

Educação para a morte na formação de profissionais de Saúde

Education on death in the graduate studies of health professionals

Vanessa Rodrigues Lima^I; Rogério Buys^{II}

^I Hospital Geral de Guarus, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil

^{II} Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

[Endereço para correspondência](#)

RESUMO

O presente artigo teve por objetivo averiguar a relevância da educação para a morte nos cursos de Medicina, Enfermagem e Psicologia, bem como o preparo de seus alunos para se defrontarem com a morte por conta da profissão que escolheram. Para tanto, a metodologia utilizada foi a análise de conteúdo, tal como descrita por Bardin (2002), realizada nas ementas das disciplinas da grade curricular dos respectivos cursos. Adicionalmente, uma questão aberta foi proposta a uma amostra desses estudantes, com o intuito de verificar seu nível de preparo para este momento e a relação desse preparo com o conteúdo aprendido durante a graduação. Com base nos resultados obtidos, concluiu-se que o tema da morte ainda é pouco abordado na educação de futuros médicos, enfermeiros e psicólogos. A despeito do fato de 100% dos alunos acreditarem que, em suas profissões, defrontar-se com a morte é algo certo, seus cursos de graduação têm contribuído muito pouco para esse momento.

Palavras-chave: Morte; Educação; Saúde.

ABSTRACT

The present paper intends to investigate the relevance of education on death in the medical, nursing and psychology courses, as well as the preparation of their students to deal with death as related to the profession of their choice. The method used was the analysis of content, as described by Bardin (2002), performed on the subjects that make up the curriculum of the respective courses. Additionally an open question was proposed to a sample of those students to verify their level of preparation to deal with death concerning its relation with the contents learned during the graduation course. According to the results, we conclude that death is a subject still not much mentioned in the education of future doctors, nurses and psychologists. Although students are aware that sooner or later they will have to face death, their graduation courses are definitely not contributing for that moment.

Keywords: Death; Education; Health.

A morte, sem dúvida, o mais universal e antigo dos temas, sempre despertou ampla variedade de emoções e atitudes, e, geralmente, é encarada como uma desgraça, um mal, sendo o medo e a ansiedade seus mais fortes correlatos (KASTENBAUM; AISENBERG, 1983).

O paradoxo entre a inevitabilidade da morte orgânica e a nossa necessidade de imortalidade pode explicar por que a negação da morte é inerente ao homem. Esta negação, embora natural, pode ou não ser reforçada pelo sistema cultural; o que explica, em parte, o fato de, apesar de ter sempre temido a morte enquanto possibilidade, o homem já ter vivido com mais naturalidade a morte enquanto evento.

A morte, na sociedade ocidental contemporânea, ao mesmo tempo que configura um interdito, faz-se onipresente, invadindo nossas vidas, seja via meios de comunicação de massa, que freqüentemente nos bombardeiam com notícias violentas (KOVÁCS, 2003), ou, de maneira mais silenciosa, por meio de contato mais íntimo com os que estão morrendo, como ocorre, por exemplo, no cotidiano daqueles que escolheram como ofício a arte de cuidar – os profissionais de Saúde.

Esses se preparam durante anos e com muito ardor para exercerem a futura profissão da maneira mais brilhante possível. Entretanto, as especialidades acadêmicas são conservadoras, refletindo, em decorrência, os valores culturais dominantes, como a negação da morte, deixando, dessa forma, uma lacuna no preparo profissional.

Apesar de lidarem direta e freqüentemente com a morte, os profissionais da área de Saúde, em sua maioria, encontram-se pouco preparados para essa situação, em virtude de certa distorção curricular, que nitidamente privilegia os aspectos biológicos do homem.

Por força da atividade escolhida, os profissionais de Saúde estão sempre muito próximos da morte. Para sermos mais precisos, poderíamos dizer que trabalham no que hoje se configura como a casa da morte: o hospital. Entre 1930 e 1950 (ARIÈS, 1977), tornou-se inconveniente morrer em casa, o binômio doença e morte foi removido do controle doméstico para a instituição hospitalar. Atualmente pelo menos 75% das pessoas acabam morrendo em hospitais (PAPALÉO, 1999).

Tão alta porcentagem aponta a necessidade de se formarem profissionais de Saúde aptos a lidar “bem” com essa nova realidade. Segundo Kovács (1992), a institucionalização da morte tornou triste demais sob vários aspectos, sobretudo muito solitária, muito mecânica e muito desumana. Os pacientes da Dra. K. Ross (1987) mostraram que seu verdadeiro temor não era o da morte em si, mas o que temiam realmente era a separação, a solidão, conseqüentes da nova maneira de morrer, envoltos nos lençóis frios e olhando para as paredes brancas e sem expressão de um quarto de hospital.

A crescente institucionalização da morte, aliada à pouca relevância conferida ao estudo da morte nos cursos de graduação na área de Saúde, faz emergir a seguinte questão: estariam nossos futuros médicos, enfermeiros e psicólogos preparados para conviver com os pacientes à beira da morte, compreendê-los e prestar-lhes a melhor assistência?

1 A MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR

O hospital, como nos mostra Foucault (1979), já foi um morredouro. O personagem central do hospital não era a pessoa que estava doente e deveria ser curada, mas o pobre que estava morrendo. Até meados do século XVIII, não havia relação alguma entre hospital e prática da medicina, sendo a relação médico-paciente independente da organização hospitalar.

Somente no final do século XVIII, com a progressiva aquisição de informações sobre a fisiopatologia e a etiopatologia das diferentes afecções e com a identificação dos agentes microbianos e de seu papel na gênese das moléstias infecciosas, é que os hospitais passaram a ser o local para onde eram encaminhadas pessoas doentes, necessitadas de cuidados oferecidos por pessoal especializado e/ou de equipamento especial. Sua função deixou de ser assistencial e passou a ser curativa, surgindo, assim, o hospital como instituição terapêutica.

A partir dessa moderna concepção do hospital como uma instituição comprometida exclusivamente com os processos de cura, instala-se a negação da morte no contexto hospitalar. A morte e alguns dos processos envolvidos no morrer contradizem o conceito médico e sua proposta profissional, passando, assim, a ser vistos como um fracasso. Segundo Lima Gonçalves (1983 apud CAMPOS, 1995, p. 121), o hospital representa a própria força do homem na batalha contra a morte.

Várias são as estratégias de negação que podem ser observadas tanto no contexto organizacional do hospital, como no comportamento da equipe e pacientes. Ziegler (1977) assinala duas formas de negação: a negação prévia e a camuflagem retrospectiva.

A primeira consiste na negação do acontecimento, antecipada pela convicção e afirmação de que pessoa alguma morre no hospital, negação essa muito bem relatada por Kübler-Ross (1987), que, após horas percorrendo os corredores de um hospital à procura de um paciente em fase terminal para entrevistar, ouvia sempre a mesma resposta dos médicos: "Não há moribundos neste setor".

A outra forma de negação, a camuflagem retrospectiva, configura a anulação do acontecimento, o qual, apesar de tudo, ocorre, ou seja, é uma estratégia de ocultamento da morte. Essa negação se mostra presente nas regras implícitas da instituição. Não se espera, por exemplo, que o paciente morra em qualquer lugar a qualquer hora. Considera-se importante que ele não exponha os sobreviventes ao fenômeno da morte. Caso as regras sejam contrariadas, a equipe de profissionais do hospital agiria prontamente para disfarçar o acontecido, "maquiar" a morte, fazendo com que o morto pareça adormecido, recorrendo a eufemismos etc.

O endeusamento tecnológico é outra manifestação da negação da morte no contexto hospitalar, o que nos remete a questões de Bioética, como, por exemplo, a questão da obstinação terapêutica, também conhecida como distanásia. O conceito de distanásia caracteriza-se por uma morte lenta e sofrida, com excesso de medidas terapêuticas, impondo intenso sofrimento e dor ao moribundo, com ações médicas incapazes de modificar o quadro mórbido (PESSINI, 2004).

Outra evidência da negação da morte na instituição hospitalar pode ser constatada no processo de despersonalização imposto ao paciente. Manipulando o despojamento da identidade pessoal, a instituição hospitalar exerce seu poder sobre o paciente, designando-lhe outra identidade (que pode ser um número (o paciente do leito 4, da enfermaria 2 etc), ou uma afecção (o enfartado, o politraumatizado etc.)) que se caracteriza por ser vulnerável, submissa e dependente. Anula-se, pois, a possibilidade de questionamento por parte do paciente, que percebe que, para ser aceito e bem-visto, deve calar-se. Silenciando o paciente, a instituição silencia também o problema da morte (TORRES; GUEDES, 1984).

A relutância do paciente em conhecer seu prognóstico pode ser reforçada pela hesitação de seu médico em dá-lo a conhecer. Cicely Saunders, assistente social, médica e pioneira dos cuidados paliativos, não tinha receio de discutir a morte com seus pacientes. Considerava que o importante é o médico se sentar e ouvir, pois a maioria dos pacientes está a par de sua morte próxima, quer tenha sido informada, quer não. Quando a comunicação não é explícita, o paciente vem a saber de algum modo, por mensagens implícitas como a mudança de comportamento dos parentes ou da equipe hospitalar (SAUNDERS; BAINES; DUNLOP, 1995).

A prática dos cuidados paliativos, ainda pouco difundida no meio médico, assenta-se nos seguintes princípios, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (s/d): afirmar a vida e encarar a morte como um processo natural; considerar que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser técnica e humanamente apoiadas; considerar que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal. Emanam tais princípios da concepção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipam nem atrasam a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica; abordam de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual da pessoa adoecida; centram-se na procura do bem-estar do paciente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até o fim; respeitam o direito de a pessoa adoecida escolher o local onde deseja viver e ser acompanhada no final da vida; entre outros.

Nos médicos, a negação também se mostra pela onipotência, que pode ser uma atitude contrafóbica para negar o medo; pela omissão estratégica – diminuição da frequência e da duração das visitas, sobretudo na fase final do paciente; pela não-aceitação de equipes interdisciplinares; pela ocultação de diagnóstico-prognóstico e pela maneira como essa comunicação se dá, muitas vezes revestida de cunho excessivamente técnico, dificultando a compreensão do paciente (TORRES; GUEDES, 1984).

Nos hospitais modernos, a crescente repugnância em admitir abertamente a própria morte e a do outro, o isolamento moral imposto ao moribundo e a ausência de comunicação que daí resulta destituíram-no de qualquer autoridade ou *status* e, conseqüentemente, de dignidade.

A morte em si nem sempre é o maior problema para o paciente, mas o medo de morrer pode advir do sentimento de desesperança, de desamparo e isolamento que o acomete. Assim, um diagnóstico comprometedor da vida não deve ser apenas comunicado, mas assistido, respeitando-se os limites e necessidades de cada paciente.

2 FORMAÇÃO MÉDICA

Torres e Guedes (1984) consideram a formação acadêmica do médico um fator de exacerbação da forte negação da morte, característica desse profissional. Segundo as autoras, o médico é submetido a uma formação na qual a dessensibilização para com a morte é instituída como defesa.

Quanto ao treinamento médico, o Dr. Olive Cope (apud KASTENBAUM; AISENBERG, 1983) considera que algo sucede aos estudantes durante seus anos de estudo. O molde educacional deforma sua visão, de modo que eles se centralizam cada vez mais nas ciências exatas, em detrimento dos aspectos emocionais e comportamentais do paciente.

As ciências sociais e do comportamento são sumariamente estudadas em muitas escolas de medicina e enfermagem, levando os estudantes a desenvolver a idéia de que os aspectos humanos da saúde e da doença exigem pouca atenção.

Entretanto, após várias décadas de ênfase em objetividade e não-envolvimento no trato com os pacientes, ainda existe pouca ou nenhuma evidência demonstrativa de que essa abordagem salve vidas ou simplifique a tarefa do médico, da enfermeira ou de quaisquer outros envolvidos no cuidado de enfermos.

Jeanne C. Quint (1967 apud KASTENBAUM; AISENBERG, 1983, p. 188), enfermeira e cientista social, uma das principais defensoras do treinamento aperfeiçoado para cuidar de pacientes terminais, acha que o cuidado do enfermo terminal é uma das situações mais tensas e exigentes a que estão sujeitas muitas enfermeiras.

Segundo ela, relativa irrelevância é conferida à conversação como elemento valioso na prática de enfermagem profissional. Programas pedagógicos de enfermagem proporcionam ampla instrução sobre aspectos técnicos do tratamento aos enfermos, mas pouca orientação especializada sobre o emprego da conversação em seu benefício.

Benliel (1987-1988 apud KOVÁCS, 2008, p. 197), em estudo destinado a verificar como profissionais de Saúde lidam com a morte, constatou, entre suas principais dificuldades, como falar com o paciente sobre o agravamento da doença e a possibilidade de morte. Stewart, Lord e Mercer (2000) realizaram pesquisa com 240 pessoas, de diferentes profissões, que rotineiramente se defrontam com a morte, questionando-as sobre seu treinamento prévio e suas experiências com comunicações de morte. Aproximadamente 40% dessas pessoas não receberam treinamento teórico ou experiencial relacionado à tarefa, muito embora 70% dos respondentes tenham realizado pelo menos uma comunicação do tipo.

Em estudo sobre a influência da educação para a morte nas atitudes perante pacientes terminais, Dickson e Pearson (1980-1981) obtiveram resultados que mostravam que estudantes de Medicina que haviam participado de cursos sobre a morte e o morrer relacionavam-se de forma diferente e mais positiva com esses pacientes, sendo essa diferença percebida por meio de um sentimento de maior conforto no lidar com eles.

Kübler-Ross (1987), dentre os participantes de seu seminário com doentes terminais, encontrou três subgrupos de médicos capazes de ouvir e conversar calmamente sobre o câncer, a morte iminente ou o diagnóstico de uma doença considerada fatal. Eram os mais jovens na profissão médica, e já tinham sofrido pela morte de um ente querido e superado essa perda ou já haviam freqüentado o seminário por vários meses; o segundo subgrupo era formado por médicos mais velhos, da geração passada, crescidos em um ambiente que não usava tantos mecanismos de defesa, nem tantos eufemismos, e enfrentavam a morte como uma realidade; no terceiro, havia ainda médicos treinados para cuidar dos pacientes em

fase terminal, médicos que conseguiam conversar abertamente com seus pacientes sem lhes tirar toda a esperança.

Segundo ela, o médico deveria examinar sua atitude pessoal diante da doença maligna e da morte, de modo a ser capaz de falar sobre assuntos tão graves sem excessiva ansiedade. Deveria prestar atenção às "dicas" que lhe dá o paciente, possibilitando extrair dele boa disposição para enfrentar a realidade.

É necessário que os profissionais de Saúde encarem seus sentimentos perante a morte, pois, para lidar honestamente com os problemas de quem está morrendo, é imprescindível poder encarar a própria finitude. Eles devem refletir sobre a morte e o morrer em seu sentido emocional e social. O fracasso em fazê-lo só pode trazer conseqüências funestas à relação entre eles e seus pacientes graves (KASTENBAUM; AISENBERG, 1983).

Independentemente da especialidade, " [...] o mais importante é a atitude que assumimos e a capacidade de encarar a doença fatal e a morte. Se isto constitui um grande problema em nossa vida particular, se a morte é encarada como um tabu horrendo, medonho, jamais chegaremos a afrontá-la com calma ao ajudar um paciente." (KÜBLER-ROSS, 1987, p. 42)

Diante do exposto, fica clara a necessidade de se preencher a lacuna na formação de nossos futuros profissionais de Saúde, investindo não só no que diz respeito ao lidar com a morte e o morrer, mas também no que diz respeito a um contexto mais amplo da humanização do espaço hospitalar, o que requer uma ênfase maior nas relações pessoais que se dão nesse âmbito.

3 MÉTODO

O presente estudo objetivou acessar a opinião dos alunos dos últimos períodos dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Psicologia acerca de seu preparo para lidar com a morte em seu contexto de trabalho, e a efetiva participação de sua formação acadêmica nesse preparo.

Para tanto, centrou-se em dois focos de análise: primeiramente, no conteúdo teórico transmitido aos alunos nesses três cursos, conforme a proposta de análise de conteúdo de Bardin (2002) que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e, posteriormente, na busca das palavras morte/morrer e/ou paciente terminal/terminalidade nas ementas. Seus indicadores, que podem ser quantitativos ou qualitativos, permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

Foi realizada a análise de conteúdo nas grades curriculares dos três cursos, obtidas na internet, no site da universidade. As disciplinas sem ementa não foram avaliadas.

Para facilitar o processo de análise, as disciplinas foram divididas em três grupos:

– Disciplinas do grupamento A: abordam matérias como Química, Biologia, Física e afins. São as disciplinas mais técnicas, que se ocupam do estudo do corpo humano e do seu funcionamento; estudam as doenças, seus agentes e os fármacos; ensinam a fazer diagnósticos e métodos de intervenção. Também estão inseridas neste grupo as disciplinas voltadas para pesquisa, como orientação acadêmica e elaboração de projetos e as que abordam a história e a ética profissionais.

– Disciplinas do grupamento B: são as que mais interessam a esta pesquisa. São as disciplinas voltadas para o estudo de aspectos sociais e do comportamento humano e para o estudo do relacionamento profissional de Saúde/paciente.

– Disciplinas do grupamento C: são disciplinas mais práticas, ou seja, as que oferecem alguma oportunidade de contato entre estudante e paciente ou comunidade assistida. O segundo foco diz respeito às opiniões dos próprios alunos acerca do seu preparo para enfrentar a morte em seu contexto de trabalho. Para acessar essas opiniões, foi elaborada a seguinte questão aberta:

Como profissional de Saúde você acredita que vai defrontar-se com a morte por ocasião de seu trabalho? Considera-se preparado para esse momento? Seu curso de graduação teve algum papel nesse preparo?

A essa questão respondeu uma amostra de conveniência de 16 estudantes, sendo 6 de Medicina, 4 de Enfermagem e 6 de Psicologia, todos alunos do oitavo período em diante. Sendo alunos dos últimos períodos, já haviam cursado quase todas as disciplinas e já estagiavam, o que lhes proporcionava experiência de contato direto com pacientes.

O perfil da amostra era de alunos de ambos os sexos, entre 20 e 27 anos de idade, das mais variadas religiões, com predominância de católicos (56%) ou sem religião. Outro dado importante é que a maioria (62%) já tivera uma experiência de morte na família.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 AS GRADES CURRICULARES

4.1.1 Medicina e Enfermagem

QUADRO 1 - MEDICINA

* **Porcentagem aproximada.**

	Tipo A	Tipo B	Tipo C
Disciplinas obrigatórias	31	4	5
Disciplinas optativas	75	8	0
Total	106 ou 86%*	12 ou 10%	5 ou 4%

QUADRO 2 - ENFERMAGEM

	Tipo A	Tipo B	Tipo C
Disciplinas obrigatórias	34	13	13
Disciplinas optativas	28	3	0
Total	62 ou 68%	16 ou 18%	13 ou 14%

QUADRO 3 - MEDICINA X ENFERMAGEM

	Medicina	Enfermagem
Disciplinas Tipo A	86%	68%
Disciplinas Tipo B	10%	18%
Disciplinas Tipo C	4%	14%

Os Quadros 1, 2 e 3 mostram a distribuição das disciplinas constantes das grades curriculares entre as categorias A, B e C. Observando o Quadro 3, nota-se que as disciplinas se encontram um pouco mais bem distribuídas no curso de Enfermagem, quando comparadas ao de Medicina. Uma possível explicação para esse fato é que o profissional de enfermagem mantém contato mais constante e direto com o paciente, tendo, portanto, necessidade de melhor treinamento no relacionamento interpessoal.

Quanto à presença das palavras "morte/morrer" e/ou "paciente terminal" e "terminalidade" na grade de Medicina, a palavra "morte" aparece três vezes na ementa de uma mesma disciplina obrigatória, chamada Patologia Forense, mais especificamente nas expressões "estudo conceitual da morte e dos

fenômenos cadavéricos” e “mortes naturais e mortes violentas”. A palavra “óbitos” também aparece uma vez nessa mesma ementa, na expressão “aspectos legais das declarações de óbitos”.

Dentre as disciplinas optativas, parece haver maior preocupação com os fenômenos relacionados à morte e ao morrer. A palavra “morte” aparece duas vezes na ementa da disciplina Vida e Morte, Saúde e Doença, nas expressões “concepções de vida e de morte” e “repensar os conceitos de vida e de morte”. A palavra “inanimado” e a expressão “limites da vida” também aparecem, respectivamente, nas ementas das disciplinas Identidade Médica: Primeiros Passos e Dificuldades e Bioética II. A palavra “inanimado” aparece na expressão “o contato com o inanimado na formação médica” e, em Bioética II, aparece a expressão “os limites da vida”.

Na grade de Enfermagem, apenas a palavra “morte” foi encontrada, aparecendo uma única vez, na ementa da disciplina obrigatória Cuidados de Enfermagem ao Cliente Hospitalizado III, na expressão “situações vida-morte”. A ementa é sobre o diagnóstico de situações de enfermagem “de maior complexidade”, termo encontrado mais duas vezes nas expressões “programa de trabalho face às situações de maior complexidade” e “diagnóstico de saúde e análise de situações de maior complexidade”; sobre o cliente em cuidados intensivos e as essencialidades em seu tratamento pela equipe de enfermagem; e sobre a ajuda à família. Outros termos como “situações de crise” e “prognósticos mais sérios” também são encontrados nas ementas, ambos ligados à ajuda aos familiares (“ajuda a pessoas e familiares em situações de crise” e “orientação e ajuda à família face aos problemas ligados a prognósticos mais sérios”).

A partir dos dados mencionados e da leitura das ementas das disciplinas constantes nas grades curriculares de Medicina e Enfermagem, as seguintes reflexões foram construídas:

1ª. A grade de disciplinas centraliza-se nas Ciências Naturais em detrimento das Ciências Sociais e do Comportamento, deixando, dessa forma, os aspectos emocionais e comportamentais do paciente em segundo plano.

2ª. Por não dar igual ênfase ao conhecimento dos avanços técnicos e científicos e ao inter-relacionamento humano, o curso pode produzir um déficit no relacionamento desses futuros profissionais de Saúde com seus pacientes.

3ª. O interdito da morte, tão forte na sociedade contemporânea, reflete-se nos currículos dessas profissões, que parecem não considerar importante a preparação dos seus alunos para lidar com a única certeza da vida.

4ª. Em situações extremas, como o “confronto” com a morte e o trato ao paciente em estado terminal, essa dificuldade pode se acentuar e os profissionais se mostrarem ainda mais despreparados.

4.1.2 Psicologia

Na análise da grade de Psicologia, procedeu-se apenas à segunda etapa da análise (busca das palavras-chave morte/morrer, paciente terminal/terminalidade), visto que o objeto de estudo do curso é o homem e/em suas relações. A grade analisada foi a de bacharel em Psicologia.

A grade curricular de Psicologia foi a que mais vezes apresentou a palavra morte, dezenove ao todo, em ementas de disciplinas de caráter eletivo. Sete vezes na ementa da disciplina Teoria Psicanalítica G que menciona “o conceito de pulsão de morte”, “pulsão de morte e instinto de morte”, “morte e pulsão de morte”, “a pulsão de morte e o estudo da negação em Freud”, “pulsão de morte como princípio constitutivo do psiquismo”. Seis vezes na ementa da disciplina Tanatologia, nas expressões “o significado humano e antropológico da morte”, “o tema da morte no contexto educacional”, “educação para a morte”, “morte no contexto organizacional do hospital”, “atitudes frente à morte” e “o processo multifacetado do morrer”. Uma vez na ementa da disciplina Tópicos Especiais em Psicologia Social C, que aborda a velhice, na expressão “morte na velhice”. E, finalmente, cinco vezes na ementa da disciplina Tópicos Especiais em Psicologia Social K, nas expressões “a morte como negação”, “a morte reduzida apenas ao fracasso”, “a morte como uma das fases do desenvolvimento” e “entendimento quanto à morte e o morrer”.

A palavra paciente terminal também foi encontrada uma vez na ementa da disciplina Tópicos Especiais em Psicologia Social K, na frase “debater os sentidos da vida e a questão tanatológica em relação aos pacientes terminais”.

Palavras como luto, finitude, tanatologia e suicidas também foram encontradas, respectivamente, nas disciplinas Tanatologia, Tópicos Especiais em Psicologia Social C e Tópicos Especiais em Psicologia Social K, nas expressões "o processo de luto", "finitude humana", "discussão da tanatologia", "objeto tanatológico", "questão tanatológica" e "pacientes suicidas".

Apesar de figurarem a palavra morte e seus correlatos na ementa de diversas disciplinas da grade do curso de bacharel em Psicologia, a questão da morte quase não é abordada em sala de aula. A disciplina Teoria Psicanalítica G trata do conceito freudiano da pulsão de morte; a disciplina Tanatologia já não é oferecida aos alunos há alguns anos e Tópicos Especiais em Psicologia Social K nunca foi oferecida (até a data de conclusão deste trabalho). Assim, as únicas disciplinas que mencionam o tema são Tópicos Especiais em Psicologia Social C e TEAP II, que não consta na grade analisada por se tratar de disciplina de Formação de Psicólogo e não de Bacharelado.

Uma questão a ser levantada a partir desta análise é por que disciplinas que se propõem a abordar tão abertamente o tema da morte não são nomeadas de maneira igualmente aberta e direta, dando aos alunos possibilidade de saber do que realmente tratam?

5 A OPINIÃO DOS ALUNOS

Dezesseis estudantes responderam à seguinte questão: Como profissional de Saúde você acredita que vai se defrontar com a morte por ocasião de seu trabalho? Considera-se preparado para este momento? Seu curso de graduação teve algum papel nesse preparo?

Na amostra dos estudantes de Medicina, todos responderam positivamente à primeira parte da questão, ou seja, o confronto com a morte é certo para todos eles e até já aconteceu. Expressões como "inevitável", "isso já faz parte do meu dia-a-dia", "contato diário", "quase todos os dias" e "constantemente" constavam das respostas dadas.

Quanto ao preparo para lidar com situações de morte no trabalho, nenhum aluno respondente considerou-se despreparado. Um aluno disse que estar preparado relaciona-se diretamente com a vivência: quanto mais lidam com a morte, mais se acostumam a lidar com ela e mais preparados ficam para as próximas vezes. Os outros cinco respondentes oscilaram entre uma resposta afirmativa e uma afirmativa com reservas. Dois consideraram-se preparados; um, preparado, desde que não fosse o culpado pela morte ou que o morto não fosse um ente querido seu; outro se disse preparado, apesar de achar a morte difícil de ser encarada, ainda mais no caso de um ateu; e outro disse que foi preparado "na marra", pois a morte é sempre uma experiência negativa.

Apesar de a maioria dos alunos se considerar preparada para lidar com a morte, esse preparo não foi atribuído à formação acadêmica. Houve respostas como: "na graduação não há nada voltado para esta questão, com exceção da Psicologia Médica"; "o curso de graduação não tem papel tão fundamental"; "meu curso de graduação teve um papel mínimo nesse preparo".

Os dois alunos que consideraram positiva a ajuda do curso citaram apenas a disciplina Psicologia Médica, aliada, entretanto, a algum outro fator, como, por exemplo, abordagens informais sobre o assunto e experiência, esta o fator mais citado como agente de um bom preparo para lidar com a morte. Poder falar sobre o assunto aparece em segundo lugar, estando presente em duas respostas: "o fato de compartilharmos com colegas o que vivemos" e "abordagens informais sobre o assunto", juntamente com fatores individuais, tendo sido citados a personalidade e a estrutura pessoal. Um aluno respondeu que preparar o estudante neste sentido não é responsabilidade da faculdade de Medicina, que isso depende da personalidade de cada pessoa e das experiências adquiridas ao longo do curso.

Houve quem relacionasse experiência com comportamento evitativo, um elemento levando ao outro. A resposta dizia o seguinte: "a atividade de enfermagem com pacientes graves ensina a não se aproximar muito do paciente em termos emocionais, já que se presencia a morte constantemente".

Houve também respostas mais animadoras, como:
Penso que o mais importante é conseguir se solidarizar com o paciente e com sua família neste momento e, principalmente, não tentar evitá-la [a morte] a qualquer custo quando não houver mais possibilidade. Enfim, não querer satisfazer nossos anseios às custas do sofrimento alheio, proporcionando-lhes a morte que não desejamos para nós mesmos.

Houve ainda quem se indignasse com as condições em que a morte ocorre nos hospitais públicos brasileiros. A resposta é a seguinte:

Acho que estou meio insensível sobre a morte, mas fico definitivamente revoltado quanto às circunstâncias em que a presencio; geralmente ocorre por descaso, despreparo da equipe de saúde (não necessariamente dos médicos, mas também muitas vezes com colaborações espetaculares da equipe de enfermagem e/ou auxiliares), e também por insuficiência de pessoal (o que propicia a situação de descaso) e de material/estrutura, colaborando também a superlotação. Bem, no final das contas, o curso aborda situações em que a morte é inevitável (doenças crônicas, etc) ou próxima, mas o que na verdade mais se presencia na vida do acadêmico é a morte "facilitada", que tem implicações econômico-políticas.

Dentre as estudantes de Enfermagem, também foi unânime a resposta positiva quanto ao encontro com a morte. Três consideraram-se preparadas para essa ocasião e uma respondente se disse mais ou menos preparada, já que "cada caso é um caso".

Mais uma vez a graduação parece não ter colaborado no preparo dessas alunas. Duas delas responderam diretamente que não, uma respondeu "não teve nenhum papel no meu preparo, apesar de ter tido uma aula sobre o assunto, isto não foi, não é o suficiente" e uma não respondeu diretamente que não, mas atribuiu seu "preparo" apenas ao enfrentamento direto da morte em estágios extracurriculares.

A experiência com a morte aparece novamente como facilitadora para novos confrontos, seja experiência profissional ou pessoal. Uma das respondentes relacionou seu preparo ao enfrentamento direto da morte, que realizou ao longo da graduação e nos estágios extracurriculares; outra, a experiências pessoais com a morte:

Desde muito tempo em minha vida tive que aprender a lidar com a morte, quando criança meu tio suicidou-se na casa onde eu estava e minha avó morreu na minha casa. Há dois anos meu orientador espiritual morreu... o que me preparou muito, já que fui eu quem cuidou dele durante toda a enfermidade.

Também na amostra dos estudantes de Psicologia, todos responderam positivamente à primeira parte da questão, ou seja, mesmo os psicólogos, que não necessariamente trabalharão em hospitais, local onde a morte mais ocorre hoje, acreditam que irão deparar-se com ela ao exercerem sua profissão. Dois dos respondentes disseram que até já passaram por situações de morte em seus estágios.

Quanto ao preparo para essa ocasião, apenas um aluno considerou-se preparado. Descreveu esse preparo em função de seus sentimentos e conduta na ocasião em que presenciou a morte de um paciente em seu estágio. Dois se disseram preparados com reservas, dando as seguintes respostas: "considero-me não completamente preparado, mas em condições de me preparar sozinho" e "provavelmente não [...], teoricamente me sinto um pouco preparada para lidar com a morte. Mas, na prática, acho que se tiver que lidar com a morte vou me sentir impactada". Três disseram não estar preparados.

Apenas um aluno se mostrou satisfeito com o conteúdo relacionado à morte e ao morrer que lhe foi apresentado durante a graduação; citou duas disciplinas que trataram do assunto, Tópicos Especiais em Psicologia Social C e Tópicos Especiais em Psicometria, que, na época, tratava do tema da tanatologia. Os outros cinco mostraram-se insatisfeitos, dando respostas do tipo: "tive apenas uma matéria na faculdade que tratou desse assunto de forma resumida", "não há cadeiras que trabalhem, estudem ou pesquise a respeito da morte", "o curso teve um pequeno papel, por disciplinas que tangenciaram o assunto". E ainda:

Tive uma matéria, Práticas e Políticas de Saúde, na qual a morte era posta em tela, mas em uma perspectiva da Antropologia médica. Contudo, acho que o tema poderia ser abordado em outra disciplina de modo a contemplar a preparação do terapeuta para essas ocasiões, ainda que seja na forma de um tópico dentro de uma matéria, não havendo necessidade de uma matéria exclusiva para isso. Durante meu curso de graduação, obtive apenas três aulas de uma determinada disciplina (TEAP II), que comentou sobre o assunto. Considerarei que este tema não foi suficientemente trabalhado, uma vez que não houve uma aplicação prática na clínica ou nem mesmo exemplos de casos clínicos mais complexos.

QUADRO 4 - OPINIÃO DOS ALUNOS

	Alunos de Medicina	Alunos de Enfermagem	Alunos de Psicologia
Confronto com a morte	100% acreditam	100% acreditam	100% acreditam
Preparo pessoal	100% preparados	75% preparados 25% não têm certeza	17% preparados 33% mais ou menos 50% despreparados
Papel da graduação	67% não houve 33% houve	100% não houve	83% não houve 17% houve

Em uma análise geral do Quadro 4, podemos dizer que todos esses futuros profissionais, tanto médicos e enfermeiros quanto psicólogos, acreditam que a morte e o morrer são fenômenos com os quais se defrontarão. A maioria se considera preparada, com exceção dos estudantes de Psicologia, talvez por darem uma dimensão mais singular a essa questão. Quanto à participação do curso de graduação no preparo desses estudantes, todos concordam que sua contribuição é muito pequena. Para os alunos, o que parece fazer a diferença é algo externo ao curso: a experiência do aluno com perdas humanas. Não seria hora de rever estes currículos?

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, podemos constatar que nossos futuros profissionais de Saúde não estão sendo adequadamente preparados para lidar com a problemática da morte em sua prática diária na instituição hospitalar ou mesmo em consultórios particulares. Isso pode levar as equipes multiprofissionais a se envolverem emocionalmente de maneira muito intensa, ficando com dificuldade de lidar objetivamente com a situação, ou a usarem mecanismos de defesa para não se angustiarem, tornando-se aparentemente frias e indiferentes, esta última atitude sendo mais freqüente.

Falta preparo psicológico, informação e formação à equipe de atendimento. A maioria do pessoal que lida com o paciente terminal também não equacionou os seus próprios problemas, as suas próprias dificuldades diante da morte. Decorre desta não-aceitação da morte, a maneira desumanizada com que a tratam na instituição.

Faz-se necessária a inclusão de temas de tanatologia nos cursos de graduação na área de Saúde. É crucial permitir aos alunos que exponham seus conflitos com relação ao tema da morte e que conheçam os de quem está morrendo, abrindo um espaço nas salas de aula para poder falar livremente sobre o assunto.

Futuros médicos, enfermeiras, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfim todos aqueles que em suas profissões terão contato com o paciente moribundo, devem ter a oportunidade de refletir sobre a morte, eventualidade sumamente relevante para o trabalho que desempenharão.

Em um contexto mais geral, pode-se apontar para a necessidade urgente de humanização na assistência à saúde, não só com relação aos pacientes à beira da morte. O ser humano que sofre precisa ser assistido em todas as dimensões de sua dor: física, emocional, social e espiritual. Para tanto, faz-se necessária a atuação conjunta da equipe multiprofissional e o doente.

É salutar rever os moldes educacionais, que, por se originarem na tradição racionalista da civilização ocidental, têm-se centrado exclusivamente nos aspectos cognitivos da formação do futuro profissional, esperando-se deste a acumulação de conteúdos e sua aplicação objetiva e analítica na sua prática profissional. O ideal seria que se pudesse ensinar aos estudantes o valor da ciência e da tecnologia simultaneamente com a arte e a ciência do inter-relacionamento humano do cuidado humanizado e total ao paciente. Assim, um progresso real se objetivaria, em uma área essencial à formação dos profissionais de Saúde, qual seja seu preparo para lidar com situações de morte.

REFERÊNCIAS

- ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 2002.
- CAMPOS, T. C. P. **Psicologia hospitalar**: a atuação dos psicólogos em hospitais. São Paulo: EPU, 1995.
- DICKINSON, G. E.; PEARSON A. Death education and physicians attitudes toward dying patients. **Omega**, v. 11, p. 167-174, 1980-1981.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- KASTENBAUM, R.; AISENBERG, R. **Psicologia da morte**. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1983.
- KÓVACS, M. J. (Coord). **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- _____. **Educação para a morte**: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- _____. (Coord). **Morte e existência humana**: caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Who definition of palliative care (s/d.). Recuperado em 10/12/2007. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>.
- PAPALÉO NETTO, M. (Coord.). **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1999.
- PESSINI, L. **Eutanásia**: por que abreviar a vida? São Paulo: Edições Loyola, 2004.
- SAUNDERS, C.; BAINES, M.; DUNLOP, R. J. Living with dying: a guide to palliative care. New York: Oxford University Press, 1995.
- STEWART, A. E.; LORD, J. H.; MERCER, D. L. A survey of professionals training and experiences in delivering death notifications. **Death Studies**, v. 24, p. 611-631, 2000.
- TORRES, W. C.; GUEDES, W. G. A negação da morte e suas implicações na instituição hospitalar. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 102-111, 1984.
- _____. A morte no contexto hospitalar. **Revista de Psicologia Hospitalar**. São Paulo, v. 1, n. 2, p. 56-59, 1992.
- ZIEGLER, J. **Os vivos e a morte**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

Endereço para correspondência

Vanessa Rodrigues Lima
E-mail: vanessa.lii@ig.com.br

Rogério Buys
E-mail: rogerio@cpp_online.com.br

Recebido em: 10 de fevereiro de 2008
Aprovado em: 11 de agosto de 2008
Revisado em: 26 de outubro de 2008