

Análise qualitativa do impacto da morte sobre os estudantes de medicina da faculdade de medicina de São José do Rio Preto

Qualitative analysis of the impact of death on medical students of the São José do Rio Preto medical school

Lucas Infantozzi Albertoni, Randolpho dos Santos Jr., Patricia Maluf Cury, Patricia da Silva Fucuta Pereira, Maria Cristina O.S. Miyazaki

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Laboratório de Psicologia e Saúde da FAMERP

Resumo **Introdução:** No Brasil, a tanatologia é pouca abordada nas escolas médicas, acarretando defasagem na habilidade de comunicação de más notícias aos pacientes e familiares. Assim, esses alunos adquirem tal habilidade de modo empírico e incompleto. **Objetivo:** analisar, a partir do relato de estudantes de medicina, a forma como estes se comportam em relação à morte. **Método:** alunos do curso de medicina responderam a uma entrevista semiestruturada com questões sobre o impacto da morte que foram analisadas de forma qualitativa. **Resultados e conclusão:** pode-se identificar a dificuldade nos alunos da graduação médica para lidar com o tema da morte. Há também evidências de que o tema não é adequadamente abordado na graduação, cabendo aos alunos a busca de conhecimentos no assunto ou a simples negação.

Palavras-chave Tanatologia; estudantes de medicina; Comunicação em saúde

Abstract **Introduction:** In Brazil, thanatology is not fully addressed in medical schools, causing a delay in the ability of communicating bad news to patients and their family members. Thus, students acquire such a skill empirically and in an incomplete way. **Objective:** The **Objective** of the present study is to analyze medical students' behavior toward death according to their own report. **Methods:** Medical students answered a semi-structured interview with questions related to the impact of death into their lives. Answers were analyzed qualitatively. **Results and conclusion:** Difficulties were identified among medical students on how they deal with death. Furthermore, there is evidence the issue is not adequately covered during medical school, leaving to the students the burden to seek knowledge associated with the theme or its simple denial.

Keywords Thanatology; Students, medical; Health communication

Introdução:

A partir da Revolução Industrial, as estratégias utilizadas pelas pessoas para lidar com as angústias sociais modificou-se de forma drástica. Após o incremento da divisão do trabalho e do progressismo científico, as angústias, antes amenizadas pela crença religiosa e pela dedicação ao trabalho manual, começaram a se tornar problemas existenciais.¹

A Revolução Industrial inegavelmente acarretou maior impessoalidade às relações humanas, principalmente pela diminuição do contato do trabalhador com o produto final de seu trabalho.² O trabalhador, antes da Revolução Industrial, era dono do produto em todas as fases do processo, da criação à comercialização, o que incluía o contato com o consumidor. Com a passagem dos meios de produção para as mãos dos empresários burgueses, o contato trabalhador-consumidor foi

rompido. A quebra da pessoalidade do comércio e as longas jornadas de trabalho tornaram o trabalhador extremamente fechado em seu ciclo familiar restrito.²

A herança dessa impessoalidade é ainda sentida, hoje de forma mais extremada. Com a Revolução Tecnológica e a globalização, houve uma aceleração no ritmo de vida e uma burocratização do contato pessoal.³⁻⁴ Nas áreas comerciais e industriais já se tornou extremamente aceita essa impessoalidade, como nas fábricas mecanizadas e serviços de *telemarketing*. Entretanto, o preocupante é que a diminuição do contato pessoal passou a ser adotada também nas relações dentro do campo da saúde. Os pacientes começaram a ser tratados como clientes e os planos de saúde, bem como os administradores de hospitais, como os proprietários dos meios de produção.⁴⁻⁵

O problema da comercialização da saúde gerou uma impessoalidade, semelhante à gerada pela indústria, na relação entre profissionais e seus pacientes. Isso traz prejuízos enormes para a saúde, pois profissões ligadas a ela dependem do íntimo contato pessoal e da confiança entre as duas partes envolvidas. Esse tipo de relação impessoal no sistema de saúde gera angústia nos dois lados do processo de atendimento. Leva o paciente a desacreditar no sistema e o profissional a se frustrar com seu trabalho. Como consequências desse processo, há falta de confiança e de adesão dos pacientes aos tratamentos e a procura cada vez maior, por parte dos profissionais de saúde, de benefícios exclusivamente comerciais na profissão.⁴⁻⁵

Para que o crescimento dessa impessoalidade seja interrompido, é preciso começar pela base, que é a formação profissional. É na graduação que as relações interpessoais devem ser valorizadas para que haja melhora no sistema de saúde, tanto em termos de qualidade dos serviços e satisfação dos profissionais como na participação dos pacientes aos tratamentos.⁵⁻⁷

A importância da interação médico-paciente é continuamente enfatizada no processo de formação de alunos da graduação em medicina.⁷ As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina,⁸ que “definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos” estabelecem “os conhecimentos requeridos para o exercício [de diversas] competências e habilidades específicas”. Entre essas competências e habilidades, está incluído o acompanhamento do processo de morte.

No Brasil, a tanatologia é pouco abordada nas escolas médicas, de tal modo que há uma defasagem na habilidade de comunicação de más notícias aos pacientes e familiares.^{7,9} Assim, os futuros profissionais adquirem tal habilidade de modo empírico e incompleto. Diversos fatores podem ser associados à abordagem insuficiente da tanatologia durante a graduação em medicina.

A sociedade, como um todo, não está familiarizada com o que fazer em relação à morte. Segundo Elias:¹⁰ “A convenção social fornece às pessoas umas poucas expressões estereotipadas ou formas padronizadas de comportamento que podem tornar mais fácil enfrentar as demandas emocionais de tal situação”. Tais convenções não são bem aceitas quando utilizadas por um médico, que na maioria das vezes lida muito mais com a morte do que os pacientes ou parentes destes. Frequentemente, espera-se do médico uma atitude de pacificação, agradabilidade e facilidade na hora da transição para a morte.¹⁰

Um bom exemplo da falta de preparo dos graduandos em relação à morte pode ser observado nos primeiros plantões. Segundo Pazin-Filho:¹¹ “o estudante de medicina se aproxima dos pacientes em estado grave, procurando assistir ao momento em que o paciente morre; ao momento em que aquele paciente cruzará a linha divisória.” Assim, é necessário desenvolver no aluno conhecimentos prévios e habilidades em relação à morte, como lidar com ela e com as pessoas envolvidas.⁷

É importante salientar que o papel do médico é evitar a morte precoce de seu paciente e encaminhá-lo para uma morte pacífica.¹² A morte muitas vezes não pode ser evitada, uma vez que, na maioria dos casos, é a evolução natural da própria doença

e não falha médica.^{9,13} A visão da morte como erro gera no médico, principalmente no recém formado, uma angústia que irá causar prejuízos na sua qualidade de vida.¹¹

De acordo com o pensamento de Heidegger, a angústia resulta da precariedade da existência humana. A existência do homem é algo temporário, que paira entre o seu nascimento e a morte, que não pode ser evitada. Sua vida está entre o passado (suas experiências) e o futuro, sobre o qual não tem controle e no qual seu projeto será sempre incompleto diante da morte inevitável.¹⁴ Para impedir que essa angústia – tanto pessoal quanto alheia – interfira em sua vida, é necessário que o aluno de medicina esteja familiarizado com a morte e com todos os seus rituais e mitologizações.¹⁵ Esses conhecimentos deveriam, então, fazer parte das grades curriculares da graduação médica, tanto como complemento na relação médico paciente como no controle da angústia do profissional.^{7,9}

Considerando a relevância de abordar a morte nos cursos de medicina é que foi estabelecido o objetivo deste estudo.

Objetivo

Analisar, a partir do relato de estudantes de medicina, a forma como estes se comportam em relação à morte.

Materiais e Métodos

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, um sorteio simples foi realizado para obter dez alunos de cada série do Curso de Medicina da FAMERP (n= 60). Os sorteados receberam esclarecimentos relacionados com a pesquisa e foram convidados a participar. Foram critérios de inclusão: 1- estar matriculado regularmente no curso de Medicina da FAMERP; 2- ser sorteado sem conhecimento prévio; 3- aceitar participar da pesquisa.

Os alunos que concordaram em participar assinaram termo de consentimento e responderam às questões na forma de entrevista estruturada. As questões foram extraídas de instrumento da literatura¹⁶ e as respostas avaliadas com o método de análise de conteúdo. A análise de conteúdo utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos para analisar o conteúdo de mensagens. Esses procedimentos incluem a organização dos dados, sua codificação e categorização, permitindo deduções lógicas com relação às mensagens.¹⁷⁻¹⁸

Os dados obtidos foram analisados e estruturados em um sistema de significação e, no seu conjunto, revelaram as representações do impacto da morte sobre os estudantes de medicina que participaram do estudo. A análise partiu da sistematização das respostas em quatro categorias: relações pessoais e acadêmicas frente à morte, estratégias de enfrentamento em relação à morte, preparo acadêmico frente à morte e observações livres.

Resultados e discussão

As respostas dos estudantes às questões formuladas serão apresentadas literalmente e em itálico. A maioria teve contato com a morte a partir da morte de familiares ou amigos próximos. “*Morte de pessoas próximas e queridas como meu padrinho e meu avô paterno*”.

“Morte dos meus avós, inesperadas, portanto, me abalaram muito”.

“A morte do meu avô me ajuda a entender o que os familiares sentem nesse momento e qual as suas expectativas”.

“A morte de familiares ou conhecidos nos traz reflexões de como a pessoa que fica normalmente sofre com a perda de um ente querido e está vulnerável”.

Pode-se perceber que o envolvimento com a morte traz consequências na forma de viver e no futuro profissional dos participantes. A morte é hoje pensada como algo doloroso, que traz a tona lembranças de perdas antigas.¹⁹ Portanto, nada mais natural do que a solidariedade para com o outro partir da própria experiência.

Os alunos foram também questionados sobre o que sentiram em relação ao cuidado do paciente em fase terminal.

“Difícil lidar com pacientes assim. Muitas vezes sabemos que o paciente entende o que estamos dizendo, o estado de gravidade que ele está. Ela respondia muito pouco ao tratamento e tende a piorar”.

“Alguns não têm consciência da importância do tratamento, principalmente pela falta de perspectiva de vida”.

“Senti muita vontade de ajudá-la, diminuir sua dor”.

Percebe-se nas verbalizações a dificuldade em lidar com a morte de pacientes, apesar das experiências pessoais com a morte. Ao serem questionados sobre “o que se pode contar aos pacientes”, responderam evasivamente e com o afastamento proporcionado pelos termos médicos. Segundo Bellato²⁰ “no consumo da sua própria morte, o ser humano (...) assume a atitude do interdito, que consiste em fazer como se a morte não existisse, expulsando-a da vida cotidiano, ou aceitando-a como um fato técnico, reduzindo-a ao estado de uma coisa qualquer, tão insignificante como necessária.”

Em relação ao comportamento da equipe e do acadêmico frente à morte do paciente, percebe-se o choque e o afastamento em relação ao ocorrido, como uma negação da existência da morte e da falibilidade da medicina.

“O envolvimento foi muito superficial”.

“Todos ficaram tristes e revisaram os passos ocorridos até o fato”.

“Decepcionada, pois achei que ela fosse sobreviver”.

“Todos ficaram chocados”.

A influência dos eventos (contatos com a morte) sobre o futuro profissional do médico encontra-se nas respostas a seguir.

“Creio que essa experiência me fez compreender melhor o significado da morte e a necessidade de atenção que os pacientes terminais precisam receber”.

“Com certeza darei mais atenção as angustias dos familiares e terei maior sensibilidade com o seu sofrimento, além de proporcionar mais conforto ao paciente terminal”.

“Vou tentar encarar os pacientes como pessoas completas, com família, com uma história e que merecem respeito”.

Os estudantes foram também questionados em relação às estratégias de enfrentamento em relação à morte.

“Não pensei no assunto”.

“Aceitei o fato e continuei o plantão”.

“Tentei pensar que havia chegado a hora dela morrer. Acredito

que existe vida após a morte e fiz uma prece para ela quando cheguei em casa”.

No tocante às conversas sobre o fato, a maioria relatou que discutiu o ocorrido com amigos, alguns poucos com a família. Vê-se aí um despreparo dos acadêmicos e o consequente desconforto em se comunicar a perda do paciente. Tal resultado é descrito por Barton,¹⁹ que recomenda discussões entre pequenos grupos de estudantes na mesma fase do curso, permitindo a melhor aceitação de seus medos e angústias.²¹

Em nenhum momento os acadêmicos manifestaram desejo de discutir o tema com o paciente. Klafke²² sugere que isso é decorrente da falta de preparo, além do comportamento apresentado pelos pacientes em fase terminal.

Em relação ao *preparo acadêmico frente à morte*:

“A faculdade poderia oferecer mais conhecimentos e suporte para nossa maturação psicológica em relação à morte e ao morrer. Poderia ser feito através de aulas de tanatologia, por exemplo”.

“Até agora, durante o curso, não tive contato com pacientes terminais e morte, apesar de ser acadêmica do 5º ano. Acredito que um contato mais precoce com esse tipo de caso nos tornaria mais sensíveis e empáticos com a situação”.

“Sim, ensinar a dar a notícia de morte a um familiar e proporcionar mais experiência com pacientes terminais”.

Pode-se inferir dessas respostas que o acadêmico não se vê preparado para lidar com a morte de pacientes terminais e não pretende fazer parte das estatísticas de Kalish e Reynolds²³ que estimam que 30% a 60% dos médicos aprendem a lidar com a morte na residência médica. Entretanto, não há garantias de que ao fim da residência médica o profissional estará preparado para lidar com a perda de seus pacientes.

De acordo com estudo realizado por Starzewski²⁴ na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e na Universidade Federal de São Paulo, apenas 18,9% dos profissionais entrevistados consideraram a formação acadêmica em tanatologia adequada. Vários autores sugerem que a educação formal sobre a morte e o morrer pode diminuir a dificuldade de tratar do assunto com pacientes terminais^{16,19,21,24} e, em 1989, 92% das escolas médicas americanas começaram a incluir cursos específicos sobre a morte no currículo escolar.²⁵ A experiência clínica expõe o profissional da área de saúde ao contato com a morte e, possivelmente, diminui a dificuldade de se tratar do assunto, embora, em muitos casos, não a resolva completamente.²⁶⁻²⁷

Foram colhidas também *observações livres* sobre o tema.

“Acredito que o tema morte é pouco abordado na faculdade de medicina e quando os estudantes se deparam com pacientes terminais há um certo despreparo e negação do que está acontecendo”.

“Existe claramente uma falta de preparo dos alunos para lidar com notícias difíceis”.

“Visto a carência de abordagens sobre o tema em nossa graduação, sugiro uma atenção especial à divulgação deste trabalho em nosso meio acadêmico”.

Conclusões

A partir da análise das respostas e discussão dos questionários é possível identificar uma dificuldade notória nos alunos da graduação médica de lidar com o tema da morte. Há também fortes evidências de que o tema não é bem abordado na graduação, cabendo aos alunos buscar conhecimentos sobre o assunto ou simplesmente negar o tema.

É de vital importância para os futuros médicos que haja um investimento maior das instituições e dos professores em tanatologia. Como pudermos perceber, essa é a vontade do graduando em relação às dificuldades no trato do paciente moribundo.

Referências Bibliográficas:

- 1.Hobsbawn, EJ. A Era das Revoluções. São Paulo: Paz e Terra; 2010.
- 2.Iglesias, F. A Revolução Industrial. São Paulo: Ed. Brasiliense; 1981.
- 3.Bauman Z. Globalização: As conseqüências humanas. Rio de Janeiro: Zahar; 1999.
- 4.Schneider, A. Pacto pela Saúde: Possibilidade ou Realidade? 2ª Edição – Revisada e Atualizada. CEAP: 2009.
- 5.Nogueira F, Nódgi L. Desafios do médico na manutenção da esperança dos pacientes gravemente enfermos. Rev. bras. saúde matern. infant; 10(supl.2): s279-s287, dez. 2010.
- 6.Ying-Yang L, Lin J. Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centred care to patient-physician relationships and health outcomes. Social Science & Medicine 2010; 71:1811-1818.
- 7.Figueiredo MGMCA, Stano RCMT. O Estudo da Morte e dos Cuidados Paliativos: uma Experiência Didática no Currículo de Medicina. Rev Bras Ed Med 2013, 37:298-307.
- 8.Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES N° 4, de 7 de Novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf> Acesso em 13/09/2013.
- 9.Pinheiro TRSP, Benedetto MAC, Blasco PG. Ambulatório Didático de Cuidados Paliativos: aprendendo com nossos pacientes. Rev Bras Med 2011; 68:19-25.
- 10.Elias, N. A Solidão dos Moribundos. Rio de Janeiro, Ed. Jorge Zahar, 2001.
- 11.Pazin-Filho A. Morte: considerações para a prática médica. Medicina (Ribeirão Preto) 38: 20-25; 2005.
- 12.Pessini L. A medicina e seus objetivos. In: Pessini L, Ed. Distanásia. Até quando prolongar a vida? 1ª Ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola: 2001.
- 13.Alves R. A morte como conselheira. In: Alves R, Ed. O médico. 4ª Ed. Campinas: Papyrus; 2003.
- 14.Werle, MA. A Angústia, o Nada e a Morte em Heidegger. Trans/Form/Ação, São Paulo, 26(1): 97-113, 2003
- 15.Campbell, J. O Poder do Mito. São Paulo. Ed Palas Athena. 1990.
- 16.Ratanawongsa, N. Teherani, A, Hauer K. Third-year Medical Students' Experiences with dying patients during the Internal Medicine Clerkship: A Qualitative Study of the Informal Curriculum. Academic Medicine, Vol 80, N 7. Jul 2005.
- 17.Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa. Edições 70. 1977.
- 18.Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
- 19.Barton, D. The need of including instruction on death and dying in the medical curriculum. *J Med Educ* 1992; 47: 169-75.
- 20.Bellato, R. O jogo existencial e a ritualização da morte. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13: 99-104.
- 21.Vianna, A. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. Rev Ass Med Brasil 1998; 44: 21-7.
- 22.Klafke, TE. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico paciente terminal em cancerologia. In Cassorla RMS (Ed): Da morte: estudos brasileiros. Campinas, Papyrus, 1991; 25-49.
- 23.Kalish, R. Reynolds, D. Death and ethnicity: a psycho-cultural study. Los Angeles: University of Southern California Press, 1976.
- 24.Starzewski, A. O Preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. Rev Assoc Med Bras 2005; 51: 11-6.
- 25.Black D, Hardoff D, Neiki J. Educating medical students about death and dying. Arch Dis Child 1989;64:750-3.
- 26.Stedeford A. Encarando a morte. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.
- 27.Marques IR, Souza AR. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos Rev Bras Enferm, 2010; 63(1):141-144.

Endereço para correspondência:

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Laboratório de Psicologia e Saúde da FAMERP
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416
15090-000 São José do Rio Preto, SP
lalbertoni2@hotmail.com
