



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA**

**EMOÇÕES SUBJETIVAS DO ACADÊMICO DE MEDICINA FRENTE A  
MORTE DO PACIENTE**

**Juliane Macedo**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vannúzia Leal Andrade Peres**

**Goiânia, junho 2017**



**Pontifícia Universidade Católica de Goiás**  
**Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia**  
**Mestrado em Psicopatologia Clínica e Psicologia da Saúde**

**Emoções subjetivas do acadêmico de medicina frente a morte do  
paciente**

Juliane Macedo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da PUC-Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicopatologia Clínica e Psicologia da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vannúzia Leal  
Andrade Peres

Goiânia, 2017

M141e

Macedo, Juliane

Emoções subjetivas do acadêmico de medicina frente a morte do paciente[ manuscrito]/ Juliane Macedo.-- 2017.

134 f.; 30 cm

Texto em português com resumo em inglês  
Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Goiânia, 2017  
Inclui referências f.76-78

1. Psicologia clínica. 2. Subjetividade. 3. Morte.  
4. Acadêmico de medicina. I.Peres, Vannúzia Leal Andrade.  
II.Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III.  
Título.

CDU: 159.97(043)

Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Pró-reitora de Pós-Graduação e Pesquisa  
Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia  
Mestrado em Psicopatologia Clínica e Psicologia da Saúde

### **Folha de aprovação**

Título: Emoções subjetivas do acadêmico de medicina frente a morte do paciente

Discente: Juliane Macedo

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Vannuzia Leal Andrade Peres

Esta Dissertação foi submetida à banca examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Vannuzia Leal Andrade Peres  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Presidente da Banca

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Aparecida Alves da Silva  
Universidade Federal de Goiás - UFG  
Membro Efetivo Externo

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lila Maria Spadoni Lemes  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Membro Efetivo Interno

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Teresa Cristina Barbo Siqueira  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Membro Efetivo Interno

---

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto.  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Membro Suplente Interno

## **Agradecimentos**

A Deus e aos meus pais por me darem a vida.

A minha orientadora Vannuzia que com sua sabedoria me conduziu com dedicação e carinho nesse caminho incerto. Por ter me dito "*Confie em você*" fazendo assim com que eu tivesse forças para continuar essa jornada.

Ao meu esposo George, pela sua tolerância sempre persistindo para que eu continuasse e pelos copos d'água que me deram vida.

A minha filha Gabriela, pela compreensão das minhas ausências nos nossos encontros de família.

Aos meus amigos da UniEVANGÉLICA que sempre me incentivaram.

Aos meus alunos de medicina, principalmente os que participaram pesquisa, que me proporcionam uma grande oportunidade de aprender.

As meninas do grupo de orientação de mestrado que me proporcionaram ricos momentos de reflexões.

Por fim, agradeço a todos os seres humanos vivos e mortos deste planeta que sempre foram a inspiração deste trabalho.

*Nenhum homem é uma ilha isolada; cada homem é uma partícula do continente, uma parte da terra; se um torrão é arrastado para o mar, a Europa fica diminuída, como se fosse um promontório, como se fosse a casa dos teus amigos ou a tua própria; a morte de qualquer homem diminui-me, porque sou parte do gênero humano. E por isso não perguntes por quem os sinos dobram; eles dobram por ti.*

*John Donne, Meditações VII.*

## Resumo

A presente dissertação aborda a emoção na subjetividade do acadêmico de medicina frente a morte do paciente, tendo como base a epistemologia qualitativa. O objetivo geral da pesquisa foi compreender como os acadêmicos de medicina vivenciam a morte do paciente, procurando identificar as suas emoções nesse contexto e analisar suas relações com as suas subjetividades nos seus processos de desenvolvimento. O estudo foi realizado em uma Instituição de Ensino Superior de Anápolis. Participaram do estudo três acadêmicos, com idades de 24, 33 e 34 anos, todos do sexo masculino, selecionados por meio de sorteio em sala de aula. Após a assinatura do Termo de Consentimento livre e esclarecido, esses acadêmicos participaram da construção das informações sobre a morte do paciente, em três momentos empíricos diferentes com os seguintes recursos (como Instrumentos): diálogo aberto, discussão de um caso clínico e a discussão de um vídeo. Os resultados apontam que cada acadêmico vivencia a experiência de morte do paciente de forma única, com emoções singulares, um elemento de suas subjetividades, embora no processo de formação sejam perpassados pela significação da morte no modelo biomédico, de que é preciso lutar contra ela sempre. Mediante esse resultado, concluiu-se que os acadêmicos necessitam discutir no processo de formação sobre as suas subjetividades e como a partir delas eles podem enfrentar a morte do paciente, fato que na maioria das vezes é vivenciado como um fracasso, um erro, mesmo que eles saibam que o erro faz parte da vida de todo ser humano. Isso poderá ajudá-los a melhor se posicionarem ética e emocionalmente para exercerem a profissão.

Palavras – chave: Pesquisa qualitativa, subjetividade, acadêmico de medicina, atitude frente a morte

## Abstract

The present dissertation approaches the emotion in the subjectivity of the medicine student facing the death of the patient, based on the qualitative epistemology. The general objective of the search was to understand how medicine students experience patient's death, trying to identify their emotions in this context and to analyze their relationships with their subjectivities in their development processes. The study was carried out at an Academic Institution in Anápolis. Three medical students, aged 24, 33 and 34, all male, chosen by lottery made in the classroom participated in the study. After they signed a Free and Informed Consent Term, these students participated in the information construction about the death of the patient, in three different empirical moments with the following resources (as Instruments): open dialogue, discussion of a clinical case and discussion of a video. The results showed that each student experiences the patient's death in a unique way, with singular emotions, an element of their subjectivities, although in their formation process they are extensively exposed to the meaning of death in the biomedical model as an adversity that they always need to fight against. Through this result, it was concluded that medical students need to discuss in their formation process about their subjectivities and how they can face the death of the patient, a fact that most of the times is faced as failure, a mistake, even if they know that mistake is part of all humans' life. This can help them to place themselves ethically and emotionally to exercise their profession.

Keywords: Qualitative research, subjectivity, medical student, attitude to death



## SUMÁRIO

|   |            |
|---|------------|
| <b>Resumo .....</b>   | <b>vi</b>  |
| <b>Abstract.....</b>  | <b>vii</b> |
| <b>Apresentação.....</b>  | <b>10</b>  |
| <b>Introdução.....</b>  | <b>12</b>  |
| <b>Capítulo I – A Vida e a Morte .....</b>  | <b>15</b>  |
| <b>Capítulo II – A medicina .....</b>   | <b>19</b>  |
| 2.1- O exercício da medicina e a proximidade da morte .....                                       | 21         |
| <b>Capítulo III – A teoria da subjetividade.....</b>  | <b>25</b>  |
| <b>Capítulo IV – Desenvolvimento humano, subjetividade e emoção .....</b>                         | <b>29</b>  |
| <b>Capítulo V – Objetivos</b>   |            |
| 5.1- Geral.....   | 34         |
| 5.2- Específicos .....  | 34         |
| <b>Capítulo VI – A pesquisa na perspectiva da epistemologia qualitativa .....</b>                 | <b>35</b>  |
| <b>Capítulo VII – A construção das informações .....</b>  | <b>39</b>  |
| 7.1- Cenário da pesquisa.....   | 39         |
| 7.2- Procedimentos.....   | 42         |
| 7.3- Participantes.....   | 45         |
| 7.4- Instrumentos.....  | 46         |
| <b>Capítulo VIII- Resultados/Discussão</b>  |            |
| <b>8.1. Análises das informações .....</b>  | <b>49</b>  |
| <b>8.2- Categorias de análise das emoções subjetivas geradas pelos acadêmicos perante a morte</b> |            |
| 8.2.1- Morte do paciente como fracasso profissional .....   | 51         |

|  |            |
|--|------------|
| 8.2.2- Novas formas de configuração subjetiva da medicina sobre a morte .....      | 54         |
| 8.2.3- Emoções vivenciadas pelo acadêmico ao enfrentar a morte .....               | 55         |
| 8.2.4- O inevitável envolvimento emocional .....                                   | 57         |
| 8.2.5- Desenvolvimento humano e a morte .....                                      | 59         |
| 8.2.6- Um elemento do significado social do erro médico .....                      | 60         |
| 8.2.7- Conflitos entre a vida e a morte do paciente .....                          | 61         |
| 8.2.8- A preparação para lidar com a morte .....                                   | 65         |
| 8.2.9- Cuidados paliativos uma nova visão .....                                    | 67         |
| 8.2.10- A ética e a autonomia do paciente .....                                    | 69         |
| 8.2.11 - A racionalidade na relação médico-professor e acadêmico de medicina ..... | 71         |
| <b>Capítulo XIX – Considerações finais .....</b>                                   | <b>73</b>  |
| <b>Referências Bibliográficas .....</b>  | <b>78</b>  |
| <b>Anexos</b>  |            |
| Anexo 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....                          | 81         |
| Anexo 2- Caso Clínico.....   | 84         |
| Anexo 3- Recortes de transcrições na integra de momentos empíricos da pesquisa     |            |
| - Diálogo aberto com participantes A e B .....                                     | 90         |
| - <b>Diálogo aberto com participantes C .....</b>                                  | <b>108</b> |
| - Discussão do caso clínico .....  | 118        |
| -Discussão do vídeo .....  | 130        |

## APRESENTAÇÃO

A presente dissertação integra a linha de pesquisa “subjetividade e Desenvolvimento Humano” proposta pela orientadora prof.<sup>a</sup> Dra. Vannuzia Leal Andrade Peres, integrante da área de Psicopatologia Clínica e Psicologia da Saúde do Programa de pós-graduação *stricto sensu* da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

O projeto da pesquisa foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética, conforme resolução 466/12 do CNS sob o número 1.616.854, tendo como objetivo aprofundar o conhecimento sobre a emoção na subjetividade dos acadêmicos de medicina frente a morte do paciente. A pesquisa aconteceu numa IES na cidade de Anápolis – Goiás no ano de 2016 tendo como objetivo compreender as emoções na subjetividade dos acadêmicos de medicina frente a morte do paciente. Essa dissertação possui nove capítulos apresentados da seguinte forma:

O primeiro capítulo tem enfoque nos conceitos sobre os temas vida e morte, ressaltando a dialética e a complementaridade entre eles. O segundo capítulo aborda alguns aspectos da evolução da ciência medicina e sua relação com a morte do paciente tanto no nível pessoal como ético.

Nos capítulos três e quatro respectivamente abordamos a teoria da subjetividade de Fernando Luiz González Rey e a emoção, subjetividade e desenvolvimento humano. O quinto capítulo refere-se aos objetivos da pesquisa. O sexto descreve a pesquisa na perspectiva da epistemologia qualitativa. O sétimo o processo de Construção e análise das informações.

O oitavo capítulo estão os resultados e discussão com a análise dos resultados que teve como foco identificar as emoções na subjetividade dos

acadêmicos de medicina perante a morte do paciente e analisar como elas são relacionadas aos seus processos de desenvolvimento ou a suas subjetividades. O nono e último capítulo é dedicado às considerações finais da autora da dissertação.

## INTRODUÇÃO

O tema “Emoções subjetivas dos acadêmicos de medicina frente a morte do paciente” emergiu para a mestranda a partir de observações tanto em sala de aula como no Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Discente de Medicina no Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, onde docentes e discentes abordavam muito pouco o assunto mesmo sabendo que este permeia o curso de medicina, alguns discentes, as vezes, comentam que se sentem angustiados frente a morte mas ao mesmo tempo não demonstram disponibilidade de aprofundar na discussão desse tema. Se deu também no contato com profissionais da área de saúde no Hospital de Urgências de Anápolis – HUAna, um ambiente onde a morte de pacientes acontecia quase todos os dias e os profissionais que ali trabalhavam demonstravam indiferença emocional sobre este acontecimento. Em ambos momentos se percebe que se a morte para alguns é procedimento corriqueiro da profissão fazendo que ajam de forma tecnicista e fundamentada em procedimentos científicos, para outros a morte é uma perda onde se sentem abalados emocionalmente e muitas vezes procuram ajuda para poder expressar os conflitos vivenciados nestes momentos.

Para Kovács (1992), a morte faz parte do desenvolvimento humano desde a mais tenra idade. (...) desde todos os tempos em busca da imortalidade, o homem desafia e tenta vencer a morte. Nos mitos e lendas essa atitude é simbolizada pela morte do dragão ou monstro. Os heróis podem conseguir tal façanha, mas os mortais não. Sendo assim como mortais que somos, porque não discutir e abordar o tema de forma a lidar com as emoções advindas desses momentos.

Em vários artigos pesquisados os autores citam que o tema morte é pouco abordado e falado no meio acadêmico mesmo que a todo instante a medicina lute

contra à morte de pacientes. Falar de morte em nossa sociedade pode ser considerado um tabu, pois nos remete as vivências que muitas vezes preferimos esquecer, na medicina não é diferente, mesmo tendo que lidar a todo momento com essa possibilidade tanta na vida acadêmica como na profissional, pouco se fala. Buscar estudar este tema é uma oportunidade de abrir espaço para discussões e reflexões profundas sobre o tema, diante desta única certeza da vida.

Segundo Stephen Cave em uma palestra do TEDx, o nosso comportamento muda quando influenciado pela consciência que vamos morrer, não estamos preparados para enfrentar a morte, temos medo de morrer com isso buscamos saídas para entender a morte. Para esse autor existem quatro formas básicas de histórias sobre a imortalidade, que mudam muito pouco com o passar do tempo, são elas: o elixir, como mito ou lenda da fonte da juventude para sempre com a ideia de que até a Ciência pode vencer a morte; a ressurreição, crença de o ser humano poder se levantar a qualquer momento, na Ciência isso apresenta pela Criogenia (ser descongelado no futuro); a alma deixar o corpo e conectar com sua essência e por último; o legado ideia de que continuamos vivendo através de algo que deixamos exemplo, filhos, livros e outros.

Os profissionais de saúde, principalmente médicos, precisam aprender a lidar e suportar situações altamente estressantes, conflitos vivenciais entre vida e morte. No Livro a Morte e o Morrer, Kubler-Ross (1996) relata as experiências de pacientes perante a morte, bem como a necessidade dos profissionais de se aproximarem dos mesmos para ajudá-los nesse último momento. Segundo Straub (2005), a psicologia da saúde pode ser conceituada como sendo a prevenção e o olhar na relação entre o bem-estar do indivíduo e o que ele pensa, sente e faz. As áreas de interesse são as condições sociais, fatores biológicos e traços de

personalidade, inserindo o sujeito nos contextos: biológico, psicológico, social e sistemas biopsicossociais, desde os sistemas corporais até a cultura.

Acredita-se que, ao aprofundar o estudo do presente tema, teremos propostas efetivas de como melhor desenvolver a saúde mental dos acadêmicos de medicina e conscientizar as IES, diretores e coordenadores, sobre a importância de investir em espaços/momentos onde os acadêmicos possam falar e refletir sobre suas emoções, sendo esse momento essencial para a formação profissional.

## Capítulo I - A vida e a Morte

*Nós ignoramos tudo sobre a vida; que podemos então saber sobre a morte?*

*Confúcio*

Vida e morte não se separam, são dois momentos inerentes na vida dos humanos, para que ocorra a morte é necessário que antes haja o nascimento, a vida. Mesmo a morte sendo algo de todo indivíduo, ela é uma realidade individual de cada um, assim com a vida. Rodrigues (2006), escreve: “Uma coisa é encarar a morte como algo inscrito necessariamente no destino do homem em geral, enquanto membros da classe dos seres vivos. Outra coisa é pensar a realidade da cada morte individual.”

Para Arantes (2016), o que separa o nascimento da morte é o tempo. Vida é o que fazemos dentro desse tempo; é a nossa experiência. Quando passamos a vida esperando pelo fim do dia, pelo fim de semana, pelas férias, pelo fim do ano, pela aposentadoria, estamos torcendo para que o dia da nossa morte se aproxime mais rápido. Pensando assim, no momento que nascemos começamos também a morrer.

Morin (1970) afirma que não se trata mais de uma questão de instinto, mas já de aurora do pensamento humano, que se traduz por uma espécie de revolta contra a morte. A morte faz parte da consciência humana, por isso o medo desta pode estar presente em todas as pessoas, os animais não têm essa consciência por isso a morte é encarada como um processo natural da evolução da espécie.

Segundo Perazzo (1990) o conceito de morte implica primeiro a possibilidade do reconhecimento do eu e do outro e, segundo, a sensação particular que desperta o desaparecimento deste outro no campo visual. Assim se



faz necessário o luto como processo de elaboração dessa ausência visual de quem morreu.

Morin (1970) afirma que o luto exprime socialmente a inadaptação individual à morte, mas, ao mesmo tempo, é o processo social de adaptação que tende a cicatrizar a ferida dos indivíduos que sobrevivem.

Para Rodrigues (2006), a morte é um produto social, onde mesmo que uma pessoa tenha morrido ela continua viva nas lembranças dos que estão vivos. O morto continua a fazer parte das relações sociais mesmo não estando presente fisicamente. Se não há um abandono do morto, a existência dessa vida continua viva.

A morte de indivíduo não é um evento isolado, mas representa tantos eventos quantas relações o indivíduo morto mantivesse: amizades, inimizades, paternidade, filiação, aliança, propriedade.... Todas essas relações, que constituem o tecido social, correm o risco de se romper ou se romperem efetivamente (Rodrigues,2006 p.75).

Segundo Morin (1970) a dor provocada por uma morte só existe se a individualidade do morto tiver sido presente e reconhecida; quanto mais o morto for chegado, íntimo, familiar, amado ou respeitado, isto é único, mais a dor é violenta.

Rodrigues (2006) diz que a morte do outro é o anúncio e a prefiguração da morte de “si”, ameaça da morte do “nós”. O luto é a forma como utilizamos para lidar com a dor da morte de alguém, este é determinado pelo tempo necessário para lidar com a ausência do outro. Muitas vezes o velório, momento que antecede a finitude completa do corpo físico do morto, ajuda nesse processo de luto, de alguma forma conservar o morto em um velório significa prolongar a vida. O período de luto comporta a revisão e reorganização das relações com o morto. Kováček (2014) afirma que a morte escancarada invade a vida das pessoas com violência,

de forma inesperada, dificultando a elaboração do luto.

Para Eizirik (2000), a negação da nossa morte física acontece da mesma forma que negamos outras perdas do nosso dia-a-dia. Na sociedade contemporânea não podemos nunca perder; temos sempre de ganhar: dinheiro, poder, *status*, reconhecimento. Por isso muitas vezes tememos a morte.

Arantes (2016) cita: “Quem diz ter medo da morte deveria ter um medo mais responsável. Quem sabe poderíamos dizer que deveriam ter respeito pela morte. O medo não salva ninguém da morte, a coragem também não. Mas o respeito pela morte traz equilíbrio e harmonia nas escolhas. Não traz imortalidade física, mas possibilita a experiência consciente de uma vida que vale a pena ser vivida...”

Existe um valor simbólico para a morte, que varia de acordo com a diversas culturas da sociedade. Combinato e Queiroz (2006) afirmam que para o ser humano, o ato de morrer, além de um fenômeno biológico natural, contém intrinsecamente uma dimensão simbólica, relacionada tanto à psicologia como às ciências sociais. Enquanto tal, a morte apresenta-se como um fenômeno impregnado de valores e significados dependentes do contexto sociocultural.

Rodrigues (2016) relata que as culturas poderão escolher como encarar a morte, por exemplo, pode ter uma imagem maternal da morte (a morte é o verdadeiro nascimento), uma imagem de sono (a morte é o repouso, o último sono), a reencarnação (continuidade consciente a personalidade através de vários renascimentos), a ressurreição (restabelecimento da existência humana depois da morte, reviver) e assim por diante. Essas representações podem ser reduzidas a um repertório de categorias como: morte-passagem, morte-libertação, convívio-eterno-com-o-criador, permanência-através-dos-descendentes, em suma a morte será sempre será uma transformação.

Para Rodrigues (2016) a morte se profissionalizou, a família transferiu o morto para o hospital que por sua vez o transferiu para as empresas funerárias. A verdade é que as famílias não querem mais se encarregar dos problemas. As instituições médicas se transformaram em instrumentos de controle social, apropriando-se a tarefa de administrar a saúde e a vida dos indivíduos e as funerárias tomaram conta do mercado, hoje as famílias não sabem mais tomar providências e nem o mercado da morte permite que tais providências sejam tomadas, o que há é uma verdadeira ditadura econômica sob o domínio das empresas funerárias e fabricantes de caixão.

Kübler-Ross (1996) cita que o conhecimento da ciência e do homem proporcionou melhores meios do indivíduo e de sua família se prepararem para o acontecimento inevitável, a morte. Mas acontece o contrário, pois já se vai longe os dias em que era permitido a um homem morrer em paz e dignamente em seu próprio lar.

Arantes (2016) afirma que podemos tentar acreditar que enganamos e morte, mas somos ignorantes demais para tal feito. Não morremos somente no dia da nossa morte. Morremos a cada dia que vivemos, conscientes ou não de estarmos vivos. Mas morremos mais depressa a cada dia que vivemos privados dessa consciência. Morreremos antes da morte quando nos abandonarmos. Morreremos depois da morte quando nos esquecermos.

## Capítulo II - A medicina

*“Curar as vezes, oferecer alívio tão frequentemente quanto possível, confortar sempre”.*

*Proverbio médico*

A palavra medicina vem do latim “mederi” que significa “saber o melhor caminho” ou “tratar”, “curar”. Na pré-história existia enfermidades e traumatismos que eram tratados de modo similar aos animais, ou seja, lambendo as feridas, tomando ervas e acreditavam que muitas enfermidades curavam por si mesmas. Na era primitiva, a religião e as magias faziam parte dos tratamentos das enfermidades, nessa época existia a figura do curandeiro. Já antiguidade as enfermidades eram tidas como um castigo divino.

A medicina surge na Grécia com Hipócrates (450 a.c. – 320 a.c.), era tida como ciência e arte. O tratamento de várias doenças era obtido pela fé onde os médicos avisavam aos doentes a importância da igreja, era no corpo que as doenças se desenvolviam, havia uma dissociação entre vida e morte.

Foi no século XVII que ocorreu a revolução científica, onde a medicina deixa de ser especulativa e passa a ser pesquisada, foi nessa época que ocorreu as explicações fisiológicas e o progresso técnico para lidar com as enfermidades, como exemplo, a do microscópio.

No século XVIII, o enfoque passa a ser racionalista e científico, mas a medicina não teve um grande progresso devido ao caráter conservador dos médicos. A medicina moderna teve início no século XIX, com o descobrimento dos micro-organismos como causas de enfermidades e a introdução de novos métodos de investigação clínica.

No Brasil os tratamentos eram naturalistas feitos pelos índios, os mortos eram enterrados de cócoras pois esta é a posição em que os índios descansam. Com a colonização do país surgiram as doenças contagiosas, Pedro Álvares Cabral trouxe um médico em sua expedição, mas este adoeceu e nada fez em sua área. As contribuições da medicina estavam no campo do sobrenatural e os tratamentos seguiam a mesma linha. A assistência era feita por curandeiros, parteiras e barbeiros.

Os primeiros médicos que chegaram ao Brasil faziam atendimentos domiciliares para aqueles que tivessem dinheiro para pagar e trabalhavam em hospitais e enfermarias militares.

Hoje a medicina tem um enfoque humanista, que busca a qualidade de vida do indivíduo, com uma visão holística de homem – homem em sua totalidade. Segundo Pazin Filho (2005), os objetivos da Medicina são: prevenção da doença e do sofrimento, promoção e manutenção da saúde; alívio da dor e do sofrimento; cura e cuidado das pessoas com doenças curáveis e daquelas cujas doenças não são curáveis; evitar a morte prematura e buscar uma morte em paz. Sendo assim uma medicina voltada para a vida do paciente e o adoecer e a morte como partes do processo do desenvolvimento humano.

Para Mello e Silva (2012) a morte é parte integrante da vida e como tal, objetivo da medicina. A definição de morte vem sofrendo modificações em decorrência do avanço tecnológico da medicina e da disponibilidade de informação, ficando claro que sua definição deve levar em consideração os valores culturais da sociedade em questão e não somente o conhecimento médico. A busca de uma melhor definição de morte trouxe uma série de conflitos de ordem ética, agravados em grande parte pela crise de credibilidade que a medicina moderna vivencia.

## 2.1- O exercício da medicina e a proximidade da morte

A morte está presente no curso de medicina já nas primeiras aulas de anatomia, onde acadêmicos estudam partes anatômicas em peças ou corpo inteiro de cadáveres. Durante os anos seguinte o contato é com a vida, onde se estabelece uma relação entre os acadêmicos e os pacientes, em atividades como anamnese, exames clínicos e atendimentos em unidades de saúde e hospitais. É nos dois últimos anos do curso de medicina, o internato, momento em que os acadêmicos entram em contato com a morte de pacientes, que acontecem na maioria das vezes em suas atividades em hospitais.

Os acadêmicos entram no curso de medicina achando que começaram logo a atuar como médicos, geralmente acham que terão seus próprios pacientes, status, liberdade e tempo. Mas isso não é bem o que acontece, a carga horária é extensa, pouco tempo para se dedicar as coisas que não seja o estudo, e a relação médico-paciente inicialmente é mais teórica do que prática, grande parte do contato no início são com peças anatômicas, bonecos que simulam ser pacientes e professores exigentes, quando iniciam um contato mais direto com os pacientes, começam as ansiedades, inseguranças, dúvidas e os questionamentos se sabem o que lhes foi transmitido nas aulas teóricas e práticas com as peças e os bonecos.

“É curioso que a iniciação dos estudantes se dê dessa forma, já que este modelo de relação com um objeto sem vida fica sendo visto por eles como o ideal a ser buscado posteriormente, quando forem examinar seus pacientes” (Mello Filho, 1992 p.57).

Quando formados e atuando extensivamente na prática profissional, estes que um dia foram acadêmicos que compreendem verdadeiramente a dimensão do universo que escolheram, dimensão esta entre a vida, passando pela doença e

podendo chegar a morte. Pazin-Filho (2005) afirma que a morte é parte da existência humana, razão pela qual a medicina trabalha com esse evento como uma parte inerente da profissão, mas quando se é analisada dentro do atual contexto dos avanços nos medicamentos e técnicas cirúrgicas, surge à crença de que se as doenças que levam à morte podem ser curadas, é possível que com o tempo se consiga a cura para todas e a morte deixe de existir.

Josen (2012) relata que antes o critério que determinava a morte de uma pessoa era ausência de respiração. Com o progresso da medicina, atualmente os critérios de morte se baseiam no biológico, sendo um processo que ocorre com o término dos sinais vitais, como ausência de funções cardiocirculatória e respiratória bem como ausência das funções do sistema nervoso central. Declarar a morte é um dos deveres legais dos médicos, sendo ele também o responsável em comunicar a família. A morte permeia os pacientes terminais e muitas vezes esses pedem aos seus médicos que as ajude a morrer de forma rápida e indolor. Mas essa não é uma decisão que seja tomada pelo médico ou paciente, muitas questões são envolvidas, como a ética.

“Nesse sentido, na prática da medicina, o médico deve zelar pela aplicação dos princípios da bioética, especialmente pelos princípios da autonomia do paciente, sendo respeitoso ao desejo deste de se submeter ou não a determinado tratamento e de não causar qualquer dano ao paciente quando do tratamento. ” (Viana e Reis 2016, p.278)

Para Viana e Reis (2016), a morte é na verdade um processo e que deve ser encarado como tal, especialmente no que se refere às informações que o médico fornece ao paciente doente e aos seus familiares para que estes possam decidir qual caminho percorrer até o final dele. Nesse ponto, diante de um paciente

em fase terminal, não deixam de ser invocados institutos como a eutanásia, o suicídio assistido, a ortotanásia e a distanásia.

Eutanásia significa uma boa morte, onde o médico ajuda deliberadamente na morte de seu paciente, ou seja, ele é agente da causa da morte do paciente, por exemplo, desligando os aparelhos que o ajudam na respiração. A morte medicamente assistida ou suicídio médico-assistido, onde o médico é autorizado a prescrever um medicamento que o paciente pode ingerir e morrer.

Distanásia está relacionada a uma morte dolorosa e lenta do paciente, pois é o prolongamento da vida do paciente que não possui mais condições de viver. Ortotanásia busca um processo de morte natural do paciente sem tratamento fútil, respeitando sua dignidade.

Para Kovács (2012) A diferença entre elas, entretanto, é significativa: se o principal objetivo da eutanásia é levar à morte para abreviar a dor e o da distanásia é impedir a morte a qualquer custo, a ortotanásia busca a morte com dignidade no momento correto, com controle da dor e sintomas físicos, psíquicos, bem como questões relativas às dimensões sociais e espirituais seu caráter multidisciplinar busca oferecer apoio à família na elaboração do luto antecipatório e no pós-óbito. A ortotanásia é, portanto, atitude de profundo respeito à dignidade do paciente.

Viana e Reis (2016) em seu artigo cita Eduardo Luiz Santos Cabette (2013, p. 25) que aponta: “A ortotanásia consiste na “morte a seu tempo”, sem abreviações do período vital (eutanásia), nem prolongamentos irracionais do processo de morrer (distanásia). É a morte correta mediante a abstenção, supressão ou limitação de todo tratamento fútil, extraordinário ou desproporcional, ante a iminência da morte do paciente, morte está a que não se busca (pois o que se pretende aqui é humanizar o processo de morrer, sem prolongá-lo abusivamente),



nem se provoca (já que resultará da própria enfermidade que o sujeito padece). ” Nesse sentido, observa-se que a ortonásia se apresenta como o meio termo entre a eutanásia e a distanásia.

O Código de Ética Médica, no capítulo 5, que trata da relação com paciente e familiares, é vetado ao médico, no artigo 41: Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

O médico sempre está envolvido de alguma forma nos casos de morte das pessoas, isso faz parte da profissão que escolheram, mas ter tranquilidade, sabedoria e conhecimento para tomar algumas decisões neste momento é necessário que o médico tenha uma boa formação de teoria, habilidades e atitudes frente a estas situações. O médico não leva apenas o seu conhecimento técnico para sua prática diária, mas também as suas vivências e experiências. Segundo González Rey (1977) na subjetividade não há como separar, dicotomizar o mundo interno do externo, ambos fazem parte do desenvolvimento humano.

### Capítulo III - A Teoria da Subjetividade

*“A verdade é subjetiva”*  
Sartre

Essa pesquisa teve como objeto de estudo a subjetividade dos acadêmicos de medicina frente a morte. A subjetividade nesse estudo é na perspectiva cultural-histórica, desenvolvida por Fernando Gonzalez Rey.

Para González Rey (2005b, p. IX) a subjetividade é um complexo e plurideterminado sistema, afetado pelo próprio curso da sociedade e das pessoas que a constituem dentro do contínuo movimento das complexas redes de relações que caracterizam o desenvolvimento social. “...conduz a uma representação da psique em uma nova dimensão complexa, sistêmica, dialógica e dialética, definida como espaço ontológico” (González-Rey, 2005b, p 75).

É um processo ativo na relação indivíduo e sociedade e que ambos acompanham o desenvolvimento humano. A subjetividade passa pelas complexas redes de relações e se produz nas ações dos indivíduos nos diferentes espaços sociais. É na vida social que a pessoa se torna sujeito. O sentido subjetivo é a unidade do simbólico e do emocional, que o sujeito gera em diferentes momentos da vida de uma forma única (González Rey, 2005a).

O sujeito definido por González Rey (2005b), diz respeito a um indivíduo consciente, intencional, atual e interativo, comprometido com a prática social. Segundo Peres (2012) o sujeito de González Rey é, pois, aquele que desenvolve a capacidade de decidir, fazer escolhas, romper ou criar alternativas singulares e criativas para a sua vida concreta. Sem dúvida alguma, suas ações serão sempre implicadas com suas produções subjetivas, quer dizer, serão mediadas não pelo outro, mas por ele próprio, a partir de suas contradições geradas nesse processo.

Sua subjetividade será a chave da questão; a forma como irá integrar dialeticamente o interno e o externo, o individual e o social, constituindo nessa tensão seu complexo tecido psicológico.

Este sujeito é histórico e social, onde representa de forma subjetiva sua história pessoal e sua vida em sociedade. Para o autor, a cultura não determina a subjetividade, pois esta também é subjetiva no sentido que só passa a existir com o indivíduo subjetivo, ou seja, a subjetividade se constitui mediante o processo social que atua na instância subjetiva.

A teoria da subjetividade que assumo rompe com a representação que constringe a subjetividade ao intrapsíquico e se orienta para uma apresentação da subjetividade que em todo momento se manifesta na dialética entre o momento social e o individual, este último apresentado por um sujeito implicado de forma constante no processo de suas práticas, de suas reflexões e de seus sentidos subjetivos. (González Rey, 2005b p.240)

González Rey (2005a) desenvolve o pensamento de que é na inter-relação de sentidos subjetivos que se definem novos sentidos, onde personalidade aparece como sistema de configurações subjetivas geradas pelos sentidos produzidos em todas as atividades do indivíduo, portanto um sistema diferenciado de produção de sentidos do sujeito pois este vivencia diferentes formas de vida social, sendo assim, a personalidade é um sistema constituído de subjetividade individual e que está integrado as diferentes formas de experiência do sujeito com o social. A personalidade tem capacidade geradora de expressar o sentido subjetivo, sendo que é na relação entre o histórico e o social que se dá o desenvolvimento da personalidade, não havendo dicotomia entre o social e o individual. É na expressão das configurações subjetivas que o indivíduo é capaz de manter sua própria organização e sua própria identidade.

Para González Rey (2005a) é por meio da personalidade que o sujeito tem opções e recursos para se opor e criar espaços subjetivos alternativos, àqueles que o constituem em sua própria subjetividade, o que representa uma das contradições mais fortes da condição existencial e subjetiva do sujeito. O sujeito é protagonista de sua história, formado pela sua subjetividade em relação às suas experiências sociais e culturais, nas suas relações com a subjetividade social.

Segundo González Rey (2005a) a subjetividade individual se produz em espaços sociais constituídos historicamente, portanto, na gênese de toda a subjetividade individual estão os espaços constituídos de uma determinada subjetividade social que antecede a organização do sujeito psicológico concreto, que aparece em sua ontogenia como um momento de um cenário social constituído no curso de sua própria história”.

González Rey (2005b) afirma que a subjetividade não é um fenômeno individual pois ela é produzida num complexo sistema no nível social e no individual, em que a experiência adquire sentido e significação dentro da constituição subjetiva que pode ser social como também individual. Os modelos dominantes de subjetivação social interferem na maioria das vezes nas formas de subjetivação das diferenças individuais. Para Peres (2012) a produção subjetiva do sujeito é a expressão de sua espontaneidade nas suas relações e, simultaneamente, a expressão da qualidade de sua vida psíquica, incluindo a qualidade da produção e expressão de afetos que o mobilizem, ou não, para a ação criativa. Nessa perspectiva, o desenvolvimento da afetividade implicaria na ação espontânea e criativa do sujeito para a produção da saúde na sua vida e, portanto, nas suas relações com o outro.

Para González Rey (2005a) a subjetividade é um processo em constante

desenvolvimento e por ser um sistema complexo podemos defini-la como um sistema dialógico-dialético que se desenvolve dentro de outros sistemas, sendo constituído e constituinte, assim como são o sujeito e a subjetividade social. Estudar a subjetividade é entrar nas formas mais complexas de expressão do sujeito.

Segundo Peres (2012) González Rey rompe definitivamente com as dicotomias mantidas nos estudos psicológicos mais tradicionais (cognitivo x afetivo, objetivo x subjetivo e individual x social), se posiciona em favor da complexidade da emoção articulada a uma teoria da personalidade e toma o sujeito, com sua subjetividade, como fontes de estudo. Decorre daí sua ideia de subjetividade que envolve o sujeito na tarefa de articular a complexidade de elementos simbólicos e emocionais, individuais e sociais que cercam a sua vida concreta, sendo, portanto, contraditória, complementar e recursiva.

## Capítulo IV – Desenvolvimento Humano, subjetividade e emoção

*“O homem...é um ser dotado da capacidade de interpretar, de agir e de modificar o mundo e, nesse processo dialético, vai construindo-se como ser humano, intermediado pelas práxis. ”*

*Albertina Mitjáns Martínez*

Abordar o tema desenvolvimento humano, nos remete a ideia de um homem dicotomizado em fases ou etapas de desenvolvimento. “O desenvolvimento envolve a interpretação da dinâmica entre três fatores: O lugar (*lócus*), o estado (*status nascendi*) e a gênese (matriz) do fenômeno em um determinado momento da vida do indivíduo; bem como a interpretação do seu estado de espontaneidade na situação interpessoal.” Peres (2014) sendo assim um processo vivenciado ao longo da vida do indivíduo, sem a divisão de fases propostas por outras teorias.

Com a teoria da subjetividade González Rey reafirma a concepção de Vygotsky (2004, 2009) sobre o desenvolvimento humano como um processo de mudança, porém o identifica, definitivamente, com a variedade de emoções produzidas pelo sujeito. Dito de outra forma, ele se encaminha para o estudo da subjetividade produzida pelo sujeito do desenvolvimento (GONZÁLEZ REY,1999,2003). “Assim, destaca que no processo comunicativo, desde cedo, complexas emoções são produzidas pela criança definindo a qualidade das relações entre ela e os adultos que a cercam e como a tensão emocional gerada nesse processo garante o desenvolvimento da sua condição de sujeito. ” Peres (2012, p. 188, 195).

A teoria da subjetividade não propõe essa dicotomização do sujeito, não estabelece um determinismo em seu desenvolvimento, sendo este um processo

entre indivíduo e sociedade. Silva (2008) afirma que a Teoria da Subjetividade possibilita uma reflexão que rompe com os determinismos, convidando-nos para outros níveis de investigação que abarcam diferentes momentos da vida desse sujeito. A noção de sujeito adotada considera o homem movido pela sua biografia e história que, integrados na sua subjetividade e emocionalidade, expressa a nível singular a complexa rede de processos sociais, políticos e institucionais dentro dos quais o sujeito emergiu na sua condição.

Para Lev Vygotsky (1896-1934) o desenvolvimento é um processo em que todos os seres vivos chegarão à morte. Cada um possui uma experiência singular na vida, sendo assim o significado e o sentido da morte para cada indivíduo são únicos. Peres (2012) afirma que inicialmente o que nos revela é o quão desconhecido é o processo de desenvolvimento da afetividade. Conquanto reconheçamos que corpo e mente, cognitivo e afetivo estejam dinâmica e recursivamente inter-relacionados nesse processo, ainda temos dificuldade de explicar como o sujeito articula esses aspectos e os converte, ou não, em relação livre e autêntica com o outro.

Para Peres (2012), embora o sujeito produza uma subjetividade que aparece no momento de sua própria história, ela não pode ser deslocada da história da sociedade em que vive. Na sua concepção é exatamente a complexa vivência emocional de contradições na vida concreta que permite ao sujeito gerar os sentidos subjetivos que orientam suas atividades e relações. Peres afirma: González Rey propõe o estudo da emoção como constitutiva da subjetividade do sujeito que é por ele expressa de forma indireta (mediata) nas suas atividades e relações sociais. Assim, o autor representa as emoções não como sistemas externos à realidade, mas como a própria realidade humana complexa e dinâmica,

se realizando incessantemente no sujeito da ação.

Segundo González Rey (2005b) o sujeito é um sujeito do pensamento, mas não de um pensamento comprometido de forma exclusiva em sua condição cognitiva, e sim de um pensamento entendido como processo de sentido, ou seja, que atua somente por meio de situações e conteúdo que implicam à emoção do sujeito. A linguagem aparece em nível individual cheio de sentido subjetivo, traduz emoções complexas do sujeito e, ao mesmo tempo, gera novas emoções em seu constante trânsito pelos diferentes espaços representativos e experimentais do sujeito. O sujeito é um indivíduo comprometido de forma permanente em uma prática social complexa que o transcende, e diante disso tem de organizar sua expressão pessoal, o que implica a construção de opções pelas quais mantenha seu desenvolvimento e seus espaços pessoais dentro do contexto dessas práticas.

Scoz (2011) afirma que a subjetividade e identidade podem ser compreendidas como algo em construção, com base nos sentidos que os sujeitos vão produzindo na condição singular em que se encontram inseridos em suas trajetórias de vida e, ao mesmo tempo, em suas diferentes atividades e formas de relação. Assim, são o resultado de complexas sínteses das experiências individuais dos sujeitos em diferentes contextos de expressão.

Para González Rey (2005) as emoções representam um momento essencial na definição do sentido subjetivo dos processos e relações do sujeito. Uma experiência ou ação só tem sentido quando é portadora de carga emocional. As emoções representam estados de ativação psíquica e fisiológicas, resultantes de complexos registros do organismo ante o social, psíquico e o fisiológico. A emoção caracteriza o estado do sujeito ante toda ação, ou seja, as emoções estão estreitamente associadas às ações, por meio das quais caracterizam o sujeito no



espaço de suas relações sociais. O emocionar-se é uma condição da atividade humana. O sentido subjetivo da emoção se manifesta pela relação de uma emoção com outras em espaços simbolicamente organizados, dentro os quais as emoções transitam.

O sentido subjetivo está vinculado ao sujeito em sua totalidade (individual e social) pois há uma integração da vida interna e externa do sujeito em diferentes momentos vivenciado por ele, sendo assim um processo em constante desenvolvimento onde estes dois momentos se fundem de forma recíproca provocando assim novos sentidos subjetivos. Mitjáns Martínez (2017) afirma que as configurações subjetivas que constituem a personalidade são organizações dinâmicas de sentidos subjetivos que têm adquirido uma relativa estabilidade no percurso da história de vida do indivíduo e que, mesmo que se organizem e se reorganizem de formas diversas perante as situações que o indivíduo vive, ocupam, pela sua força, um lugar importante na organização da subjetividade individual. O sentido subjetivo é o resultado da configuração subjetiva que se organiza em torno da experiência vivida.

Para Silva (2008) a proposta da subjetividade convida à ruptura com uma ideologia epistemológica pautada na objetividade e na linearidade e que consideram fatores internos ou externos como determinantes do funcionamento humano. A Teoria da Subjetividade é um convite para refletir sobre a complexidade presente nas experiências subjetivas, que não são determinadas por nenhum tipo de influência (interna ou externa) ou invariantes universais sobre o sistema, mas referem-se a uma produção desse sistema dentro dos espaços dialógicos que caracterizam a vida humana.

Dentro desta concepção o estudo das emoções na subjetividade dos

indivíduos, Peres (2012) afirma que contra qualquer representação da emoção como exterioridade, virá sugerir que estudemos as complexas dinâmicas do sujeito nos seus sistemas de relações. Nas relações dentro da escola, diretamente envolvida com os sentidos subjetivos gerados na produção do conhecimento, entende que a emoção explica os movimentos do sujeito para outras produções que constituirão a sua singularidade no processo de aprender.

## **Capítulo V - Objetivos da Pesquisa**

### **5.1- Objetivo geral**

- Compreender as emoções na subjetividade dos acadêmicos de medicina frente a morte do paciente.

### **5.2- Objetivos específicos**

- Identificar as emoções vivenciadas pelos acadêmicos perante a morte do paciente;
- Descrever e analisar como as emoções do acadêmico de medicina perante a morte do paciente têm relação com as suas subjetividades relacionadas aos seus processos de desenvolvimento.

## Capítulo VI- A pesquisa na perspectiva da epistemologia qualitativa

A pesquisa na perspectiva da epistemologia qualitativa, se baseia num processo de construção teórica, um processo vivo onde o pesquisador participa ativamente como sendo o núcleo gerador do pensamento, fazendo assim com que haja uma integração entre pesquisador e pesquisa. Segundo González Rey (2005a) este tipo de pesquisa busca a construção de sistemas de representações através da organização intelectual de um campo, sendo uma teoria dinâmica com sistema aberto, onde o empírico é inseparável do teórico.

A produção teórica da pesquisa se faz pelas reflexões do pesquisador sobre as informações do processo, essa produção é tida pela capacidade produção intelectual permanente do pesquisador. O pesquisador interage com produções e diálogos com os participantes, sendo ele o teórico que em sua organização subjetiva se torna também sujeito da pesquisa. Para Peres (2012), a epistemologia qualitativa de González Rey (2005) pressupõe que o pesquisador entre em contato com essas emoções, valorize as informações construídas sobre elas em diferentes momentos empíricos e interprete como mobilizam o sujeito para a ação e controle, ou não, da expressão criativa de suas necessidades e afetos.

Nesse processo tanto os sujeitos da pesquisa como o pesquisador integram suas experiências, suas dúvidas e suas tensões, em um processo que facilita o emergir dos sentidos subjetivos no curso das conversações. A subjetividade individual e social se integram no desenvolvimento da pesquisa. “O sujeito é uma unidade essencial para os processos de construção na pesquisa qualitativa, pois a singularidade é a única via que estimula os processos de construção teórica

portadores de um valor de generalização perante o estudo da subjetividade. “ González Rey (2005a, p.112).

O sistema subjetivo é aberto, abrangente e irregular, em que reconstruir a subjetividade se dá pela capacidade que o indivíduo tem de ser flexível, versátil e modificar seu modo de vida. O sujeito é histórico e representa sua história pessoal de forma subjetiva e ao mesmo tempo esse sujeito é social porque vive em sociedade, e nesta relação que se dá os novos sentidos e significações no desenvolvimento subjetivo (González Rey, 2005a).

Segundo González Rey (2011) a elaboração de novas epistemologias, capaz de sustentar mudanças profundas no desenvolvimento de formas alternativas de produzir conhecimento na ciências sociais, requer construção de representações teóricas que permitam aos pesquisadores ter acesso a novas zonas de sentido sobre o assunto estudado, impossíveis serem construídos pelas vias tradicionais, sendo assim a epistemologia qualitativa refere-se na forma em que se produz o conhecimento, nos processos que implicam na construção desse conhecimento sendo o pesquisador e participantes da pesquisa sujeitos ativos desse processo. Essa epistemologia cria uma realidade plurideterminada, irregular, interativa e histórica representada pela subjetividade humana.

Para González Rey (2011) a epistemologia qualitativa se baseia em três princípios, são eles:

- 1- O conhecimento é uma produção construtiva-interpretativa: onde a interpretação acontece com o objetivo de dar sentido as expressões utilizadas pelos participantes da pesquisa. O pesquisador tem o papel de integrar, reconstruir e apresentar em construções interpretativas os indicadores obtidos, sendo a teoria constituída de um dos sentidos do

processo de produção teórica.

- 2- Caráter interativo do processo de produção do conhecimento: existe um diálogo entre pesquisador e participantes da pesquisa, em que ambos se envolvem emocionalmente através das reflexões sobre as informações da pesquisa.
- 3- Significação da singularidade como nível legítimo da produção do conhecimento: a singularidade se baseia na história subjetiva do indivíduo, onde cada um possui a sua de modo particular.

A lógica configuracional da produção do conhecimento na pesquisa qualitativa acontece no papel ativo do pesquisador, na relação do pesquisador com a pesquisa, o que o torna centro do processo produtivo. Toda essa lógica se apoia no processo construtivo do pesquisador, nas necessidades experimentadas por ele na sua produção intelectual, onde há uma integração entre o pensamento do pesquisador e os fatos da realidade estudada. Para González Rey (2005a) A lógica configuracional realmente “não é lógica”, é a organização de um processo construtivo-interpretativo que acontece no curso da própria pesquisa e mediante um sem-número de canais que o pesquisador não defini a priori, mas que se articulam com o modelo *in situ* que acompanha e caracteriza o desenvolvimento da pesquisa.

São os elementos relevantes vistos pelo pesquisador, na sua elaboração, em que ele cria sentidos das situações sem a expectativa sobre o que será que se dá na construção teórica da pesquisa qualitativa. “É precisamente a construção teórica dos processos envolvidos na construção do conhecimento um dos principais objetivos da epistemologia” (González Rey, 2011 p131).

A legitimidade do conhecimento da pesquisa qualitativa é um complexo

processo de continuidade da produção teórica que integra os aspectos qualitativos das construções teóricas e a realidade estudada. O desenvolvimento do conhecimento passa pelo pensamento como sendo condição da objetividade e pela teoria que é o sistema da ação histórica do pensamento humano, por isso o conhecimento nesta abordagem permite a subjetivação de novas formas do real. O conhecimento do pesquisador não se separa do diálogo entre conhecimento e realidade passando a ser legítima a ideia quando incorporada a produção teórica. “Nenhuma ideia nova é aceita no momento que surge porque está além dos marcos subjetivos dos sujeitos da época ” (González Rey, 2011 p141).

Está pesquisa refere-se a um estudo qualitativo, que se baseia na construção de sistemas de representações, onde o empírico é inseparável do teórico e o pesquisador é participante da mesma.

A teoria existe em dois níveis estreitamente inter-relacionados em si: um nível macro, que organiza as representações de uma certa estabilidade e abrangência e que não se dilui imediatamente no empírico, e um nível local, que, comprometido de forma mais imediata com o empírico, gera suas próprias representações e conceitos, ganhando uma inteligibilidade que lhe permite confrontar-se com o nível macro (González Rey, 2005a p.34).

Para González Rey (2005a) o processo de construção teórica é um processo vivo, onde o pesquisador é o núcleo gerador do pensamento, sendo assim pesquisador e pesquisa caminham juntos. O pesquisador interage com sua organização subjetiva nas produções e diálogos, refletindo sobre as informações dos participantes, havendo um processo de comunicação entre pesquisador e participante da pesquisa. O pesquisador reflete, questiona, posiciona-se, enfim, mantém-se totalmente ativo no curso das conversações.

## **Capítulo VII – A construção das informações**

**Como explicado no capítulo anterior (capítulo VI)** nessa nova perspectiva epistemológica proposta por Gonzalez Rey o pesquisador e suas relações com os sujeitos pesquisados são os principais protagonistas da pesquisa, a informação está sempre em processo de construção, o processo de aplicação dos instrumentos é interativo e envolve o sujeito da pesquisa. O instrumento representa o meio pelo qual provoca-se a expressão do outro sujeito, representa também um meio de envolver as pessoas emocionalmente facilitando a expressão de sentidos subjetivos González Rey (2011).

. Segundo González Rey (2005a) o sentido subjetivo não aparece de forma direta na expressão intencional do sujeito, mas indiretamente na qualidade da informação, no lugar de uma palavra em uma narrativa, na comparação das significações atribuídas a conceitos distintos de uma construção, no nível de elaboração diferenciado no tratamento dos temas, na forma com que se utiliza a temporalidade, nas manifestações dos sujeitos em seus diversos tipos de expressão.

### **7.1- Cenário da Pesquisa**

González Rey (2005a) entende que na epistemologia qualitativo o cenário de pesquisa é a fundação daquele espaço social que caracteriza o desenvolvimento da pesquisa e que está orientado a promover o envolvimento dos participantes da pesquisa. É precisamente no processo de criação de tal cenário que as pessoas tomarão a decisão de participar da pesquisa, e o pesquisador



ganhará confiança e se familiarizará com os participantes e com o contexto em que vai desenvolver a pesquisa.

A pesquisa ocorreu com acadêmicos de medicina do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, que obteve reconhecimento do Ministério da Educação no ano de 2013. “O Curso de Medicina da UniEVANGÉLICA propõe formar uma nova geração de médicos, profissionais bem qualificados, através de moderno processo transformador, capacitando-os sob os diferentes pontos de vista, com ampla visão filosófico-humanística, acentuada dedicação, centrados na pessoa do paciente, considerando acima de tudo o ser humano, os princípios cristãos, imbuídos do mais alto respeito, desprovidos do mercantilismo, seguidores da ética, compreendedores das diferenças religiosas, sociais, políticas, étnicas e enfim muito mais humanos, com significativo preparo psicológico e ampla visão dos problemas dos diferentes extratos da nossa sociedade. O modelo educacional do Curso Médico da UniEVANGÉLICA é fundamentado nos princípios da andragogia interativa, de natureza democrática e pluralista, com um eixo metodológico firmemente estabelecido perpassando metodologias ativas de ensino-aprendizagem.” Site UniEVANGÉLICA, curso de Medicina.

Conforme mencionado acima esta IES utiliza a metodologia PBL (Problem Based Learning) e metodologia de problematização. PBL (Problem Based Learning), no Brasil traduzida como Aprendizagem Baseada em Problemas e a metodologia de problematização, uma se iniciou na Universidade de MacMaster no Canadá e em Maastricht na Holanda há mais de 30 anos, e a outra se baseia no

método do “Arco de Manguarez”<sup>1</sup>, respectivamente. Atualmente as novas escolas de medicina do Brasil adaptam a estas metodologias.

Berbel (1998) em seu artigo cita Sakai e Lima (2016) que afirmam: “O PBL é o eixo principal do aprendizado teórico do currículo de algumas escolas de Medicina, cuja filosofia pedagógica é o aprendizado centrado no aluno. É baseado no estudo de problemas propostos com a finalidade de fazer com que o aluno estude determinados conteúdos. Embora não constitua a única prática pedagógica, predomina para o aprendizado de conteúdos cognitivos e integração de disciplinas. Esta metodologia é formativa à medida que estimula uma atitude ativa do aluno em busca do conhecimento e não meramente informativa como é o caso da prática pedagógica tradicional. ” A esfera cognitiva do Currículo PBL deve garantir que o aluno estude situações suficientes para se capacitar a procurar o conhecimento por si mesmo quando se deparar com uma situação problema ou um caso clínico.

Segundo Souza e Dourado (2015) esta metodologia promove a aquisição de conhecimentos, o desenvolvimento de habilidades, de competências e atitudes em todo processo de aprendizagem, além de favorecer a aplicação de seus princípios em outros contextos da vida do aluno. Assim, apresenta-se como um modelo didático que promove uma aprendizagem integrada e contextualizada.

Para Berbel (1998) a Metodologia da Problematização tem uma orientação geral como todo método, caminhando por etapas distintas e encadeadas a partir de um problema detectado na realidade. Constitui-se uma verdadeira metodologia, entendida como um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionados e organizados em cada etapa, de acordo com a

---

<sup>1</sup> “Nesse esquema constam cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou um recorte da realidade: Observação da Realidade; Pontos Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (prática). De seu autor e do próprio esquema de Bordenave e Pereira não se obteve mais informações, o que nos estimulou a buscar um entendimento mais profundo para poder utilizá-lo amplamente. ” (Berbell, 1998)

natureza do problema em estudo e as condições gerais dos participantes. Volta-se para a realização do propósito maior que é preparar o estudante/ser humano para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo, sempre para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem.

## **7.2- Procedimentos**

A pesquisadora entrou em contato com os acadêmicos através do e-mail da turma e pelo whatsapp da representante de turma para convidar os alunos interessados em participar da pesquisa procura-la, neste momento foi divulgado o título da pesquisa e seus objetivos para que pudessem decidir se gostariam ou não de participar, mas em nenhum desses momentos obteve resposta dos acadêmicos.

Segundo Peres (2012) os afetos são fundamentais para explicar as mudanças que o sujeito produz no processo cultural e histórico de desenvolvimento, com base nessa afirmação acreditamos que este tema “emoções subjetivas do acadêmico de medicina frente a morte” tenha mobilizado nos acadêmicos algum tipo de resistência, já que a morte é um tema pouco falado na graduação e no cotidiano médico. Lidar com o tema morte nem sempre é fácil pois muitas vezes os acadêmicos terão de enfrentar seus limites profissionais, para alguns a morte de um paciente pode significar o fracasso profissional, por isso talvez da não resposta dos acadêmicos ao convite em participar da pesquisa.

Diante disso foi necessário que a pesquisadora entrasse em sala de aula e conversasse detalhadamente sobre a pesquisa. No primeiro encontro com a turma dentro de sala de aula, atividade prática no laboratório de simulação avançada, foi

colocado novamente pela pesquisadora o título e os objetivos da pesquisa e os acadêmicos relataram que estavam sem tempo para participar, pois entrariam em atividades práticas em Goiânia e fazendo cursinho a noite para a prova de seleção das residências médicas. Frente a essa nova recusa, a pesquisadora entrou em contato com uma das professoras do curso de medicina, que ministrava aula de medicina da família e comunidade às segundas-feiras e a mesma disponibilizou um momento da sua aula para que a pesquisadora pudesse ter um encontro com os acadêmicos podendo falar e discutir mais o tema da pesquisa.

Segundo González Rey (2005a) a melhor forma de ganhar confiança e a segurança com os participantes é, nesse caso, estabelecer um diálogo que leve os sujeitos a sentirem a necessidade de participar. E isso foi o que aconteceu. Neste novo encontro o grupo de acadêmicos que estavam iniciando o internato em uma Unidade Básica de Saúde de Anápolis, foi estabelecido um diálogo com os acadêmicos que estavam presentes e os mesmos demonstraram interesse em participar da pesquisa, 6 acadêmicos se voluntariaram, mas o público-alvo consta de 3 acadêmicos, então fez-se um sorteio entre os alunos, foram sorteados dois do sexo masculino e uma do sexo feminino.

Então após esse encontro iniciou-se a pesquisa. Os encontros com os acadêmicos ocorreram na sede da faculdade no dia de segunda-feira onde os mesmos tiveram aulas teóricas e na Unidade de Saúde Básica (UBS) de terça-feira à sexta-feira. A professora de segunda-feira disponibilizou um horário da aula para o encontro e o preceptor da UBS autorizou que os outros encontros da pesquisa ocorressem neste local.

Diante da dificuldade de estar com os acadêmicos o primeiro momento da pesquisa que seria individual optou-se em fazer com o grupo de alunos. González

Rey (2005a) afirma que as conversações podem ser grupais e individuais, sem que o tamanho do grupo seja uma exigência, podendo apresentar desdobramentos individuais. Baseado nessa afirmação foi marcado o encontro na UBS, com o grupo dos acadêmicos, mas a participante do sexo feminino não compareceu neste dia na Unidade, então foi realizado este primeiro momento com os dois participantes do sexo masculino, onde estes leram e assinaram o Termo de Consentimento da pesquisa (anexo 1) e iniciou um diálogo aberto como parte do processo conversacional, abordando temas como: medicina, vida acadêmica, relação médico-paciente e morte. No dia seguinte a pesquisadora retornou à unidade para encontrar a participante do sexo feminino, mas a mesma novamente não se encontrava e um dos acadêmicos que estava na unidade e pertencia aquele grupo inicial de 6 alunos em que foi feito o sorteio dos participantes, se colocou à disposição para participar da pesquisa no lugar da participante do sexo feminino que relatou a ele não querer mais participar da mesma.

A partir desse momento a pesquisa passou a contar com 3 participantes todos do sexo masculino, onde a ausência de um participante do sexo feminino não significa um recorte de gênero intencional, pois na pesquisa qualitativa pesquisador e participante da pesquisa são produtores de conhecimento e a interação de ambos independe da categoria de gênero.

Nesse primeiro momento da pesquisa com esse novo participante, foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa (anexo 1) e um diálogo aberto com os temas: medicina, vida acadêmica, relação médico-paciente e morte. (Recortes das transcrições anexo 3 p. 88)

O segundo encontro, discussão do caso clínico, aconteceu numa segunda-feira na sede da Unievangélica em uma sala de aula no horário disponibilizado pela

professora com a participação dos 3 integrantes da pesquisa e a pesquisadora. (Recortes das transcrições anexo 3 p118).

O terceiro e último encontro, discussão do caso clínico, aconteceu em uma sala reservada na UBS com permissão do preceptor da unidade. No final do encontro a pesquisadora agradeceu aos participantes e os mesmos se colocaram à disposição caso necessário e disseram que gostariam de ler a dissertação quando a mesma fosse finalizada. (Recortes das transcrições anexo 3 p130).

### **7.3- Participantes**

A população estudada foi de acadêmicos do curso de medicina que estão cursando do 11º período na IES mencionada, sem importar idade e sexo. Segundo González Rey (2005a) o importante é a qualidade da expressão dos participantes e não a quantidade de indivíduos, não é o tamanho do grupo que define os procedimentos de construção de conhecimento, mas sim as exigências de informação. “O número ideal de pessoas a ser considerado na pesquisa qualitativa deixa, dessa forma, de ser um critério quantitativo, passando a se definir pelas próprias demandas qualitativas do processo de construção de informações intrínseco à pesquisa em curso ” (González Rey 2005a, p112).

Participaram desta pesquisa 03 acadêmicos do sexo masculino, identificados como participantes A, B e C e com as seguintes características:

Participante A: 23 anos de idade, solteiro, mora com a família.

Participante B: 33 anos de idade, casado, tem uma filha.

Participante C: 34 anos de idade, solteiro, mora sozinho.

## 7.4- Instrumentos

González Rey (2005a) define instrumento sendo toda situação ou recurso que permite ao outro expressar-se no contexto de relação que caracteriza a pesquisa. Este momento é dinâmico, é um espaço onde a emoção que integra o sentido subjetivo emerge na qualidade das informações tanto do participante da pesquisa como do pesquisador, onde as expressões simbólicas diferenciadas de cada um aparecem neste sistema de relações.

O processo Conversacional permeia todo o momento empírico e se trata de uma conversa aberta que desperta no outro o desejo de ser ouvido. Para González Rey (2005a) a conversação é um processo cujo objetivo é conduzir a pessoa estudada a campos significativos de sua experiência pessoal, os quais são capazes de envolvê-la no sentido subjetivo dos diferentes espaços delimitadores da sua subjetividade individual.

“Os sistemas conversacionais permitem ao pesquisador deslocar-se do lugar central das perguntas para integrar-se em um dinâmica de conversação que toma diversas formas e que é responsável pela produção de um *tecido de informação* o qual implique, com naturalidade e autenticidade, dos participantes. Os elementos que nos indicam a qualidade do clima na qual a informação surge têm, nessa perspectiva, um maior valor para julgar a veracidade da informação” (González Rey 2005a, p.45).

Os instrumentos utilizados no processo de conversação foram:

- Diálogo aberto momento em que a pesquisadora citou algumas frases, como: por que fazer medicina, morte de paciente, relação médico-paciente, emoções vivenciadas na graduação, essas frases tiveram como objetivo ser apenas conteúdo indutor de reflexões e discussões.

- Discussão de Caso clínico (anexo 2), aborda questões da bioética e as decisões de protocolos médicos a serem realizados em um paciente terminal.

- Discussão Vídeo foi um TEDx com o título “A morte um dia que vale a pena viver” da Dra. Ana Cláudia Quintana que enfatiza o tema “a morte”. O vídeo relata que talvez (a morte) é o maior medo de boa parte das pessoas, além de ser ainda um tabu. Ele mostra que a grande questão envolvendo a morte, na verdade, é a vida. Como estamos vivendo? Nossos dias estão sendo devidamente aproveitados ou vamos chegar ao fim desta jornada cheios de arrependimentos sobre coisas que fizemos – ou, pior, que não fizemos? Ana Claudia, médica especialista em Cuidados Paliativos, compartilha suas experiências pessoais e profissionais e incentiva que as pessoas cultivem relações saudáveis, cuidem de si próprias com a mesma dedicação com que cuidam dos parentes e amigos e procurem ter hábitos saudáveis, sem deixar de fazer aquilo que têm vontade e as torna felizes.

Os instrumentos relatam a dialética entre vida e morte, no intuito de provocar a expressão de emoções que levariam a produção de sentidos subjetivos de todos os envolvidos, participantes da pesquisa e pesquisador. Estes foram escolhidos durante os estudos teóricos realizados pela pesquisadora e em discussões no grupo de orientação do mestrado, tanto o caso clínico e o vídeo despertaram interesse e curiosidade da pesquisadora em saber como os acadêmicos reagiriam aos mesmos. “O instrumento representa apenas o meio pelo qual vamos provocar a expressão do outro sujeito; isso significa que não pretendemos obrigar o outro a responder ao estímulo produzido pelo pesquisador, mas facilitar a expressão aberta e comprometida desse outro, usando, para isso, os estímulos e as situações que o pesquisador julgue mais convenientes. O instrumento privilegiará a



expressão do outro como processo, estimulando a produção de tecidos de informação, e não de respostas pontuais ” (González Rey 2005a, p.43).

## Capítulo VIII- Resultados/Discussão

### 8.1- Análise das informações

A análise construtivo-interpretativa das informações na pesquisa qualitativa com base na epistemologia qualitativa tem como protagonista o seu pesquisador onde tem sob sua responsabilidade intelectual a construção teórica resultante da pesquisa, sendo desenvolvida a partir de sua trajetória pelo momento empírico e reflexão teórica. Esta teoria envolve representações teóricas, valores e intuições do pesquisador. Segundo González Rey (2005a) não está nas aparências do material empírico o objeto do pesquisador, mas nas diversas formas de organização não acessíveis da aparência, sendo, no nosso caso, a emoção subjetiva presente em todos os tipos de comportamento ou expressão do acadêmico de medicina.

A emoção aparece indiretamente na qualidade das informações manifestadas em diversos tipos de expressão pelos participantes da pesquisa. Peres (2012) afirma que a compreensão da gênese das emoções exige do pesquisador a interpretação de uma multiplicidade de elementos culturais e históricos, direta e indiretamente implicados na situação e na vivência emocional do sujeito em relação a eles. A autora esclarece que este método de González Rey (2003, 2005) é indiscutivelmente compatível com o estudo qualitativo da emoção e, portanto, do desenvolvimento e expressão dos afetos implicados com as categorias sujeito e subjetividade.

A lógica configuracional neste tipo de pesquisa ocorre em um processo construtivo, dinâmico, criativo, personalizado e irregular, não se orientando por uma

lógica *a priori*, mas aberta na atitude ativa da construção pesquisador. González Rey (2005a) afirma que a subjetividade representa uma realidade que não é acessível de forma direta ao investigador e que tampouco pode ser interpretada de forma padronizada por manifestações indiretas que sejam suscetíveis de generalização, pois as expressões de cada sujeito e espaço social são implicadas em sistemas de sentidos diferentes que têm trajetórias próprias, e cujos sentidos tem de ser descobertos no contexto em que são produzidos. Para Peres (2012) as emoções e os sentidos subjetivos gerados pelo sujeito, nem sempre acessíveis à consciência, podem não ser identificados de forma imediata no cenário da pesquisa.

A construção das informações teve como objetivo principal compreender como os acadêmicos de Medicina vivenciam emocionalmente a morte do paciente. Como se sabe a graduação de medicina é extensa e conflituosa, no sentido de que os alunos passam 6 anos tendo que lidar com situações de doença e morte.

Nesta epistemologia qualitativa não existe categorias de análise *a priori*, segundo González Rey (2005a) devemos conceber as categorias não como entidades rígidas e fragmentadas, mas como momentos de organização e visibilidade de uma produção teórica, em cujo processo as categorias se mantêm em constante movimento dentro das construções em que se articulam entre si, neste sentido o pesquisador vai construindo, de forma progressiva e sem seguir nenhum outro critério que não seja o de sua própria reflexão teórica, os distintos elementos relevantes que irão se configurar no modelo do problema estudado. A pesquisa é um processo que deve começar com incerteza e com desafio, e não com o objetivo de verificar uma certeza definida *a priori*. “O processo de construção de informação não se orienta por uma lógica *a priori*, mas está exposto a uma

abertura que gira em torno da construção do pesquisador e que tem, como referência, apenas o próprio modelo que avança a partir da construção do pesquisador durante o processo da pesquisa ” (González Rey 2005a, p.124).

## **8.2- Categorias de análise das emoções subjetivas geradas pelos acadêmicos perante a morte**

### **8.2.1. Morte do paciente como fracasso profissional**

Aceitar a morte do paciente para um acadêmico de medicina muitas vezes é ter que encarar um possível fracasso ou erro profissional. Os professores não aceitam tal erro, sendo assim a morte deixa de ser algo natural e passa a ser algo a ser sempre evitado na medicina, como comprova a fala do participante A: *“Na graduação (a morte) é uma coisa...é uma aberração, morte não é o caminho natural das coisas”. “... o que passa pra gente é que a gente luta contra a morte”*. Assim, a morte passa a ser entendida como falha da medicina, vista como um erro ou um insucesso de um tratamento, e não como parte integrante da vida, o que gera ansiedade e cobrança por parte da população e dos próprios médicos (Pazin-filho, 2005).

Segundo Arantes (2016) é um grande desafio para médicos e profissionais da saúde compreender que não é fracasso quando acontece a morte. Esta afirmação está presente nas falas dos participantes, muitas vezes estes se sentem impotentes na morte de uma pessoa, não conseguem encarar a morte como não sendo totalmente sua responsabilidade.

Participante B: *Eu acho também que... até tem um momento vc tem que saber até vai sua competência de agir contra e até onde já é uma doença que não tem mais cura. Que vc sabe que seu paciente vai caminhar pra morte infelizmente é uma doença crônica mesmo, progressiva, incurável, até onde...vc tem que saber esse limiar né! Às vezes assim... é difícil fazer um diagnóstico, pô essa doença, até que ponto a gente pode fazer alguma coisa pra reverter e daqui pra frente é...*

Participante A: *Eu acho que ainda é diferente .... Porque as vezes vamos supor, uma coisa é um paciente idoso falecer de câncer outra coisa é o jovem que bate o carro e morre no acidente.*

Participante B: *O meu primeiro como estudante de medicina eu não lembro, eu lembro assim como eu trabalhando como bombeiro, marcou muito. Preso em ferragem uma criança, eu lembro até hoje assim, capotou o carro 2 foram ejetados morreram na hora e a gente chegou naquela ânsia...fizemos o encarceramento assim... cortar ou não cortar as ferragens...na hora que chegou assim.. Criança, a gente pensou que tava assim ou inconsciente ou alguma assim...linda, rosto angelical. Na hora que a gente foi pegar que foi que a gente viu que tinha quebrado mesmo, ela tinha rebentado o crânio por trás então tinha exposição de massa encefálica, mas na frente perfeita, a gente só percebeu depois que chegou próximo. Assim essa me marcou muito, que eu lembro de outra é que... Ele gritava por socorro pra não deixar ele morrer né! Então assim... esse da menina que eu citei e esse caso foi muito frustrante assim...eu fiquei quase um ano martelando aquilo na minha cabeça, as vezes sempre que eu ia numa situação que envolvia óbito, a gente sempre lembrava, principalmente acidente que tava ali...a gente sempre lembrava desses 2 casos.*

Percebe-se neste relato acima como é difícil aceitar a morte, principalmente quando se tenta fazer o possível e o impossível para que isso não aconteça. A perda de um paciente às vezes pode ser dolorosa para o profissional, ficando sempre na lembrança do mesmo e sendo muitas vezes vivenciadas em outras experiências. Acredito que nesses momentos um turbilhão de emoções é vivenciada, o que mostra que as emoções estão presentes em todos os momentos de nossas vidas.

Os acadêmicos de medicina são cobrados em relação a seu conhecimento, habilidade e postura ética. O curso em vários momentos exige que o aluno lide de maneiras diferentes perante o paciente, pois na graduação temos o ciclo básico (4 períodos), o ciclo intermediário (5 ao 8 período) e o ciclo final onde já estão no internato atuando como estagiários. Rodrigues (2006) afirma que desse modo, as instituições médicas se transformam em instrumentos de controle social, apropriando-se a tarefa de administrar a saúde e a vida dos indivíduos. O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado [...] Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde frequentemente de vista o paciente como ser humano (Capra, 1982, p. 116).

Participante B diz: *“A primeira visão que vc tem quando entra na medicina é que sempre vc vai estar tentando lutar para não chegar nesse desfecho.” “...a partir desse momento (internato) que eu estou tentando ver essas 2 visões diferentes a*

*partir desse momento eu vou poder ter minha opinião sobre, tá formando também sobre a morte em si, o ato de morrer”.*

Participante A: *“Lidar com a morte...mas é muito diferente, muito diferente quando vc chega lá na frente, quando vc passa o curso inteiro... vc com a cabeça de vou lutar contra a morte, quando vc chega lá na frente...é”*

Mello e Silva (2012) citam que nos médicos, essa ansiedade gera frustração e leva ao abandono da crença de que possam ajudar. Muitos profissionais não conseguem compreender, embora vivenciem o fenômeno diversas vezes ao longo do exercício de sua profissão, que quando um paciente morre isto não é sua culpa na grande maioria dos casos, mas sim evolução natural da própria condição da doença. A visão da morte como um erro da medicina, um insucesso de um tratamento, gera ansiedade e cobrança por parte da população e dos próprios médicos.

### **8.2.2- Novas formas de configuração subjetiva da medicina sobre a morte**

O acadêmico de medicina a medida que entra em contato com as diferentes situações vivenciadas no Curso, ele vai mudando o seu pensamento e a forma de enfrentar as situações pertinentes a profissão. González Rey (2005b) afirma que os elementos de sentidos que integram a configuração subjetiva de um espaço social concreto estão de forma permanente relacionados a elementos de sentidos procedentes de outras zonas e espaços da vida social que afetam os membros de cada agência social, os quais na sua condição de sujeitos, empreendem novos

caminhos, que acabam sendo elementos de transformação no *status* que o engrenou. Isto está representado nas falas dos acadêmicos abaixo:

Participante A: *“Eu acho que a morte é uma coisa muito sutil, é uma coisa muito tênue. Acho que é um caminho não é fim, morte é caminho”*

Participante B: *“... eu tento... não me deixar...as vezes endurecer pela razão que a medicina um pouco te dá. “...que a dor é uma questão muito subjetiva, a mesma dor pra mim as vezes não é a mesma que o colega tá sentindo”,*

Participante C: *“... medicina trabalha com a morte... o tempo inteiro, em todas as áreas, todas têm um risco de morte e... e... e tem se o medo grande da morte acho que principalmente a nossa cultura tem um medo grande da morte, eu vejo em outras culturas principalmente as orientais a morte é mais bem aceita.”*

Para González Rey (2003) o sujeito em sua processualidade reflexiva intervém como momento constituinte de si mesmo e dos espaços sociais em que atua, a partir dos quais pode afetar outros espaços sociais. O sujeito representa um momento de subjetivação dentro dos espaços sociais em que atua e, simultaneamente, é constituído dentro desses espaços na própria processualidade que caracteriza sua ação dentro deles, a qual está sempre comprometida direta ou indiretamente com inúmeros sistemas de relação.

### **8.2.3- Emoções vivenciadas pelos acadêmicos ao enfrentar a morte**

Camargo et al (2015) afirma que o contato com a morte promove reflexões sobre própria fragilidade e finitude, além de estimular a expressão das mais variadas atitudes emocionais, naqueles que a observam. Essa mistura de sentimentos faz com que estes se sintam muitas vezes perdidos e confusos na sua



atuação como médico. As diversas emoções vivenciadas pelos acadêmicos perante a morte do paciente e as emoções relacionadas com os processos de desenvolvimento do acadêmico, são relatadas pelos participantes da pesquisa nos trechos a seguir.

**- Frustração:**

Participante A: *"... Tem coisa que não tem jeito de enfrentar sabe! A morte passa a ser quase como uma força divina. Tem coisas muito maiores do que nós, sabe! Então acho se eu começar a encarar todas as doenças que não conseguir tratar e diagnosticar sendo frustrado com isso," Ah! não consegui", acho que é já é até arrogante da minha parte, vai chegar...a morte vai chegar. tem coisa que não adiante, pode ser até o médico mais gabaritado do mundo que não vai dar. Tem coisa que transcende o médico como agente de saúde, sabe!*

**- Medo:**

Participante B: *Eu acho o seguinte, eu pelo menos posso falar por mim, a gente fica com muito medo né! De sei lá, de errar, de as vezes como expliquei no início custar uma vida num erro seu.*

Participante A: *O medo de errar é grande, é tipo assim...Imagina que vamos supor tem cara que formou a 20 anos atrás, sempre trabalhou e beleza! Eu tô formando daqui a...talvez nem 6 meses...dá 8 meses por aí, 2 caras, 2 médicos, 2 pessoas que tem doutor na frente do nome, na hora de ser atendido ninguém vai querer saber disso.*

Participante A: *Eu converso as vezes com colegas que já formaram, compartilho "a tô morrendo de medo" "- Não fica tranquilo, no começo é assim mesmo depois vc vai pegando experiência" mas uma coisa é falar é praticar.*

**- Decepção:**

Participante A: *Eu tava no 8º período, num plantão que eu tava dando até de bobeira lá na UTI do Evangélico, todo mundo tranquilo, as enfermeiras lá de boa, de repente alguém "parou, o paciente parou " Aí todo mundo desesperado. Tentaram reanimar o cara uns 20 minutos...tentaram reanimar ele uns 20 minutos, fizeram trocentas ampolas de adrenalina nele. Eu lembro que na hora que o paciente morreu, passou um tempo eles foram arrumar o corpo, me chocou demais na hora que eles foram arrumar o corpo. Tipo! viraram o cara, amarraram, cruzaram os braços e as pernas, colocaram uma etiqueta na testa, isso foi demais! Primeira vez que eu vi tanto é que eu lembro até hoje! Colocaram uma etiqueta na testa colocaram num saco, nossa! nós somos tudo igual, não tem ninguém melhor que ninguém, todo mundo morre com uma etiqueta na testa e dentro de um saco.*

No processo da pesquisa emoção e razão apareceram juntas como citado na fala anterior. Citar algumas emoções vivenciadas pelos acadêmicos significa mostrar como eles às colocam, independentemente da profissão mostrando assim não são "insensíveis e frios".

**8.2.4- O inevitável envolvimento emocional**

O envolvimento emocional com seus pacientes acontece e que os mesmos se sentem fragilizados e com necessidade de conversar com alguém, mesmo que for outro colega. Participante C: *“uma paciente pediatra uma criança de 11 anos com tumor intestinal, gigante, progressivo é depois acabou que ela foi transferida para o Araújo Jorge e eu nem sei o fim da história, mas no tempo que ficou comigo ali ficamos bem próximos, era um tumor agressivo provavelmente levaria à morte,*

*todo mundo estava bem desmotivado em relação aqui ali, e participei do processo de informar aquilo a mãe, de dar o suporte a mãe. Aquilo ali foi o que mais eu me envolvi mesmo assim". "Isso foi bem difícil, foi bem emocionante, eu conversava com a minha dupla do internato sempre. Foi bem pesado, pesado porque a mãe e ela não era nova, era filho único...". Arantes (2016) afirma que o desafio de quem quer estar ao lado de uma pessoa que está morrendo é saber transformar o sentimento dela em algo de valor. Transformar o sentimento de fracasso diante da doença em um sentimento de orgulho pela coragem de enfrentar o sofrimento da finitude.*

Para González Rey (1997) a relação entre subjetividade social e individual é bem mais complexa e contraditória, por meio da qual o comportamento do indivíduo se expressa com diversas contradições entre suas necessidades individuais e sociais, nas quais deve atribuir sentido para manter seu desenvolvimento pessoal no meio de sua expressão social. Entre o social e o individual, não há uma relação linear nem homogênea. Podemos perceber essa afirmação no perfil de cada participante, eles mostram como o individual e o social se misturam de forma complexa.

Mediante a inevitabilidade do envolvimento do acadêmico com as emoções construímos os seguintes indicadores.

Participante A: 23 anos de idade, solteiro, mora com a família, desde pequeno quis fazer medicina, demonstrou a importância do cuidar do paciente, mas, às vezes, mostra a importância de seguir todos protocolos independente da autonomia do paciente. Indica que defende a qualidade de vida, se preocupando com a dignidade na hora da morte do paciente.

Participante B: 33 anos de idade, casado, tem uma filha, trabalha na área da saúde como socorrista, fala de uma medicina humanizada, preocupa-se com a autonomia do paciente e demonstra uma imensa capacidade de empatia, mas sugere algum conhecimento sobre cuidados paliativos e dar importância ao trabalho de equipe.

Participante C: 34 anos de idade, solteiro, mora sozinho, fez administração, encara os desafios do médico como os de outras profissões, demonstra racionalidade e objetividade ao lidar com as situações acadêmicas. Defende a autonomia do paciente, é atento em escutar a vontade do paciente.

#### **8.2.5- Desenvolvimento humano e a morte**

Dentro do contexto de desenvolvimento humano apresento a fala do participante A que diz: *“Acho que morte, morte é inevitável de uma maneira ou de outra, o que a gente não sabe é quando ela vai chegar né! Mas ela chega e vai chegar pra todo mundo”*. Pode-se perceber que o acadêmico tem consciência que a morte é um processo natural do desenvolvimento humano e que será o fim de todos em algum momento da vida.

Na maioria das vezes a medicina não encara a morte como um processo de desenvolvimento humano, ela tem como foco não aceitar a morte do paciente, tendo assim como objetivo principal livrar o paciente desse fim. Durante o curso percebe-se que os acadêmicos acabam mudando a visão que possuem em relação a morte, confirma-se este aspecto na seguinte fala do participante B: *“hoje eu tenho uma visão um pouco diferente de morte, eu via como um processo natural da...de um ciclo né! Que a gente nasce...aquele ciclo que a gente aprende lá desde o pré, a gente nasce...”...depois a gente entra na medicina, ...vc entra assim com um gás,*

*que vc entra motivado, vc não quer que sua paciente venha a óbito, que é o desfecho mais...”.*

O participante acima relata que com a graduação a morte deixou de ser um aspecto natural do desenvolvimento, que eles (graduandos) precisam fazer tudo que for possível para que o paciente não morra, passando a ter uma visão tecnicista da vida, ou seja, acreditando, muitas vezes, ter o controle sobre a morte, com isso perdem a sensibilidade perante a dor do outro, executam procedimentos técnicos e não respeitam a autonomia do paciente. No final acabam sendo rotulados como os profissionais “frios e insensíveis” perante o paciente. Feitosa (2016) cita: “Para estes profissionais é importante manter o foco na sobrevivência e para tanto dispõem de equipamentos, medicamentos e técnicas cada vez mais avançados, além da busca incessante de pesquisadores para lhes respaldar. ”

#### **8.2.6- Um elemento do significado social do erro médico**

*Participante A: É muito bizarro que a gente sempre entende na vida que o melhor método de aprendizagem é tentativa e erro, vai fazer isso na medicina, tentativa e erro. Ah, vamos ver, vamos começar esse medicamento e morreu e agora! Sabe é um método um pouco furado.*

*Participante B: Carimbou, tem CRM pronto! Eu tenho que ter se a gente for pensar de maneira muito fria na hora de dar a consulta eu tenho de ser tão preciso quanto a pessoa que já tá praticando ai a muitos anos. Nossos preceptores, nossos professores, vou ter que ser preciso quanto eles, sabe talvez eu esteja até exagerando um pouco mas eu vou ter que acertar, na menor das escalas. Errar não é um luxo que nós temos...É claro assim, é lógico que tem os protocolos para*

*direcionar condutas a gente sabe, sempre tá estudando, sempre tá aperfeiçoando, mas mesmo assim...eu acho que todo ser humano independente da profissão que ele esteja exercendo é falível de erros né! Só que as vezes o seu erro, vai custar muito caro pro paciente.*

Nessas citações acima podemos perceber que a sociedade e nem os próprios médicos aceitam os erros, que é inadmissível que um médico possa aprender mesmo que tenha cometido um erro grave, como por exemplo, a morte de um paciente. Os médicos são cobrados, vemos nas mídias que a maioria dos fracassos, dos maus atendimentos, das filas e dos problemas relacionados a área da saúde são de responsabilidade dos médicos, e no caso da morte de um paciente, não seria diferente. Estas situações levam estes profissionais a acharem que a morte de um paciente é simplesmente um erro de percurso e se considerarem onipotentes diante dessas situações, como se pudessem ter o controle de tudo, principalmente, na vida de um paciente. “Começamos a faculdade com uma intenção idealista e linda de salvar vidas, mas a vida nos mostra que a salvação vai muito além de remédios e cirurgias. O que tentam nos ensinar na faculdade é que bons médicos têm que fugir da morte ” (Arantes 2016 p.115).

### **8.2.7- Conflitos entre a vida e a morte do paciente**

Na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, no capítulo III dos conteúdos curriculares e do projeto pedagógico do curso de graduação em medicina art. 23. onde os conteúdos fundamentais para o curso de Graduação em medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica

e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde, contempla no parágrafo VI: “A promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte) [...]” (BRASIL,2014). Mas sabe-se que esse artigo está longe da prática acadêmica, ainda se aborda pouco sobre a morte, este tema atualmente está vinculado as aulas de cuidados paliativos, que segundo a OMS consiste na assistência, promovida pela equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante da doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físico, sociais, psicológicos e espirituais (Arantes, 2016).

Nos relatos dos participantes percebe-se que as vezes eles entram em conflito entre o cuidado paliativo e o esforço de fazer com que o paciente sobreviva de qualquer forma. Na discussão do caso clínico em que a paciente três anos submetida a uma cirurgia para retirada de um “cisto de ovário”, na última semana começou a sentir falta de ar e dor localizada em hemitórax direito, ontem sente respiração “mais curta” que é percebida como dispnéia a médios e longos esforços sem ortopnéia. Refere que a dispnéia piora quando deita em decúbito dorsal esquerdo, emagreceu 3 Kg nos últimos meses (anexo 2). Na pergunta feita aos participantes se deveriam descomprimir o ureter da paciente, houve divergências de opinião:

Participante A: *Descomprimo, claro.*

Participante B: *Ai é igual uma faca de dois gumes, eu penso, quer dizer...*

Participante A: *Vamos supor que ela seja uma paciente paliativa, não tem mais nada pra fazer, exemplo...*

Participante B: *Por exemplo, se a paciente...pra ser paciente paliativa a família primeiro tem que aceitar essa questão.*

Participante A: *É, tudo bem, ela concorde, ah...eu quero ser paliativo, eu não quero que faça nada.*

Participante B: *Ai no caso se fosse paliativo, ... a cirurgia de obstrução muda, ela é contraindicada, você não pode fazer nada que vá alterar... seria... distanásia.*

Participante A: *Pois é, mas aí você vai deixar a paciente morrer por creatinina estourando, insuficiência renal.*

Participante B: *Igual aquele dia lá, que eu conversava com a professora, ela parou de hemodialisar... Eu, a primeira vez que eu vi, eu fiquei doido, falei nossa ela vai deixar morrer. Mas é o caminhar da carruagem digamos assim, entendeu, o processo. Agora assim, se não for paliativo tem que fazer né, pra ser descomprimido o ureter, até porque o seguinte, pra tentar pelo menos chegar...assim, é claro que tem que ser uma decisão acordada com a família, pelo menos, talvez realizar o sonho dela de, apesar de não ter indicação, de ver o filho formar. Mas eu acho que se for paliativo, você sabe que não pode fazer isso.*

Participante C: *Eu acho que mesmo se for paliativo, isso aqui você diminui questão de dores do paciente.*

*Participante C: Promove um conforto na morte dele.*

Participante A: *Cara, mas ela ta completamente obstruída,*

Participante C: *ta com hidronefrose<sup>2</sup>. Analgesia não vai ganhar disso aqui não. Eu acho né.*

---

<sup>2</sup> Normalmente, a urina flui dos rins para as vias urinárias em gradientes muito baixos de pressão. Se este fluxo for obstruído, acontece uma dilatação do rim pela urina, em decorrência da pressão de retorno do fluxo urinário sobre o rim, danificando os seus delicados tecidos e interrompendo o seu funcionamento. Chama-se hidronefrose à distensão que se verifica no rim assim afetado. AbcMed, 2017



Participante A: *hidronefrose bilateral, imagina a dor que essa mulher deve estar sentindo.*

Participante C: *É, eu acho que vai ter que fazer uma descompressão aqui pra ela parar de sentir dor.*

Participante A: *Isso, ai pronto. Ai você desobstruiu o ureter de, ai a partir dai...*

Participante C: *E ai, tumoração no pulmão, ai vai matar. Agora você deixar morrer por isso aqui.*

Participante A: *Ah, cara, eu não sei, eu particularmente acho que tinha que desobstruir, não dava pra deixar não.*

Participante B: *é mais o seguinte...*

Participante A: *Só se ela deixasse muito claro, assim, não quero o paliativo.*

Participante B: *Não, mas o paliativo é isso ai, o paliativo, por exemplo, que eu vi lá. Paliativo você só faz se for mudar a questão de conforto pro paciente, a questão assim... você não vê a questão de funcionalidade...de prognóstico... ai assim se não for paliativo, tudo bem, eu concordo, tem que fazer mesmo, mas se for paliativo, você faz só analgesia mesmo pra dor.*

Participante C: *Porque isso aqui, se você não fizer isso ai pode causar um...*

Participante A: *Uma morte muito agonizante.*

Participante C: *... é, vai, as vezes pode gerar mais uma infecção, uma coisa a mais, você não vai...*

Participante B: *Mas você vai ta prolongando a vida do paciente cara, você vai estar fazendo isso pra prolongar a vida da paciente sem sentido, ela tem alguma doença metástase, não tem cura, é os três pilares lá do paliativo, doença progressiva incurável.*

Participante C: *Então, mas deixa a metástase matar ela, não...*

Participante A: *Ela vai morrer mais na frente cara... Nossa.. não, eu tô achando muito sub humano!*

Participante C: *Não, eu acho que ela vai ficar com muita dor.*

Participante A: *Com essa obstrução eu acho que vai ser muita...*

Participante C: *Mas essa dor por compressão no ureter aqui, se ela ta entupida aqui cara, eu acho que isso até com morfina resolve. Acho que não vai resolver não, cara. Não sei também.*

Neste diálogo citado acima, referente ao caso clínico (anexo 2) podemos perceber novamente conflitos emocionais vivenciados pelos acadêmicos, como o medo de matar a paciente por ter realizado um procedimento invasivo, medo da dor que a paciente possa vir a ter com determinados procedimentos clínicos. Cada um dos 3 participantes teve um ponto de vista perante o caso, o participante A defende fazer o procedimento de descomprimir os ureteres da paciente, o participante B é contra realizar este procedimento e o participante C fica na dúvida em relação a realização do mesmo. O que deixa claro que diante da dor e sofrimento do outro (paciente) sentimentos são despertados nos acadêmicos. Para Arantes (2016) o sofrimento é algo absoluto, único, totalmente individual. Podemos ver as doenças se repetirem no nosso dia a dia como profissionais de saúde, mas o sofrimento nunca se repete. Cada dor é única. Cada ser humano é único.

#### **8.2.8- A preparação para lidar com a morte do paciente**

Na graduação os acadêmicos não são preparados para a situação de morte, o participante A relata ...” *É um pouco da contramão do que somos treinados para fazer...*’

Participante C: *Na geriatria é mais comum, a perda de um paciente é natural, frustrado é um pediatra que uma criança morre.*

Participante A: *Urgência é diferente, a morte se um fator abrupto e não um processo, não é esperado*

Participante C: *Esse eu acho esse aí mais complicado*

Participante A: *É onde te dá a sensação de frustração*

Participante C: *Ele tem que estar muito preparado*

Participante A: *tem muita gente que não ta nem um pouco preparado pra isso, tem muita gente que encara essas coisas da morte assim...não vou falar ...com muita frieza, mas com muita desprezo, uma abordagem esquisita.*

Participante A: *Varia muito da pessoa, do perfil do médico, não do prestador da assistência, não do médico com profissional e suas capacidades técnicas, mas dá pessoa, da pessoa que tá lá usando o jaleco. Da sua capacidade de vivência, da sua compreensão de mundo, das suas opiniões.*

Segundo González Rey (1997) o sujeito, por sua própria condição, representa momento de permanente integração intrapsíquica interativa, e é uma dimensão existencial de sua própria subjetividade, constituída na história de sua vida social". Portanto não é possível separar individual do social, o afetivo do teórico, o ser humano é sempre um ser de relações consigo e com o outro, com o interno e o externo, não existe dicotomia e sim uma integralidade entre o ser e sua história.

Participante A: *A de ser técnico para realizar o que você precisa realizar, você não tratar as vezes as coisas com procedimentos se não dá conta de fazer, mas se você esquecer em algum momento que a pessoa que tá lá merece dignidade, tem os seus momentos, se colocar no lugar dela, talvez nem se colocar no lugar dela*

*seja mais adequado, se você não considerar o que ela é, o que ela necessita, o que ela necessita ali. Você se perde, você não precisa se envolver tanto, estar em todas as etapas do sofrimento do paciente. Você precisa estar presente, mas também não pode estar enfiado de cabeça.*

Quando questionados pela pesquisadora sobre como dosar esse equilíbrio, responderam:

Participante A: *vivendo e quebrando a cara, talvez...*

Participante C: *Não pode esquecer, estar se policiando sempre*

Participante B: *Vivência, feeling*

Nas afirmações acima podemos perceber que os acadêmicos são preparados muitas vezes de forma teórica, que as habilidades e atitudes são desenvolvidas com o passar do tempo, ou seja, com a experiência, que o verdadeiro encontro da relação médico-paciente acontece num espaço único do encontro em duas pessoas e não no encontro de uma pessoa com uma doença. Arantes (2016) cita que a parte teórica do saber médico, ou seja, a habilidade de avaliar histórias clínicas, escolher remédios e interpretar exames exige algum esforço, mas, com o tempo, vai ficando mais simples. Já a capacidade de olhar nos olhos das pessoas de quem cuida e de seus familiares, reconhecendo a importância do sofrimento envolvido em cada história de vida, nunca pode acontecer no espaço virtual do modo automático.

### **8.2.9- Cuidados paliativos uma nova visão**

Na discussão do vídeo “A morte um dia que vale a pena viver” da Dr<sup>a</sup> Ana Cláudia Quintana Arantes, mostra o pouco conhecimentos que os acadêmicos têm

sobre os cuidados paliativos.

Segundo Arantes (2016) os cuidados paliativos podem ser úteis em qualquer fase da doença, mas sua necessidade e seu valor ficaram muito mais claros quando a progressão atinge níveis elevados de sofrimento físico e a medicina nada mais tem a oferecer. Fecha-se, assim, o prognóstico e anuncia-se a proximidade da morte. Os médicos profetizam: “Não há nada mais a fazer”. Mas eu descobri que isso não é verdade. Pode não haver tratamentos disponíveis para a doença, mas há muito a fazer pela pessoa que tem a doença.” Os acadêmicos entendem essa forma de trabalhar nas seguintes falas:

Participante B: *acho bacana a forma que ela vê, do cuidado paliativo e da forma de morrer. Pode tentar fazer diferente do que tinha feito anteriormente. Então assim...Ela de certa forma acredita que o final da vida do paciente tá chegando e ele tem o direito de aquilo da melhor forma possível e de fazer as coisas que são importantes para o paciente.*

Participante A: *Morrer no processo, bem acompanhado, morrer bem...é muito bom*

Participante C: *É interessante o jeito que ela trabalha, e essa questão do cuidado paliativo, existe uma certa discriminação nisso mesmo, é bem o que ela falou: Ah, não tem mais nada que pode fazer manda pro paliativo, pra morrer, vai ficar só os “morredores” esperando a morte. E não é bem isso talvez seja mais importante...enquanto aquela pessoa estiver ali tem que fazer o máximo. Ela está ali para fazer o máximo, que aquela pessoa tenha o conforto no final de vida.*

Mas ao mesmo tempo que entendem essa forma de trabalhar dos cuidados paliativos, acreditam que aprenderam sobre ela apenas na prática do internato e não em aulas teóricas em sala de aula. O que confirma isso são as falas a seguir:

Participante A: *Eu acho que a prática médica que vai te preparar para isso*

Participante C: *preparar tanto assim não...na faculdade vi só um pouco, vi mesmo no internato em Goiânia no HDT*

Participante B: *Eu acho que é um dom que a pessoa tem, apesar de toda preparação, tem gente que nasce com essa habilidade, tem pessoas que infelizmente não vão saber lidar...*

Participante C: *A pessoa ter uma alma voltada para aquilo ali é essencial, tem colegas que não podem nem passar perto de cuidados paliativos, vai matar todo mundo.*

Trabalhar com cuidados paliativos, requer um preparo emocional e técnico do profissional, os acadêmicos muitas vezes se sentem perdidos pois não são todos os médicos que aceitam e fazem esse tipo de cuidado. Dentro da IES eles possuem, na maioria das vezes, médicos muito mais preocupados com sua “pseudo-onipotência” profissional do que com os pacientes. Cuidados paliativos requer um grande investimento na relação médico-paciente, onde o paciente é visto como pessoa e não como doença. E como os participantes citaram muitos profissionais estão longe disso!

#### **8.2.10-A ética e a autonomia do paciente**

Na discussão do caso clínico (anexo 2) foram abordados temas do dia a dia do internato de medicina e as decisões difíceis que, às vezes, os médicos devem tomar. Arantes (2016) afirma, o que mata é a doença, e não a verdade sobre a doença. Todos acadêmicos concordaram com o direito de o paciente saber a verdade e poder opinar sobre o seu tratamento, como consta em um dos relatos abaixo:

Participante A: *...É direito dela saber o que ela tem né. Tudo bem que o ... dela não quer que ela saiba.*

Participante B: *Sim, eu acho que é deixa o prognóstico reservado e vai levar ela a morte, está escrito aqui no texto*

Em relação a autonomia do paciente, acham que para dar uma má notícia ao paciente, que é direito dele, é bom um trabalho de uma equipe multiprofissional para preparar o paciente a receber essa notícia.

Participante B: *eu acho que já tem que ter todo um trabalho psicológico, ta conversando, ter conversas pra ele ....., de certa forma "preparando o paciente", porque gente...ele tem o direito de saber...*

Participante A: *Tem.*

Participante B: *a doença dele. Então assim...eu acho que a gente tem que fazer um tratamento da equipe multidisciplinar, com psicólogo, pra estar acompanhando ai esse caso ai, fazendo esse acompanhamento com ela. E também a gente pensa só, muito assim, no tratamento da doença né, a gente não pensa muito nesse lado emocional do paciente. Eu acho que isso também tem que ser abordado de forma bem substancial ai.*

Outra questão ética abordada foi em relação a eutanásia que significa boa morte. Quando questionados pela pesquisadora se fariam eutanásia por que a lei não permite ou por que vocês também pessoalmente são contra? Responderam

Participante B: *Eu pessoalmente sou contra...eu sou contra, por que eu acho que você estaria determinando algo que não te pertence, isso não cabe a ele...*

Participante A: *Acho muito radical, eutanásia, muito radical. E já tenho pra mim, que assim a, só de você fazer acompanhamento com o paciente paliativo, só as medidas de conforto já está sendo assim...excelente. Eutanásia já é um passo*

*além.*

Participante C: *pessoalmente eu sempre fui contra mas tem alguns casos extremos assim que eu não tenho opinião ainda sobre o assunto, uma é aquele filme famoso acho que Mar a adentro o que é um escritor lá, que passou a vida toda na... desde jovem passou a vida toda...ele teve um acidente e ficou tetraplégico e passou a vida toda na cadeira de rodas. É...sem movimento nenhum, não só na cadeira de rodas, mas sem movimento nenhum, só o movimento do pescoço aqui, e passou ali a vida toda querendo morrer né, querendo a eutanásia, lutou por isso...até fizeram projeto de lei lá por conta disso.*

#### **8.2.11-A racionalidade na relação médico-professor e acadêmico de medicina**

Para Arantes (2016) os médicos ainda não aprenderam na faculdade a diferença entre ter uma parada cardíaca e morrer. Na verdade, morrer é um processo que jamais será interrompido, mesmo que façam tudo o que a medicina pode oferecer. Se o processo ativo de morte se inicia, nada poderá impedir seu curso natural.

Segundo Eizirik (2000) o enfoque racional, não emocional e científico é um modelo que os estudantes de Medicina podem estar sendo encorajados a seguir com os pacientes e com suas famílias, mesmo quando se trata de pessoas com doenças incuráveis. Adotando uma postura autoritária e distante, claramente defensiva, o médico e o estudante passam a lidar com a morte como algo da realidade cotidiana, tentando banalizá-la. Como podemos ver no relato a seguir:

Participante B: *Tudo contra o que a gente aprendeu. Aí ela vai e..um dia chegou e*



*falou assim " Vc já na faculdade teve medicina paliativa" falei: "humhum, na grade não". E aí ela vem cá, ela passou dois livros muito interessantes.*

*Participante A: Sobre a morte e o morrer*

*Participante B: Como se fosse um número, eu acho que...na medicina é tão treinado assim pra não ver o paciente como um número lá, o fulano da doença tal e aí eles fazem o que tentaram te desconstruir.*

*Participante A: Porque a etiqueta na testa porque se não vão confundir ele ainda e vão velar o paciente errado, sabe. Vc é tão insignificante que até na hora que vc morre eles trocam o seu corpo, se der bobeira. Na hora foi chocante demais pra mim a primeira vez que eu vi, até quando eu vi a morte de frente...na transição até que foi relativamente tranquilo sabe, durante a parada cardíaca eu fui até de boa, tentei reanimar e tudo mais.*

## Capítulo XIX- Considerações Finais

*“Chegou o instante de aceitar em cheio a misteriosa vida dos que um dia vão morrer.”  
Clarice Lispector*

Conforme apresentado nesta pesquisa, a morte permeia todo o universo da medicina, seja na vida acadêmica quanto na profissional. Acredito que abordar, discutir e refletir esse tema neste contexto seja um processo de amadurecimento afetivo, pois vários sentimentos e emoções estão presentes na formação profissional do médico. Abordar e discutir o tema morte não é algo natural e comum, muitas pessoas evitam falar do assunto com receio de não provocar dor nos outros muitos não sabem que essas dores são suas. Rodrigues (2016) afirma que falar cientificamente da morte é considerá-la um objeto e, logo, pô-la à distância...a morte se transforma em um objeto de saber e até mesmo um fenômeno de moda intelectual. Em tudo isso, é claro, existe uma tentativa de fechar a angústia de morte dentro de um discurso e de localizar o pensamento sobre a morte em algum lugar seguro dentro da sociedade (e fora de nós).

O objetivo geral de compreender as emoções na subjetividade dos acadêmicos de medicina frente a morte do paciente foi um desafio no sentido de buscar identificar, descrever e analisar essas emoções, afinal as emoções e os dilemas são complexos e conflituosos diante do tema morte. Os acadêmicos relataram as situações conflituosas que vivenciam entre a doença e a morte, relatam sentimentos como: frustração, medo, decepção e fracasso. “O médico que foi treinado sob o conceito ilusório de ter poder sobre a morte está condenado a se sentir fracassado em vários momentos da carreira ” (Arantes, 2016, p.47).

A morte não pode ser tratada no contexto individual de cada pessoa, a morte faz parte de um contexto social e acadêmico. Como cada pessoa lida com a morte

está relacionado com sua história, sua subjetividade individual que foi proporcionada por uma subjetividade social e vice-versa. Para González Rey (2003) trata-se de compreender que a subjetividade não é algo que aparece só no individual, mas que a própria cultura dentro da qual se constitui o sujeito individual, e da qual também é constituinte, representa um sistema subjetivo, gerador de subjetividade.

Durante o processo acadêmico os participantes falam de um amadurecimento decorrente da prática, principalmente na fase do internato, onde estão em atuação prática na área. Na graduação há pouco preparo para lidar com essas situações, citaram apenas uma disciplina que abordava um pouco desse tema. Isso demonstra que a medicina está voltada muito mais para a doença do paciente preocupando-se com a vida, do que com o processo de adoecimento e morte. Muitas vezes os acadêmicos se sentem impotentes e até mesmo fracassados diante da morte de um paciente, acreditam que o curso não os prepara para esses momentos e que irão adquirir habilidades para lidar com a perda do paciente somente com a experiência de anos de trabalho. Diante dessa argumentação é interessante que os profissionais que têm como objetivo ensinar os acadêmicos a serem um profissional competente, que não olhem apenas os aspectos teóricos que transmitem, mas que tenham um olhar em direção às emoções que estes alunos vivenciam, que veja esse aluno como pessoa que sente, sofre, chora e se alegra com as práticas acadêmicas.

Se a Aprendizagem Baseada em Problemas e a metodologia de problematização, que segundo Souza e Dourado (2015) apresenta-se como um modelo didático que promove uma aprendizagem integrada e contextualizada e Berbel (1998) volta-se para a realização do propósito maior que é preparar o

estudante/ser humano para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo, sempre para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem, ficam os seguintes questionamentos: tomar consciência de seu mundo não está incluído tomar consciência de suas emoções? Como tomar consciência das emoções, se o espaço oferecido não é procurado pelos acadêmicos? O que está faltando no currículo acadêmico para que os alunos invistam em si mesmos como pessoas e não somente como profissionais?

Diante dos questionamentos citados acima, percebe-se a importância de um currículo acadêmico do curso de medicina com o objetivo de romper o modelo biomédico e tecnicista para um modelo mais humanizado, onde esses profissionais sejam capazes de entender e abordar o paciente de forma empática, ou seja, se colocando no lugar do outro – paciente, procurando entendê-lo em seu processo de adoecimento e não somente de doença, como um pessoa-paciente que tem emoções, pensamentos, dores, famílias, expectativas e muito mais, lembrando também que o acadêmico também tem emoções, pensamentos, dores. “ A consolidação do aprendizado profissional não ocorre somente pela aquisição de conteúdos teóricos ” (Mitjans Martinez, 2012 p. 116).

Em relação as emoções vivenciadas pelos acadêmicos, é necessário que estes tenham um espaço/momento de escuta (nenhum dos participantes da pesquisa se referiu como tendo esse momento) para que possam falar de suas angústias, frustrações, medos e conflitos que surgem na relação médico-paciente, podendo assim refletir um pouco mais sobre essa relação. É preciso que eles encarem a morte de um paciente não como um fracasso, mas como uma possibilidade de amadurecimento emocional e profissional, tendo a oportunidade

de não se tornar um profissional “frio e insensível” como são rotulados, sofrer a morte de um paciente não é uma vergonha ou fragilidade como muitos pensam, mas um momento de amadurecimento, ressignificações diante desse momento do desenvolvimento humano. Para González Rey a reflexão é um processo com emoção que atinge o sujeito em sua capacidade de produzir e orientar sua decisão frente o desafio.

A ética foi tratada do ponto de vista do princípio da autonomia do paciente, em que este tem o direito de ser informado sobre a doença, prognóstico e participação no seu plano terapêutico. “Uma implicação do respeito pelas pessoas é o respeito à autonomia pessoal, isto é, reconhecer o direito moral de cada indivíduo escolher e seguir seu próprio plano de vida e ações (Albert. 2012, p. 43). Todos participantes colocaram a importância de o paciente saber e ter a autonomia de decidir sobre seu tratamento, sua vida. Mas será que na prática isso acontece, já que muitos médicos buscam tratar a doença pouco se importando com a pessoa?!

Segundo Rodrigues (2016) a consciência da morte abre a passagem pela qual vão transitar forças notáveis que transformarão a maneira humana de ver a vida, a morte, o mundo. A morte sendo um tema importante a ser abordado tanto no meio acadêmico como no meio profissional, se faz necessário que mais pesquisas qualitativas sejam realizadas no sentido de compreender o mundo subjetivo das pessoas, ou seja, o mundo intrapsíquico e o extra psíquico se relacionando. Como essa pesquisa teve apenas participantes do sexo masculino proponho uma pesquisa com participantes do sexo feminino para podermos entender mais da dinâmica das emoções nos seres humanos. E quem sabe também, novas pesquisas sobre as emoções subjetivas dos acadêmicos de

medicina em outras situações inerentes e estressantes na sua formação, como: atendimentos em serviços de urgência e emergência, atendimentos a pessoas que sofreram violência, e outros tantos atendimentos. Para finalizar ressalto González Rey quando diz que o importante para a saúde humana é a capacidade de produzir novos sentidos subjetivos nos novos contextos em que vivemos e que nos permitem estender nossa identidade.

## Referências Bibliográficas

- AbcMed informações sobre a saúde. Acesso 28 julho 2017. Disponível em: <http://www.abc.med.br/p/sinais.-sintomas-e-doencas/551877/hidronefrose+definicao+causas+sinais+e+sintomas+diagnostico+tratamento+evolucao+prevencao+e+complicacoes.htm>. Atualizado em 23/02/2017.
- Arantes, A. C. Q. (2016) A morte um dia que vale a pena viver. Rio de Janeiro: Casa das palavras.
- Berbel, N. A. N. (1998) A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Acesso em 29 maio 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08>
- BRASIL, (2014) Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: CNE, 2014. Acesso em: 05 dezembro 2016. Disponível: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&Itemid=30192)
- Camargo et al (2015) O ensino da morte do morrer na graduação médica brasileira. Revista Uningá, vl 45 p44-51.
- Capra, F. (1982) O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix.
- Combinato, D.F. e Queiroz, M. S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia* 2006, 11(2), 209-216. Acesso em 09 abril 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v11n2/a10v11n2.pdf>.
- Código de Ética Médica (2010). Acesso 02 dezembro 2016. Disponível: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>.
- Eizirik, C. L. *et al.* (2000) O médico, o estudante de Medicina e a morte. Revista AMRIGS, Porto Alegre, 44 (1,2): 50-55, jan.-jun. Acesso em 05 dezembro 2016. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/44-01-02/O%20m%C3%A9dico,%20o%20estudante%20de%20Medicina%20e%20a%20morte.pdf>
- Feitosa, M. S. L. (2016) O processo de morte/morrer na formação dos profissionais de saúde. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Intensiva, do Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva. Teresina– PI. Acesso em 28 maio 2017. Disponível em: [www.ibrati.org/sei/docs/tese\\_985.docx](http://www.ibrati.org/sei/docs/tese_985.docx).
- González Rey, F. (1997) Epistemologia cualitativa y subjetividad. São Paulo: EDUC.
- González Rey, F. (2005a) Pesquisa qualitativa e subjetividade: Os processos de construção da informação. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

González Rey, F. (2005b). Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural. Tradução de Raquel Souza Guzzo. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

González Rey, F. (2011) Pesquisa qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios. São Paulo: Cengage Learning.

Josen, A. R. (2012) Ética Clínica: uma abordagem prática para decisões éticas na medicina clínica. Porto Alegre: AMGH.

Kovács, M. J. (1992) Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kovács, M. J. (2014) A caminho da morte com dignidade no século XXI. Rev. bioét. (Impr.). 2014; 22 (1): 94-104. Acesso em 03 junho 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a11v22n1.pdf>.

Kübler-Ross, E. (1996) Sobre a Morte e o Morrer. São Paulo: Editora Martins Fontes.

Lyons, a. e Petrucelli, R. J. (1984). História de La Medicina. Barcelona, Doyma.

Mello, A. A. M., Silva J. C. (2012) Estranheza do Médico Frente à Morte: Lidando com a Angústia da Condição Humana. Revista da Abordagem Gestáltica – XVIII (1): 52-60, jan-jun, 2012. Acesso em: 05 dezembro 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3577/357735516008.pdf>.

Mello Filho, J. (1992) Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas.

Mitjans Martinez, A. (2012) Ensino e Aprendizagem: a subjetividade em foco. Brasília: Liber Livros.

Mitjans Martinez, A. e González Rey, F. (2017) Psicologia, educação e aprendizagem escolar: avanços na contribuição da leitura cultural-histórica. São Paulo: Cortez.

Morin, E. (1970) O homem e a morte. Publicações Europa América.

Pazin-Filho, (2005) A. Morte: considerações para a prática médica. Medicina (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 38, n. 1, p.20-25. Acesso em: 11 jun. 2016. Disponível em: [http://revista.fmrp.usp.br/2005/vol38n1/2\\_morte\\_consideracoes\\_pratica\\_medica.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2005/vol38n1/2_morte_consideracoes_pratica_medica.pdf).

Perazzo, S (1986) Descansem em Paz os nossos mortos dentro de mim. São Paulo: Editora Francisco Alves.

Peres, V. L. A. (2012) O desenvolvimento da afetividade no cenário social familiar. ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade (186-199), v. 2 n. 2. Acesso 31 maio 2017. Disponível em: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/1030>.

Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde Disciplina de Bioética. Eclesiástica Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Caso clínico



sobre “morte e morrer”. Ace Disponível em: acesso em 10 outubro 2015.  
[http://www.pucrs.br/reitoria/bioetica/cont/carlos/casomortemorrer\\_novo.pdf](http://www.pucrs.br/reitoria/bioetica/cont/carlos/casomortemorrer_novo.pdf).

Rodrigues, J. C. (2006) tabu sobre a morte. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Scoz, B. (2011) Identidade e subjetividade de professores: sentidos do aprender e do ensinar. Petrópolis, RJ: Vozes.

Silva (2008) Os sentidos subjetivos de adolescentes com câncer. Dissertação mestrado, PUC Campinas.

Site UniEVANGÉLICA, curso de medicina. Acesso em 02 junho 2017. Disponível em: “<http://www.unievangelica.edu.br/curso.medicina/>”.

Souza e Dourado (2015) Aprendizagem baseada em problemas (ABP): um método de aprendizagem inovador para o ensino educativo. Acesso em 29 maio 2017. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/2880>

Straub, R. (2005) Psicologia da Saúde. Porto Alegre: Artmed.

TED. Stephen Cave. (2013). As quatro histórias que contamos sobre a morte. (Vídeo). Acesso em 06 maio 2016. Disponível: [https://www.ted.com/talks/stephen\\_cave\\_the\\_4\\_stories\\_we\\_tell\\_ourselves\\_about\\_death?language=pt-br](https://www.ted.com/talks/stephen_cave_the_4_stories_we_tell_ourselves_about_death?language=pt-br).

TEDx FMUSP. Ana Claudia Quintana Arantes. (2013) A morte é um dia que vale a pena viver (Vídeo). Acesso em 10 dezembro 2015 Disponível: <https://www.youtube.com/watch?v=ep354ZXKBEs>.

Viana A.P. e Reis J.M. (2016) Distanásia: entre o prolongamento da vida e o direito de morrer dignamente. Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais. V2 N2. Acessado em 01 junho 2017. Disponível em: <http://indexlaw.org/index.php/garantiasfundamentais/article/view/1643>.

**Anexo 1****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título A Subjetividade do acadêmico de medicina frente a morte. Meu nome é Juliane Macedo, sou o pesquisador (a) responsável, mestranda em Psicologia. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias e em todas as páginas, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade do Pesquisador (a) responsável e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o (a) pesquisador (a) responsável Juliane Macedo (9090) 8583-4399 e-mail psijuliane@gmail.com ou com o (a) orientador (a) da pesquisa Professor (a) Vannuzia Leal Andrade Peres, nos telefones: (9090) / (62) 8132-4689, ou através do e-mail vannuzia@gmail.com. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás.

O objetivo desta pesquisa é compreender como os acadêmicos de Medicina (11º período do Centro Universitário de Anápolis – UNIEvangélica) vivenciam simbólica e emocionalmente a morte do paciente procurando identificar as emoções vivenciadas pelos acadêmicos perante a morte do paciente; descrever elementos simbólicos presentes nas emoções expressas do acadêmico perante a morte do acadêmico e analisar como as emoções estão relacionadas com os processos de desenvolvimento do acadêmico. Na pesquisa teremos 03 encontros, o primeiro

encontro será individual onde o tema morte será abordado de forma espontânea e livre. Posteriormente teremos mais dois encontros com todos acadêmicos da pesquisa (03 pessoas) onde haverá uma apresentação de um caso clínico e o último será apresentado um vídeo de uma palestra sobre o tema. Estes encontros acontecerão em momentos separados no Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA. Com a permissão dos participantes serão gravados e posteriormente transcritos na íntegra para melhor construção e análise das informações. As discussões não são identificáveis e as informações são sigilosas. Os dados terão uso científico para elaboração e defesa do mestrado em Psicologia, apresentação em congressos, publicações, artigos, capítulos e revistas científicas e anais. Haverá uma devolução da pesquisa para o Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA) para, caso seja necessária, ocorra uma mudança na definição de estratégias de ensino e da humanização na relação médico-paciente. Caso seja de interesse do acadêmico participante da pesquisa ter acesso aos resultados será agendada uma devolutiva individual ou em grupo com os mesmos onde será repassado os resultados, discussões e conclusões obtidas na mesma. A participação é isenta de despesas, caso tenha alguma despesa (transporte e/ou alimentação) o participante terá ressarcimento integral de todos os gastos bem como indenização de qualquer dano que venha sofrer por participar da pesquisa. Neste projeto, os possíveis riscos decorrentes da participação dos acadêmicos poderá ser o de se sentirem constrangidos perante algumas discussões bem como se sentirem emocionalmente mobilizados por abordar o tema "morte". A entrevista será realizada pela pesquisadora que é psicóloga, com cautela, respeitando os limites das respostas estabelecidas pelo participante, em salas reservadas, mantendo o anonimato e privacidade dos participantes, prestando assistência

integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário em caso de quaisquer danos decorrentes da pesquisa.

O participante será informado que ele poderá desistir a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou danos, e a pesquisadora estará disponível para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa.

O participante da pesquisa se beneficiará a partir do momento que fizer uma reflexão crítica de seu processo de desenvolvimento humano, podendo se posicionar frente às demandas profissionais, principalmente a morte de paciente. O benefício desta pesquisa será contribuir com os acadêmicos e com a instituição de ensino ao proporcionar a ela elementos para melhor avaliar a formação médica.

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, discuti com a mestrande Juliane Macedo sobre minha decisão de participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas, caso tenha alguma despesa (transporte e/ou alimentação) terei ressarcimento integral de todos os gastos bem como indenização de qualquer dano que venha sofrer por participar da pesquisa e que tenho garantia de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei me retirar a qualquer momento, antes ou durante do mesmo, sem constrangimento, prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido ou no meu atendimento neste serviço.

Anápolis, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo estudo

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Data

**Anexo 2****CASO CLÍNICO**

## CASO 10

## CASO CLÍNICO SOBRE “MORTE E MORRER”

Prof. Carlos Fernando Francesconi

Identificação:

OOO, feminina, 53 anos, Br., casada, natural e procedente de Porto Alegre.

Queixa Principal: dispnéia e dor torácica

História da Doença Atual:

Paciente refere que há três anos foi submetida a uma cirurgia para retirada de um “cisto de ovário”. Após a cirurgia realizou “umas aplicações” com injeções que lhe provocaram muito mal-estar: náusea, diarreia e queda de cabelo. Informa que tal tratamento foi indicado para prevenir que sua doença se transformasse em “doença ruim”.

Ficou relativamente bem até 3 meses atrás quando começou a sentir um dolorimento no baixo ventre e um certo “endurecimento” na região. Na última semana começou a sentir falta de ar e dor localizada em hemitórax direito. Esta dor piora quando tosse e quando inspira muito fundo. Desde ontem sente respiração “mais curta” que é percebida como dispnéia a médios e longos esforços sem ortopnéia. Refere que a dispnéia piora quando deita em decúbito dorsal esquerdo. Informa ter emagrecido 3 Kg nos últimos meses por ter diminuído o seu apetite.

Revisão de Sistemas:

Geral: emagrecimento e sensação de fadiga.

Cabeça: nega sintomas.

Boca: refere apresentar problemas na gengiva e dentes.

Olhos: sem queixas.

Nariz e seios paranasais: sem queixas.

Pescoço: sem queixas.

Cardiovascular: ver HDA.

Respiratório: nega tosse ou expectoração.

Gastrointestinal: constipada crônica que se tornou mais importante nos últimos 30 dias.

Geniturinário: nega sintomas urinários. Amenorréia desde a sua cirurgia. Multípara: 4 filhos de parto natural. Nega abortamentos.

Endócrino: nega intolerância ao frio ou ao calor, tremores, agitação, sudorese, polidipsia, poliúria, polifagia.

Demais sistemas: sp.

#### História Médica Progressiva:

Doenças da infância: somente lembra catapora.

Imunizações: não sabe informar.

Cirurgias: apendicectomia aos 15 anos; retirada de “cisto de ovário” há 3 anos.

Traumatismo: nenhum.

Hospitalizações prévias: somente para suas cirurgias e partos. Nega transfusões de sangue.

Medicações em uso: óleo mineral e “produtos naturais” para controlar sua constipação.

Alergias: nega.

Hábitos alimentares: três refeições por dia (café, almoço e janta). Sem intolerâncias alimentares.

Sono normal.

#### História Familiar:

Pais vivos e saudáveis. Irmã mais velha saudável. Filhos vivos e saudáveis.

#### História Psicossocial:

Mora com o marido e 3 filhas. Marido informa que a paciente não foi informada de seu diagnóstico que na realidade se trata de um tumor de útero com invasão de estruturas vizinhas segundo o médico teria informado. Acha que mulher não deve saber a verdade, porque como se trata de “uma doença ruim” ela não se beneficiaria em saber a verdade e poderia ficar muito nervosa. Refere que no início foi várias vezes questionado por ela para saber do diagnóstico e que ele sempre lhe falou em cisto de ovário seguindo a combinação com seu médico.

Paciente está animada e acha que com tratamento clínico ela ficará curada para acompanhar a formatura de seu filho em engenharia dentro de 2 meses.

#### Exame Físico:

Alerta, lúcida, orientada e coerente.

Mucosas úmidas, pouco descoradas e anictéricas. Sinais de emagrecimento, mas em bom estado geral.

Tax: 36,5° C Pulso: 95 bpm Respiração: 24 mpm.

Peso: 55 Kg Altura: 1,68 m TA: 100/80 mmHg

Pele e anexos: sp.

Gânglios linfáticos: micropoliadenopatia cervical bilateral com gânglios macios e móveis.

Cabeça: sp

Olhos: visão normal. Pupilas isocóricas e normorreagentes. Fundo de olho normal.

Ouvidos e nariz: sp.

Boca e faringe: Dentes em bom estado de conservação com falta de algumas peças dentárias.

Gengiva normal.

Pescoço: sp

Ausculta pulmonar: pulmão direito com som claro à ausculta. Ausência de murmúrio vesicular à esquerda. Percussão torácica normal a D e macicez à E. Ausência de ruídos adventícios.

Ausculta cardíaca: ritmo regular, dois tempos, sem sopros.

Abdômen: dor à palpação superficial e profunda em hipogástrio. Palpa-se massa dura nesta região. Ausência de dor a descompressão súbita. Fígado e baço impalpáveis. Ruídos hidroaéreos normais.

Músculo-esquelético: normal

Neurológico: pares cranianos, função motora e reflexos tendinosos profundos sp.

Exames Complementares:

Hematócrito: 30 % Hemoglobina: 10 g %

Creatinina: 2,5 mg% Glicose: 85 mg%

Na: 135 mEq % K: 3,9 mEq % CO<sub>2</sub>: 20 mEq%

Estudo radiológico de campos pulmonares: extenso derrame pleural à esquerda comprometendo todo hemitórax.

Exame parasitológico de fezes (6 amostras): negativo.



Ecografia abdominal: massa que ocupa espaço na pelve. Dilatação ureteral e hidronefrose bilateral.

Cinco nódulos hiperecogênicos difusos no fígado Ausência de outros achados significativos.

Revisão ginecológica: massa pélvica ocupando todo o fundo de saco de Douglas compatível com recorrência de neoplasia maligna uterina.

Ecografia transvaginal confirma estes achados.

### CONTEÚDO PROPOSTO

- 1- Está correto omitir a verdade para a paciente?
- 2- Quais os cuidados em se transmitir uma má notícia para um paciente?
- 3- Considerando que a família mudou de opinião e deseja que a equipe “fale a verdade” para a paciente, como encaminhar tal tipo de conversa?
- 4- A equipe da ginecologia consulta o Comitê de Bioética para saber se deve ou não descomprimir os ureteres da paciente. Qual o parecer do grupo?
- 5- Caso a paciente desenvolva insuficiência respiratória aguda ou outra intercorrência clínica grave, deverá ser ela encaminhada para a CTI?
- 6- Considerando a possibilidade da paciente ter sido informada de seu diagnóstico e ter solicitado à equipe a mantivesse viva por pelos menos dois meses para que possa acompanhar a formatura de seu filho, deve este fato ser levado em consideração ao se cogitar das estratégias de tratamento da paciente ou devem os médicos definir o que é melhor para a paciente?
- 7- Caso a dispnéia não melhore (disseminação linfática do tumor) e a dor se torne insuportável e a paciente venha a solicitar que seu médico lhe dê um remédio para “acabar com o sofrimento”, está seu médico autorizado a atendê-la?

8- O preceptor orienta o residente a colocar no prontuário da paciente a orientação de SPP (“se parar parou”), sem ter compartilhado essa decisão nem com a paciente nem com a família, tampouco com os demais membros da equipe. É correta essa decisão? Comente todas as variáveis implicadas nesta decisão.

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Programa de Pós-Graduação em Medicina e Odontologia

BIOÉTICA

Sugestão Bibliográfica: site [www.bioetica.ufrgs.br](http://www.bioetica.ufrgs.br)

**ANEXO 3****RECORTES DE TRANSCRIÇÕES NA INTEGRA  
DE MOMENTOS EMPÍRICOS DA PESQUISA****DIÁLOGO ABERTO COM PARTICIPANTES A E B**

- Pesquisadora: Porque vcs escolheram medicina? Porque surgiu a medicina na vida de vcs?

- Participante A: Eu sempre quis, deste pequeno sempre tive essa ideia de ser médico na cabeça. E ela era muito bem recebido pela minha família, pelos meus pais, gostavam muito, me incentivavam e eu sempre gostei, nunca foi uma dúvida, sempre interesse a área, sempre tive vontade, e acabou que eu fui

- Pesquisadora: deste pequeno já se preparou para isso

- Participante A: Não tem muito romantismo não!

- Pesquisadora: E vc ...

- Participante B: não assim, não tem muito romantismo assim. Mas a 12 anos atrás ingressei no corpo de bombeiros e aí fui trabalhar no pré hospitalar, aí a gente via muito assim, eu já cheguei muito em situações que o paciente as vezes vc chegava não conseguia fazer seu trabalho bem, as vezes por uma distância do centro o paciente acabava morrendo por limitação técnica mesmo da gente, a gente não podia fazer uma manobra invasiva, não tinha as vezes não tinha o recurso necessário, e também aquilo eu acabei me interessando, então assim buscando as falhas, as vezes lendo sozinho porque, o que aconteceu e de lá pra cá um dia eu tava lá em casa pensando nisso, minha esposa já tinha curso superior, eu não queria fazer a princípio, me achava velho quando comecei tinha uns 26 anos na época, 27 26 anos, aí minha mãe insistiu a... não filho faz, aí eu fui fazer, foi insistência um pouco da minha mãe e pouco de curiosidade que eu tinha também, e aí aliou essas duas coisas e eu resolvi fazer. Fui fazer o vestibular, passei e tô aqui.

- Pesquisadora: E tá gostando

- Participante B: Tô, hoje eu gosto muito da medicina. É muito gratificante vc saber como funciona, o porquê, as vezes eu perdi mesmo muito, muito paciente preso em ferragem, que tinha lesões como choque hemorrágico, a gente sabia tinha noção, mas não sabia como intervir.

- Pesquisadora: E a vida acadêmica de vocês? Como que é essa vida de acadêmico de aluno de medicina?

- Participante A: corrida... Pra mim por exemplo se for comparar eu e o ... são situações bem diferentes, ... já é casado, tem filho, trabalha, eu nem das três opções. Vivo só pra isso e acho bom, acho bacana, é legal sabe! A gente ver que ta indo no caminho que a gente era pra tá mesmo, às vezes é recompensador, talvez a palavra não seja essa, é gratificante porque a gente sabe que é isso que a gente vai fazer da vida. Sabe, a gente em umas limitações, as vezes eu particularmente me frustro com as minhas limitações, fico me cobrando muito, será que o que eu tô fazendo o que é o suficiente pra mim, será que não deveria estar me dedicando mais, assim... cobrança é uma coisa acho que qualquer estudante de medicina, é uma coisa que vive muito com a gente, se não for ninguém te cobrando, se não tiver professor nenhum te cobrando você mesmo vai estar se cobrando, isso existe demais. Pressão né! Principalmente familiares, mas meu filho você não sabe que tratar tal doença, mãe mas tal doença é rara, não sei nem o nome, mas vc tem que saber, não tem não! Não tem que saber não, você tem que ser bem resolvido nessas coisas

- Pesquisadora: É vocês são muito cobrados mesmos, né!

- Participante A: Demais

- Pesquisadora: Como se não pudessem falhar

- Participante B: É a questão da vida acadêmica assim ...no meu ponto de vista, pra mim igual o ... mesmo falou, a gente tem uma realidade diferente, diferente também da outra parte dos acadêmicos. Então minha vida mesmo se resume em trabalhar e vir pra cá, os momentos de vida acadêmica mesmo mais as vezes estudando, as vezes estando com os colegas, a gente discutindo alguma coisa, discutindo não só a medicina né! Que eu acho como a gente fica nesse foco só a medicina, a gente assim...sempre acaba discutindo coisas outras, outros assuntos

- Participante A: As vezes pra dar uma escapada

- Participante B: Um pouco disso aí, mas sempre que eu tenho tempo, igual o ...falou, infelizmente a gente é muito cobrado mesmo, pressão, não só da sociedade como dos familiares, mas assim agora mesmo...foi muito bem comentado por ele, essa questão mesmo de cobrança pessoal, porque as vezes a gente não consegue ainda pela pouca prática, prática, prática mesmo, vou ser redundante, que a gente não tem nessa vida prática assim, as então a gente não

consegue casar bem o teórico com a prática, com o raciocínio clínico. Então as vezes isso pra mim talvez me frustra um pouco, mas é assim mesmo! como a gente é interno então a gente tem o suporte por trás, talvez não seja nossa responsabilidade ainda aceitar sempre, né ...! Mas assim, a partir dessa vivência está tentando adquirir esse Knol-how né, que o pessoal fala.

- Participante A: A expectativa é de que quando a gente formar e começar a pegar a experiência clínica mesmo, prática, a gente consiga juntar a a com b, o teórico com o prático, a gente consiga ampliar a visão, mas até lá a gente pena um pouquinho.

- Participante B: É e a gente fica frustrado de certa forma as vezes assim que é uma coisa que vc viu bem na faculdade e na hora lá as vezes apesar de não ser tão claro vc, mas não conseguiu pensar naquilo, ter aquele raciocínio clínico então a gente sempre tá buscando isso aí, tentando estudar, melhorar também porque eu acho as vezes um erro seu pode custar uma vida né!

- Participante A: E isso ai é difícil

- Participante B: Se vc falhar, não é vc que vai pagar, mas vai ser muito caro né!

- Participante A: É muito bizarro que a gente sempre entende na vida que o melhor método de aprendizagem é tentativa e erro, vai fazer isso na medicina, tentativa e erro. Ah, vamos ver, vamos começar esse medicamento e morreu e agora! Sabe é um método um pouco furado

- Pesquisadora: Vc tá com quantos anos?

- Participante A: eu tenho 23. Vc tem quanto ...?

- Participante B: 33, uma geração

- Pesquisadora: 10 anos de diferença

- Participante A: Não é uma geração não rapaz!

- Participante B: 10 anos é uma geração né?

- Pesquisadora: Nos dias de hoje que o tempo tá andando mais rápido, em 10 anos muita coisa mudou

- Pesquisadora: E vc trabalha?

- Participante B: trabalho

- Pesquisadora: e faz faculdade?

- Participante B: Faço

- Pesquisadora: Com é que vc consegue conciliar

- Participante B: Olha, quando eu comecei a faculdade eu já trabalhava no bombeiro no pré-hospitalar, então eu só fiz uma adequação de escala, eu fazia faculdade a noite saia as 5 e trabalhava noite sim e noite não né! Aí foi assim eu fiz os 4 anos, aí a escala mudou, acabou que eu hoje tô numa função mais tranquila e quando eu venho prá cá sempre tem alguém me cobrindo lá, então eu faço troca de serviço durante o dia, as vezes tiro pra quem ta me substituindo a noite e vou levando, aos finais de semana quando a gente não tem atividade também
- Pesquisadora: E ainda com esposa e filho?
- Participante B: Tem, tenho esposa e graças a Deus uma de 6 anos, bebê né!
- Pesquisadora: E vc trabalha ...?
- Participante A: Não
- Pesquisadora: Então vc está por conta da faculdade? Vc acha que realmente é difícil conciliar trabalho, vc sem trabalhar?
- Participante A: Meu Deus do céu! Eu sem trabalhar já peno, imagina ele. Não ..., é exemplo tem vários da nossa turma, do nosso subgrupo que trabalha e estuda a mesmo tempo. Eu me sinto um bosta sabe! Eu acho vergonhoso pra mim qua não trabalho e fico só por conta de estudar
- Pesquisadora: Mas aí vc também tem que pensar na idade que ele tá, na experiência de vida dele e na sua experiência de vida
- Participante A: É
- Pesquisadora: São caminhos diferentes
- Participante B: É, outra forma de enxergar a realidade, igual eu brinco com os meninos, as vezes vc tem sua válvula de escape, que vc vai ler um gibi ou uma coisa que vc goste de fazer, igual assistir um filme. Eu não como não gosto muito de filme
- Participante A: Minha válvula escape é ler gibi, é mole!
- Pesquisadora: ler gibi
- Participante A: adoro ler, mexo com tradução, eu me dedico a isso também nas horas vagas
- Pesquisadora: Que legal!
- Participante B: Então nas horas vagas assim, a gente abdica um pouco da vida social então assim graças a Deus minha esposa compreende bem, então o tempo que eu tenho livre, eu tô as vezes eu chego em casa sempre tem alguma coisa, algum probleminha, conversar um pouco né e vou estudar. Agora na função que

eu tô lá, tá bem tranquilo então dá pra estudar bastante, mesmo lá durante o serviço dá pra estudar, então melhorou muito de uns 8 meses prá cá.

- Pesquisadora: E agora que faltam 6 meses pra vcs formarem?

- Participante A: Ai ai ai, doi a barriga né!

- Participante B: Eu acho o seguinte, eu pelo menos posso falar por mim, a gente fica com muito medo né! De sei lá, de errar, de as vezes como expliquei no início custar uma vida num erro seu

- Participante A: O medo de errar é grande, é tipo assim... Imagina que vamos supor tem cara que formou a 20 anos atrás, sempre trabalhou e beleza! Eu tô formando daqui a... talvez nem 6 meses... dá 8 meses porai, 2 caras, 2 médicos, 2 pessoas que tem doutor na frente do nome, na hora de ser atendido ninguém vai querer saber disso

- Participante B: Se vc tem 8...16... ou 20

- Participante A: Carimbou, tem CRM pronto! Eu tenho que ter se a gente for pensar de maneira muito fria na hora de dar a consulta eu tenho de ser tão preciso quanto a pessoa que já tá praticando ai a muitos anos. Nossos preceptores, nossos professores, vou ter que ser preciso quanto eles, sabe talvez eu esteja até exagerando um pouco, mas eu vou ter que acertar, na menor das escalas. Errar não é um luxo que nós temos

- Pesquisadora: Mas isso que vc falou tem razão, eu fiquei pensando num processo mesmo, tem gente que independente de quanto anos de formado, de profissional, se tiver que colocar um processo no médico vai colocar, pode ter 20 anos e pode ter 2 meses de formado, se o médico cometer um erro na visão dele

- Participante A: Imagina só, na esfera jurídica igual vc ta falando o juiz não vai querer saber, "a mas eu peguei meu CRM a 1 mês atrás", eu sinto muito.

- Participante B: É claro assim, é lógico que tem os protocolos para direcionar condutas a gente sabe, sempre tá estudando, sempre tá aperfeiçoando, mas mesmo assim... eu acho que todo ser humano independente da profissão que ele esteja exercendo é falível de erros né! Só que as vezes o seu erro, vai custar muito caro pro paciente

- Participante A: às vezes um erro não pode ser um erro

- Participante B: Pode ser cometido né! Então eu acho que a pressão é maior em cima da gente nesse sentido aí

- Participante A: Eu converso as vezes com colegas que já formaram, compartilho "a tô morrendo de medo" "- Não fica tranquilo, no começo é assim mesmo depois vc vai pegando experiência" mas uma coisa é falar é praticar
- Pesquisadora: Mas esse medo que vcs falam hoje com certeza vc tiveram no início do curso, só que ele foi mudando, não?
- Participante A: Eu acho que não!
- Pesquisadora: Quando começaram a fazer a primeira anamnese com o paciente
- Participante A: Na anamnese a gente tá mais perdido que cachorro...
- Participante B: Eu acredito que quando vc começa a fazer a faculdade vc não tem esse...pelo menos eu não tinha esse foco da relação médico-paciente no início, porque? porque vc não era cobrado nesse ponto, vc era cobrado a parte teórica, então assim, vc tinha um tempo de estudo, vc tinha por exemplo autores, "oh, eu quero que vc estude tal e tal autor" como é o método PBL a gente compartilhava muita informação, então assim, realmente eu só fui mesmo para pra pensar nisso depois de uns 2 anos de faculdade, quando a gente começou a fazer as primeiras anamneses, 4º 5º período
- Pesquisadora: 5º período principalmente, que vc saem do básico
- Participante B: 5º período, que sai do básico que começa assim pelo menos ver o que é a rotina, até então vc não tem aquela visão que a gente tem atrás da mesa, a gente tem a visão a mesma que tinha o paciente, né! Como paciente vc tem uma visão totalmente diferente da atrás da mesa, totalmente
- Participante A: Nossa visão muda muito durante o curso, demais da conta. Eu sou muito novo ainda, mas a cabeça que eu tinha antes do curso com a que eu tenho agora é muito, muito diferente, sabe! Em vários quesitos, não necessariamente a morte, mas sei lá, com o paciente, como tratar o paciente, até a maneira de encarar as doenças, tem coisa que muita gente diz "meu Deus" não isso é pouca coisa, isso aí vc trata espontaneamente
- Participante B: Eu acho que não só essa questão também. Paciente às vezes tem muito mais, chega muito mais pra conversar mesmo, tem muito paciente que a queixa é uma queixa simples
- Participante A: doença que vc trata conversando, ouvindo
- Pesquisadora: E vcs tem paciência pra isso? De conversar, ouvir
- Participante A: Depende, depende muito



- Participante B: A maioria das vezes sim, alguns dias a gente... a maioria das vezes eu tenho, eu tenho, mas assim é claro que...
- Participante A: Depende muito do dia, da agenda que vc tem no dia, sabe! tem dia que vc ta disposto,
- Participante B: A pressão que vc está sendo submetido
- Participante A: Vc escuta, o velhinho vai lá e fala 2 horas, vc tem 20 pacientes pra atender de manhã, vc escuta ele de boa, 2 horas tá! Tem dia que vc olha no relógio vê que não vai dar tempo, vc tenta, vai direto ao ponto, vc tenta cortar caminho e ele tá falando e dá um trem ruim, não é sempre, que a gente tá disposto a ouvir não sabe!
- Participante B: e assim, eu vejo também que não é só essa questão se a gente ta disposto a vê, os outros que estão na fila estão disposta a esperar
- Participante A: Porque se a gente fosse ouvir também todo mundo a gente vai começar de manhã e terminar 10 horas da noite
- Participante B: E tipo assim as vezes assim, vc vai pro sistema público de saúde, igual a gente só estagia no sistema público, então geralmente tem 12, 13 pacientes, ai o cara, eu penso, eu me coloco muito no lugar do paciente, do lado dele, então assim as vezes o cara tá com dor, tá com a queixa e ou vc chega pra atender um paciente que tá lá, sei lá, as vezes meia hora escutando as queixas do paciente, os que estão na porta, estão esperando, estão querendo, estão xingando, sendo hostis, tendo um tratamento diferenciado. E as vezes vc quer fazer um bom atendimento, escutar todas as queixas, igual eu tava te explicando no início as vezes o problema do paciente não é nem a doença, ele quer ser só escutado, mas as vezes assim a gente também não tem tempo, o outro paciente tá lá fora gritando e assim eu vejo os dois lados da moeda, se vc atende rápido demais, vc gasta 5 minutos, as vezes o paciente reclama " Ah mas vc num fez exame físico direito, vc mal encostou ne mim"
- Participante A: Às vezes nem precisa, as vezes tem coisa que é tão clara que 5 minutos é o suficiente, sabe! Às vezes a clínica do cara é tão...assim
- Participante B: exuberante, como a gente fala assim...
- Participante A: Que vc consegue, ah não! Isso aí é isso, isso, precisa isso, as vezes vc já sabe muito bem a conduta que vc tem que tomar, beleza! 5 minutos deu, na cabeça do cara não ...
- Pesquisadora: É má vontade!

- Participante A: uma afronta
- Participante B: Nossa, mas o doutor nem encostou em mim, nem colocou o estetoscópio em mim, nem tocou em mim, foi chegando assim e vc foi taxado de ruim. E se vc gasta meia hora com o paciente pra escutar ele direitinho, as vezes os que estão lá fora estão querendo te matar
- Participante A: Te achando ruim da mesma forma, porque tá demorando demais
- Participante B: Então assim, eu não sei, pelo menos a gente, a faculdade, não sei se é culpa da faculdade ou se é culpa da gente, eu não sei assim...eu pelo menos, a gente não teve o ensinamento de como lidar com esse tipo de situação, de saber contornar isso aí, as vezes a gente tenta fazer o meio termo, tenta fazer uma anamnese mais dirigida
- Participante A: É...isso não é da faculdade não, cara! Isso aí acho que vai de vivência, de pessoa pra pessoa, jogo de cintura tem que ter demais...meu Deus...jogo de cintura tem que ter muita
- Pesquisadora: É porque por exemplo as vezes é o único homem da unidade, e aí tem uma fila, vc não tem um vigilante pra te ajudar, né! É enfermeira e o técnico, e aí
- Participante A: Isso em pediatria que é muito falado, em pediatria a gente sempre fala, um acompanhante só por criança, porque entra pai, mãe, vô, tio, aí ele não gostou do diagnóstico que vc fez da criança, não gostou do medicamento, ele se exalta. Ixi! já vi médico sendo assim desrespeitadíssimo paciente quase partindo para agressão física, de bater na mesa e diz: "não, não é isso, não é isso! meu filho não vai fazer esse exame". É difícil.
- Pesquisadora: E a cobrança da residência agora? Vc já começaram
- Participante A: Já mais assim, eu ...eu tô até levando na boa sabe! Residência é necessidade né! Eu vou ter que fazer de todo jeito, mas assim acho que a gente formar no meio do ano é uma coisa muito boa, a gente tem pelo menos até o fim do ano pra se preparar, pra se preparar pra provas que são no final do ano. Mas... eu tento pensar assim, residência vai ser uma das especializações que eu vou fazer pra gastar o resto da minha vida exercendo na medicina então eu vou escolher muito bem escolhido. Muito bem escolhido
- Pesquisadora: Vc já escolheu ou ainda não?
- Participante A: ainda não, também tô compressa não, sabe! Eu sei mais ou menos o que vou fazer clínica, a partir daí eu nem escolhi ainda, eu quero ir com calma,

se eu chegar lá na frente...eu vou estudar bastante...pra eu tentar passar...quando eu passar, se eu chegar lá ver que não é isso: "falou galera, abraço!" voltar pra estudar de novo

- Pesquisadora: Ah que legal!

- Participante A: sério! Não, porque eu não quero sofrer o resto da minha vida não, fazendo uma coisa que eu deteste acordar de manhã cedo e falar "que bosta" vou ter que ir lá de novo

- Pesquisadora: É até porque vc vai ser médico até o dia que vc morrer né!

- Participante A: Sim

**(Em outro momento):**

- Pesquisadora: E a parte boa da medicina?

- Participante A: parte boa no meu caso por exemplo é... eu gosto muito de consultório. Quero abrir meu consultório em determinada área que escolher na frente... trabalhar... chegar as vezes no ambulatório lotado, vc atende paciente bem atendido, você consegue fazer um a raciocínio "Ah isso aqui acho que vai resolver pro paciente, o paciente entende, o paciente tá bem orientado e fala "pô valeu cara! Obrigado, até mais" Nossa bom de mais. Quando vc vê fala "Oh beleza consegui fazer tudo pra esse paciente, acho que é isso mesmo." Dá uma sensação de...de trabalho bem feito. Isso eu acho que é a maior...é...o bem estar que a medicina gera sabe! Pelo menos em mim

- Pesquisadora: E vc já colhe esse bem estar como acadêmico?

- Participante A: Algumas vezes...algumas vezes.

- Pesquisadora: Porque, por exemplo assim...eu tô dando aula em comunicação, às vezes eu vou com os meninos pra fazer anamnese, só o fato dos pacientes poderem falar com os meninos, eles já agradecem, são pessoas que querem conversar e os meninos estão ali pra ouvir. Eu fico pensando na fase de vocês, pela atenção que vocês dão muitos devem ficar agradecidos.

- Participante B: No início era muito bom, os pacientes mesmos gostavam, a maioria sempre gostava, falava "Nossa conversou mais comigo, vc me escutou" Assim...as vezes...eu não sei...igual a gente tava explicando no começo...não sei se é...porque as vezes o médico traz possibilidade maior que a gente como acadêmico, que tá ali e tem tempo pra conversar com o paciente...não sei se essa pressão do número de pacientes que ele é obrigado a atender... ou se ele já faz

aquilo que não motiva mais ele, já não é prazeroso, é não sei o motivo que não faz dessa forma. Mas assim o que a gente pode perceber né ..., que na maioria das vezes assim os pacientes, a maioria porque alguns também que as vezes não querem conversar

- Participante A: tem paciente que não curte

- Participante B: A gente também já encara esses dois lados da moeda, mas a maioria sempre gosta mesmo, que a gente dá atenção, a gente vai conversa

- Pesquisadora: E a morte com a medicina o que vc acham que têm haver?

- Participante A: Com a medicina. Acho que quase tudo né! Não vou falar que é tudo porque tá mais pra vida do que pra morte, mas é muito presente. é quase....assim...deixa eu ver ...qual a melhor maneira de colocar...Acho que morte, morte é inevitável de uma maneira ou de outra, o que a gente não sabe é quando ela vai chegar né! Mas ela chega e vai chegar pra todo mundo

- Participante B: Assim... hoje eu tenho uma visão diferente de um pouco morte, eu via como um processo natural da...de um ciclo né! Que a gente nasce...aquele ciclo que a gente aprende lá desde o pré, a gente nasce...

- Participante A: Nasce, cresce, reproduz

- Participante B: Reproduz. Então assim no início... eu achava normal, depois a gente entra na medicina, vc tem aquela...vc entra assim com um gás, que vc entra motivado, vc não quer que sua paciente venha a óbito, que é o desfecho mais...

- Participante A: Na graduação é uma coisa...é uma aberração, morte não é o caminho natural das coisas

- Participante B: Então assim, a gente. A primeira visão que vc tem quando entra na medicina é que sempre vc vai estar tentando lutar para não chegar nesse desfecho

- Participante A: Exatamente, o que passa pra gente é que a gente luta contra a morte

- Participante B: Quando a gente chegou nos 2 rodízios, assim...eu tive oportunidade de trabalhar no HDT e no HGG. No HDT a gente tinha muito paciente terminal, então assim lá eu fui conhecer um pouco mais a respeito da medicina paliativa que a gente fala. Então assim, eu no inicio estranhava demais porque, poxa o paciente as vezes tá consciente e a doutora começava a parar de fazer certos procedimentos, igual para de hemodialisar o paciente e assim... eu achava aquilo um absurdo, falava " pô mais se o paciente se vai parar de hemodialisar , a

creatinina vai subir, o cara vai...em poucas semanas subir pra encefalopatia e o cara vai morrer" E assim...aquela coisa...

- Pesquisadora: Que é tudo que vai contra o que vcs aprenderam

- Participante B: Tudo contra o que a gente aprendeu. Aí ela vai e..um dia chegou e falou assim " Vc já na faculdade teve medicina paliativa" falei: "humhum, na grade não". E aí ela vem cá, ela passou dois livros muitos interessantes

- Participante A: Sobre a morte e o morrer

- Participante B: e...mesmo sobre os cuidados paliativos. Então ela falou "Olha o paciente pra ser classificado como paliativo tem que ser uma doença crônica, incurável, progressiva, então assim quando o paciente chega nesse ponto não tem mais expectativa, o que que a gente...a medicina paliativa" Aí eu fui ler né! Sobre os pilares da medicina paliativa, dessa morte indolor, que a gente foi tentar entender que não, não é objetivo, mas às vezes vc ta preservando a vida, mas levar o paciente a morte da forma mais suave que vc conseguir, mais suave possível. Então assim, eu não tinha essa visão quando eu cheguei nesses 2 últimos rodízios então prá mim, pelo menos foi um crescimento muito grande desses últimos 90 dias prá cá, que foi quando a gente passou no HDT e no HGG que eu fui entender mais sobre medicina paliativa.

- Participante A: HGG tem uma ala que é só paciente...

- Participante B: Só paciente paliativo

- Participante A: Só pra dar medidas de conforto pra eles

- Pesquisadora: E aí, quer dizer que vc tem que respeitar a decisão de como ele quer morrer, com a qualidade de vida que ele tá escolhendo

- Participante B: Então assim, aí foi muito prazeroso, não foi assim digo prazeroso seria a palavra certa, mas foi muito gratificante ver esse outro lado da medicina, que a gente sempre vê a gente como confronto com a morte a gente tentar vê esse desfecho e eu cheguei lá foi assim um choque a primeira vez que a doutora falou a gente vai para de dialisar, já conversei com a família, eu mas como assim, aí depois que ela passou os livros eu fui lendo mais a respeito então quando eu tive essa primeira oportunidade no HDT, eu fui estudando sobre as escalas, fui vendo, fui lendo os livros. Depois quando eu já fui para o HGG, eu já descobri qual era a área paliativa, não eu quero ir pra área paliativa, tirara esse estigma né. De poder ter essa visão dos 2 lados né! Lutar contra o desfecho e aceitar que infelizmente o paciente inevitavelmente caminhar para esse desfecho. Então assim... a partir

desse momento que eu estou tentando ver essas 2 visões diferentes a partir desse momento eu vou poder ter minha opinião sobre, tá formando também sobre a morte em si, o ato de morrer

- Participante A: É interessante sabe! O Paciente lá, por exemplo, domingo tava lá, aí chega um paciente desconforto respiratório franco, o paciente ia ser diagnosticado com... ele tava com uma neoplasia muito avançada...tinha sido pulmonar, tinha sido diagnosticado já tardiamente, já tava idoso, todo cheio de complicação, desconforto, tinha ficado na UTI acho que 2 semanas, aí...já não tava consciente e a filha tava do lado, primeira coisa que olhei foi "nossa preciso entubar esse cara", aí comecei a conversar com a filha, ela "Olha meu pai vai morrer, não quero que vc faça nada com ele, nem um acesso venoso, não quero nada ", Mas! "nada, nada, nada, nada"

- Participante B: Nenhuma droga

- Participante A: Não. A gente ainda falou nós vamos fazer nebulização para ele, pra ele ficar mais confortável, tudo bem! No máximo.

- Participante B: Eu que eu acho bacana depois que conhecer esses 2 rodízios foi esse acompanhamento multiprofissional que foi feito com a família, a conversa da psicóloga, a conversa mesmo da médica que tava acompanhando, então assim...

- Participante A: É não...isso é importante...preparar.

- Participante B: Prá mim pelo menos no meu aprendizado foi muito importante esses 2 rodízios assim... o que eu não tive em 5 anos na faculdade esses últimos 90 dias eu tive oportunidade, não...quero conhecer mais um pouco até pra ter um posicionamento também né!

- Pesquisadora: Durante a faculdade vcs não tiveram uma preparação para lidar com esses casos?

- Participante A: Assim...no começo até o 4º período

- Participante B: Assim...em comunicação a gente teve sim...

- Participante A: a gente teve comunicação até sobre dar más notícias

- Pesquisadora: Ah, no 4º período.

- Participante B: Isso, mas não foi trabalhar com esse enfoque de medicina paliativa

- Participante A: Lidar com a morte...mas é muito diferente

- Participante B: É muito diferente...do que a gente vê

- Participante A: É muito diferente quando vc chega lá na frente, quando vc passa o curso inteiro... vc com a cabeça de vou lutar contra a morte, quando vc chega lá

na frente...é

- Participante B: Opa!

- Participante A: Tem coisa que não tem jeito de enfrentar sabe! A morte passa a ser quase como uma força divina. Tem coisas muito maiores do que nós, sabe! Então acho se eu começar a encarar todas as doenças que não conseguir tratar e diagnosticar sendo frustrado com isso," Ah! não consegui", acho que é já é até arrogante da minha parte, vai chegar...a morte vai chegar. tem coisa que não adiante, pode ser até o médico mais gabaritado do mundo que não vai dar. Tem coisa que transcende o médico como agente de saúde, sabe!

- Participante B: Eu acho também que... até tem um momento vc tem que saber até vai sua competência de agir contra e até onde já é uma doença que não tem mais cura. Que vc sabe que seu paciente vai caminhar pra morte infelizmente é uma doença crônica mesmo, progressiva, incurável, até onde...vc tem que saber esse limiar né! Às vezes assim... é difícil fazer um diagnóstico, pô essa doença, até que ponto a gente pode fazer alguma coisa pra reverter e daqui pra frente é...

- Participante A: Exato

- Participante B: Pelo menos assim.. nessas 2 semanas, nesses 2 últimos rodízios, foi muito bom pra mim nesse sentido eu pude mais assim ter esse olhar né! Pude aprender mais sobre isso, então prá mim já não me frustra tanto igual antigamente, igual quando eu falei do pré hospitalar lá trás, que as vezes o paciente morria, e eu fala "poxa eu não conseguir intervir", também não tinha suporte técnico, não podia pela própria função não podia fazer mais que era impedido, não podia fazer uma manobra intensiva até certo ponto...porque não tinha capacidade técnica, então assim...

- Participante A: Eu acho que ainda é diferente ... Porque as vezes vamos supor, uma coisa é um paciente idoso falecer de câncer outra coisa é o jovem que bate o carro e morre no acidente

- Pesquisadora: Ou uma criança que está dentro do carro e morre

- Participante A: Sim, muito abrupto. Isso aí nossa ideia de vida choca demais sabe! Isso ainda me assusta muito em relação a morte

- Participante B: Não é assim...às vezes assim...o ..., igual... pô o cara que vc sabe que teve pela cinética do trauma e tal, vc vê por uma ruptura de aorta...sei lá

- Participante A: É verdade, não tem jeito

- Participante B: Mesmo que vc fosse o profissional mais gabaritado possível ali, só se vc estivesse com ele dentro do centro cirúrgico, as vezes...vc fosse vascular
- Participante A: rompeu na sua frente lá.
- Participante B: Na sua frente as vezes vc conseguiria salvar, mas mesmo assim vc não ia conseguir mais entendeu. Eu vejo assim não só hoje pela idade do paciente da forma que aconteceu, a gente tem muito isso...Ah não o esperado é que o idoso morra. Até a professora colocou muito interessante... "Ah realmente então todo velho tem que morrer!" A gente tem muito isso aí , entendeu! Não é porque as vezes o paciente tem pouca idade, eu acho que é forma mesmo... que...
- Participante A: A forma ...o que desencadeia...
- Participante B: O que desencadeou
- Participante A: HDT cara. 21 anos a paciente, transmissão HIV vertical, desde de...ela conviveu 21 anos com a doença, se ela tivesse contraído isso com ... sei lá, com idade adulta ela teria seus 60, seus 50, 60 anos, 21 anos fase terminal, já com doença neurológica avançadíssima, acamada, já sem movimentação de membros
- Pesquisadora: Aí a morte tem um outro sentido nesse caso.
- Participante A: tem...
- Pesquisadora: E vcs já pegaram na vida acadêmica de vcs morte...vcs já...
- Participante A: Na sua frente. Já
- Pesquisadora: Num plantão ou num rodízio
- Participante A: Já, já
- Pesquisadora: junto com o professor
- Participante A: O ... já pegou demais.
- Participante B: Eu já peguei muito fora da medicina, no pré-hospitalar mesmo
- Pesquisadora: E na medicina?
- Participante B: Na medicina já peguei alguns casos assim, que a gente tentou reverter né ...! Parada cardio respiratória, mas assim...
- Participante A: UTI
- Pesquisadora: E como foi essa experiência. Vcs conseguem lembrar da primeira pessoa, vcs alunos de repente aquela primeira vez que morreu uma pessoa.
- Participante A: Eu tava no 8º período, num plantão que eu tava dando até de bobeira lá na UTI do ..., todo mundo tranquilo, as enfermeiras lá de boa, de repente alguém "parou, o paciente parou " Aí todo mundo desesperado. Tentaram reanimar



o cara uns 20 minutos...tentaram reanimar ele uns 20 minutos, fizeram trocentas ampolas de adrenalina nele. Eu lembro que na hora que o paciente morreu, passou um tempo eles foram arrumar o corpo, me chocou demais na hora que eles foram arrumar o corpo. Tipo! viraram o cara, amarraram, cruzaram os braços e as pernas, colocaram uma etiqueta na testa, isso foi demais! Primeira vez que eu vi tanto é que eu lembro até hoje! Colocaram uma etiqueta na testa colocaram num saco, nossa! nós somos tudo igual, não tem ninguém melhor que ninguém, todo mundo morre com uma etiqueta na testa e dentro de um saco

- Participante B: Isso é triste né!

- Pesquisadora: E dentro de um hospital particular

- Participante B: Como se fosse um número, eu acho que...na medicina é tão treinado assim pra não ver o paciente como um número lá, o fulano da doença tal e aí eles fazem o que tentaram te desconstruir.

- Participante A: Porque a etiqueta na testa porque se não vão confundir ele ainda e vão velar o paciente errado, sabe. Vc é tão insignificante que até na hora que vc morre eles trocam o seu corpo, se der bobeira. Na hora foi chocante demais pra mim a primeira vez que eu vi, até quando eu vi a morte de frente...na transição até que foi relativamente tranquilo sabe, durante a parada cardíaca eu fui até de boa, tentei reanimar e tudo mais

- Pesquisadora: Mas vc dá de cara com a consequência depois que morreu, vc virou objeto.

- Participante A: Exato, isso aí foi...

- Pesquisadora: Como número de identificação

- Participante B: Complicado isso aí

- Participante A: Isso aí foi louco

- Participante B: O meu primeiro como estudante de medicina eu não lembro, eu lembro assim como eu trabalhando como bombeiro, marcou muito. Preso em ferragem uma criança, eu lembro até hoje assim, capotou o carro 2 foram ejetados morreram na hora e a gente chegou naquela ânsia...fizemos o encarceramento assim... cortar ou não cortar as ferragens...na hora que chegou assim. Criança, a gente pensou que tava assim ou inconsciente ou alguma assim...linda, rosto angelical. Na hora que a gente foi pegar que foi que a gente viu que tinha quebrado mesmo, ela tinha rebentado o crânio por trás então tinha exposição de massa

encefálica, mas na frente perfeita, a gente só percebeu depois que chegou próximo. Assim essa me marcou muita, que eu lembro de outra é que...

- Pesquisadora: então ela já tava morta quando vcs fizeram...

- Participante B: Ela já tava morta...Como a gente, vc faz naquela correria e o stress, tentando fazer da melhor possível, mas rápido possível pra tirar ela logo daquela situação, mas aí quando a gente deparou, nunca esqueço... E outra assim profissionalmente foi um... caminhoneiro transportando frango da super-frango, o caminhou dele tombou, tombou eram 2 descidas, era na verdade um vale, aí um veio de lá esse caminhoneiro tombou e bateu num de boia-fria, nesse dia morreu umas 6 pessoas, mas assim o caminhoneiro ainda gritando "Ah bombeiro, pelo amor e Deus deixa eu morrer não, tô aqui", e a gente tirando caixa de frango porque como os veículos entrelaçaram a frente, não tinha como vc acessar pela frente, por baixo não tinha jeito e por cima também não tinha

- Participante A: Só por trás...

- Participante B: Só por trás, aí quando a gente conseguiu arrancar aquele tanto de caixa, que os recursos eram também eram limitados, que a gente desencassou ele já tinha ido a óbito. Então assim é os dois que...

- Pesquisadora: Ele gritava, pedindo...

- Participante B: Ele gritava por socorro pra não deixar ele morrer né! Então assim... esse da menininha que eu citei e esse caso foi muito frustrante assim...eu fiquei quase um ano martelando aquilo na minha cabeça, as vezes sempre que eu ia numa situação que envolvia óbito, a gente sempre lembrava, principalmente acidente que tava ali...a gente sempre lembrava desses 2 casos.

**(Em outro momento):**

- Pesquisadora: E como se então a morte desse um sentido pra essa vida

- Participante B: Que desse um sentido pra vida eu vejo mais nesse plano também. Além de ter toda essa visão religiosa, apesar do espírito sobreviver, eu acho que a vida assim...a morte da um sentido pra vida, porque senão seria tudo muito chato também

- Participante A: Eu acho que imortalidade deve ser o maior...

- Participante B: maior castigo...

- Participante A: maior castigo, deve ser horroroso, imortalidade deve ser uma droga. Mas, agora morte dando um sentido pra vida eu acho que talvez seja demais.
- Pesquisadora: Mas aí como fica a imortalidade porque a medicina, ela trabalha muito pra buscar essa imortalidade. Quando a gente pensa...
- Participante A: Também... aumentar o máximo a expectativa de vida
- Pesquisadora: A expectativa de vida...
- Participante A: Não! Eu acho que chegar a imortalidade não vai conseguir não. não!
- Participante B: a gente não vai conseguir não
- Pesquisadora: De congelar pra daqui tantos anos...
- Participante A: Se a gente não tem poder de manter vida com as nossas mãos, quem somos nós pra falar que vai ficar imortal.
- Participante B: Não assim...talvez um dia chegue, mas assim até onde a gente pode acompanhar, eu acho que ainda tá um pouco distante... da imortalidade, porque assim até hoje a gente vê essa questão celular, pelo que a gente aprende, que a gente não é pesquisador né! a gente apenas reproduz o que já foi pesquisado até o presente momento, vá que a gente assim as vezes no futuro a gente decida ser pesquisador e tá olhando essa questão mais a fundo, vê se a gente consegue essa questão chegar na imortalidade. Mas, igual eu falei pra mim hoje eu vejo essa questão mesmo a medicina evoluindo a única certeza que vc tem ainda hoje é que vc vai morrer...
- Participante A: vai morrer...isso é verdade
- Participante B: Então assim, eu acho que tem que aproveitar a vida, não vou falar também que tem que ser incosequente, também a gente não pode passar por cima de tudo e de todos, mas assim tentar aproveitar o máximo as pessoas que a gente.... Pelo menos assim, eu acho que já presenciei mais morte acho que o ...
- Participante A: Com certeza.
- Participante B: Que a gente fica vendo assim...pelos parentes que ficaram, também não sei se é demagogia, tipo assim..."ah fulano podia ter feito isso, ah fulano trabalhou tanto, ah ciclano podia ter feito aquilo que eu queria fazer o sonho dele. Então eu acho que então a morte de certa forma dá um pouco sentido pra vida, acho que não só dá sentido pra vida! Tem toda essa questão espiritual que o

... falou que eu também acredito, mas dá mais sentido pra vida sim, eu acredito sim!

- Participante A: Eu acho que a morte é uma coisa muito sutil, é uma coisa muito tênue. Acho que é um caminho não é fim, morte é caminho... É muito fácil morrer, sabe! morrer é uma coisa tão besta, nossa! tem jeito de morrer de maneiras idiotas, muito ridículas.

- Pesquisadora: e viver é fácil.

- Participante A: Manter uma vida...viver é fácil, com qualidade que talvez não. Aí a gente entra nesse quesito né... viver sem qualidade vale a pena!?

- Participante B: É, era uma outra discussão que eu sempre travei assim muito na medicina paliativa, que a gente tem aquele egoísmo igual vc falou, de querer a carcaça pra gente, as vezes vc ta vendo o cara lá, o cara não é aquilo que era mais...porque tipo assim o cara já tem um quadro neurológico avançadíssimo, ele já não lembra mais do que ele viveu, do quem ele foi, a gente fica agarrado naquilo ali não quer deixar a pessoa as vezes partir também , né ...! Igual a gente vê...assim...

- Participante A: Distanásia né...ficar fazendo coisa com o cara que ...

- Pesquisadora: O médico é cobrado a isso...não deixar o cara partir.

- Participante A: Sim!

- Participante B: Então assim... e até onde sem qualidade de vida também vc vale a pena viver, igual o ... tava falando, eu acho que a vida é importante quando vc tem um pouco de qualidade de vida, poder aproveitar... nisso eu tô falando em questão morte, entendeu?

- Participante A: entendi

- Participante B: Vc tá podendo aproveitar seus pais, porque é tão prazeroso vc ta sentado com sua família, com seu pai, sua mãe, com seus filhos, com as pessoas que vc gosta, talvez aquele almoço de domingo assim...que as vezes a maioria tem uma base. Ta tendo aquele tempo com eles, sentado...eu pelo menos pra mim como meu tempo é um pouco corrido, eu dou muito valor nessa questão, sabe!

**(Em outro momento):**

- Pesquisadora: Quando eu falei na medicina, porque vcs lidam com o sofrimento físico e emocional, diferente da psicologia, por exemplo que a gente trabalha mais o sofrimento emocional...

- Participante B: mais o emocional né.
- Pesquisadora: Mas não tem como, se vcs trabalham o físico vcs trabalham o emocional, porque o físico vai interferir, o emocional vai estar presente junto, uma pessoa grita pedindo socorro emocionalmente ela está abalada.
- Participante B: Com certeza. As vezes assim muito disso eu tento... não me deixar...as vezes endurecer pela razão que a medicina um pouco te dá. As vezes vc vê a pessoa assim...ta urrando ali...que a dor é uma questão muito subjetiva, a mesma dor pra mim as vezes não é a mesma que o colega tá sentindo, a mesma patologia a mesma causa não vai levar a mesma dor porque é uma coisa subjetiva, as vezes vc vê a pessoa por, digamos, por uma causa que vc acha que pra vc não te causaria tanto sofrimento, e a pessoa urrando...Pô mais não é possível...
- Pesquisadora: E até em momentos diferentes na sua vida aquela dor... é diferente.
- Participante B: também é diferente.
- Participante A: é...
- Participante B: Então entra muito que a senhora falou da questão emocional, o que ajuda muito a gente nesse sentido é essa questão, ter esse enfoque também não só racional, mas emocional dá dor também. Então é isso aí...

### **DIÁLOGO ABERTO COM PARTICIPANTE C**

- Pesquisadora: Porque você escolheu medicina, como é que surgiu essa ideia da medicina para você
- Participante C: É até complexo responder isso porque minha situação é atípica dos restos dos colegas porque eu entrei depois, eu já tinha um curso superior, medicina foi minha primeira opção quando eu terminei o meu 2º grau. Aí eu terminei, terminei o 2º grau, achei que era medicina, mas eu tava perdido, 17 anos vc ter que escolher sua profissão para o resto da vida, eu acho que é cruel essa situação nossa. E aí eu escolhi medicina prestei vestibular e não passei, entrei no cursinho comecei a estudar no cursinho do WR e lá eu encuquei na minha cabeça que talvez na verdade não fosse medicina, comecei a estudar sobre profissões e me encantei com administração de empresas e resolvi que queria fazer administração de empresas. Fiz administração, passei no vestibular, numa faculdade boa na UNB e fui fazer. Fui fazer administração, mas sempre fiquei com aquela admiração pela medicina, fiz administração virei empresário, fui sócio de

três empresas diferentes, fui professor universitário, fiz MBA em marketing fiz bastante coisa e depois de muito tempo trabalhando ali na administração 4 anos de faculdade mais 5 anos no mercado, desencantei de muita coisa, apesar de 5 anos somente na profissão eu vivi intensamente né. Com 3 empresas diferentes, dando aula de aula em 3 faculdades diferentes, eu vi bastante coisa conheci muita gente e desencantei bastante da administração principalmente no Brasil. Brasil é um país permeado por corrupção, por alta carga de impostos então você ser administrador está sujeito a tudo isso, eu tive propostas para mim corromper várias vezes, eu tentei participar de licitação e recebi propostas de propinas para receber mudar preços, então eu tive muito perto da corrupção e vai contra todos os meus valores e de tudo que eu fazia ia desencantando da forma como administrador trabalha aqui, como um empresário. Eu fiz administração para ser um empresário isso é muito claro e eu cansei de ser um empresário, desisti de ser um empresário achei que isso aqui não é lugar para ser um empresário, admiro quem continuou a caminhada mas eu não e aí chegou uma hora que eu parei falei não é para mim não fazer isso se fosse fora do Brasil eu toparia ter continuado já Estados Unidos, na Europa lá empresário é valorizado a função do administrador

- Pesquisadora: Vc chegou a pensar ir pra lá

- Participante C: pensei várias vezes, mas não deixaria família para trás se eu fosse desgarrado não tivesse família já teria ido cheguei a conhecer como funciona cheguei in loco tanto na Europa quanto nos Estados Unidos. Iria fácil, gostei muito, mas tem a questão da família que não dá para ficar longe então resolvi que a administração não ia continuar pois administrador no Brasil não é valorizada difícil eu não fiz administração para trabalhar em empresa como administrador que não tem valor nenhum. E aí resolvi abandonar, e quando resolvi abandonar eu tive que buscar o novo, uma nova coisa para fazer. Também eu tava em Brasília longe de casa, dos familiares, sozinho, tava plantando lá e na hora de começar a colher também não quis ficar lá. Voltei para perto da família, primeira coisa foi uma decisão pessoal eu voltar para Goiânia ficar perto da família e depois eu decidi pelo futuro, aí vem várias opções e tem uma idade um pouco mais avançada e o que vc vai fazer da vida. A opção mais rápida era fazer um concurso público qualquer sentava estudava não duvidava da minha capacidade que em pouco tempo eu poderia passar se eu estudasse firme, mas também não era concurso público, comecei a olhar editais em casa e tudo. E aí um dia veio forte aquele sentimento da Medicina

aquela admiração que eu tinha da medicina e eu fiquei próximo dessa área de saúde pouco tempo antes dessa decisão. É quando minha avó adoeceu piorou no quadro dela e ficou muito tempo internada a gente ficou muito tempo em hospitais e nessa época também meus amigos estavam terminando meus amigos que tinham optado pela medicina no início lá quando a gente terminou o 2º grau e tal. Terminando suas residências começando a atual e a gente conversava sobre isso e aí veio forte esse sentimento na minha cabeça e eu não quis ficar com essa frustração na cabeça ah e se eu tivesse feito medicina. Aí conversei com meus pais, eles me apoiaram falaram não pode fazer que a gente te apoia financeiramente e tudo. E aí eu não quis pensar demais também não, se eu tivesse que fazer vou fazer...ai duro foi voltar para o cursinho largar de trabalhar, voltar para o cursinho pré vestibular e aí eu estudei e em 10 meses eu passei, passei aqui na Unievangélica e vim fazer e aí foi bom que meus pais me deram esse apoio a garantia de que eu não ia precisar de trabalhar e se me deu segurança para estudar depois que entrei também até voltei a trabalhar voltei a dar aula na faculdade e foi muito bom medicina Me surpreendeu positivamente até até mais que eu esperava o que eu posso fazer, como que eu posso contribuir, como posso ajudar as pessoas é até melhor do que esperava

- Pesquisadora: hoje vc pode dizer que medicina é o seu curso

- Participante C: Administração é o meu curso também é uma coisa para mim e eu gostava muito de atuar, tanto que é pra mim que eu gosto tanto da essência da administração, que eu não quis continuar sendo administrador aqui, porque aqui o administrador é deturpado, agora medicina não, medicina é uma coisa que eu to gostando muito, cada hora mais eu encontro mais áreas específicas rodando o internato que são muito próximas a mim , eu gosto, eu gosto de sentar e estudar, tomei um gosto maior ainda pelo estudo porque acaba que a gente é forçado a estudar mais, é um curso tenso difícil e eu tomei mais gosto pelo estudo e hoje eu gosto mais ainda de estudar do que antes até

- Pesquisadora: E as decepções com a medicina porque agora no internato acaba vendo muito como funciona o sistema mesmo

- Participante C: É a decepção de novo bate sempre na questão de pessoas

- Pesquisadora: E de Brasil

- Participante C: Aí eu não sei se é tanto o Brasil, até porque eu acabei de fazer um intercâmbio nos Estados Unidos agora, pela faculdade, fiquei 2 meses lá e eu vi

que essa questão de falta de ética entre profissionais, jogo de vaidades existe lá também. Mas em algumas áreas, mas que em outras, por exemplo a área de cirurgia é uma área que eu hoje to completamente decepcionado. Lá a falta de ética entre os profissionais que trabalham juntos é gigantesca, é um falando mal do outro, um querendo devorar o outro, e não precisava disso né! Mas existe um mito de que o pessoal falava que a área médica é muito unida, os profissionais são muito unidos, falácia, não existe essa união não existe nada disso. Se a população acredita por fora por dentro não existe, vc tá totalmente destruído isso aí. Mas em algumas áreas mas que em outras, essas áreas que tem mais evidências e tudo, tem mais vaidade

- Pesquisadora: E a sua tendência é escolher o que agora na medicina, que área

- Participante C: Pois é eu queria alguma coisa que tivesse procedimentos, que eu gosto de fazer procedimentos eu gosto da ideia do médico operar mas descartei cirurgia geral né, e aí tem algumas áreas que tem procedimentos que tem cirurgia e também tem clínica, tem a área de otorrino que é uma área que eu gosto, área de ortopedia tem clínica e cirurgia, me agrada também a ideia de que... até porque ortopedia poderia trabalhar com esportes é uma área que eu gosto, quando administrador cheguei a ser sócio de uma academia de esporte para crianças e eu gostava muito então cheguei estudar bastante dessa área de administração esportiva então eu já tem uma proximidade com a área então ortopedia também seria bom por isso poderia trabalhar com esportes. Então eu to ali na ortopedia, otorrino, uma área que eu me dou bem é radiologia não é nem que eu gosto eu tenho uma facilidade natural e normalmente nas aulas e tudo enxergava coisas que a turma inteira ninguém tava enxergando consegui enxergar responder sem esforço então eu tô cogitando aí na radiologia por isso. É parece que o trem é fácil para mim, às vezes é bom né! vc descobre uma coisa que vc tem dom

- Pesquisadora: Eu pensei nisso, é um talento natural

- Participante C: É as vezes é um talento, uma facilidade natural que eu tenho e eu não vou ficar dando murro em ponta de faca não! Então agora no internato eu to com olhos abertos para isso conforme for pode ser uma alternativa também. Afasta um pouco da medicina a questão da radiologia, a prática médica, mas é bom também eu gosto, não acho ruim não, tem uma qualidade de vida boa que eu acho que isso pesa, acesso direto que eu tenho que olhar, eu não vou formar com 22, 23 anos eu vou formar com 34 anos então também não quero ficar a vida toda



fazendo 1000 residências para cair no mercado de trabalho com 40 anos.

- Pesquisadora: Vc vai terminar a graduação com 34?

- Participante C: é. E não dá pra ficar brincando muito

- Pesquisadora: Vc acha que tá velho?

- Participante C: Não velho não! Se vc for pensar, foi até um questionamento que eu tive que me fazer várias vezes antes de decidir fazer medicina, mas se eu entrar com quantos anos? Vou terminar com quantos anos? E aí? Se vc pensar que vc vê gente hoje trabalhando com 70, 75, 80 anos, tem muito tempo de profissão ainda, mas ao mesmo tempo eu me sinto na necessidade de já ter uma remuneração certa, de poder fazer os meus planos pessoais e sair da casa dos pais, de poder ajudar meus pais.

- Pesquisadora: Mas pra prática da medicina, vc acha que sua idade

- Participante C: Pra prática da medicina eu tô muito novo, agora por uma questão pessoal existe uma necessidade que eu comece a trabalhar de verdade, entrar no mercado de trabalho, ganhar dinheiro

- Pesquisadora: Que é uma questão mais social do que ...

- Participante C: Mais social e financeira mesmo. Minha família ta passando por uma certa dificuldade financeira, não tá fácil mesmo! Apesar de toda daquela garantia que meus pais me deram tá difícil pra eles manter essa garantia, não quero dar esse peso pra eles

- Pesquisadora: são 6 anos né! Em 6 anos muita coisa acontece

- Participante C: É, e aconteceram várias coisas, a dificuldade é grande mas vai dar tudo certo

- Pesquisadora: Qual sua maior alegria com a medicina

- Participante C R: Minha maior alegria é, vou falar como estudante ainda não sei como médico mas como estudante é impressionante como é gratificante quando você vai lá conversa com paciente você não tem competência para resolver nada para tratar nada para prescrever nada e como a conversa o paciente fica bem você resolve a situação dele então já resolvi muitas com conversa, as vezes num ambiente que ninguém parou pra conversar como o paciente e ele tava ali o tempo inteiro precisando de uma simples orientação. E vc vai lá e resolve né! E então se eu consigo resolver a vida de muita gente com simples conversa, que mais eu poderia resolver se eu tiver competência mesmo

- Pesquisadora: E como aluno qual foi sua frustração?

- Participante C: Frustração como aluno?!
- Pesquisadora: Dentro do curso
- Participante C: Acho que as frustrações como aluno perpassam a partir, não sei, as vezes resultados ruins em alguns exames, em algumas provas, algumas coisas. É acho que pela questão de eu ter sido professor universitário eu entendo muito bem como é que funciona o sistema e as vezes eu vejo muita falta de critério em avaliações, em condutas de professores, de preceptores. Isso me deixa frustrado, me deixa triste. É muito mal administrado tudo isso aí eu já to falando como administrador

**(Em outro momento):**

- Pesquisadora: E vc já teve que encarar a morte de algum paciente
- Participante C: Nada tão pesado, mas já. Cheguei a encarar um processo também que não foi nem de morte, mas uma paciente pediatra uma criança de 11 anos com tumor intestinal, gigante, progressivo é depois acabou que ela foi transferida para o Araújo Jorge e eu nem sei o fim da história, mas no tempo que ficou comigo ali ficamos bem próximos, era um tumor agressivo provavelmente levaria à morte, todo mundo estava bem desmotivado em relação aqui ali, e participei do processo de informar aquilo a mãe, de dar o suporte a mãe. Aquilo ali, foi o que mais eu me envolvi mesmo assim
- Pesquisadora: E como é que vc se sentiu participando ativamente do processo
- Participante C: Foi bem difícil, foi bem emocionante, eu conversava com a minha dupla do internato sempre. Foi bem pesado, pesado porque a mãe e ela não era nova, era filho único, é... ela tinha separado do pai então assim...não tinha possibilidade próximo de ter outro filho, não com outro filho encaminhado assim digamos, então ela ia perder um filho dela e eu me lembro bem que quando a gente deu a notícia do tumor, tal... e a gente trabalhou muito bem a notícia né. A gente equipe de internos junto com a médica responsável e a gente trabalhou muito bem a notícia, para explicar direitinho o que que era o tumor e o que que o tumor poderia levar, as consequências, tudo, tudo, tudo, para que ela entendesse bem e não restasse dúvida, então a gente ficou falando meia hora para ela, explicando tumor e na hora que acabou ela tava sendo assustada não tava entendendo era nada porque ela não tanta informação, de repente ela falou assim mas ele vai poder voltar comigo, porque tá vomitando muito eu quero saber se ele, que tá com fome,

ou seja, ela não tinha todo processo, ela queria saber se ele comer ou não, e tal... ai a gente explicou, aí não vamos ter que voltar outro dia explicar de novo essa questão do tumor, é realmente ela não tinha entendido, eu acho que foi na terceira vez que a gente foi explicando que ela aceitou aquela ideia. Talvez fosse um processo de não aceitação, aí ela aceitou e aí ela desabou, chorou muito e isso tudo emocionou.

- Pesquisadora: Vc teve essa preparação na faculdade para encarar essas situações.

- Participante C: A gente teve, a gente teve bastante isso é, na hora que você cara mesmo é sempre um pouco diferente, nunca vai ser tão bonito como na faculdade, mas a faculdade... a questão da matéria disciplina de comunicação que pra mim é uma disciplina excelente, prepara muita gente traz muita sensibilidade que muita gente não teria é... é... a disciplina para mim alguns momentos ela foi bem elementar, eu vim da administração e fiz MBA em marketing então sempre trabalhei com comunicação, mas em relação a comunicação na área da saúde tudo foi coisa muito nova para mim, a disciplina, então acho essencial, acho muito bom inclusive e... e a gente tem a questão da comunicação da morte, preparação, tudo, mas na hora que você tem que dar a notícia mesmo é difícil, eu tive que dar agora, eu tô lembrando, quando eu tava no segundo período, eu comecei acompanhar um... um amigo meu que é cirurgião geral, plantonista lá do HUAPA em Aparecida de Goiânia e aí teve um Advento lá de uma morte, teve um dia que a gente foi lá, fez...tentou ressuscitação e não conseguimos, o paciente faleceu. E assim não tinha, a gente não tinha vínculo com o paciente, a gente tava lá no repouso médico, de repente chamaram e tal...Fomos lá, chegamos, o paciente tava parado, fizemos a massagem, não resolveu, não tinha vinculo nenhum mas a gente foi lá pra dar a notícia. Não, você vai lá junto comigo. E aí eu cheguei lá junto com ele pra dar a notícia e aí todo o processo de preparar uma família que ele chegou ali plantonista, ele não tinha nenhum vínculo e eu lembro que ele foi muito hábil nisso, ele fez isso muito bem, vendo as pessoas pela primeira vez, ele preparou todo o terreno, explicou tudo, fez um processo gradativo, no final ele nem falou assim "morreu" as pessoas entenderam

- Pesquisadora: Para você qualquer relação medicina e morte

- Participante C: A relação é muito próxima, né! Medicina trabalha com o morte... tempo inteiro, em todas as áreas, todas têm um risco de morte e... e... e tem se o

medo grande da morte acho que principalmente a nossa cultura tem um medo grande da morte, eu vejo em outras culturas principalmente as orientais a morte é mais bem aceita.

- Pesquisadora: Mas pra vc, como é que vc encara a morte

- Participante C: Eu já encarei de uma forma mais, eu tinha mais medo, aí com o tempo vc vai amadurecendo, vc vai tendo porcesso de morte dentro da sua família, perdi avô, avó, alguns tios, ninguém dentro da minha casa ainda mas perdi pessoas bem próximas. E aí você vai ficando mais cascudo com aquilo ali né! E aí com o tempo eu fui também amadurecendo questão religiosa e tudo, antigamente quando era mais novo só questão católica. Eu acho que só a religião católica qu etras um pouco essa questão de imaturidade e não aceitação da morte, quando estudei um pouco mais espiritismo que ue gosto bastante, até nem me considero um espírita mas já frequentei muitas vezes centro espírita e gosto de ler livros a respeito e aí eu passei a entender muita muita coisa aí e aceitar melhor isso aí, é claro que a gente fica triste, a duas semanas eu perdi o irmão da minha mãe, meu tio, tem duas semanas isso e assim da notícia até o dia do velório eu tava muito bem, na hora que vc chega no velório, vc vê a pessoa, aí isso vem mais forte, mas mesmo assim hoje já aceito bem melhor.

- Pesquisadora: Vc acha que a religião ajuda o médico a entender a morte, aceitar...não sei

- Participante C: eu acho que ajuda demais, inclusive eu acho que mais médicos deveriam buscar mais processo religioso, seja religião qualquer, mas eu acho que o médico precisa porque muitas vezes é pesado dependendo da área que se trabalha vc vai trabalhar com aquilo muito próximo, é pesado, vc precisa de um suporte, alguma coisa, é uma base sustentação, pilar de sustentação a questão da religião tanto para a população quanto pro médico, para que o médico não se torna insensível em relação aquilo ali, não trate paciente como um objeto, ah não deu! não deu! Não é assim, é uma pessoa, uma alma, tem família em pessoas que estimam por ela, o médico não pode perder a sensibilidade e ao mesmo tempo tendo sensibilidade não pode desabar, ele não pode perder o controle emocional senão pode prejudicar a questão do raciocínio analítico dele. Então precisa de uma base de sustentação, acho importante tanto pra população quanto pro médico que vai tratar com aquilo ali todos os dias, algumas áreas nem tanto, nem tão próximo assim. Mas por ventura também

**(Em outro momento):**

- Pesquisadora: Mais alguma coisa que vc quer falar
- Participante C: Eu acho que é importante, acho que o grande desafio do médico é não perder a sensibilidade né e eu tento sempre ficar alerta nisso que acaba aqui é a gente fica evoluindo nessas enfermarias, igual fomos agora lá no HDT , no mês passado tava rodando lá. No HDT é um lugar onde tem muito caso crônico, assim então vire e mexe tem morte lá, vai pra UTI acaba morrendo. E a gente tava lá um dia a paciente fulana de tal morreu, a colega tava evoluindo a paciente a morreu e todo muito a quem vai pro leito dela agora, que não sei o que, substitui o leito, o pessoal não tava preocupado com a paciente que morreu, o pessoal tava preocupada em remanejar os leitos e tudo, aí eu sempre tento ficar pensando, nossa é essa paciente, quem era essa paciente, família, será que recebeu suporte né! Tem o serviço social aqui, será que deu o suporte correto e tudo e ai fico pensando nesses negócios e ai eu fico tentado enxergar o lado do paciente, então ai eu fui lá e vi o lado do paciente que eu tava evoluindo, ele tava lá a 20 dias internado lá, o leito não tem cortina porque tuberculose tem que ter luz ultravioleta para se tiver escuro a tuberculose aumenta mais é ruim pra doença, então você não pode ter cortina então tava dormindo num quarto sem cortina, aí o pai dele 70 anos 70 e poucos anos dormindo no quarto sem cortina no chão e porque não tem cama pra acompanhante e o quarto dele nem televisão não tinha, então ficava o dia todo os dois no quarto isolado dois lá parado, sem assunto, a 20 dias. Eu senti que eles estavam entrando em depressão, os dois estavam se deprimindo junto né! Aí eu comecei falar Doutor: "não tem opção de dar alta para paciente", a precisa de um exame e esse exame foi feito em outro hospital o serviço social tem buscar. Aí comecei a ir lá no serviço social todo dia por conta própria fazer uma pressão para cobrar por que eu tava agoniado com aquele paciente e assim acho que a gente tem que lutar para essas coisas, o paciente ia o morrer ali de depressão né! e ninguém resolvia porque a tem um exame, ah cadê o exame, tem que esperar, a não tem que esperar vamos correr atrás. E aí fui lá no serviço social agilizar isso e tudo e aí no serviço social descobri outras demandas Ninguém licitude no serviço social descobrir outras demandas que tem lá e que ninguém mais enxerga que é o que, os pacientes chegam na maioria não tem nenhuma estrutura familiar, muito morador de rua tal chega lá Eles tomam banho tira a roupa deles tal e no dia de ir

embora e eles não tem roupa né ninguém lembra disso, pacientes que não tem outra roupa, que a roupa que estavam lá, suja, contaminada, jogou fora e eles vão fazer o que? Vão levar uma roupa do hospital, não tem jeito, e de onde que vem essa roupa nova que vai dar pra eles, por meio de doações, de quem? de ninguém porque não divulga.

Cheguei lá o grupo de whatsapp dos internos, fiz uma campanha que levar lá, já levei uma caixa de roupa no dia todo mundo levou também, enchemos o quartinho lá de roupa, é uma coisa que roda interno lá todo dia há mil anos e tava faltando roupa! então não pode, é uma coisa que não pode, tem que ser quase que prática, o interno entrou no primeiro dia preceptor falar ta faltando roupa, vcs vão trazer, nunca mais vai faltar

- Pesquisadora: Eu fiquei pensando nisso, vcs usam o sistema e em contrapartida não oferecem nada

- Participante C: Nada

- Pesquisadora: Que de repente a roupa já é o essencial

- Participante C: Porque todo mundo tem, nesse nível de estudante de medicina 80% vai ter uma roupa que não usa mais que poderia ser doada, então tem coisas que podem ser feitas ali mas eu acho que perde-se a sensibilidade vc tá preocupado em aprender aquilo ali, como é que vai fazer, colocar outro paciente, por quem vai evoluir o que? que hora que vou ter que chegar aqui para evoluir, mas quem são essas pessoas que vc está evoluindo, qual situação de vida delas, isso aí é o que eu acho que perde-se um pouco, não pode deixar mas é um exercício diário, também fiz isso agora mas não é sempre, não é todo dia que eu to fazendo, eu me policio, tem hora que realmente a carga é pesada vc chegar no hospital as 5:00 da manhã evoluir 10 pacientes porque o preceptor vai passar e ele vai chegar dando bronca em todo mundo, se você não conseguiu, aí á vezes é difícil para pra vc ficar pensando

- Pesquisadora: E o que te fez fazer isso foi seu lado profissional ou seu lado pessoal?

- Participante C: pessoal

- Pesquisadora: Então foi a pessoa do ... que fez isso

- Participante C: é

- Pesquisadora: Procurou esse movimento

- Participante C: é

- Pesquisadora: Porque eu fiz essa pergunta. Porque eu fiquei pensando, se entrar pelo lado profissional ninguém vai fazer né! Por que profissionalmente é evoluir, é fazer isso, é fazer isso...

- Participante C: Profissionalmente vc tem cumprir sua meta de evolução e sai correndo e ser estudante, médico é passar os casos embora para consultório porque tem uma fila de pacientes pra ele ali atender e tem que correr, tudo é rápido, tudo é cheio, não existe não! Profissionalmente não existe cuidar disso. Ah! Mas tem o serviço social também ta lotado cheio de demanda, ainda mais no serviço público, poderia estar pagando mais profissionais do serviço social pra dar tempo de fazer tudo e ter gente pra cuidar só disso, mas também não paga, não tem, é um acúmulo de problemas e má administração e o dinheiro que não chega, por opção, enfim...

## **DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO**

- Pesquisadora: ...A primeira questão é, se vocês acham correto omitir a verdade da paciente? Não? Acha que não? Por quê?

- Participante C: Acredito que você ta iludindo a paciente com a possibilidade de cura e ela só ta piorando e a tendência é piorar mais e mais. Talvez ela tenha que passar por procedimentos totalmente invasivos, cirurgias grandes, é..., e uma frustração que vai talvez trazer para a vida dela, ela está fazendo planos para a vida dela, e planos que não, podem não ser é... alcançados né, então talvez seja melhor, talvez não, tenho certeza que ela tem que trabalhar com a verdade para que os planos dela sejam em cima das condições dela.

- Participante A: E outra, é direito dela saber o que ela tem né. Tudo bem que o marido dela não quer que ela saiba, mas... ele pergunta ó: no inicio foi várias vezes questionado por ela para saber...ela quer saber o que ela tem.. ela tem o direito de saber ue.

- Participante B: Sim, eu acho que é deixa o prognóstico reservado e vai levar ela a morte, esta escrito aqui no texto. Então assim, será que ela não teria o direito de saber que apesar do maior sonho que ela refere aqui no texto e ver o filho formar em engenharia daqui a dois meses, mas assim, eu acredito que talvez se ela soubesse também ela poderia aproveitar por uma vida mais, os familiares fazendo assim né.

- Participante A: A pessoa muda muito
- Participante B: tem vontades também que não dá
- Participante C: É aquela coisa né de falar que você vai morrer amanhã, você tem 24 horas de vida: você ia estar aqui na faculdade!? Né, você ia talvez estar com seus familiares, aproveitando outras coisas, então se falar pra ela que ela tem um diagnóstico reservado que ela vai morrer em pouco tempo, também não dá pra taxar quanto tempo, mas será que ela estaria fazendo algumas coisas que ela está fazendo?!
- Participante B: Será que ela não, por exemplo, poderia estar realizando sonhos que ela tinha vontade, talvez além deste filho formado. Então assim, eu acho que seria dar uma chance pro paciente também estar fazendo outras coisas né.
- Pesquisadora: - E quando a família pede... pra não contar? E aí?
- Participante C: Eu acho que pra você não contar pro paciente... to tomando aqui a frente dele
- Participante A: Não, pode ficar a vontade, cara
- Participante C: Pra você não contar... Na minha opinião, pra você não contar pro paciente a verdade, é... a pedido da família, eu acho que se a paciente tá debilitada de alguma forma...já ta variando...já ta perdendo posse das suas faculdades mentais, mas nesse caso aqui que ela ta totalmente situada, totalmente lucida e ela é jovem eu não acho que deve respeitar a família.
- Participante A: Não, eu acho que tem que ser conversado com a família falando: olha, ela tem o direito de saber, nós temos que dar um jeito de contar. Eu sei que uma revelação abrupta demais dever ser terrível ainda mais porque ela ta toda felizinha né, ela deve ir lá pra fossa.
- Participante B: Poxa, mas eu acho assim, que se fosse eu no lugar do paciente, eu tento sempre fazer essa colocação. Por exemplo, eu gostaria de saber por que, ela ta lucida, ela tem direito inclusive o de opinar a questão do tratamento dela, porque se ela ta lucida inclusive eu não posso tomar frente, eu não posso decidir sua vida por você. A vida é dela, apesar de ser marido, querer proteger e tudo, até a questão da forma, o tratamento que ela acha que é importante fazer ou não, ela tem o direito de opinar sobre isso.
- Participante C: As decisões compartilhadas com o paciente.
- Participante B: É... com o paciente...eu aprendi na medicina muito essa questão do tratamento compartilhado.



- Pesquisadora: Porque uma coisa que eu já escutei muito na medicina é a conspiração do silêncio né? Onde todo mundo...
- Participante A: Caladinho...
- Pesquisadora: Fica caladinho...
- Participante B: Não, mas..... código de ética né...
- Participante A: Isso é muito ruim pro paciente desinformado.
- Participante C: Eu acho que muitas vezes tem isso de ficar calado quando ainda não se tem um diagnóstico fechado, tem quase certeza, mas ainda não...fechou
- Participante A: Exato... Ah, pode ser um tumor, pode ser... um caso grave.
- Participante C: Mas no caso dela que já tem metástase... Mas o dela já ta fechado, pelo visto...
- Participante A: Já é diferente.
- Pesquisadora: É mas tem gente que tem o receio de ter aquela doença né...não fala
- Participante A: nem nome.
- Participante B: Mas eu acho o seguinte, eu acho assim...da forma que a gente aprendeu la do terceiro período, poxa, você também não pode mentir, iludir o paciente, você tem que falar toda a verdade pra ele, falar que você ta do lado dele, vai ta fazendo tudo que é possível entendeu... vai ta mostrando pra ele quais são as chances dele. Eu acredito que é nesse sentido que você tem que trabalhar.
- Participante A: Eu acho que tem, mas a gente não tem conta porque a gente tem medo da reação do paciente, sabe, tem medo do paciente reagir muito mal.
- Participante B: Mas ai eu acho também que tem todo o trabalho da equipe multidisciplinar.
- Pesquisadora: Isso, ai já vem o segundo item: Que cuidado que tem que ter pra dar a má notícia.
- Participante B: é...eu acho que já tem que ter todo um trabalho psicológico, ta conversando, ter conversas pra ele ..... pra também assim, de certa forma "preparando o paciente", porque gente...ele tem o direito de saber...
- Participante A: Tem.
- Participante B: a doença dele. Então assim...eu acho que a gente tem que fazer um tratamento da equipe multidisciplinar, com psicólogo, pra estar acompanhando ai esse caso ai, fazendo esse acompanhamento com ela. E também a gente pensa só, muito assim, no tratamento da doença né, .... a gente não pensa muito nesse

lado emocional do paciente. Eu acho que isso também tem que ser abordado de forma bem substancial aí.

- Pesquisadora: Mas abordado por médicos ou psicólogos?

- Participante B: Eu acho que os dois, em conjunto né. Eu acho que não só um ou não só o outro.

- Participante C: Às vezes até mais pelo psicólogo.

- Participante A: É...exatamente. A ajuda do psicólogo é muito importante aqui. Nossa...é importante demais.

- Participante B: Chamar a equipe, daí eu acho que tinha que dar a notícia junto, na verdade, todos os dois conversar com ela, o médico expor a parte mesmo da doença, o prognóstico, o que ela tem, expectativa...

- Participante C: Eu sempre enxergo que uma comunicação ideal, até comunicação de morte seria interessante ser comunicado pelo psicólogo e o médico estar do lado para responder as questões técnicas da doença e tudo.

- Participante B: Mas o médico não pode se eximir 100% da responsabilidade não

- Participante A: Eu já vi muitos...É...Não...Por exemplo, coisas de UTI, eu já vi demais o médico dar a notícia do óbito, liga na casa do paciente: ó, o médico quer falar com você / mas que que foi que aconteceu? / Não, o médico quer falar... / Mas morreu?! O que que aconteceu? / O médico quer falar com você. Ai vem, ele fala: ó o paciente deu entrada aqui tava assim, assim, assim, a gente fez isso, isso e isso, ai ele foi piorando, ai a gente fez isso e isso, foi piorando, infelizmente, tal hora este foi a óbito. Ele teve uma parada cardiorrespiratória a gente tentou reanimar, sem sucesso, foi a óbito, ai das duas, uma, eu já vi gente que chorou mas aceitou na boa e teve gente que levantou e falou: não vim aqui pra escutar isso. Saiu correndo, praticamente, e vazou.

**(Em outro momento):**

- Pesquisadora: E quando a família, pediu pra vocês esconderem e aí depois a família muda de ideia e aí vocês vão ter que contar depois de um tempo?

- Participante C: É...pois é...esse é um ponto

- Pesquisadora: Que é outro ponto assim, depois a família muda de ideia e quer que fala a verdade.

- Participante C: Nesse caso, eu acho que desde o início deveriam ter seguido o que era de direito da paciente, o médico se comprometeu a abafar a verdade por

conta de um pedido ali da família e tudo ....negou o direito da paciente, e ai depois a família muda de ideia pra atender o direito da paciente ai o médico fica a onde nessa história?! Né!? Ele ficou em maus lençóis, se a família mudar de ideia. Ele vai ter que consertar uma situação que não precisava ter passado por isso. Ele não precisava ter passado por isso.

- Participante B: Na verdade você age de forma moral né, não moral, digamos assim, porque pô como você vai chegar e falar: "não senhora tem expectativa de vida", ta mentindo pra você, você ta iludindo, ai depois chega no outro dia, passa um mês: a não ó, realmente sua doença era grave. Poxa .....???? uai doutor o senhora ta errando seu diagnóstico, o que que aconteceu!? É complicado, Por isso que eu falo... eu acho que a melhor saída é falar a verdade pro paciente.

- Pesquisadora: E aí quem tem que falar a verdade? A família ou o médico?

- Participante B: Ah...os dois

- Pesquisadora: Nesse caso, depois que a família mudar de ideia.

- Participante A: Os dois, todo mundo escolheu, todo mundo escondeu, todo mundo tem que falar.

- Participante C: No caso, esse médico que ele não é o médico da cirurgia inicial que diagnosticou, ele é outro, então eu acho que ele entrou no esquema agora, se eu fosse ele nessa situação aqui, eu conversaria com a família e falava: olha, eu preciso falar a verdade pra paciente, é direito dela e eu vou avisar o que que ela tem e tudo. A gente prepara, conversa, pede pra conversar com a família para que a família aceite isso, mas ele entrando no circuito agora eu acho que ele deveria falar, ele mesmo. Ele que ta cuidando agora.

- Pesquisadora: Todo mundo concorda?

- Participante A: Concorda

- Pesquisadora: E o fato de descomprimir o ureter da paciente, vocês...

- Participante A: Descomprimo, claro.

- Participante B: Ai é igual uma faca de dois gumes, eu penso, quer dizer...

- Participante A: Vamos supor que ela seja um paciente paliativo, não tem mais nada pra fazer, exemplo...

- Participante B: Por exemplo, se a paciente...pra ser paciente paliativa a família primeiro tem que aceitar essa questão.

- Participante A: É, tudo bem, ela concorde, ah...eu quero ser paliativo, eu não quero que faça nada.

- Participante B: Ai no caso se fosse paliativo, ..., a cirurgia de obstrução muda, ela é contraindicada, você não pode fazer nada que vá alterar... seria... distanásia.
- Participante A: Pois é, mas aí você vai deixar a paciente morrer por creatina estourando, insuficiência renal.
- Participante B: Igual aquele dia lá, que eu conversava com a professora, ela parou de hemodialisar... Eu, a primeira vez que eu vi, eu fiquei doido, falei nossa ela vai deixar morrer. Mas é o caminhar da carruagem digamos assim, entendeu, o processo. Agora assim, se não for paliativo tem que fazer né, pra ser descomprimido o ureter, até porque o seguinte, pra tentar pelo menos chegar...assim, é claro que tem que ser uma decisão acordada com a família, pelo menos, talvez realizar o sonho dela de, apesar de não ter indicação, de ver o filho formar. Mas eu acho que se for paliativo, você sabe que não pode fazer isso.
- Participante C: Eu acho que mesmo se for paliativo, isso aqui você diminui questão de dores do paciente.
- Participante A: Exato isso aqui você provem conforto pro paciente.
- Participante C: Promove um conforto na morte dele.
- Participante A: Cara, mas ela ta completamente obstruída,
- Participante C: ta com hidronefrose. Analgesia não vai ganhar disso aqui não. Eu acho né.
- Participante A: Hidronefrose bilateral, imagina a dor que essa mulher deve estar sentindo.
- Participante C: É, eu acho que vai ter que fazer uma descompressão aqui pra ela parar de sentir dor.
- Participante A: Isso, ai pronto. Ai você desobstruiu o ureter de, ai a partir dai...
- Participante C: E ai, tumoração no pulmão, ai vai matar. Agora você deixar morrer por isso aqui.
- Participante A: Ah, cara, eu não sei, eu particularmente acho que tinha que desobstruir, não dava pra deixar não.
- Participante B: é mais o seguinte...
- Participante A: Só se ela deixasse muito claro, assim, não quero o paliativo.
- Participante B: Não, mas o paliativo é isso ai, o paliativo, por exemplo, que eu vi lá. Paliativo você só faz se for mudar a questão de conforto pro paciente, a questão assim... você não vê a questão de funcionalidade...de prognóstico... ai assim se

não for paliativo, tudo bem, eu concordo, tem que fazer mesmo, mas se for paliativo, você faz só analgesia mesmo pra dor.

- Participante C: Porque isso aqui, se você não fizer isso ai pode causar um...

- Participante A: Uma morte muito agonizante.

- Participante C:... é, vai, as vezes pode gerar mais uma infecção, uma coisa a mais, você não vai...

- Participante B: Mas você vai ta prolongando a vida do paciente cara, você vai estar fazendo isso pra prolongar a vida da paciente sem sentido, ela tem alguma doença metástase, não tem cura, é os três pilares lá do paliativo, doença progressiva incurável.

- Participante C: Então, mas deixa a metástase matar ela, não...

- Participante A: Ela vai morrer mais na frente cara... Nossa...Não, eu tô achando muito sub humano.

- Participante C: Não, eu acho que ela vai ficar com muita dor.

- Participante A: Com essa obstrução eu acho que vai ser muita...

- Participante C: Mas essa dor por compressão no ureter aqui, se ela ta entupida aqui cara, eu acho que isso até com morfina resolve. Acho que não vai resolver não, cara. Não sei também.

- Pesquisadora: E se ela tiver alguma intercorrência clinica grave, ela deve ser encaminhada pro CTI ou não?

- Participante A: Pois é... ai depende né, se ela vai ser paciente paliativa ou não. Essa daqui eu até concordo, porque se ela for um paciente realmente com dados paliativos....

- Participante C: Ai não...

- Participante A: Não, ai esquece. Mas nada para.

- Participante C: Exato

- Participante A: Mas não faz nada...intubação... nada

- Participante C: É, não entuba...

- Participante A: Nenhum procedimento invasivo

- Participante C: Ai eu acho que nesse ponto sim. De UTI não, levar ela pro ...

- Participante B: Mas não é .... esse tipo de coisa, só se tiver em sofrimento mesmo, mas é pra tratar psicopatologia.

- Participante A: Pois é cara, o paciente paliativo la do... melhor entubar, o bicho tem insuficiência respiratória franca.

- Participante B: Pois é, o que eu já vi fazer, por exemplo, eu vi duas condutas lá, eu vi entubando .... ai sedou, .. Depois eu já vi outro paliativo que falou não é paliativo mesmo, desentubou o paciente.
- Participante A: Tenso hein. É, eu acho que entubar.
- Participante B: Inclusive foi, acho que foi na sua enfermaria que eles entubaram, não foi não?
- Participante A: Entubar eu acho que isso já é distanásia
- Participante C: É, eu concordo. Agora tem que ver, essa paciente ela tem desejo, ela tem um prognóstico de cura. Eu acredito que não, no caso aqui.
- Participante A: Pelo caso que sugere pra gente aqui não, é terminal mesmo. Já é terminal, só que o negócio é o seguinte cara, ela precisa falar né.
- Participante C: É, por isso que ela precisa participar...
- Participante A: É, exatamente, é por isso que é preciso que ela saiba do prognóstico, ela quer que faça alguma coisa?! Se quiser a gente vai ajudar ela.
- Participante C: Por exemplo, as vezes ela fala assim: me de uma sobrevida por mais dois meses que eu quero assistir a formatura do meu filho.
- Participante A: Que é exatamente a outra pergunta
- Pesquisadora: Isso, a outra pergunta, e aí, que que vocês fazem?
- Participante A: Ai pronto, beleza.
- Participante C: Eu tentaria essa sobrevida.
- Participante A: Então tudo bem, a gente vai tentar fazer o que der pra fazer. Se ela pedir, tudo bem.
- Participante C: Compartilhado com ela, não com a família dela.
- Participante A: Isso, ó, dá pra gente fazer esse procedimento, ta de acordo? Pode ser que ele te de uma sobrevida, talvez não, mas há chance de você viver mais tantos meses, tanto tempo, quem somos nós pra quantificar o tempo que o paciente vai viver né, mas...
- Pesquisadora: Mas e por que compartilhado com ela e não com a família?
- Participante B: Ah, porque ela que vai sofrer na pele, se ela tem pleno ... mentais ela tem que procurar, a última palavra tem que ser do paciente ué, não da família.
- Participante A: Pois é, ela ta consciente...
- Participante B: Ela ta consciente, ela sabe que...
- Participante A: Ela ta orientada, ela só não sabe o que ela tem.

- Participante B: ... ela tem essa doença então assim se ela ta em pleno ... saúdes mentais né.
- Participante C: Ela que vai sofrer a dor, ela que vai sofrer tudo...
- Participante A: Ela que tem o direito de escolher do jeito que ela quer viver e morrer né
- Pesquisadora: Mas vocês acham que uma paciente psicologicamente, ela tem condições claras de fazer essa escolha?
- Pesquisadora: É, não, psicologicamente eu falo assim, porque ela emocionalmente/psicologicamente e emocionalmente ela ta abalada,
- Participante A: sim
- Pesquisadora: será que ela consegue de forma racional fazer essa escolha? Do que é melhor ou não pra ela.
- Participante B: Eu acho que, desculpa assim, parecer intransigente, mas eu acredito que as vezes nem a gente consegue tomar as escolhas corretas na vida, agora você imagina uma paciente que ta....você entendeu, é por isso que eu concordo depende do ponto de vista mas assim, então assim, a vida não é feita só de ações... mas o seu livre arbítrio de escolha velho, o que você quer que seja feita da sua vida, eu penso nesse sentido. Nem sempre as decisões, por exemplo, que eu tomo que não to com sofrimento mental e psicológico de uma doença terminal talvez sejam certas. Da mesma forma que ela também não, mas eu acho que tem, se ela, digamos assim, se ela tem capacidade, se a doença não afetou essa questão de raciocínio.
- Participante A: Agora, assim, talvez, a gente pode até auxiliar com o parecer técnico no caso, sabe, olha, visto que nós conhecemos a doença, vamos supor que eu sou o médico assistente dela, sua doença é tal, a gravidade é tal, eu recomendo que o procedimento melhor pra você talvez no caso dela querer ir pra frente, seja esse, depois é escolha dela. Eu não posso pegar ela e falar : não eu vou te internar agora pra gente operar e vamos embora agora/ não quero/ vai. Posso ... Mas eu tenho que falar: olha, ponto de vista técnico, acho que o melhor pra você é isso, cabe a você falar: ó, beleza, é nós, ou então, nem pensar.
- Participante B: Então, é, você ta dando o poder de decisão pra ela, justamente o que falamos.
- Participante A: Exato, eu acho que o poder de escolha tem que ser dela, agora talvez avaliar a capacidade psicológica dela pra absorver essa notícia e ter a melhor

conduta frente a isso, ai eu acho que talvez nós nem somos profissionais mais adequados para isso, sabe, isso, conversar com a família talvez ajude, não sei como é que nossa ideia de família.

- Participante C: Essa questão dela tomar a própria decisão no resto de vida dela e se ela ta em condições racionais/psicológicas disso, acho que isso é tão relativo, eu gosto sempre de trazer para o extremo que é virar pra qualquer um de nós e falar: você só tem 24 horas de vida, o que que você vai fazer?! Provavelmente eu vou fazer algumas coisas irracionais, mas quem pode julgar isso né, num momento desse. É irracional!? Pode até ser, mas é a vontade sua ali que te resta de vida, então eu acho que não há como condenar isso.

- Pesquisadora: É aquela coisa, não da pra saber se é bom ou não né!?

- Participante B: Se vai ser acertado ou se vai ser...

- Participante C: Mas é a minha vontade

- Participante B: É ué. Eu acho que tem que prevalecer se ela ta em boas faculdades mentais, digamos assim, igual um paciente que eu tive lá, a paciente já ta com encefalopatia.

- Participante A: Já não ta mais respondendo...

- Participante B: Pra nada, não da conta de responder por si, tudo bem, eu acho que realmente a família tem que entrar e tem que... mas assim, se ele conseguir responder por ele , ta conseguindo responder, ta lúcido até certo ponto, apesar dessas interferências psicológicas do paciente, mesmo assim eu acho que ela tem que decidir sim, a gente tem...igual o ... tava falando colocar as possibilidades, ó, você tem essa, essa, essa, essa possibilidades, você até pode opinar como profissional: ó, o que eu vejo pela experiência minha, pelo que eu vejo ai pelos desenrolares de casos semelhantes com o seu, talvez essa seja a melhor, você não pode obrigar.

- Participante A: Pode não.

- Pesquisadora: E se ela pede, se ela ta com dor insuportável e pede um remédio pra acabar o sofrimento dela?

- Participante A: Vou estar te matando, eu não posso.

- Participante C: Ah, se for um remédio pra acabar o sofrimento analgesia.

- Participante B: Você fala so analgesia ou eutanásia?

- Participante A: A senhora está falando de eutanásia aqui, é isso?

- Pesquisadora: Pode ser.



- Participante A: é...se for em termos de dor, tudo bem, a gente faz um analgésico, a gente faz morfina e ela fica confortável, no limite do possível, né. A eutanásia sem, sem..

- Pesquisadora: Mas vocês não fariam eutanásia por que a lei não permite ou por que vocês também pessoalmente são contra?

- Participante B: Eu pessoalmente sou contra...eu sou contra, por que eu acho que você estaria determinando algo que não te pertence, isso não cabe a ele...

- Participante A: Acho muito radical, eutanásia, muito radical. E já tenho pra mim, que assim a, só de você fazer acompanhamento com o paciente paliativo, só as medidas de conforto já está sendo assim...excelente. Eutanásia já é um passo além.

- Pesquisadora: E você ..., pessoalmente?

**(Em outro momento):**

- Pesquisadora: E o suicídio assistido, que por lei vocês podem... é no Brasil não pode, mas em outros países por lei vocês podem fazer?

- Participante C: Caramba

- Participante A: é muito pesado isso né, nossa, é muito pesado, por que...a pessoa eu acho que ela tem que estar em um nível de sofrimento assim tão grande pra ela realmente abdicar da vida. É difícil... eu não acho que se eu for tentar colocar um contraponto com as minhas crenças, por exemplo, eu acho que a maneira que uma pessoa morre não influencia em nenhum âmbito é...finais de vida pós morte dela. Então por exemplo, em termos muito práticos, vamos supor que eu sou um cara extremamente depressivo, tomo muito remédio, mas num dia eu to muito mal, mas sou cristão e acabo cometendo suicídio. Morrer pelo suicídio mesmo tendo a fé cristã, eu acho que isso não me interfere em nada, vou para o inferno, não... Agora, eu acho que a minha pinoia com isso não é nem em termos, assim, nem tanto como, claro que religiosos também, mas eu não acho não é o que pesa mais. Eu acho que suicídio assistido continua muito extremo, me soa muito estranho pelo menos pra mim, me soa muito extremo.

- Pesquisadora: Como médico você faria?

- Participante A: Ahhh... eu acho que não. Eu acho que até a pena de morte eu já acho extremo, mesmo que o cara seja um cretino. Eu acho que suicídio assistido...não...eu acho que não.

- Pesquisadora: E vocês?
- Participante C: Eu não faria.
- Participante B: Eu acho... É uma questão muito polêmica, mas eu acho que...
- Participante C: Não, eu não faria não
- Participante B: Mas assim infelizmente vai contra o que eu penso, apesar assim, se o cara quiser suicidar, tudo bem, Deus deu o livre arbítrio pra ele, se o cara por fim na vida dele eu até acho assim, o suicídio um ato de extrema coragem porque o cara pra chegar ao ponto de se suicidar é realmente porque ele ta numa situação muito difícil e tem que ter muita coragem.
- Participante A: É um sofrimento...
- Participante C: Eu já acho que é uma situação de extremo desespero.
- Participante A: Sim
- Participante B: Mas tem que ter coragem.
- Participante A: É, exato.
- Participante C: Talvez o desespero sobrepõe a coragem, não sabe nem o que ta fazendo ai chega um ponto que ele sublima a ameaça a própria vida. Por isso que ele faz, e ai talvez esse cara precisa até de tratamento, com relação ao desespero dele.

**(Em outro momento):**

- Participante A: Eu sou a favor dos cuidados paliativos como todos, se o paciente não quiser tratar a doença que ele tem, tudo bem, agora se ele quiser abreviar a situação colocando um fim a própria vida, ai eu já...já é outra história, ai eu ja acho que não, não procede.
- Pesquisadora: Mais alguma coisa dessa? E a oitava, o preceptor orienta a residente a colocar no prontuário do paciente se parar parou, sem ter compartilhado essa decisão com nenhum paciente, nem família, tampouco com membros da equipe, o que vocês acham dessa decisão? O que que implica essa decisão?
- Participante A: Frequente, não!?
- Participante C: Uai, implica o seguinte, o preceptor orientou a residente a colocar isso, sem ter compartilhado a decisão nem com a paciente, nem com a família, o médico, ele tem que fazer isso, ele tem que compartilhar a decisão, o residente é médico, se ele fizer isso ele está fazendo errado, não importa se alguém ordenou isso ou não, porque ele... você colocou o seu carimbo ali é você o responsável ai

depois se te...se alguém vier atrás de você: ah, porque você ta fazendo errado / não, meu preceptor orientou, cadê essa solicitação por escrito?!. E mesmo que tenha orientação por escrito, foi você que carimbou, você é responsável. Se meu preceptor me mandar fazer isso eu falo: não, você vai lá e faz.

- Participante B: Eu acho errado...

- Participante A: É, eu acho que se for colocar assim, paciente...é...sobre reanimação... no prontuário...então...discute com a família, ou discute com o próprio paciente, no demais eu também não colocaria não. Eu vou colocar sem discutir?! O cara fala: põe ....

- Participante B: Você ta assumindo responsabilidade, a responsabilidade legal das implicações...

- Participante A: Isso acontece demais, no Brasil tem uma cultura ridícula de autoritarismo em residência médica que eu nunca vi.

- Participante C: É um militarismo, isso aí.

- Participante A: Nunca vi, que cultura inútil. Só porque o cara sofre na residência ele acha que tem o direito de fazer o outro sofrer, depois quando chega lá, ridículo. É uma cultura que é retroalimentada todo ano, o que mais a gente tem é professor desse jeito.

**(Em outro momento):**

- Pesquisadora: E como é que vocês se sentiriam como internos, se o preceptor mandasse colocar, lógico que ele vai assinar, mas ele fala: ..., vai lá e coloca, vocês escrever isso, como é que você se sentiria escrevendo isso num prontuário?

- Participante C: Ah...eu não...eu não faria, eu questionaria.

- Participante B: Eu também não colocaria, apesar que pra gente a implicação legal seria menor do que pro residente.

- Participante A: A gente não teria implicação nenhuma.

- Participante B: Mas assim, eu não faria...

**DISCUSSÃO DO VÍDEO**

- Participante B: acho bacana a forma que ela vê, do cuidado paliativo e da forma de morrer... Poder tentar fazer diferente do que tinha feito anteriormente. Então

assim...Ela de certa forma acredita que o final da vida do paciente tá chegando e ele tem o direito de aquilo, de aproveitar da melhor forma possível e de fazer as coisas que são importantes para o paciente.

- Participante A: Morrer no processo, bem acompanhado, morrer bem...é muito bom

- Participante C: É interessante o jeito que ela trabalha, e essa questão do cuidado paliativo, realmente. Existe uma certa discriminação nisso mesmo, é bem o que ela falou: Ah, não tem mais nada que pode fazer manda pro paliativo, pra morrer, vai ficar só os “morredores” esperando a morte. E não é bem isso talvez seja mais importante...enquanto aquela pessoa estiver ali tem que fazer o máximo. Ela está ali para fazer o máximo, que aquela pessoa tenha o conforto no final de vida. E a pessoa não tem tempo a perder, é muito importante.

**(Em outro momento):**

- Participante A: Eu acho que a prática médica que vai te preparar para isso. Eu tenho minhas dúvidas, tem tanta coisa que a gente vê na graduação que só aprende na vida, a gente só começa a vê lidando com ela.

- Participante C: preparar tanto assim não...na faculdade vi só um pouco, vi mesmo no internato em Goiânia no HDT principalmente. Foi a primeira vez que eu vi, então na faculdade a gente não viu.

- Participante B: Eu acho que é um dom que a pessoa tem, apesar de toda preparação, tem gente que nasce com essa habilidade, tem pessoas que infelizmente não vão saber lidar...Foi muita coragem dela largar as outras áreas da medicina para lidar com isso, é um dom dela, ela faz um discurso bastante poético, ela tem um feeling de mexer com isso. É claro que a preparação é importante, mas a pessoa tem de ter um dom pra isso.

- Participante C: A pessoa ter uma alma voltada para aquilo ali é essencial, tem colegas que não podem nem passar perto de cuidados paliativos, vai matar todo mundo

- Pesquisadora: Como é pra vocês cuidar de pessoas no fim da vida?

- Participante B: Eu acho assim, a primeira vez que passei pelo HDT, primeiro choque é brutal, a gente não tem tanto conhecimento...

- Participante C: Uma coisa interessante que ela diz que as vezes é o final que você vai entender o sentido das coisas, no final de um filme...da vida

- Participante B: Às vezes só final pra enxergar isso aí...muito interessante dar uma oportunidade para o paciente
- Participante A: É um pouco da contramão do que somos treinados para fazer...Mas eu acho muito nobre, no momento mais frágil que a pessoa está passando, estar com ela dando assistência... para ela morrer dignamente

**(Em outro momento):**

- Pesquisadora: Como é para o médico aceitar que o paciente vai morrer.
- Participante C: ...Na geriatria é mais comum, a perda de um paciente é natural... frustrado é um pediatra quando uma criança morre.
- Participante A: Urgência é diferente, a morte é um fator abrupto e não um processo, não é esperado...não é um processo de morrer
- Participante C: Esse eu acho esse aí mais complicado
- Participante A: É onde te dá a sensação de frustração
- Participante C: Ele tem que estar muito preparado
- Participante A: ...É complicado...tem muita gente que não tá nem um pouco preparado pra isso, tem muita gente que encara essas coisas da morte assim...não vou falar ...com muita frieza, mas com muita desprezo, uma abordagem esquisita.

**(Em outro momento):**

- Participante A: Varia muito da pessoa, do perfil do médico, não do prestador da assistência, não do médico com profissional e suas capacidades técnicas, mas da pessoa, da pessoa que tá lá usando o jaleco. Da sua capacidade de vivência, da sua compreensão de mundo, das suas opiniões.

**(Em outro momento):**

- Participante A: A de ser técnico para realizar o que você precisa realizar, você não tratar as vezes as coisas com procedimentos se não dá conta de fazer, mas se você esquecer em algum momento que a pessoa que tá lá merece dignidade, tem os seus momentos, se colocar no lugar dela, talvez nem se colocar no lugar dela seja mais adequado, se você não considerar o que ela é, o que ela necessita, o que ela necessita ali. Você se perde, você não precisa se envolver tanto, estar em todas as etapas do sofrimento do paciente. Você precisa estar presente, mas também não pode estar enfiado de cabeça.

- Pesquisadora: Como dosar esse equilíbrio?
- Participante B: Ai que tá o “x “ da questão
- Participante A: vivendo e quebrando a cara, talvez...
- Participante C: Não pode esquecer, estar se policiando sempre
- Participante B: Vivência, feeling...se tudo fosse igual ao livro seria muito fácil, toda situação pré-estabelecida, o paciente vai reclamar de dor assim...você fala assim pra ele...da tal medicamento e manda ele ir embora. Ele vai embora feliz e você vai com seu dever cumprido pra casa. Mas infelizmente não é assim...