

CUIDAR DE PACIENTES EM FASE TERMINAL: A PERSPECTIVA DE ALUNOS DE MEDICINA

Mayle Paulino da Silva ¹,
Maria Lúcia Araújo Sadala ²

Resumo

Este estudo tem por objetivo compreender os significados que estudantes de medicina atribuem à experiência de cuidar de pacientes em fase terminal. Foram realizadas entrevistas com 26 alunos de 5ª e 6ª séries de Faculdade de Medicina do interior paulista. As entrevistas foram norteadas pela questão: “O que significa cuidar do paciente em fase terminal?” As convergências dos depoimentos foram tematizadas em 3 categorias; a) deparando-se com o mundo da doença terminal/morte; b) relação o paciente e sua família; c) a reflexão sobre o paciente terminal e a formação profissional. Os estudantes o impacto da condição de terminalidade dos pacientes no seu dia-a-dia, o seu sofrimento e as dificuldades em aceitar e compreender o seu papel. Procuram desenvolver estratégias para superar ou fugir à situação e sentem culpa por não conseguir ajudar o paciente. Muitos alunos consideram-se despreparados e avaliam que precisam do apoio dos professores. Os resultados sugerem a necessidade de disciplinas específicas visando desenvolver as habilidades e competências do futuro profissional para cuidar deste paciente, assim como para perceber-se como pessoa na prática deste cuidado.

Palavras-chave: morte, paciente, alunos de medicina, fenomenologia..

Abstract

This study aimed at understanding the meanings that medical students attribute to their experience of caring for dying patients. Interviews were conducted with twenty-six students, from the 5th and 6th years of a Medicine School in São Paulo state, Brazil, from October 2003 to October 2004. The

interviews were guided by one question: “What does caring for terminal patients mean to you?” Convergences of descriptions were grouped in 3 themes: a) encountering the world of terminal disease/death; b) relationship with the patient and relatives; c) reflection on such care and professional training. Data disclosed the impact of the patient’s terminality condition on the students, their suffering and difficulties in accepting and understanding their role, the guilt for not being able to help when they should. Students felt unprepared to deal with the patient’s finitude and asked their professors for support and guidance. Results suggest the need for specific courses aiming at the development of students’ communicative competencies and skills as well for the perception of themselves in the practice of caring for such patients.

Key words: patient, death, medical students, phenomenology.

INTRODUÇÃO

A situação da morte iminente de um paciente produz angústia e sensação de fracasso nas pessoas responsáveis pelo seu cuidado. Neste contexto, o relacionamento do médico com o paciente reveste-se de grande complexidade (REZENDE, 2000). Estudos demonstram que uma das maiores dificuldades do médico é a de relacionar-se com o paciente nesta condição: os médicos saem da graduação, e mesmo das especializações, sem estas habilidades de comunicação (WENRICH et al, 2001). De forma similar, ao longo do curso de medicina, o estudante enfrenta situações com a morte e o morrer, encontrando-se despreparado (KOVACS, 1991). Inicialmente, a disciplina de anatomia, no primeiro ano médico, além de proporcionar os conhecimentos básicos sobre o corpo humano, induz a busca da valorização do estudo científico, em detrimento de uma visão mais abrangente da natureza humana. Os futuros médicos entram em contato com a morte despersonalizada, sem identidade e sem história. São

ossos, músculos e nervos que são cortados tecnicamente e com objetividade. Alunos entram em contato com pacientes a partir do terceiro ano médico, ou do internato, quando se deparam pela primeira vez com as situações angustiantes de cuidar do paciente terminal (FINLAY & FAWZY, 2001). VIANA (1998) concluiu que mais da metade dos alunos, que participaram de seu estudo sobre a morte do paciente, já procuraram informações sobre o tema no meio acadêmico, não as conseguindo de forma satisfatória. Em sua maioria, recorreram a fontes leigas.

Como aluna, tenho vivenciado dificuldades semelhantes às descritas na literatura, desde que iniciei o curso médico. Esta inquietação me levou a interrogar meus colegas sobre as suas experiências, buscando respostas sobre esta realidade, no nosso contexto. Pretendendo investigar a percepção dos colegas sobre o tema estudado, optei por uma modalidade de pesquisa qualitativa, que se propõe a descrever a experiência vivida, sem pretender generalizar os seus resultados, mas descrevê-los e compreendê-los.

MÉTODO

O estudo foi conduzido utilizando-se o método fenomenológico, que busca compreender os significados das experiências humanas (SADALA & ADORNO, 2002). Na pesquisa fenomenológica, o pesquisador interroga o fenômeno que o inquieta: ele caminha em direção ao fenômeno, o qual se manifesta através do sujeito que vivencia a situação. Ao investigar o fenômeno, busca-se a descrição de pessoas que o vivenciam, procurando apreendê-lo. As descrições constituem-se nos dados do estudo.

Nesta abordagem, investigando a respeito do tema do estudo: *como estudantes de medicina vivenciam o cuidar dos pacientes em fase terminal*, busca-se a compreensão dos significados percebidos pelos alunos no seu habitar e relacionar-se num mundo ao qual foram lançadas, um mundo que já está aí, ao qual é necessário adequar-se para poder atuar sobre ele. Nas descrições dos estudantes focalizar-se-ão os seus pensamentos e sentimentos a respeito da sua experiência e os significados que eles apreendem do que lhes acontece ali.

Partindo da *descrição fenomenológica*, utilizando a redução e a interpretação fenomenológicas, identificaram-se as *unidades de significado* — partes do discurso que respondem à questão do estudo. Esta análise individual do discurso é denominada *análise ideográfica*. A seguir, as convergências das unidades de significado de todos os discursos, (*análise nomotética*), levaram à descrição das verdades gerais sobre o fenômeno estudado.

Participantes do estudo

Participaram do estudo 26 alunos do quinto e sexto ano do curso médico da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. No período de outubro de 2003 a outubro de 2004 foram realizadas entrevistas individuais gravadas, norteadas por uma única pergunta: “O que significa cuidar dos pacientes em fase terminal?”

O projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, tendo os participantes assinado um Termo de Consentimento Esclarecido.

CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS

As convergências das unidades de significado de todos os discursos desvelaram a estrutura do fenômeno interrogado, sendo agrupadas em três categorias :

- *Deparando-se com o mundo da doença terminal/morte*, que contém os subtemas - uma experiência difícil, despreparo, ansiedade inicial, o cuidado do paciente em fase terminal.
- *Relação o paciente e sua família*, abrangendo os subtemas – Sentimentos envolvidos, aproximação e envolvimento, a comunicação com o paciente e a família.
- *A reflexão sobre o paciente terminal e a formação profissional*, abrangendo os subtemas – reflexões sobre a morte e o morrer, os significados para a formação profissional.

Deparando-se com o mundo da doença terminal/morte

Os alunos revelam como se sentem diante de pacientes que têm um prognóstico fechado, ou de pacientes que estão à beira da morte. Sente-se ansiedade e angústia. A ansiedade pela experiência atemorizante provoca transformações no cotidiano:

“Às primeiras vezes não tinha a noção, assim... se o paciente ia morrer mesmo... Você sempre fica achando que vai dar certo o tratamento que você está fazendo.” (P 15)

“Eu me envolvi muito, depois eu sofri bastante. Num dos casos, eu cheguei a ter episódios de somatização: eu tive febre, dor de cabeça.” (P 9)

“A gente se importa e sofre. Já entrei até em depressão aqui na faculdade, por isso e por outras coisas. Mas a gente acaba tendo que aprender a se portar de uma maneira que não sofra tanto.” (21.5)

Há estranheza diante dos procedimentos de não reanimar o paciente:

“Daí nas visitas quando você passa, sempre passa assim na hora do plantão: ‘Esse paciente, se parar, parou.’ Esse ‘se parar parou’, você não vai fazer nada... No começo, isso me assustava um pouco.” (P 15)

Mesmo quando a morte significou um alívio para o paciente, persiste o sentimento de perda: “Se foi um alívio para a pessoa para mim não foi, me senti péssimo... eu sentia um aperto que eu nem sei explicar em palavras para você.” (24.3)

Sente-se despreparo diante desta situação:

“Na graduação a gente tem psicologia médica, aprende teoricamente a lidar com a morte e com paciente terminal, mas as psicólogas não estão lá no hospital, não são responsáveis pelo paciente.” (P 3)

“Pior, quando os professores dizem que temos que ler muitos livros sobre o assunto para conhecer a alma humana... Acabo não me arriscando muito com estes pacientes, pois não li muitos livros sobre isso.” (P 7)

Há sentimentos de impotência e culpa, por não se ter feito tudo o que era preciso. O sentimento de impotência foi o mais citado neste estudo, sendo relatado por onze entrevistados, de forma enfática, carregada de sentimentos – alguns choraram:

“As pessoas confiam no médico e esperam dele atitudes que ajudem seu parente ou amigo. Quando não se pode fazer nada, sente-se uma sensação de impotência muito grande, pois acreditamos que, para a maioria das doenças, existe uma causa e uma solução... pelo menos para a maioria.” (P 23)

“A sensação de impotência de que não há nada que possa ser feito é muito frustrante para um médico ou alguém que pretende ser médico... afinal estamos estudando para poder ajudar. É difícil admitir que em certos casos isso não é possível.” (10.2)

Neste contexto, todos os participantes afirmam que o cuidado deve ser dirigido às necessidades individuais do paciente, preservando a sua dignidade. Esta continuidade no cuidado do paciente terminal é percebida como essencial na função médica.

Relação com o paciente e a família

A relação com o paciente pode tornar-se difícil neste contexto. Os alunos reavivaram situações nas quais tiveram dificuldades em comunicar-se com os pacientes e familiares. Principalmente, comunicar ao paciente a sua condição:

“Existem professores que têm a conduta de não contar para o paciente a situação. Outros já consideram que isto é importante. E é com estes que eu concordo. Penso que seria necessário que houvesse um consenso.” (P 3)

“Eu tento conversar com ele coisas diferentes, entendeu? fazer uma retrospectiva do passado dele, o que foi bom pra ele, ... Tento não falar no

assunto morte, no assunto doença, no assunto patologia. Tentar fazê-lo contar um pouco sobre sua experiência de vida.”(P 4)

“O pior momento foi quando um paciente com neo de pulmão me perguntou o que ele tinha, e se ia ficar bem. Eu já sabia o que ele tinha, mas não quis contar, ou melhor, não saberia como contar; Ainda bem que esta parte fica para os residentes...Mas sei que um dia isto vai se tornar uma rotina para mim.”(P 13)

A dificuldade de comunicação estende-se à família:: “Acho que o mais difícil é a hora de conversar com a família e explicar a situação.”(22.5)

Os alunos falam da sua insegurança devida à posição de aluno: não se percebendo como médico responsável, têm medo de falar o que não devem, prejudicando o paciente. Assimilam a idéia - um preconceito - de que não se deve falar sobre sua doença e sua condição.

Em perspectiva diversa, alguns alunos contam como aproximar-se do paciente levou-os a envolver-se com ele, criando vínculos:

“ Em relação ao outro paciente, eu me envolvi bastante porque eu fazia a evolução dele todos os dias.”(P 9)

“ Conhecendo mais o doente, fica muito difícil olhar para ele e saber que sua doença é intratável... e que numa questão de meses ou dias ela irá morrer.”(P 13)

“A gente acaba tendo mais simpatia por alguns, sei lá, de repente nos lembra alguém próximo.”(P 20)

Muitos alunos descrevem um envolvimento pessoal com o paciente, o que os leva a colocar seus próprios sentimentos em evidência. Isto os leva a preservar-se:

“É muito ruim olhar para pacientes que vão morrer, prefiro nem começar a conversar para não me apegar.”(P 5)

“E se alguém for morrer na minha mão, eu não quero ter muita amizade com esta pessoa ou com sua família.”(P 5)

“ O medo de encarar a morte de um paciente torna minha relação com ele um pouco artificial.”(P 8)

Seria difícil alcançar equilíbrio entre o envolvimento excessivo e o distanciamento. Para um participante, o envolvimento afeta a competência profissional: “Com o tempo, é preciso desvincular, pois senão você não consegue tratar o paciente.”(P 20). Outros relatam o mesmo sofrimento, mesmo ao passar rapidamente por esta situação. Porém, torna-se mais difícil quando há envolvimento pessoal, trazendo as próprias emoções diante da percepção da morte do paciente. Sente-se mais empatia pelos pacientes jovens. Ou quando os pacientes são associados aos próprios familiares:

“Lamento muito a morte principalmente de jovens como eu, que tem muito para viver ainda.”(P 21)

“Muitas vezes a gente fica deprimido, principalmente com aquele paciente que se parece com alguém de sua família.”(P 16)

“A única coisa de que eu tenho certeza é de que não gostaria que fosse um parente meu, um amigo, um filho. Mas se tiver de acontecer, é preciso aprender a suportar.”(P 19)

O envolvimento com os pacientes evoca sentimentos pessoais: os sentimentos experimentados pelos alunos ocupam a posição central na relação com o paciente, desfocando a sua atenção no seu papel profissional:

“Na prática a gente fica com dó, com remorso de dar falsas expectativas...”(P 5)

“Na hora me deu até vontade de chorar, pois era um velhinho tão simpático, com os olhos cheios de vida, que seguramente estavam com os dias contados.”(13.4)

Alguns alunos relatam que, após terem vivenciado várias situações com estes pacientes, percebem que diminui a sua angústia e ansiedade iniciais. Porém, as dificuldades e o sofrimento persistem, sendo percebida mais como insegurança de aluno, do que como dificuldade de comunicação.

A reflexão sobre o paciente terminal e a formação profissional

Os alunos refletem sobre a sua experiência e analisam o que prenderam, tendo em vista a sua formação profissional. A ideia da morte desvela-se em perspectivas diversas e cada um a interpreta de modo peculiar.

Para alguns, aprende-se a ver a morte como parte da vida:

“Para a minha vida, eu encaro a morte como sendo uma coisa natural, e nenhum homem tem poder sobre a morte, quem tem é Deus. O que mais tem no médico é uma atitude de decidir se aquele paciente vai viver ou morrer, mas quem vai determinar isso é Deus.”(P 9)

“É ordem natural da doença, a gente tem que se acostumar com isso.”(P 16)

Para outros, a morte não tem sentido:

“É muito triste quando a pessoa não tem nada e morre. Dá um vazio. Quando é ‘se parar parou’, tudo bem.”(P 1)

“Não é natural a morte, ninguém morre porque devia morrer, sempre tem um doença, um trauma, enfim, uma história, que às vezes é revoltante.”(P 19)

A morte pode significar o alívio da dor:

“Talvez tenha sido um aprendizado subjetivo intenso, olha: aprender a respeitar a vontade do paciente terminal pra poder então definir: até onde ir, onde parar.”(P 2)

“Penso que muitas vezes a morte se torna o único meio de aliviar esse sofrimento. O que adiantaria ela continuar viva e sofrendo?... e o pessoal médico não podendo fazer nada?”(P 10)

“É estranho estar esperando a morte. Em algumas condições é tão sofrido para o paciente, que melhor lhe seria a morte. Talvez por isso a condição do paciente terminal seja pior que a da morte.”(19.2)

A experiência faz refletir sobre a própria morte:

“Cada vez que vejo tais pacientes, penso em minha vida...nas minhas decisões hoje que no futuro, quando estiver próximo à morte, posso me arrepender. Também penso nos meus parentes próximos e se estaria preparado para agüentar uma situação assim.”(P 7)

“Na minha mente: a certeza mais real e próxima de que morreremos.... e a necessidade de repensar como será enfrentá-la.”(P 7)

Nesta experiência, encontram-se estratégias para não sofrerem e descobrem-se os próprios recursos para lidar com o sofrimento e aprender:

“Eu acho que isso é um problema meu, porque muitas vezes eu me envolvo muito... Em todos eles, foi muito importante para eu aprender a lidar para a minha vida.”(P 9)

“Vivenciar a morte de um paciente ou seus momentos finais é um momento em que eu preciso colocar toda a minha espiritualidade em prática...eu preciso sair do mundo intelectual e lembrar do que eu penso acreditar e... Mostrar a ele, se eu tiver chance de conversar com ele, o que significa a palavra felicidade em toda e qualquer situação, acho que a vida é uma caminhada em torno de uma missão e eu penso que a morte seria apenas uma parada para um descanso.”(P 12)

“Apesar disso tudo, eu acredito que conviver com um paciente terminal traz sempre um crescimento pessoal como em qualquer relação humana.”(P 8)

Aprendem-se os limites da ciência:

“Hoje aprendi que a morte não acontece por sua culpa, deve haver uma força superior...E, não é você que vai mudar, é consequência natural da doença, faz parte da evolução daquele quadro. Outros pacientes já chegam mal... Eu não podia fazer muita coisa, mas ele melhorou.”(P 18)

“ A gente tenta curar a pessoa para que possa continuar trabalhando...mas às vezes a única coisa que para ela já é tudo é continuar viva. Tem gente que não, mas cada um é cada um... Foi difícil entender que é possível ajudar pacientes que vão morrer.” (P 21)

Ao longo da graduação, evolui-se no modo de vivenciar a morte do paciente:

“Nos primeiros anos do curso esse tipo de situação me incomodava bastante...Ficava ansiosa pensando como seria minha reação se algum paciente morresse na minha frente.”(P 10)

“No começo eu relutava um pouco... Mas depois você não sente muito, você sente pena, quer ajudar, vai atrás ver se a pessoa ta recebendo o melhor tratamento que a pessoa pode receber.”(P 15)

“Eu não tenho muitos traumas.....Eu acho que é normal você ir lidando com isso e se acostumando. Hoje, parece que no 6º ano a gente liga um pouco menos.”(16.4)

Um participante considera: “À medida que passa o tempo você começa a ter mais profissionalismo, a não misturar tanto o sentimento.” (P 17). Na sua perspectiva, seria necessário ser puramente profissional, restringir-se ao que é próprio da profissão. Apenas o cuidado técnico?

Outros aprenderam que é possível ajudar um paciente terminal a viver melhor seus últimos momentos e que isso não é inútil, pois perceberam a função do médico como mais do que apenas curar e manter a vida.

Discussão

Deparando-se com o mundo da doença terminal/morte

Nos depoimentos, os alunos reavivaram suas ansiedades, expectativas e dificuldades, na tarefa a eles designada: cuidar do paciente em fase terminal. Concluem que enfrentar a morte é difícil e apenas se percebe o alcance disto apenas quando se vive a situação. Atribuem suas dificuldades tanto à incapacidade de aceitar a morte de outro, por aludir à própria morte; quanto pela falta de experiências anteriores. Para eles, sempre é uma experiência dolorosa. A este respeito, Viana⁸ concluiu que o modo como o estudante lida com a morte do paciente seria condicionado a experiências anteriores com as perdas de pessoas próximas, assim como a sua concepção sobre a própria morte. Além desta percepção pessoal, a ideologia arraigada de que o médico deve curar sempre e não pode falhar torna a profissão médica alvo de intensa cobrança: os médicos e estudantes de medicina tornar-se-iam extremamente exigentes consigo mesmos (MELEIRO, 1998, REZENDE, 2000).

Neste contexto, a conduta de Não Reanimação (NR) é trazida por um aluno como um complicador nesta situação, por si já difícil. Esta é uma decisão médica que, individualmente, pode ser dificultada pela incerteza prognóstica, por equívocos sobre a autonomia do paciente e por implicações legais. Estudo multi-cêntrico em hospitais americanos mostrou que 39% das mortes ocorridas nas suas UTIs foram precedidas por decisões de NR. A maioria desses pacientes (94%) morreu no hospital, e 86% morreram ou receberam alta da UTI até três dias após a decisão de NR. Em geral, a prescrição de NR levava em consideração a idade avançada e a má condição de saúde prévia do paciente, bem como o diagnóstico e a gravidade da doença (ZIMMERMAN et al, 1986). Recomendações do *Task Force on Ethics* da SCCM (TASK FORCE, 1990) sugere que, uma vez tomada a decisão de suspensão de suporte de vida em paciente em fase terminal, a atenção da equipe deve centrar-se no alívio do sofrimento e assegurar-lhe uma morte digna. Para tanto, analgésicos e ansiolíticos podem ser usados, ainda que, possam provocar depressão da função cardiorrespiratória e apressar a morte do paciente.

No Brasil, esta decisão é tomada mediante ordens verbais e informais de "deixar o paciente morrer", no caso de sofrer Parada Cárdio-Respiratória.. Esta decisão, que muitas vezes é adequada por atender aos princípios da beneficência e não-maleficência, peca por ser unilateral e infringir o princípio da autonomia.

Muitos participantes do estudo afirmam não estar preparados para enfrentar esta situação e reconhecem a necessidade de disciplinas e orientações nesta prática. Devido ao despreparo, correriam o risco de excessivo envolvimento com o paciente, levando ao sofrimento, pois para eles não é claro o limite de onde parar. Há relatos de intenso sofrimento e depressão. Alguns pedem disciplinas específicas na graduação médica. Alguns relatam adotar posturas para fugir do sofrimento, o que seria uma tentativa superficial de sanar o problema. Isto seria prejudicial tanto o estudante quanto o paciente.

FINLAY & FAWZEY (2001) escreveram sobre a dificuldade de estudantes em lidar com a morte, já no primeiro ano de medicina, com a disciplina de anatomia e depois nos primeiros contatos com os pacientes: os alunos seriam induzidos a ser indiferentes com a morte desde o primeiro ano, o que influenciaria toda a futura prática médica.

MELEIRO (1998) alerta para os fatores de risco que levam estudantes de medicina e médicos a cometerem mais suicídio que a população em geral. Geralmente seriam pessoas mais exigentes consigo mesmas, assumindo a culpa pelo que não sabem. Sentimentos de desvalia e impotência muitas vezes seriam responsáveis por idéias de abandono de curso, depressão e suicídio.

Relação o paciente e sua família

Os participantes unanimemente expressam a sua expectativa de que seja papel do médico aliviar e confortar o paciente em fase terminal e esperam habilitar-se para este papel. WENRICH (2001) considera que são muitas as dificuldades da comunicação entre médicos e pacientes nesta situação. Tais dificuldade seriam motivadas por: falta de treinamento e habilidade do médico em comunicar-se; a sua dificuldade pessoal de comunicação em qualquer nível; medo da própria morte entre os médicos; e concentração na cura, temendo falar ao paciente sobre as limitações médicas, por parecer o abandono do paciente à própria sorte. Este estudo conclui que se faz necessário o desenvolvimento de habilidades de comunicação na formação médica. FINLEY & FAWZEY (2001), ao relatar o primeiro contato de uma delas com um paciente terminal, descreve que se sentia inadequada ali: avaliava que estava usando aquele ser humano para aprender sinais e sintomas, como se estivesse na aula de anatomia. Provavelmente esta insegurança, semelhante à descrita por participantes deste estudo, se deva ao fato de que os alunos não são ensinados a comunicar-se efetivamente, são apenas treinados para fazer determinadas perguntas.

Este aprendizado sobre comunicação envolveria focar o relacionamento nos objetivos da relação terapêutica: ver o paciente como pessoa, ver-se como pessoa nesta relação profissional, lidando com os próprios sentimentos de forma a adequar os limites do envolvimento emocional com o paciente. Estas habilidades, a serem construídas no curso de formação médica, garantiria ao profissional suporte emocional para a adoção de medidas que visem a não-maleficência, questionando todas aquelas que possam ferir tal objetivo, ou seja, tratamento fútil ou causador de sofrimento (YOUNG, 1993).

A reflexão sobre o paciente terminal e a formação profissional

Pensar sobre a morte traz à tona lembranças de perdas antigas, a dor do luto, além do sentimento de finitude e o medo do futuro incerto (REZENDE, 2000). A morte pode ser vista como a imposição do abandono de tudo o que se ama e gosta para se habitar o ventre gelado da terra. Contudo, não seria a morte o maior medo do homem, e sim o caminho de sofrimentos que pode ser o processo de morrer. REZENDE (2000) questiona a educação que se tem no ocidente: tanto a informal, quanto a formal não incluem a preparação para a morte. Tudo se passa como se a morte não fosse um assunto para gente viva: esta visão privaria as pessoas de perceber a terminalidade como parte inevitável da vida. No contexto da assistência à saúde, estas concepções socialmente dominantes sobre a morte repercutiriam na dificuldade dos profissionais em lidarem com os próprios sentimentos ao cuidar do paciente sem perspectivas de sobrevida. Segundo GLOVER & HOLBROOK (1993), os profissionais da saúde, ao sempre

optarem pela preservação da vida, incondicionalmente — mesmo na situação de um prognóstico fechado — estariam negando a realidade da finitude humana.

Os dados do estudo desvelam perspectivas várias sobre o morrer do paciente: a morte seria um processo natural, para alguns alunos; para outros, um processo de sofrimento. Todos questionam e buscam entender os acontecimentos da vida, em vez de aceitá-los simplesmente. Há também alunos que são capazes de transcender ao sofrimento, demonstrando a compreensão da facticidade: a morte como contingência humana. Outros concluem que a morte pode ser um fim para a dor.

Os participantes enfocam, nas suas descrições, os significados de morrer ou viver em determinadas condições: apenas sub-existir. Esta discussão remete aos conceitos de distanásia, morte lenta, com muito sofrimento: pode ser interpretada como tratamento fútil — visando salvar a vida do paciente, este é submetido a grande sofrimento ou tortura, devido à insegurança ou onipotência do profissional. A eutanásia, morte serena sem sofrimento, é o oposto: busca-se abreviar, sem sofrimento, a vida de um doente reconhecidamente incurável (GLOVER & HOLBROOK, 1993). Na Holanda, em torno de um sexto das mortes anuais é decorrente de eutanásia (FABER-LANGENDOEN, 1992). De acordo com FABER- LANGENDOEN (1992) e KOOP (1987), definido o paciente como não salvável, os esforços deveriam ser dirigidos para priorizar o seu conforto, diminuir o sofrimento, e evitar o prolongamento da vida "a qualquer custo". Essa postura diferencia-se da promoção do óbito, que seria uma compreensão equivocada da eutanásia.

Vários alunos concluem que é preciso conhecer-se para relacionar-se com o paciente. Um participante afirma: “Estou ciente de que dar uma assistência médica a tais pacientes envolve muito mais do que conhecimento biológico. Requer algo de você, que envolve o cerne de seu próprio ser.”(P 7) Conhecer-se pode melhorar o relacionamento com o paciente terminal, pois se tornam mais evidentes os limites do envolvimento emocional, os medos, enfim, pelo menos a dificuldade está em nível de consciência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo podem ser compreendidos no contexto onde se desenvolveu a pesquisa. No entanto, podem contribuir para compreender o fenômeno em outras realidades, pelas similaridades ou mesmo pela diversidade encontradas em relação a este contexto.

Como aluna de 5º ano de graduação, na trajetória desta pesquisa evolui no sentido de entender melhor os significados da morte e do morrer para estudantes de medicina, nos quais eu me incluo. Foi possível encontrar respostas para uma inquietação que eu tinha desde os inícios do curso. Apreendi que, sendo difícil lidar com a própria morte e o morrer, é difícil lidar com a dos outros. Isto se mostra mais nitidamente quando os alunos se expressaram a respeito da identificação com os pacientes jovens, pois lhes remetia ao medo da própria morte. Outro aspecto foi a identificação de pacientes terminais com familiares do aluno. Este aspecto muito me intrigou, sendo esta a base de minha inquietude inicial, que me levou a pesquisar.

Na relação terapêutica com este paciente, seria necessário que tivéssemos mais consciência da relação humana que significa o ato médico: incluem-se, nesta relação, os nossos sentimentos, nossa dificuldade de comunicação, nossa relação pessoal com a morte e o morrer, pois serão determinantes na hora de cuidar. Durante o curso médico, sabe-se que pouco tempo e energia são gastos para lidar com as dificuldades que possam surgir nesta área. Os esforços didáticos concentram-se no ensino-aprendizado de conteúdos técnico-científicos, que se renovam a cada momento, resultando no grande acúmulo de conhecimento, que é reconhecidamente essencial à formação médica. Neste cenário, os conteúdos referentes à formação de competências e habilidades de relacionamento com o paciente inserem-se timidamente, aleatoriamente, como se fossem des-importantes. Este estudo, que reconhecemos restrito a uma pesquisa de iniciação científica, teria, além do seu objetivo explicitado, também o papel de lembrar as necessidades que os alunos expressam de serem informados e orientados para estas importantes funções de relacionar-se com o paciente na sua ação profissional.

Não temos a intenção de propor modificações nos currículos, a partir de uma reavaliação de suas disciplinas ou qualquer outra medida, pois não é o objetivo desta pesquisa. O que este

estudo se propôs foi desvelar os significados atribuídos pelos alunos ao cuidar deste paciente, o que poderá ser subsídio tanto para alunos de medicina, quanto para professores estudiosos do assunto, os quais, sim, têm competência para atuarem modificando os currículos de graduação.

Pensamos ter contribuído para acrescentar conhecimento sobre a este tema, tão carente de estudos. Neste sentido, os resultados encontrados sugerem a necessidades de novas pesquisas, visando a melhor compreensão dos temas levantados e ampliando a investigação para outros contextos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FABER-LANGENDOEN, K.; BARTELS, D. Process of forgoing life-sustaining treatment in a university hospital: an empirical study. **Crit Care Med**, v.20, p.571-577, 1992.
- FINLAY, S.E., FAWZY, M. Becoming a doctor. **British Medical Journal**, v.27, n.2, p. 90-92, 2001.
- GLOVER, J.; HOLBROOK, P.R. Ethical considerations. In: HOLBROOK PR. **Textbook of pediatric critical care**. Philadelphia: W. B. Saunders, p.1124-30, 1993.
- KOOP, C.E. Decisions at the end of life. *Ethics and Medicine*, v.3, p.22-26, 1987.
- KOVACS, M.J. **Da morte – Estudos brasileiros. Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde**. Campinas: Papirus, 1991.
- MELEIRO, A.M.A.S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.44, n.2, p.135-140, 1998.
- REZENDE, V.L. **Reflexos sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal**. Campinas, 2000.
- SADALA, M.L.; ADORNO R. Phenomenology as a method to investigate the experience lived: a perspective from Husserl and Merleau Ponty thought. **Journal of Advanced Nursing**, v. 37, n.3, p. 282-293, 2002.
- TASK FORCE ON ETHICS OF THE SCCM. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. **Crit Care Med**, v.18, p.1435-9, 1990.
- VIANA, A., PICCELI, H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o doente terminal. **Rev.Assoc.Med.Bras.**, v.44, n.1, 1998.
- WENRICH, M.D. ET. al. Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death. **Archives of Internal Medicine**, v.161, n.6, p.868-874, 2001.
- YOUNG, E.D. Life and death in PICU: ethical considerations. In: CIVETA J, editor. **Critical care**. 2.ed. Philadelphia: J.B. Lippicott, p. 59-82, 1993.
- ZIMMERMAN, J.E. ET AL. The use and implications of do not resuscitate orders in intensive care units. **JAMA**, v. 255, p.351-356, 1986.

Mayle Paulino da Silva email: maylemed@yahoo.com.br

Maria Lúcia A. Sadala email: sadal@uol.com.br