoção, com afeto e com acolhimento, ele vai aprender não só o conteúdo técnico, mas a atitude e a postura diante da vida que vai se refletir no contato com seu paciente. Quando ele aprende sem emoção, pode acontecer de perder, ao longo do caminho (de)formativo, o olhar acolhedor, o calor e a disponibilidade emocional de estar com o outro. Esse processo pode ser mais doloroso por que quando a emoção não é expressa adequadamente, aparece sob outros aspectos, como os vícios, as doenças, o mau humor crônico, a depressão e a irritabilidade (AZEVEDO, 2015).

A construção conjunta professor-aluno em sala de aula pode nem sempre ser possível e nem sempre de fácil execução, mas é de extrema valia sempre que acontece, porque ensinar não é transferir conhecimento, é criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção. Ou o aluno se torna artífice da construção do próprio saber em conjunto com o professor, ou estaremos diante da famosa “educação bancária”, de Paulo Freire (2005), em que o aprendiz não passa de mero objeto passivo de depósito do saber de quem transmite conceitos (FIGUEIREDO; STANO, 2013B).

Giordano (2010) em seu estudo intitulado *Medical Humanities*, salienta que, nos últimos anos, os cursos de Medicina passaram por modificações no currículo básico no intuito de fortalecer a Medicina centrada no paciente e no cuidado, em detrimento da Medicina centrada na doença e no diagnóstico nosológico. Isso significa que o médico

precisa de uma formação que inclua discussões e vivências sobre humanidades no ensino médico por meio das artes, da literatura e da poesia, com o objetivo de vivenciar e de perceber as singularidades do ser humano; e a focalizar a atenção sobre a pessoa, e não sobre o doente. A autora considera inclusive a necessidade de fortalecer o ensino transversal das ciências humanas no curso de Medicina.

Diante do exposto, reitera-se a necessidade de um espaço em que sejam discutidas as angústias e os medos inerentes ao exercício da Medicina diante da morte. Espaço que pode ser incluído na rotina normal de aulas, sem necessariamente criar um momento dedicado apenas para se pensar a morte. Um espaço transversal ao mundo das ciências médicas, onde se possa falar despreziosamente sobre o morrer, sem a preocupação e o rigor dos conceitos de morte celular.

Uma possibilidade de tentar estimular o estudante de Medicina ao convívio salutar com a morte é abrindo um campo de debates por meio de técnicas alternativas e criativas, como, por exemplo, o *role-playing* (técnica de simulação de vivências), rodas de conversas, discussão de casos clínicos em terminalidade, treino de condutas diante da proximidade da morte, bem como incentivar leituras sobre a fascinante tanatologia.



Ilustração 6 – Morte de Bichat rodeado dos médicos, por Louis Hersent, 1820.
(Disponível em: medicinesart.com. Acesso em Jul. 2016).

CAPÍTULO 5

Proposta metodológica

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, do tipo análise documental. Os estudos de natureza descritiva visam descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Assim, analisam o fenômeno por meio do contexto, das relações, do universo dos significados, das crenças e da cultura (TAQUETTE; MINAYO, 2015), configurando o que se chama de abordagem qualitativa. Para tanto, envolvem o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, e assumem, em geral, a forma de levantamento.

O levantamento dos dados deste estudo foi realizado a partir de análise documental, que tem por objetivo identificar em documentos primários, as informações que sirvam de subsídio para responder à questão da pesquisa. A análise documental aprecia os documentos com uma finalidade específica, e quando usada, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informações para complementar os dados e permitir a contextualização das informações obtidas (SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2012). Normalmente, nesse tipo de análise, os elementos fundamentais da comunicação são identificados, numerados e categorizados. Posteriormente, as categorias encontradas são analisadas à luz de uma teoria específica (APPOLINÁRIO, 2009).

5.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido em cinco IES do Estado do Piauí que ofertam o curso de Medicina, sendo três universidades públicas (duas federais e uma estadual) e duas instituições privadas.

5.3 Universo e amostra

Definiu-se como universo deste estudo os cinco PPCs de Medicina das IES do

Piauí, e como amostra, elencou-se as estruturas pedagógicas contidas nos projetos que abordassem o tema morte (independentemente do paradigma em que estavam inseridas).

Durante a análise documental, manteve-se o foco de avaliação nas seguintes estruturas dos projetos pedagógicos: matriz curricular, ementário das disciplinas obrigatórias e optativas, conteúdos programáticos e bibliografia básica e complementar adotada pela disciplina.

5.4 Critérios de exclusão e critérios de inclusão

As IES que não se encontravam cadastradas no Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP) até junho de 2015 (época em que foi realizada a sistematização para aquisição dos dados), não compuseram a amostra.

Estruturas pedagógicas que se encontravam com informações incompletas nos PPCs também foram excluídos, por não oferecerem condições de uma análise precisa das terminologias analisadas neste estudo.

Como critério de inclusão, definiu-se as IES cadastradas no INEP, bem como os planos de disciplinas que se encontravam devidamente preenchidos, oferecendo condições de uma consulta fidedigna.

5.5 Coleta de dados

A sistematização para a aquisição dos dados deu-se da seguinte forma: a fonte inicial para identificar as IES com cursos de Medicina no Piauí, tanto públicas como privadas, foi o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP). Até junho de 2015, período definido para iniciar o levantamento dos cursos existentes e realizar solicitações junto às instituições de ensino para comporem a amostra do estudo, foram encontrados cinco cursos cadastrados.

Em seguida, aos coordenadores dos cursos e colegiados das IES, foi enviado um requerimento solicitando a autorização para execução da pesquisa dentro das

instituições para avaliação de seus projetos pedagógicos, acompanhados de uma via do projeto desta pesquisa.

Após submetido e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí e mediante liberação pelas IES, a coleta de dados foi executada.

Em maio de 2016, com a autorização ética concedida, realizou-se, então, a análise do tipo documental dos projetos pedagógicos, e, para uma devida apreciação, preestabeleceu-se terminologias para investigação da existência de conteúdos que abordassem o tema morte, sendo elas: “morte”, “morrer”, “luto”, “perdas”, “terminalidade”, “tanatologia”, “cuidados paliativos”, “cadáver”, “dor”, “paciente terminal”, “eutanásia” e “suicídio”. Essas terminologias foram selecionadas com base nas palavras-chaves dos artigos científicos utilizados na revisão da literatura deste trabalho. Todas as palavras acima descritas fazem parte dos Descritores em Ciências e Saúde da Biblioteca Virtual de Saúde (DECS-BVS).

Esses descritores permitiram a inferência da abordagem de conhecimentos relativos à preparação acadêmica sobre a morte nos cursos de Medicina em análise. É importante ressaltar que essas nomenclaturas previamente estabelecidas não foram categorias fixas, sendo adicionadas, a partir da análise dos documentos, novas terminologias que indicavam a abordagem do conteúdo pesquisado no projeto pedagógico.

Para melhor categorização dos dados encontrados, utilizou-se um instrumento formulado pela autora (Apêndice A), que permitia a identificação codificada da IES em análise, uma vez que as instituições não tiveram seus nomes identificados em nenhum momento deste estudo, sendo caracterizadas pelos números 1A, 2A, 3A, 4P e 5P, distinguindo apenas o segmento público do privado, onde 1A, 2A e 3A referiam-se às universidades abertas (públicas) e 4P e 5P, referiam-se às privadas.

O instrumento é formado por uma tabela, contendo oito variáveis com campos para preenchimento, sendo elas: **1. Disciplina**, referente à disciplina em que a discussão do conteúdo sobre morte estava sendo realizada; **2. Terminologia**, relativa ao descritor que identificava a abordagem do tema morte; **3. Contexto da terminologia**, a partir da qual foi possível contextualizar o enfoque em que a morte

estava sendo discutida; **4. Estrutura pedagógica**, referente ao componente do projeto pedagógico em que se encontrava o descritor sobre morte; **5. Fase do curso**, campo no qual foi possível fazer uma avaliação sobre o momento de formação em que estava sendo abordado o tema morte; **6. Paradigma da disciplina**, campo em que foi identificado se a abordagem do tema possuía tendência biomédica ou humanística da morte; **7. Caráter obrigatório/optativo**, no qual se verificou o caráter obrigatório ou optativo da oferta de disciplinas sobre morte durante a formação médica; e, **8. Carga horária**, a partir da qual foi possível a verificação da quantidade de horas/aula em que temática da morte foi abordada durante a disciplina.

Essas categorias serão melhor compreendidas na apresentação dos resultados e da discussão *a posteriori*. Contudo, vale ressaltar que o uso do instrumento foi imprescindível para a obtenção de uma análise documental mais aprimorada e concisa.

Ao final desta etapa, foram estabelecidas articulações entre as informações obtidas e o aporte teórico selecionado para revisão da literatura, com o intuito de produzir discussão crítico-reflexiva sobre o ensino da morte nos cursos de Medicina.

5.6 Tratamento e análise dos dados

Os dados obtidos a partir da análise documental foram armazenados em uma planilha eletrônica criada no programa Microsoft Excel 2013 (Windows 8). A planilha possibilitou a disposição dos resultados dentro de categorias, permitindo melhor agrupamento dos dados, simplificando sua consulta e, por conseguinte, facilitando a discussão qualitativa dos resultados.

5.7 Aspectos éticos da pesquisa

Atendendo aos aspectos éticos que regem as pesquisas, conforme resolução 466/12, o projeto foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, sob protocolo nº 50747815.5.0000.5214.

Aos coordenadores dos cursos e colegiados das IES, foi previamente enviado um requerimento solicitando a autorização para execução da pesquisa dentro das

instituições para avaliação de seus projetos pedagógicos, acompanhados de uma via do projeto desta pesquisa.

Os documentos foram entregues *in loco* pela pesquisadora, com o intuito de favorecer um espaço para o esclarecimento de possíveis dúvidas. Salienta-se também que todas as instituições foram asseguradas do compromisso ético de comunicar os resultados do estudo após a conclusão.



Ilustração 7 – "Morte no `patient` s quarto", por Edvard Munch,1894.
(Disponível em: medicineisart.com. Acesso em Jul. 2016)

CAPÍTULO 6

Resultados

Os resultados a seguir tratam da abordagem do tema **morte** nos projetos pedagógicos analisados dos cinco cursos de Medicina das IES do Estado do Piauí, seguindo as seguintes variáveis: nome da disciplina, terminologia, contexto da terminologia, estrutura pedagógica do projeto, período do curso e paradigma da disciplina.

QUADRO 1 – A abordagem de temas sobre morte no PPC do Curso 1A

Disciplina	Terminologia	Contexto da terminologia	Estrutura pedagógica	Período	Paradigma
Bases Humanísticas da Medicina	Terminalidade; Cuidados paliativos	Humanização na terminalidade	Ementa	2º	Humanístico
Psicologia Médica	Morte	Sugestão Literária	Referências bibliográficas	2º	Humanístico
Ciências Sociais Aplicadas à Saúde	Morte	Abordagem antropológica da morte	Ementa	3º	Humanístico
Patologia	Morte	Morte celular	Ementa	3º	Biomédico
Filosofia Médica	Morte	A morte como fenômeno sociocultural	Ementa	3º	Humanístico
Bioética	Eutanásia	Conflitos morais no campo da saúde	Ementa	5º	Humanístico
Pesquisa em Cirurgia Experimental II	Cadáver	Dissecação cirúrgica do cadáver	Ementa	5º	Biomédico
Geriatrics e Gerontologia	Morte ; Suicídio	Sugestão – Livro sobre aspectos subjetivos da morte	Ementa Referências bibliográficas	7º	Humanístico
Deontologia/ Medicina Legal	Morte ; Suicídio	Emprego de meios extraordinários para manutenção da vida	Ementa	7º	Humanístico

Fonte: Dados da pesquisa.

O Quadro 1 indica que a terminologia **morte** aparece dentro de uma perspectiva humanística nas ementas das disciplinas Psicologia Médica, Ciências Sociais Aplicadas à Saúde, Filosofia Médica, Geriatria, Deontologia e Medicina Legal, conforme o contexto da terminologia descrito.

Dentro da mesma ótica humanística, o tema **morte** foi abordado por meio da expressão “terminalidade e cuidados paliativos” na ementa da Disciplina Bases Humanísticas da Medicina, bem como, por meio da palavra “Eutanásia”, na ementa da disciplina de Bioética.

A disciplina de Geriatria e a de Deontologia/Medicina Legal abordaram temas relativos à morte por meio das palavras “Suicídio assistido” e “Suicídio” em suas referências bibliográficas e ementas, respectivamente.

Nas demais disciplinas, as terminologias surgiram dentro da perspectiva biomédica, conforme o contexto da terminologia descrito.

QUADRO 2 – A abordagem de temas sobre morte no PPC do Curso 2A

Disciplina	Terminologia	Contexto da terminologia	Estrutura pedagógica	Período do curso	Paradigma
Anatomia Médica III	Cadáveres	Dissecação de cadáveres	Ementa	2º	Biomédico
Saúde Coletiva II	Morte	Discussão sobre o adoecer e morrer	Ementa	3º	Humanístico
Psicologia Médica	Paciente terminal	Discussão sobre o adoecer e morrer	Ementa	4º	Humanístico
Medicina Legal e Deontologia	Tanatologia	Discussão conceitual	Ementa	7º	Humanístico

Fonte: Dados da pesquisa.

O Quadro 2 – Curso 2A aponta que a terminologia **morte** aparece dentro de uma perspectiva biopsicossocial uma vez dentro do projeto pedagógico no curso, na ementa na disciplina de Saúde Coletiva II.

As disciplinas Psicologia Médica, Medicina Legal/Deontologia, abordaram, de forma humanística, em suas ementas, o tema **morte** por meio das expressões “Paciente terminal” e “Tanatologia”.

Nas demais disciplinas, as terminologias surgiram dentro da perspectiva biomédica, conforme o contexto da terminologia descrito.

QUADRO 3 – A abordagem de temas sobre morte no PPC do Curso 3A

Disciplina	Terminologia	Contexto da terminologia	Estrutura pedagógica	Período do curso	Paradigma
Anatomia	Cadáver	Dissecação de cadáver	Ementa	1ª	Biomédico
Anatomia Médica II	Cadáver	Dissecação de cadáver	Ementa	1º	Biomédico
Psicologia Médica	Morte ; Luto	Aspectos psicossociais de luto e morte	Ementa	4º	Humanístico
Habilidades Médicas VII	Paciente crítico	Monitorização do paciente crítico	Bibliografia complementar	7º	Biomédico
Internato em Clínica Médica	Morte cerebral	Prática em Neurologia: aspectos fisiológicos da morte cerebral	Ementa	8º	Biomédico

Fonte: Dados da pesquisa.

No Quadro 3 – Curso 3A, a terminologia **morte**, reforçada pelo descritor “luto”, aparece dentro de uma perspectiva humanística uma vez dentro do projeto pedagógico no curso de Medicina desta IES, na ementa na disciplina Psicologia Médica, conforme o contexto descrito da terminologia.

Nas demais disciplinas, as terminologias “cadáver”, “mortalidade”, “paciente crítico” e “morte cerebral”, surgiram dentro da perspectiva biomédica, conforme o contexto da terminologia descrito.

QUADRO 4 – A abordagem de temas sobre morte no PPC do Curso 4P

Disciplina	Terminologia	Contexto da terminologia	Estrutura pedagógica	Período do curso	Paradigma
Saúde Coletiva	Óbito	Mortalidade e produção do atestado de óbito	Ementa	2º	Biomédico
Patologia	Necropsias	Descrição das necropsias de rotina	Ementa	3º	Biomédico
Bioética	Eutanásia	Posicionament o Bioética sobre a eutanásia	Ementa	4º	Humanístico
Psicologia Médica	Morte	O paciente diante da morte e da dor	Ementa	4º	Humanístico

Fonte: Dados da pesquisa.

No Quadro 4 – Curso 4P, a terminologia **morte** aparece dentro de uma perspectiva humanística uma vez dentro do projeto pedagógico no curso de Medicina desta IES, na ementa na disciplina Psicologia Médica.

Na ementa da disciplina de Bioética, o tema **morte** é abordado por meio da palavra “Eutanásia”, no paradigma humanístico.

Nas demais disciplinas, as terminologias “óbito” e “necropsias” surgiram dentro da perspectiva biomédica, conforme o contexto da terminologia descrito.

QUADRO 5 – A abordagem de temas sobre morte no PPC do Curso 5P

Disciplina	Terminologia	Contexto da terminologia	Estrutura pedagógica	Período curso	Paradigma
Bioética	Final da vida	A biotecnologia e o fim da vida	Ementa	1º	Humanístico
Introdução à Medicina e sua Humanização	Cuidados paliativos	Livro: humanização e cuidados paliativos	Bibliografia básica	1º	Humanístico
Geriatria	Finitude	A finitude em geriatria	Ementa	8º	Humanístico
Medicina Legal e Deontologia	Tanatologia	Tanatologia forense	Ementa	8º	Humanístico
Tanatologia	Morte ; suicídio; paciente terminal; luto	Contextualização da morte	Ementa; bibliografia básica e complementar	8º	Humanístico

Fonte: Dados da pesquisa.

No Quadro 5 – Curso 5P, a terminologia **morte** (em negrito) aparece dentro de uma perspectiva humanística uma vez dentro do projeto pedagógico no curso, na ementa da disciplina optativa de Tanatologia, conforme o contexto da terminologia descrito, reforçado também pelas terminologias “suicídio”, “paciente terminal” e “luto”.

O tema **morte** foi também abordado na óptica humanística por meio da terminologia “Final da vida”, na ementa da disciplina de Bioética.

A disciplina Introdução à Medicina e sua Humanização abordou o tema morte dentro do paradigma biopsicossocial nas suas referências bibliográficas por meio da terminologia “cuidados paliativos”.

As disciplinas Geriatria, Medicina Legal e Deontologia abordaram, de forma humanística, em suas ementas, o tema **morte** por meio das expressões “finitude” e “Tanatologia”.

QUADRO 6 – Disciplinas relevantes na discussão do contexto da morte sem referência ao tema no PPC

Disciplinas	Curso 1A	Curso 2A	Curso 3A	Curso 4P	Curso 5P
Oncologia	-	-	-	-	-
Medicina Intensiva	-	-	-	-	-
Obstetrícia	-	-	-	-	-
Psiquiatria	-	-	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa.

O Quadro 6 mostra uma relação de disciplinas presentes nos cinco cursos de Medicina avaliados, nas quais se espera, pelo próprio contexto em que são aplicadas na prática médica, uma abordagem do tema morte em suas programações de ensino. As disciplinas dos cursos que constam em suas lacunas o marcador “—”, não apresentam em suas estruturas pedagógicas terminologias que indiquem a abordagem do tema morte, independente do caráter biomédico ou humanístico.



Ilustração 8 – Crânio, por Pieter Claesz, 1645.
(Disponível em: medicineisart.com. Acesso em Jul. 2016)

CAPÍTULO 7

Discussão dos dados

“Mais vale uma cabeça bem-feita do que uma cabeça cheia”.

(Montaigne)

Diante dos resultados obtidos neste estudo, observou-se consonância com o que a literatura versa em relação à abordagem da educação para a morte na graduação do estudante de Medicina. Os dados apontaram uma formação médica cada vez mais “tanatológica” (*grego: tanatos = morte, litis = destruição*) e de “cabeça cheia”, todavia, vazia no entendimento do percurso natural de finitude da vida.

Lasch, autor da obra *The culture of narcissism*, lançada em 1979, afirma que vivemos numa espécie de teatro narcisista, onírico, de aparências ilusórias e de fracassos proibidos. A Medicina atual parece estar inserida neste mesmo palco, escamoteando a morte em virtude da vaidade que se “acanha” diante da incapacidade de vencê-la. Como a ocorrência da morte solapa os preceitos narcísicos, pouco se fala sobre ela, e esta acaba por ganhar um lugar coadjuvante e “finado” na vida acadêmica do futuro médico.

Tal fato pôde ser observado na análise da formação médica proposta neste estudo, em que a terminologia **morte** aparece dentro de um paradigma humanístico uma única vez, em quatro das cinco instituições estudadas, dado comprovado por meio da leitura minuciosa e sistematizada dos projetos pedagógicos dos cursos analisados. Desta feita, apenas o curso intitulado de **1A** apresentou abordagem direta sobre morte, cuja perspectiva foi ofertada em múltiplas disciplinas: Psicologia Médica; Ciências Sociais Aplicadas à Saúde; Filosofia Médica; Geriatria e Deontologia Aplicada à Medicina Legal.

No tocante às demais terminologias que foram encontradas dentro do paradigma biomédico, essas não foram discutidas por representarem visão tecnicista e objetiva da morte, não se configurando como foco de análise deste estudo. A exemplo disso, temos a terminologia **morte**, vinculada ao estudo da “morte celular”, na disciplina de Patologia do curso **1A**; bem como a expressão “**óbito**”, vinculada ao contexto de normas técnicas do atestado de óbito, na disciplina de Saúde Coletiva do curso **4P**.

Pôde-se também observar que estavam presentes, nos projetos pedagógicos analisados, outras terminologias que indicavam aproximação com a abordagem sobre a

morte, dentro de uma reflexão biopsicossocial, contudo, também de forma modesta. A seguir, serão apresentadas todas estas terminologias encontradas em forma de subitens e dentro de contextualização crítica e reflexiva.

7.1 Terminologia “Cuidados paliativos”

O curso **1A** tratou sobre cuidados paliativos dentro da disciplina Bases Humanísticas da Medicina; e, o curso **5P** abordou na disciplina de Introdução à Medicina e sua Humanização. Nos demais cursos, nada consta sobre o conteúdo.

É interessante que seja salientado o momento em que os cuidados paliativos foram inseridos em ambos os cursos. As disciplinas estão situadas no início da graduação, momento de maior formação da identidade profissional.

Sobre o contato na formação inicial em Medicina com os cuidados paliativos, Hebmuller (2012) traz em sua narrativa uma espinhosa situação vivida pela paliativista Ana Cláudia Arantes, especialista pela Universidade de Oxford, diante da iminência de morte de um paciente paliativo, na sua época de estudante. Vejamos:

[...] estava eu diante de Seu Antônio, paciente alcoólatra, vítima de cirrose e câncer, com a barriga inchada pela doença e a pele tão amarelada fazendo lembrar a cor de um canário. Ele não conseguia contar sua história devido as dores serem grandes demais. Diante da situação, procurei o professor para saber se havia algum remédio que pudesse aliviá-lo. “Ele fez uma cara de irritado e disse-me: ‘Eu já tinha dito que era um paciente terminal. Você sabe o que é um paciente terminal?’ Então respondi: sim, mas ele está com dor. Aí o professor falou que não tinha nada para fazer”. “Não? Como não? Ele está morrendo de dor. Não tem nada para aliviar a dor agora?, perguntei. Aí ele respondeu que não, que se eu desse o remédio para dor, o fígado não aguentaria. Aí eu perguntei de novo: ‘Mas você não está me dizendo que ele não tem mais jeito? Que diferença faz salvar o fígado dele? Não seria mais viável deixá-lo confortável e morrendo em paz?

(HEBMULLER, 2012, p. 1).

Expor o jovem futuro médico à disciplina de Cuidados Paliativos, desde os primeiros anos de formação, é trazer uma importante contribuição ao trato mais natural para com a morte. É ensiná-lo a se manter próximo de quem morre sem se culpar ou se

desestruturar psicologicamente. Se assim forem educados, haverá menor probabilidade de cometerem iatrogenia, bem como de abandonarem de seus pacientes e familiares à própria sorte (FIGUEIREDO; STANO, 2013a).

7.2 Terminologia “Tanatologia”

“No primeiro dia de aula da disciplina de Tanatologia na Medicina, a professora fez uma pergunta direcionada a todos os alunos, em que dizia:

– Como vocês supõem que vão lidar com a morte de seus futuros doentes?

Respondeu, então, um aluno:

– Não vou perder doentes, escolhi a Medicina para salvá-los.”

A passagem supracitada é parte de um estudo realizado por Figueiredo e Stano (2013, p. 300a), por meio de uma sondagem aplicada aos alunos de Medicina no início da disciplina de Tanatologia. A autora Figueiredo, que foi a mediadora da aula, salienta que os alunos de Medicina comumente agem como se a posse do doente lhes fosse outorgada, assim como a decisão sobre sua “imortalidade”.

Parece existir na formação médica uma enorme atenção às técnicas de prolongamento da vida e às esperanças de recuperação, sem equivalência no ensino dirigido ao paciente que irá morrer. Tal fato pôde ser observado no ensino da Medicina no Estado do Piauí, uma vez que a disciplina de Tanatologia foi ofertada por uma única instituição (5P), em caráter optativo, numa disciplina de 30h/aula.

O que se observa é que, mesmo com a Tanatologia com seu atual *status* de ciência sistematizada e pronta para integrar o processo de formação nas graduações, ainda é negada, evitada ou inserida como optativa nas matrizes curriculares.

Segundo Figueiredo e Stano (2013b), a Universidade Federal de São Paulo dispunha de uma disciplina optativa de Tanatologia, que durou apenas de 2007 a 2009, e foi encerrada pela pouca procura de alunos. As autoras chamam a atenção para o fato de que a disciplina tinha 30 vagas, que podiam ser divididas entre os estudantes de Fisioterapia, Enfermagem e Medicina, contudo, os estudantes de Medicina representavam sempre a menor porcentagem todos os anos.

Parece existir uma rejeição velada à morte do paciente, sendo importante apenas as especialidades médicas que trazem mais dinheiro e/ou evidência ao profissional.

O fascínio da tecnologia médica e a crença vigente de que a ciência é a resposta final, única e verdadeira para todas as questões do homem, reforçam o demérito que se confere às ações que não envolvem sofisticação tecnológica. Outro fator diz respeito à idade média dos alunos que se encontram em plena fase psicológica de luta por objetivos heroicos, alimentando o desejo de vencer a morte e a ideia subliminar de que a morte do doente é a derrota do médico.

É comum que os alunos apresentem sinais visíveis de negação do assunto morte durante a aula, alguns dormem por alguns períodos, leem outra matéria “mais importante”, conversam, jogam jogos eletrônicos no celular ou acessam as redes sociais. E, uma minoria, verdadeiramente se aproxima da conversa a respeito dos seus temores e se sensibilizam com a necessidade de uma educação para a morte.

Borges (2012), em seu estudo sobre o despreparo de graduandos para lidar com assuntos tanatológicos, aponta que existe uma falha na formação não só do aluno, mas também do docente, que não raramente refere dificuldades de trabalhar com a morte em sala de aula, alegando um despreparado para ministrar estes conteúdos, devido o assunto ser complexo e exigir muito tempo. Estamos diante de uma dupla fuga da naturalização da morte?

7.3 Terminologia “Suicídio”

A terminologia “**suicídio**” foi abordada de forma simplória em apenas dois cursos, sendo eles o **1A** e **5P**. O curso de Medicina **1A** discutiu o tema **morte** na perspectiva do suicídio, nas disciplinas Geriatria e Deontologia Aplicada à Medicina Legal. Já o curso **5P**, abordou o tema dentro da disciplina optativa de Tanatologia.

Júlio Jacobo Waiselfisz, sociólogo responsável por um dos principais instrumentos de mensuração do suicídio e da violência no Brasil, denominado Mapa da Violência, refere, no seu mais recente levantamento, que as capitais Teresina e Florianópolis apresentaram, em 2012, as maiores taxas totais de suicídio do país, com

8,9 e 9,5, respectivamente, por 100 mil habitantes. E, com relação ao suicídio especificamente de jovens, Teresina e Boa Vista lideraram o ordenamento das capitais, com 11,8 e 10,4 suicídios por 100 mil jovens, respectivamente (WAISELFISZ, 2014).

Diante dos dados supracitados, surgem indagações inquietantes: estamos, de fato, preparando médicos implicados no contexto real de vida? A Medicina do Estado do Piauí tem incluído seus futuros médicos em propostas preventivas ao suicídio, em virtude dos dados alarmantes da sua região? Como ignorar na formação médica piauiense uma incidência que tem colocado a capital Teresina na liderança das maiores taxas de suicídio do país?

Estudos recentes discutem a importância de programas de capacitação médica visando garantir o tratamento adequado aos pacientes com sintomas depressivos e comportamento suicida (WASSERMAN et al., 2012). Gutierrez (2014) sugere que os processos de capacitação sobre a temática do suicídio devem estar presentes também nas graduações, residências e especializações.

Outro ponto a ser considerado é a dificuldade de o profissional médico lidar com o paciente sobrevivente pós-tentativa de suicídio (MELEIRO, 2013). Ora, se esses já expressam dificuldades em lidar emocionalmente com o paciente na iminência de morte natural, o que se dirá daqueles que, explicitamente, não querem viver? A figura do médico tende a ter uma intolerância à pulsão de morte do paciente, e, consciente ou inconscientemente, pode vir a punir ou a postergar o atendimento ao “paciente suicida”.

É comum o desenvolvimento de sentimentos de raiva e de ausência de empatia por esses pacientes; além disso, médico e equipe podem encará-los como uma demanda indigna nos serviços já tão saturados. Meleiro (2013, p. 23) refere, ainda, que o profissional pode questionar: “[...] como pode o paciente não receber uma punição severa e, sim, atenção e recompensa por seu ato de impulso agressivo, embora contra si mesmo?”. Essa reação, se não trabalhada previamente em contextos de ensino, pode ser suficiente para deflagrar uma retaliação ao paciente, fazendo com que este se sinta mais desamparado e propenso a tentativas futuras de suicídio mais violentas e fatais.

7.4 Terminologia “Eutanásia”

A morte, dentro da perspectiva da “Eutanásia”, foi discutida em três das cinco IES analisadas: **1A, 3A e 4P**. Todas abordaram a temática nas suas disciplinas de Bioética.

Parte-se do pressuposto de que no ensino da Bioética seja criado um *setting* capaz de produzir raciocínios clínicos e éticos diante dos principais impasses que envolvem a Medicina, entre eles, o polêmico tema da eutanásia. Contudo, chama a atenção o fato de as instituições **2A e 5P** apresentarem um plano de ensino bastante elementar para Bioética, uma das disciplinas mais relevantes do curso.

A eutanásia é um dos temas bioéticos mais controversos da atualidade, gerando debates intermináveis no mundo acadêmico e dividindo opiniões inclusive entre aqueles que estudam o assunto há muito tempo.

A exemplo de situações que envolvem dilemas como a eutanásia, Gracia (2003, p. 33) afirma que se faz necessário estimular o aluno a aclarar todas as dúvidas técnicas, para depois analisar os conflitos de valores. E sugere que, após tomar uma conduta como escolha, deve-se fazer um exercício de controle da consciência da decisão, sendo eles:

Teste de legalidade – É uma decisão legal?

Teste de mídia – Você estaria preparado para defender publicamente sua decisão?

Teste do tempo – Você tomaria a mesma decisão passada algumas horas ou alguns dias?

Estímulos à elaboração de juízos éticos, como este supracitado, além de exercícios críticos de conduta, técnicas de simulações realísticas de conflitos, *Role Playings* ou discussão compartilhada de casos clínicos, representam importantes ferramentas de amadurecimento psíquico para que o aluno consiga tomar decisões sensatas e pautadas em preceitos éticos já desde a graduação.

A eutanásia, abordada como tema em discussão na sala de aula, deve provocar importantes questionamentos. Favarim (2015, p. 24), pesquisadora do tema, propõe alguns deles:

Devemos nos submeter a todo tipo de sofrimento e dor mesmo que a probabilidade de sucesso de um tratamento seja mínima? Devemos nos prender à vida a qualquer custo? Vale a pena viver sem qualidade de vida? Isso seria vida? Haveria algum sentido em permanecer em uma cama, imóvel, sem possibilidade de utilizar nossos sentidos?

Contudo, por se tratar de um conflito bioético, sempre haverá outras correntes com ideologias contrárias. No caso da eutanásia, o influente artigo *“Medical Science under Dictatorship”* (A ciência médica sob a ditadura), publicado em 1949, traz uma forte argumentação contrária à eutanásia, alegando existir uma associação com ideais nazistas de extermínio seletivo de pessoas cuja vida “não vale a pena ser vivida”. Mais detalhadamente, o artigo afirma que o programa nazista de extermínio de pacientes terminais tinha o intuito de poupar dinheiro, recursos ou garantir espaço ou leitos para a alocação dos germânicos.

A “eutanásia” de Hitler, denominada *AKTION T4*, começou com um período de “educação”, em que foram criados vídeos de propaganda persuasivos. Um dos mais famosos retrata “[...] a história de uma mulher com esclerose múltipla, que quando seu marido percebe que aquela vida não valia mais a pena, tira a vida da esposa ao som de uma música clássica, românica e tranquila.” (DE OLIVEIRA, 2015, p. 32). Nessa época, os médicos eram obrigados a informar às autoridades sobre todos os pacientes com doenças há mais de cinco anos e que eram incapazes de trabalhar nesse período, e os estudantes de Medicina foram treinados para analisar e indicar os bebês e as crianças com comprometimentos clínicos para o programa *T4* (DE OLIVEIRA, 2015).

Outras correntes desprezam essa relação de eutanásia de herança nazista, alegando enorme diferença ao afirmar que os nazistas não agiam motivados por sentimentos altruístas em relação aos doentes.

Já pensadores com preceitos espirituais argumentam que é uma falácia colocar como significação para a eutanásia a expressão “direito de morrer”, argumentando que, na realidade, todos vamos morrer, de maneira que não faz falta ou sentido inventar um “direito” para uma condição inevitável, e que a natureza, sob intermédio divino é que deve se encarregar de como será a morte de cada indivíduo.

Essas diferentes vertentes de problematização trazidas pela autora em torno de um único conflito bioético, no caso, a eutanásia, tiveram o propósito de sinalizar sobre a

importância do aprofundamento teórico na graduação, dentro da Bioética, ciência esta que encara um conflito sob a ótica científica, legal, cultural, espiritual e subjetiva, e que anseia um projeto de ensino bem estruturado.

7.5 Terminologia “Luto”

A terminologia “**luto**” foi encontrada somente nos cursos **3A** e **5P**, nas disciplinas Psicologia Médica e Tanatologia, respectivamente.

É importante salientar que o luto é um dos sentimentos mais presentes na clientela médica. Ele não está somente no choro doído da mãe que perdeu o filho, na lamentação da viúva ou nas fúnebres sentinelas.

O luto está onde existe um fundo de perda e de interrupção. Ou seja, está no membro que foi amputado, na fala que foi perdida na traqueostomia, na perda da autonomia após acidente vascular, na interrupção dos planos de vida após um diagnóstico difícil, está na alopecia da mulher em quimioterapia ou na doença que impossibilita o velho sertanejo ou o grande executivo de trabalhar.

7.6 Terminologia “Finitude”

[...] busca-se o médico com quem nos sentimos à vontade quando descrevemos nossas queixas, sem receio de sermos submetidos por isso a numerosos procedimentos; o médico para quem o paciente nunca é uma estatística [...] e, acima de tudo, um semelhante, um ser humano, cuja preocupação pelo paciente é avivada pela alegria de servir”.

(Bernard Lown)

Observou-se que os aspectos em torno do fim da vida foram trabalhados de forma elementar em somente três IES em análise (**1A**, **2A** e **5P**). É importante salientar que as terminologias “**paciente terminal**”, “**terminalidade**”, “**paciente em finitude**” e “**paciente no final da vida**” são sinonímias, e, portanto, foram analisadas pela mesma ótica.

O conceito escolhido entre esses para discussão foi o de “**finitude**”, aqui simbolizado por um dar-se conta da proximidade da própria morte ou da morte de outrem. Conversar sobre finitude com o paciente é, sobretudo, ouvi-lo sobre o que ainda precisa ser feito diante do tempo que lhe resta, é auxiliá-lo a qualificar o pouco tempo em prol da resolução de pendências, sejam elas burocráticas, financeiras, de testamentos e divisões de bens, de planejamentos terapêuticos ou sobre pendências emocionais, como pedidos de perdão aos entes ou um discurso de gratidão.

Parece utopia imaginar intervenções como essas em meio ao contexto acelerado, impessoal e tecnicista da Medicina atual, porém, são intervenções simples e de tecnologias leves como essas que têm sido preconizadas pelos movimentos em prol da qualidade no morrer, principalmente quando, por questões clínicas determinantes, a morte tem que acontecer dentro do hospital. E, se assim for, o médico e seus colegas de trabalho serão as últimas companhias do paciente, as derradeiras figuras dos recortes dessa vida e testemunharão suas manifestações finais. Que responsabilidade lhes é dada enquanto profissionais! Mas que honra é poder tornar menos doloroso e solitário um desfecho de vida. Uma morte digna deve ser comparada a uma boa alta hospitalar.

O livro *Esconderijos do Tempo*, do poeta Mario Quintana, publicado em 1980, é considerado a obra de maior autoexpressão do autor, pois nele são aprofundadas suas iluminações sobre a memória, a velhice e a morte. Vejamos um trecho:

Quando se vê, já são seis horas
 Quando se vê, já é sexta-feira
 Quando se vê, já é Natal
 Quando se vê, já terminou o ano
 Quando se vê passaram 50 anos
 Agora é tarde demais...
 Se me fosse dado um dia, outra oportunidade, eu nem olhava o relógio.
 (QUINTANA, 1980, p. 14).

O autor traz uma lamentação da vida perdida diante da consciência de sua finitude, num discurso que remete à sensação de “estar morto em vida”, com queixas de um tempo derradeiro improdutivo, sem vivacidade.

Diferentemente do que viveu Quintana, a finitude pode ter um desfecho confortável, resolvido, repousado, sob a forma de um grande “*insight*” e acompanhado

por quem se propõe verdadeiramente a cuidar. E, é na perspectiva de possibilitar cenários mais afáveis no fim da vida dos pacientes que se deve pautar parte dos objetivos da formação médica.

7.7 A morte interdita em outros cenários

Após serem analisados os projetos pedagógicos e discutidos todos os achados relativos ao contexto humanístico da temática **morte** dos cursos de Medicina do Piauí, fez-se necessário um adendo para tratar da ausência de conteúdos sobre a morte e o morrer, em disciplinas nas quais o contexto está intrinsecamente relacionado à morte.

Para melhor entendimento, é importante salientar que a ausência de conteúdos de morte nas disciplinas elencadas – Oncologia, Medicina Intensiva, Obstetrícia e Psiquiatria – foi um fator comum a todos os projetos pedagógicos das IES analisada. As referidas disciplinas serão discutidas de modo crítico e trarão em seu cerne a problematização diante da ausência da educação para a morte em suas estruturas.

7.7.1 Disciplina de Obstetrícia

“E foi assim que eu vi
 Nosso amor na poeira,
 Poeira
 Morto na beleza fria de Maria
 E o meu jardim da vida
 Ressecou, morreu
 Do pé que brotou Maria
 Nem margarida nasceu”
 (Djavan)

Os versos nobres desta canção sugerem a interpretação da dor de um pai que aguardara o nascimento da filha *Margarida*, fruto do seu amor com *Maria*, mas que têm como desfecho a morte de ambas, retratada poeticamente pela estrofe “Do pé que brotou Maria, nem margarida nasceu”.

Na prática da obstetrícia, o médico ou o acadêmico, em seus estágios nas maternidades, depara-se com cenários emocionalmente oscilantes. Ora assistem, na

sala de parto a felicidade da chegada de um bebê, ora encontram-se diante da dor de pais que tiveram a perda do seu pequenino filho.

A morte materna é também um dos mais agressivos fenômenos assistidos pelo médico, uma vez que presenciar a dor de um homem, ao ver a esposa partir, na tentativa de trazer o filho ao mundo, é extremamente desolador, pelo caráter abrupto do rompimento.

Falar de morte dentro da obstetrícia parece um paradoxo, uma vez que vida e nascimento imperam nessa especialidade. Contudo, a realidade traz uma dura estatística de mortes maternas e neonatais, condicionadas pelos determinantes sociais, especialmente, em países em desenvolvimento como o Brasil.

A Medicina do Estado do Piauí não apresentou, em seus planos de ensino, nenhuma formação direcionada para que o acadêmico seja capaz de fornecer minimamente um suporte emocional aos pacientes diante das perdas que a maternidade pode trazer. Percebe-se uma incongruência entre o que se planeja no nível de ensino, com o que será encontrado na prática, principalmente devido ao alto índice de mortalidade materna que o Piauí apresenta, se comparado a outros estados do Nordeste e do Brasil, segundo Carvalho (2014).

As perdas que invadem a Obstetrícia também aparecem na morte da expectativa do bebê ideal, diante da descoberta nos pré-natais de que está sendo gerado um bebê anencéfalo, com mal-formações congênitas ou com a tão receada microcefalia. Essas quebras de expectativas exigem do profissional médico um preparo emocional aprimorado, no sentido de auxiliar a mãe no processo de luto simbólico, evitando, inclusive, quadros subsequentes de transtorno depressivo e de depressão pós-parto.

Devido ao despreparo durante a formação, tem surgido um movimento social em diversos países contra a chamada *Violência Obstétrica*, observada por meio de condutas profissionais que desvalorizam, ofendem ou negligenciam o sofrimento da mulher, tanto no acompanhamento da gestação quanto no parto. Gonzales e Garabini (2016) citam um levantamento realizado pela Fundação Abramo, no qual foi constatado que uma em cada quatro mulheres é vítima de violência obstétrica durante o parto no Brasil.

Expressões emitidas no momento do parto como: “na hora de fazer não doeu e agora quer gritar?”; “tá chorando por que abortou? Já você faz outro...” ou “Tá rejeitando o seu filho só por que ele nasceu com deformação?”, são exemplos de violações do respeito à dor da mulher, bem como às suas perdas.

7.7.2 Disciplina de Oncologia

De acordo com as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), até o final deste ano serão totalizados, no país, 596 mil novos casos de câncer. Somado a este dado assustador, teremos uma média, também até o final do ano, de 190 mil óbitos (INCA, 2016).

O referido dado é, por si só, o maior indicador da necessidade de discussões sobre finitude, luto, dores e morte na formação do médico. Como ensinar Oncologia sem falar de perdas e rompimentos? Como abordar o câncer na sala de aula com foco apenas nos esquemas quimioterápicos, em exames modernos e cirurgias complexas, sem falar do indivíduo que se encontra desolado pela ruptura que a possibilidade de morte lhe pregou?

Outro ponto preocupante relacionado especificamente à formação médica no Piauí, é que este estado se configura como um dos maiores centros de tratamento oncológicos das regiões Norte e Nordeste, fator que implica aos cursos de Medicina a responsabilidade de uma formação sustentada no contexto da sua região.

Ainda de acordo com o INCA (2016), o Piauí registra 17 novos casos da doença por dia, o que totaliza cerca de 6.450 diagnósticos durante todo o ano. Isso significa que temos 17 indivíduos todos os dias vivenciando “mortes”, sejam elas dos planos de vida, da saúde plena, da felicidade, da autonomia ou da morte “morrída”, no seu real sentido.

A quem será incumbida esta demanda de cuidado? Aprenderemos verdadeiramente a tratar gente ou esperaremos a morfina sanar todas as dores?

7.7.3 Disciplina de Medicina Intensiva

Existe uma ideologia incorreta, segundo a qual, durante a formação acadêmica, os discentes devem ser “protegidos” do desenvolvimento emocional que a Medicina provoca, enfatizando-se, assim, somente o que é técnico. Essa ideologia equivocada está de acordo com o ensino médico no Estado do Piauí, uma vez que, em todos os cursos analisados, nada foi abordado nos planos de ensino em terapia intensiva sobre técnicas e condutas capazes de fomentar uma relação mais humanizada para com o paciente e para com a família em contextos de finitude.

Comumente, os profissionais da unidade de terapia intensiva, na tentativa de não se defrontarem com a realidade inexorável da morte, utilizam-se, por vezes, de termos técnicos incompreensíveis, principalmente ao comunicar notícias sobre condições clínicas de terminalidade ou morte. Para Quintana e Cecim (2012), nesse cenário, o médico engendra uma nefasta “incomunicação”, ou seja, restringe-se do paciente algo que é seu de direito e gera uma relação frágil e insegura com os familiares.

A inevitável presença de sofrimento, de dor e de morte torna a Medicina uma das ciências que mais expõe o homem a seus conflitos essenciais, a seus mais categóricos limites. Na Medicina intensiva, as pessoas se encontram marcadamente expostas a pressões e desgastes. Ao agir diante das condições que a dor suscita, o médico, constantemente, é confinado às questões relacionadas ao sofrimento, as quais rompem com seu equilíbrio, desestabilizando-o emocionalmente (MARTA et al., 2009).

A sobrecarga emocional, quando não é bem canalizada e quando não encontra um espaço subjetivo para elaboração de um sentido, pode ocasionar no médico a denominada Síndrome de *Burnout* ou síndrome estresse profissional, que se caracteriza por exaustão emocional e física, despersonalização, depressão, fadiga e diminuição da capacidade de realização pessoal, sendo comum em pessoas que cuidam de maneira muito intensa de outros (ANDRADE; DANTAS, 2015).

Ao utilizar a expressão “espaço subjetivo para elaboração de um sentido” na psiquê do médico, Marta et al. (2009) referem-se ao mecanismo de encontrar um equilíbrio entre o envolver-se com o sentimento do outro, ao ponto de que isso seja percebido pelo paciente como desvelo, e, simultaneamente, não se envolver ao ponto

de que seja tomado para si a cobrança em reverter a qualquer custo o drama em que se encontra o paciente.

Há um envolvimento profissional, que Cassorla (1996, p. 84), em sua obra *Psicanálise e Morte* denominou de “distância ótima”: “[...] envolver-se o necessário com o doente, garantindo-lhe assistência humana e, concomitantemente, proteger-se da contaminação da situação para manter-se hígido e com capacidade de atuação”.

Tal condição deveria ser exercitada, treinada ou teatralizada no ambiente acadêmico, na tentativa de prevenir males para o médico e para o paciente (MARTA et al., 2009).

7.7.4 Disciplina de Psiquiatria

A Psiquiatria é certamente a área da Medicina que mais se ocupa do sofrimento humano. Ela recebe o psicótico, cindido pela realidade crítica que não pôde suportar; o neurótico, com suas feridas abertas; o perverso, muitas vezes levado pela família, que se queixa pela insensatez de seu modo de ser; e recebe também o sujeito sem condição patológica alguma, mas dilacerado por dores, inerentes à condição humana, entre elas o da perda do ente querido ou da consciência da própria morte.

Perda, luto e morte, sem dúvida, são temas que “embalam” muitas consultas psiquiátricas, contudo, parece que este campo do saber também caiu no reducionismo biomédico, prova disso é o fato de as IES pesquisadas nada referirem sobre morte em seu planejamento acadêmico na disciplina de Psiquiatria.

Como fazer Psiquiatria sem um contato denso com a dor? Afinal de contas, por que um paciente busca o Psiquiatra? Seria apenas para “anestesiá-lo” com medicamentos? Ou para encontrar um amparo técnico frente ao sofrimento posto? É possível isolar o discurso de dor e avaliar apenas a manifestação atípica, tendo assim uma legítima conduta psiquiátrica? Evidente que não. Entrar em contato com a dor do paciente é uma premente necessidade técnica.

Quantas medicalizações podem ser evitadas com uma avaliação clínica bem apurada? Veras (2015) discute, em seu estudo intitulado “*A medicalização do luto e a mercantilização da morte*”, o aumento dos diagnósticos de casos de transtorno

depressivo maior, que parecem não derivar de incremento da incidência da doença, mas da patologização massiva da tristeza. A autora pontua ainda que todas as pessoas estão sujeitas a experienciar quadros intensos de tristeza diante de situações de perdas temporárias ou eternas, como: separação, traição, diagnóstico de uma doença grave, desemprego e perda por morte. E questiona: “[...] estariam todas essas pessoas doentes e necessitando de diagnóstico e medicação?” (VERAS, 2015, p. 2).

O psiquiatra e psicanalista J. D. Nasio (1997), em sua obra intitulada “*O livro da dor e do amor*”, ao falar das dores do luto, coloca-as como o *derradeiro sentimento*, no sentido de que esta se configura como dor fronteira, ou “vizinha da loucura”, pela magnitude que alcança. É preciso, pois, uma proximidade da Psiquiatria com o sofrimento puro em contexto de luto e de morte, e não somente “travestido de comportamento atípico”, uma vez que o olhar “normatiza-dor” possibilita o que o psiquiatra Benilton Bezerra (2010, p. 121) denomina de “produção biotecnológica de estados de felicidade”, retirando do indivíduo a sua capacidade de exercer e de aprimorar comportamentos resilientes.



Ilustração 9 – A autópsia, por Enrique Simonet, 1890.
(Disponível em: medicineisart.com. Acesso em Jul. 2016)

CAPÍTULO 8

Considerações finais

O médico se angustia diante da morte, como qualquer outro ser no mundo. O cotidiano de sua prática profissional não o deixa acostumado com a morte, nem o faz manejá-la mais facilmente. Pelo contrário, a literatura revisada neste trabalho mostrou que o médico está mais sujeito a encobrir-se na impessoalidade e na inautenticidade do cotidiano, uma vez que a angústia que a morte lhe desperta não é constitutiva somente da sua condição humana, mas também faz parte das contingências de sua ocupação profissional. Pode-se dizer que ele fica "mais exposto" a essa angústia e, por isso, com mais intensidade, procura afastar-se dela ocupando-se com as rotinas do cotidiano, desatendendo ao que a angústia convoca. Esse encobrimento também acontece na própria formação médica, que não se dedica a meditar sobre a finitude.

Nesse sentido, os achados da pesquisa alertam para a importância da criação de projetos no ensino da Medicina que contemplem a temática morte como foco de discussões e de reflexões, para que seja possível o compartilhamento da angústia, dos medos e dos sentimentos de dor, como forma de humanizar o ofício médico, o que teria repercussões positivas também no trato com pacientes e familiares. Isso não arredará a angústia inerente diante da morte, mas, sem dúvida, proporcionará um ambiente psicológico acolhedor para que o médico possa melhor cuidar de quem está no fim da vida, assim como poderá promover melhor autorregulação de suas emoções.

É necessário que se introduza a educação para a morte dentro das escolas de Medicina e que mais instituições de ensino médico ousem construir experiências por meio da prática ainda incipiente. É urgente que se publiquem artigos em periódicos, chamando a atenção da comunidade científica para esta necessidade na formação dos médicos, até que se consolide um conhecimento crítico suficiente para que os currículos das escolas de Medicina possam ser modificados.

Na realidade piauiense, ressalta-se ainda a necessidade de introduzir nos currículos de graduação em Medicina o ensino teórico-prático sobre o estudo da morte, suas causas e seus fenômenos, a compreensão dos mecanismos psicológicos existentes na superação de seus efeitos sobre a mente humana e criar um espaço legítimo, seja em rodas de conversas médicas ou por meio da inclusão da disciplina de tanatologia, para que se possa desenvolver paulatinamente a capacitação para enfrentar os dilemas da morte e do morrer.

Muitas são as conclusões que cabem a esse trabalho por parte dessa autora, contudo, escolheu-se se utilizar para finalizar as considerações, das leves e doces palavras do escritor Rubem Alves, em sua crônica intitulada *Sobre a morte e o morrer*, que convoca o leitor a uma “inquietude boa”, daquelas que nos fazem pensar grande.

Já tive medo da morte. Hoje não tenho mais. O que sinto é uma enorme tristeza. Concordo com Mário Quintana: "Morrer, que me importa? (...) O diabo é deixar de viver." A vida é tão boa! Não quero ir embora...

Eram 6h. Minha filha me acordou. Ela tinha três anos. Fez-me então a pergunta que eu nunca imaginara: "Papai, quando você morrer, você vai sentir saudades?". Emudeci. Não sabia o que dizer. Ela entendeu e veio em meu socorro: "Não chore, que eu vou te abraçar..." Ela, menina de três anos, sabia que a morte é onde mora a saudade.

Cecília Meireles sentia algo parecido: "E eu fico a imaginar se depois de muito navegar a algum lugar enfim se chega... O que será, talvez, até mais triste. Nem barcas, nem gaivotas. Apenas sobre humanas companhias... Com que tristeza o horizonte avisto, aproximado e sem recurso. Que pena a vida ser só isto..."

Dona Clara era uma velhinha de 95 anos, lá em Minas. Vivia uma religiosidade mansa, sem culpas ou medos. Na cama, cega, a filha lhe lia a Bíblia. De repente, ela fez um gesto, interrompendo a leitura. O que ela tinha a dizer era infinitamente mais importante. "Minha filha, sei que minha hora está chegando... Mas, que pena! A vida é tão boa..."

Mas tenho muito medo do morrer. O morrer pode vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados no meu corpo, contra a minha vontade, sem que eu nada possa fazer, porque já não sou mais dono de mim mesmo; solidão, ninguém tem coragem ou palavras para, de mãos dadas comigo, falar sobre a minha morte, medo de que a passagem seja demorada. Bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza.

Mas a medicina não entende. Um amigo contou-me dos últimos dias do seu pai, já bem velho. As dores eram terríveis. Era-lhe insuportável a visão do sofrimento do pai. Dirigiu-se, então, ao médico: "O senhor não poderia aumentar a dose dos analgésicos, para que meu pai não sofra?". O médico olhou-o com olhar severo e disse: "O senhor está sugerindo que eu pratique a eutanásia?".

Há dores que fazem sentido, como as dores do parto: uma vida nova está nascendo. Mas há dores que não fazem sentido nenhum. Seu velho pai morreu sofrendo uma dor inútil. Qual foi o ganho humano? Que eu saiba, apenas a consciência apaziguada do médico, que dormiu em paz por haver feito aquilo que o costume mandava; costume a que freqüentemente se dá o nome de ética.

Um outro velhinho querido, 92 anos, cego, surdo, todos os esfíncteres sem controle, numa cama -de repente um acontecimento feliz! O coração parou. Ah, com certeza fora o seu anjo da guarda, que assim punha um fim à sua miséria! Mas o médico, movido pelos

automatismos costumeiros, apressou-se a cumprir seu dever: debruçou-se sobre o velhinho e o fez respirar de novo. Sofreu inutilmente por mais dois dias antes de tocar de novo o acorde final.

Dir-me-ão que é dever dos médicos fazer todo o possível para que a vida continue. Eu também, da minha forma, luto pela vida. A literatura tem o poder de ressuscitar os mortos. Aprendi com Albert Schweitzer que a "reverência pela vida" é o supremo princípio ético do amor. Mas o que é vida? Mais precisamente, o que é a vida de um ser humano? O que e quem a define? O coração que continua a bater num corpo aparentemente morto? Ou serão os ziguezagues nos vídeos dos monitores, que indicam a presença de ondas cerebrais?

Confesso que, na minha experiência de ser humano, nunca me encontrei com a vida sob a forma de batidas de coração ou ondas cerebrais. A vida humana não se define biologicamente. Permanecemos humanos enquanto existe em nós a esperança da beleza e da alegria. Morta a possibilidade de sentir alegria ou gozar a beleza, o corpo se transforma numa casca de cigarra vazia.

Muitos dos chamados "recursos heróicos" para manter vivo um paciente são, do meu ponto de vista, uma violência ao princípio da "reverência pela vida". Porque, se os médicos dessem ouvidos ao pedido que a vida está fazendo, eles a ouviriam dizer: "Liberta-me".

Comovi-me com o drama do jovem francês Vincent Humbert, de 22 anos, há três anos cego, surdo, mudo, tetraplégico, vítima de um acidente automobilístico. Comunicava-se por meio do único dedo que podia movimentar. E foi assim que escreveu um livro em que dizia: "Morri em 24 de setembro de 2000. Desde aquele dia, eu não vivo. Fazem-me viver. Para quem, para que, eu não sei...". Implorava que lhe dessem o direito de morrer. Como as autoridades, movidas pelo costume e pelas leis, se recusassem, sua mãe realizou seu desejo. A morte o libertou do sofrimento.

Dizem as escrituras sagradas: "Para tudo há o seu tempo. Há tempo para nascer e tempo para morrer". A morte e a vida não são contrárias. São irmãos. A "reverência pela vida" exige que sejamos sábios para permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir. Cheguei a sugerir uma nova especialidade médica, simétrica à obstetrícia: a "morienterapia", o cuidado com os que estão morrendo. A missão da morienterapia seria cuidar da vida que se prepara para partir. Cuidar para que ela seja mansa, sem dores e cercada de amigos, longe de UTIs. Já encontrei a padroeira para essa nova especialidade: a "Pietà" de Michelangelo, com o Cristo morto nos seus braços. Nos braços daquela mãe o morrer deixa de causar medo.

(Rubem Alves / Texto publicado no jornal "Folha de São Paulo",
Caderno "Sinapse" do dia 12-10-03)



Ilustração 10 – Lição de anatomia do Dr. Deyman, por Rembrandt, 1656
(Disponível em: medicineisart.com. Acesso em Jul. 2016)

ANDRADE, G. O.; DANTAS, R. A. A. Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho em médicos anesthesiologistas. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 65, n. 6, p. 504-510, mar. 2015.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica**: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2009.

ARIÈS, P. **História da Morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

AZEVEDO, L. F. de M. et al. Cuidando das relações no ensino médico. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 195-203, abr. 2015.

AZEREDO, N. S. G.; ROCHA, C. F.; CARVALHO, P. R. A. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 37-43, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100006>. Acesso em: 12 jul. 2016.

BEZERRA, J. R, B. A psiquiatria e a gestão tecnológica do bem-estar. In: FREIRE FILHO, J. (Ed.). **Ser feliz hoje**. Reflexões sobre o imperativo da felicidade. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. p. 117-134.

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

BORGES, M. dos S. O despreparo dos graduandos em enfermagem refletindo na falta de capacitação dos profissionais de enfermagem sobre o tema morte. **Revista da Escola de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º116, de 6 de Junho de 2014. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2014. Seção 1, p.8.

CARVALHO, M. V. P. et al. Mortalidade materna na capital do Piauí. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 7, n. 3, p. 17- 27, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/265>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

CASSORLA, R. M. S. Psicanálise e morte. In: KOVÁCS, M. J.; BRAOMBERG, M. H. P. F.(Org.). **Vida e morte**: laços da existência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 83-94.

COELHO, M. **Relação médico-paciente e a morte**. 2001. 146f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

DE OLIVEIRA, A. C. A Sombra Nazista sobre o Debate em relação à Eutanásia. **Clareira-Revista de Filosofia da Região Amazônica**, Rondônia, v. 2, n. 1, p.30-38, jan./jul. 2015.

FAVARIM, A. M. Eutanásia: algumas considerações. **Revista da SORBI**, Minas Gerais, v. 2, n. 2, p. 24-34, mar. 2015.

FIGUEIREDO, M. D. G. M. C.; STANO, R. D. C. M. O Estudo da Morte e dos Cuidados Paliativos: Ausências no Currículo de Medicina. **Revista Ciências em Saúde**, Minas Gerais v. 3, n. 3, p.74-86, set. 2013a.

_____; _____. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 298-306, jun. 2013b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GIORDANO, S. Medical humanities: An e-module at the University of Manchester. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, Cambridge, v. 19, n. 04, p. 446-457, abr. 2010.

GONZALES, A. P. S; GARABINI, V.M.B. Violência obstétrica. **Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça**, Mato Grosso do Sul, v. 3, n. 3, p.1-1.2016.

GRACIA, D. **Teorias e pratica de los comités de ética**. Comités de bioética. Madri: Universidad Pontificia Comillas, 2003.

GUTIERREZ, B. A. O. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 262-269, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300262&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jul. 2016.

HEBMULLER, P. A médica que prescreve poesia na lida diária com a morte. **Jornal USP Online**, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www5.usp.br/10424/a-medica-que-prescreve-poesia-na-lida-diaria-com-a-morte/>>. Acesso em: 08 jul. 2016.

INCA, I. N. C. J. A. G. S. Estimativa 2016 - Incidência de Câncer no Brasil. **INCA**, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>

KOVÁCS, M. J. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 115-167, fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642003000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2016.

_____. **Educação para a morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

_____. **Morte e existência humana**: caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 222p.

_____. Educação para a morte. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 484-497, nov. 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 ago. 2015.

LASCH, C. **The Culture of Narcissism**: American Life in an Age of Diminishing Expectations. New York: WW Norton & Company, 1991.

LOWN, B. **A arte perdida de curar**. São Paulo: JSN; 1997.

MARTA, G. N. et al. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 405-416, set. 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2015.

MASO, J. et al. Luto do Profissional de Saúde. In: CASELLATO, G. (Org.). **Dor silenciosa ou dor silenciada?** Campinas: Livro Pleno, 2009. 6-158p.

MELEIRO, A. M. A. da S. Atendimento de pacientes com comportamento suicida na prática. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 70, n. 4, p. 22-27, set. 2013.

MELLO, A. A. M.; SILVA, L. C. da. A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 18, n. 1, p. 52-60, jun. 2012. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2016.

MELLO, D. R. B. et al. Alçando Voo: a experiência de ampliar o diálogo entre psicologia e medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 234-242, jun. 2012.

NASIO, J. D. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

POLETTI, S.; SANTIN, J. R.; BETTINELLI, L. A. Vivência da morte de idosos na percepção de um grupo de médicos: conversas sobre a formação acadêmica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 186-191, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2016.

QUINTANA, A. M.; CECIM, P. S. O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 204-10, jan./mar. 2002.

QUINTANA, M. **Esconderijo do tempo**. Porto Alegre: L&PM, 1980. p.14

RIOS, I. C. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1725-1732, jun. 2010.

ROCCO, R.P. Relação estudante de medicina-paciente. In: MELLO FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 45-46.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A.V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, mai./ago. 2012. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewArticle/5252>>. Acesso em: 03 jul. 2015.

TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. de S. Ensino-Aprendizagem da Metodologia de Pesquisa Qualitativa em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 60-67, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000100060&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2015.

TOLEDO, A. P. de; PRIOLLI, D. G. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 109-117, mar. 2012.

VERAS, L. A medicalização do luto e a mercantilização da morte na sociedade contemporânea. **Fenomenologia e Psicologia**, Maranhão, v. 3, n. 1, p. 29-44, 2015.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil**. Brasília (DF): Secretaria-Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2014. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2014.

WASSERMAN, D. et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. **European Psychiatry**, Elsevier, v. 27, n. 2, p. 129-141, jun.2012.

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

APÊNDICE A



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE**

INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

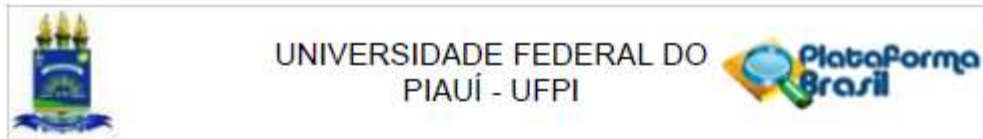
Formulário nº:

Código da Instituição de Ensino Superior:

Disciplina	Terminologia	Contexto da terminologia	Estrutura pedagógica	Período do curso	Paradigma

ANEXO A

Autorização CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A MORTE E O MORRER NO ENSINO DA VIDA

Pesquisador: JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50747815.5.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

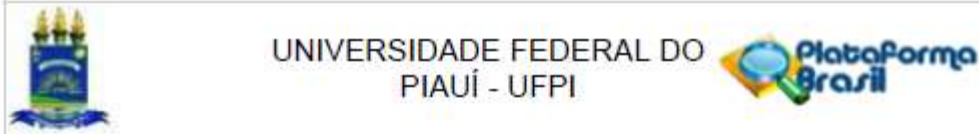
Número do Parecer: 1.544.087

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa intitulado A MORTE E O MORRER NO ENSINO DA VIDA, que tem como pesquisador responsável o prof. JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA, como pesquisador assistente e integrantes da equipe de pesquisa ZAIRA MESQUITA.

Para o desenvolvimento da pesquisa, o pesquisador informa que "Trata-se de um estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa da abordagem do tema morte e morrer nas matrizes curriculares, uma vez que a abordagem documentada do tema indica mais seguramente o tratamento do assunto.

Assim, informa o pesquisador "estudo será desenvolvido nas cinco instituições de ensino superior do Estado do Piauí que ofertam o curso de medicina, sendo: - 03 Universidades públicas - 02 Instituições privadas. As universidades serão identificadas pelos números 1A, 2A, 3A, 4P e 5P, distinguindo o segmento público do privado, onde 1A, 2A, 3A referem-se às universidades abertas (públicas) e 4P e 5P,



Continuação do Parecer: 1.544.087

referem-se às privadas.2.3 AmostraSerá verificado a matriz curricular dos cursos de medicina das cinco instituições de ensino superior do Piauí que ofertam o curso de medicina. As disciplinas que estiverem sem ementa e/ou sem o conteúdo programático serão excluídas por não oferecerem condições de uma análise precisa das terminologias analisadas neste estudo."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Analisar a existência de disciplinas que abordem temas relativos a morte e o morrer na matriz curricular dos cursos de medicina das instituições de ensino superior públicas e privadas do estado do Piauí.

Objetivo Secundário:

- Traçar o perfil do aluno de medicina no estado do Piauí no que tange ao preparo teórico-prático para lidar com a morte e o morrer;- Verificar a oferta de horas/aula de disciplinas que abordem a morte e morrer em comparação às demais disciplinas.- Analisar a compatibilidade e a fidedignidade entre o título da disciplina com a proposta pedagógica da ementa e do conteúdo programático."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Desconforto em ter sua instituição avaliada, mesmo que os dados de identificação das universidade sejam preservados.

Benefícios:

. O estudo trará ao curso de medicina uma análise precisa da sua matriz curricular, podendo ser usada, a partir dos resultados, para o aperfeiçoamento da matriz curricular ou como um indicativo para a manutenção dos conteúdos propostos



Continuação do Parecer: 1.544.067

por este curso."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Realizada a análise documental a partir da qual foi procedida a uma apreciação ética da pesquisa, restou evidenciada a sua pertinência e valor científico.

O pesquisador responsável é profissional experiente, como evidenciado pelo currículo anexado, sendo tal circunstância mais um instrumento de segurança conferida ao participante que estará devidamente amparado durante todo o desenvolvimento da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

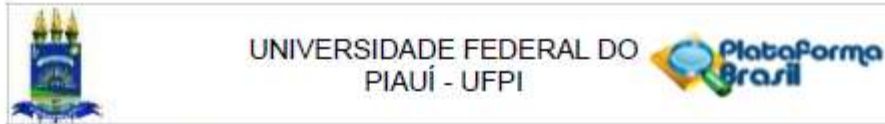
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto a ser desenvolvido.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_603226.pdf	20/04/2016 11:25:17		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacaoparapesquisa5.jpg	20/04/2016 11:24:22	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacaoparapesquisa3.jpg	20/04/2016 11:24:12	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacaoparapesquisa2.jpg	20/04/2016 11:24:03	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoparapesquisa1.jpg	20/04/2016 11:23:52	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito



Continuação do Parecer: 1.544.067

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa_atualizado.doc	20/04/2016 11:10:49	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	20/04/2016 11:10:33	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_para_pesquisa4.pdf	20/04/2016 11:09:54	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Outros	INSTRUMENTODECOLETA.docx	05/11/2015 22:29:29	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Outros	LATTESIVO.pdf	04/11/2015 22:54:28	JOSE IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Outros	plata2.pdf	04/11/2015 22:42:05	JOSE IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Outros	plata1.pdf	04/11/2015 22:40:04	JOSE IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	plata4.pdf	04/11/2015 22:38:17	JOSE IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Folha de Rosto	plata3.pdf	04/11/2015 22:37:12	JOSE IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 13 de Maio de 2016

Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)