

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

**Abordagens e enfrentamento da morte de pacientes idosos:**  
percepções de um grupo de médicos

Sadi Poletto

Passo Fundo  
2012

Sadi Poletto

**Abordagens e enfrentamento da morte de pacientes idosos:**  
percepções de um grupo de médicos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientadora:

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Janaína Rigo Santin

Coorientador:

Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli

Passo Fundo  
2012

CIP – Catalogação na Publicação

---

P765a Poletto, Sadi  
Abordagens e enfrentamento da morte de pacientes idosos :  
percepções de um grupo de médicos / Sadi Poletto. – 2012.  
78 f. ;30 cm.

1.Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –  
Universidade de Passo Fundo, 2012.

2.Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Janaína Rigo Santin.

3.Coorientador: Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli.

1. Idosos e morte. 2. Idosos – Cuidados médicos. 3. Ética  
médica. 4. Envelhecimento. 5. Ortotanásia. I. Santin, Janaína  
Rigo, orientadora. II. Bettinelli, Luiz Antonio, coorientador.  
III. Título.

CDU: 613.98

## ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



### ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DO ALUNO

#### SADI POLETTO


Aos vinte e seis dias do mês de março do ano dois mil e doze às nove horas, realizou-se, na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, a sessão pública de defesa da Dissertação: “**Abordagens e enfrentamento da morte de pacientes idosos: percepções de um grupo de médicos**”, apresentada pelo mestrando Sadi Poletto, que concluiu os créditos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano. Segundo os encaminhamentos do Conselho de Pós-Graduação (CPG) do Mestrado em Envelhecimento Humano e dos registros existentes nos arquivos da Secretaria do Programa, o aluno preencheu todos os requisitos necessários para a defesa. A banca foi composta pelos professores doutores Janaína Rigo Santin - orientadora e presidente da banca examinadora (UPF), Luiz Antonio Bettinelli (Co-orientador), Marilene Rodrigues Portella, Helenice de Moura Scortegagna, Gerson Luis Trombetta e Leocir Pessini. Após a apresentação e a arguição da dissertação, a banca examinadora considerou o candidato **APROVADO**, em conformidade com o disposto na Resolução Consun Nº 07/2010.

A banca recomenda a consideração dos pareceres, a realização dos ajustes sugeridos e a divulgação do trabalho em eventos científicos e em publicações.

Encerrados os trabalhos de defesa e proclamados os resultados, eu, Profª. Drª. Janaína Rigo Santin, presidente, dou por encerrada a sessão pela banca.

Passo Fundo, 26 de março de 2012.

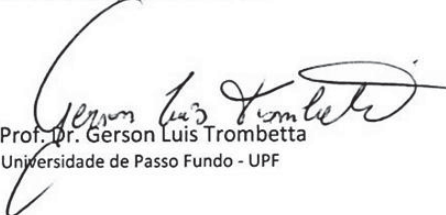
  
Profª. Drª. Janaína Rigo Santin  
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

  
Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli  
Co-orientador - UPF

  
Profª. Drª. Marilene Rodrigues Portella  
Universidade de Passo Fundo - UPF

  
Profª. Drª. Helenice de Moura Scortegagna  
Universidade de Passo Fundo - UPF

  
Prof. Dr. Leocir Pessini  
União Social Camiliana Centro Universitário São Camilo - SP

  
Prof. Dr. Gerson Luis Trombetta  
Universidade de Passo Fundo - UPF

## **DEDICATÓRIA**

### **Para Maria Luiza...**

Obrigado por ter aturado muitas noites e finais de semana de ausência total...

O teu amor não tem preço, bem como toda a compreensão que sempre tiveste.

Dedico a ti este trabalho, pois és o apoio de toda a minha vida...

Um beijo carinhoso ao meu amor.

### **Para os meus filhos Marcos e Tiago...**

Vocês dois são joias raras que Deus me deu de presente.

Fizeram-me vivenciar momentos e experiências inesquecíveis.

Desejo a vocês a felicidade que eu tive ao longo dos anos de nossa conviência...

Obrigado por fazerem parte deste momento.

Um beijo do pai!

## **AGRADECIMENTOS**

Ao grande arquiteto deste universo, Deus, por ter me possibilitado mais um aprendizado para a vida por ter me permitido aparar mais algumas arestas desta pedra bruta que sou, e que tento polir constantemente.

### **Aos meus pais**

Por terem me dado a vida e a luz da compreensão do certo e errado, bem como o aprendizado da tolerância, sempre respeitando a liberdade, a igualdade e a fraternidade.

### **Aos meus orientadores**

À professora Dr<sup>a</sup>. Janaína Rigo Santin, orientadora deste trabalho.

Ao professor Dr. Luiz Bettinelli, coorientador deste trabalho.

De forma especial ao professor Dr. Luiz pela compreensão e tolerância aos constantes questionamentos e pela condução da orientação na licença da professora Janaína.

### **Aos professores do mestrado**

Pela convivência harmoniosa, pela paciência na construção do conhecimento e pela amizade solidificada ao longo dos dois anos do mestrado.

### **Aos meus colegas do mestrado**

Pela amizade que fica de um tempo de convivência, estudos e brincadeiras, conflitos e troca de conhecimentos.

### **Às secretárias do mestrado, Amanda e Rita**

Pela dedicação e desprendimento durante todo o mestrado, sempre auxiliando sem medir esforços.

### **Aos participantes da pesquisa de campo**

Pela compreensão e participação neste estudo. Sem a ajuda desses profissionais este trabalho não se realizaria. Fica uma certeza: cumprirei a promessa de dar retorno acerca dos resultados obtidos.

### **Aos familiares**

Ao meu irmão Deniz e a esposa Denise, pelo apoio desde os bancos acadêmicos até o mestrado.

A toda família da Maria Luiza, pela compreensão no que diz respeito ao isolamento nos finais de semana no sítio do Vô Bimbo.

### **Aos amigos**

Que de uma forma ou outra contribuíram para que este trabalho fosse realizado de maneira harmoniosa e com muito prazer.

## RESUMO

Poletto, Sadi. **Abordagens e enfrentamento da morte de pacientes idosos** : percepções de um grupo de médicos. 2012. 78 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012.

Com o avanço das tecnologias em saúde, os profissionais médicos tentam aumentar de formas diversas a expectativa de vida das pessoas, adiando a morte muitas vezes através da utilização de meios artificiais. Objetivou-se com este estudo conhecer as vivências e abordagens de médicos, envolvendo o processo de morte e morrer de pacientes idosos no ambiente hospitalar. Para alcançar o objetivo proposto, foi feita a coleta de dados através de entrevista semiestruturada aplicada entre os meses de abril a setembro de 2011. Participaram do estudo onze médicos que atuam num hospital de grande porte do interior do Rio Grande do Sul. Por meio da análise temática, foi possível construir as categorias: vivência da morte de idosos na prática médica, percepções do médico e seus pares, enfrentamento daquele que vivencia a sua terminalidade, norteamento de condutas e conversas sobre formação acadêmica. O estudo mostrou a preocupação do profissional médico quanto ao cuidado com o paciente e respeito aos familiares, evidenciando, porém, a necessidade de reflexões com discussões amplas e profundas sobre a formação acadêmica, a fim de fornecer subsídios para condutas norteadoras e estratégias de enfrentamento no que tange ao tratamento de idosos na sua finitude. Dessa forma, foi possível comprovar, considerando o estudo, maior valor à vida do ser humano na relação médico-paciente no processo de morte e morrer de idosos em ambiente hospitalar, respeitando sua autonomia e dignidade. Com base nos resultados obtidos, concluiu-se que a conduta do norteamento tem seus olhares direcionados para o respeito aos princípios bioéticos e ao código de ética médica.

Palavras-chave: **Idoso. Morte. Ética. Envelhecimento. Ortotanásia.**



## ABSTRACT

Poletto, Sadi. **Abordagens e enfrentamento da morte de pacientes idosos** : percepções de um grupo de médicos. 2012. 78 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012.

Because of the advance in health technology, medicine professionals have been trying to increase people's life expectancy in many different ways, postponing death using many times artificial means. The aim of the present study is to get knowledge of experience and approach of doctors related to the process of death and dying of the elderly in hospital environment. For that purpose, a data collecting was made through a semi-structured interview held between April and September 2011. Eleven doctors who work in a well known hospital in the country of Rio Grande do Sul took part on it. Through the analysis of the collected data, it was possible to build some categories: the elderly death experience in medicine practice, doctors and their peers' perception, confrontation with those who experienced nearing life ending, management of behaviors and talks about academic formation. The study revealed the medicine professional's concerning on taking care of the patient and the respect to the family, but enhancing the need to careful consideration through deep and large debate about academic formation in order to provide subsidies for behavior management and confrontation strategies related to the treatment of the elderly close to life ending. This way, the study made it possible to prove that more value is given to human beings' life in the relationship doctor-patient in the process of death and dying of the elderly in the hospital environment respecting their autonomy and dignity. From the results achieved it can be concluded that the management behavior has its eyes directed to the respect to Medicine bioethical principles and the Code of Ethics.

**Key words: Elderly.Death.Ethics.Aging.Orthothanasia.**

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama dos componentes das categorias. ....	36
Figura 2 - Diagrama da categoria um. ....	37
Figura 3 - Diagrama da categoria dois.....	41
Figura 4 - Diagrama da categoria três. ....	48
Figura 5 - Diagrama da categoria quatro .....	51
Figura 6 - Diagrama da categoria cinco.....	58

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>17</b>
2.1. ENVELHECIMENTO E VELHICE	17
2.2. MORTE E PROCESSO DE MORRER	19
2.3. ENVELHECIMENTO E BIODIREITO	26
2.4. ENVELHECIMENTO E BIOÉTICA	30
<b>3. MATERIAL E MÉTODOS</b>	<b>33</b>
3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	33
3.2. PARTICIPANTES DO ESTUDO	33
3.3. CENÁRIO E PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS	34
3.4. ANÁLISE DE DADOS	35
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>36</b>
4.1. VIVÊNCIA DA MORTE DE IDOSOS NA PRÁTICA MÉDICA	37
4.2. PERCEPÇÕES DO MÉDICO DE SEUS PARES	41
4.3. ENFRENTAMENTO DAQUELE QUE VIVENCIA A SUA TERMINALIDADE	48
4.4. NORTEAMENTO DE CONDUTAS	51
4.5. CONVERSAS SOBRE FORMAÇÃO ACADÊMICA	58
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>68</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>73</b>
ANEXO A. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	74
ANEXO B. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
<b>APÊNDICES</b>	<b>79</b>
APÊNDICE A. DADOS BIOGRÁFICOS	80
APÊNDICE B. ESTRUTURA NORTEADORA DAS ENTREVISTAS	82

## 1. INTRODUÇÃO

No desenvolvimento deste trabalho, o autor deparou-se com a vivência da morte de seus pais. O pai faleceu antes do início do mestrado, mas, mesmo antes dessa experiência ímpar e impactante, havia pensado em aprofundar o tema sobre o processo de morte e morrer. A morte da mãe ocorreu durante o mestrado, quando já fazia a pesquisa de campo. Foram duas perdas de pais idosos, com quadros irreversíveis. Os sentimentos resultantes desses episódios são indescritíveis e com certeza influenciaram na elaboração da dissertação. O exercício real levado a termo ampliou a sensibilidade e a vontade de um aprofundamento maior sobre o tema. É difícil descrever a perda de entes queridos e somente as pessoas que a vivenciaram é que têm a exata dimensão do que isso representa. Nesse sentido, a experiência das perdas colocou o autor na posição de familiar e de médico ao desenvolver o assunto aqui proposto.

A abordagem do tema da finitude do ser humano não se insere nas discussões do contexto educativo, social e cultural do meio em que se vive. Abordam-se fatos inerentes à vida e sublimam-se fenômenos associados à perda e ao sofrimento, sempre com o objetivo de prolongar a vida e não dirigir o olhar ou o pensamento para sua finitude.

Observa-se que os mecanismos de defesa emocionais são fatos inconscientes para proteger o indivíduo, garantindo o equilíbrio da personalidade. Aplicam-se na finitude alguns desses mecanismos como a negação, que considera como não-existente a realidade externa, por ser desagradável ou penosa para o ego. O indivíduo reinterpreta uma situação geradora de ansiedade, redefinindo-a. (TRINDADE, 2010, p.71). Para Vovelle (1991, p.128), “A história pretende reencontrar os homens e compreender suas reações diante de uma passagem que não admite fraudes.” Diz que essa história apresenta três níveis de discussão: morte consumada, morte vivida e discurso sobre a morte. “Uma dialética extremamente sutil e complexa, com inércias e tempos fortes, impõe uma história que se desenvolve necessariamente na longa duração” (VOVELLE, 1991, p.133).

A finitude do idoso, associada ou não às doenças terminais, tem um ciclo que merece novos olhares no processo de geração e transformação do conhecimento humano. É preciso analisar a conduta médica, observando-se o paradigma benigno humanitário do novo código de ética médica, conforme a Resolução do CFM 1.931,

---

de2009, respeitando-se a valorização do princípio de autonomia (BRASIL, 2009, p.90-92).

Quando se imagina o problema da aceitação da morte, as discussões emergem nos meios acadêmicos, abordando o tema da terminalidade do ser humano. As dúvidas que surgem questionam dilemas educativos, éticos, legais, religiosos, culturais e sociais. A intenção da discussão fixa-se no dilema ético e bioético sobre finitude, envelhecimento e prolongamento do sofrimento pelo processo tecnicista, que é o de utilizar meios de prolongar a vida, empreendendo ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, sem haver melhora, e que interferem no curso natural do processo vida-morte.

Considerando o conceito de ortotanásia (FRANÇA 2003, p. 415), definido como uma atuação correta frente à morte, ou também como uma abordagem adequada diante de um paciente que está morrendo, formula-se o problema central deste estudo descrito a seguir. Qual é o momento de deixar o idoso em fase terminal fazer sua passagem da vida para a morte, observando o pressuposto hipocrático do “primum non nocere”, que significa primeiro não ser nocivo?

Nessa perspectiva, esta pesquisa tem como objetivo abordar as vivências e enfrentamentos de médicos no processo da terminalidade de pacientes idosos, considerando o ordenamento jurídico do atual código de ética médica.

As imagens contemporâneas da morte encontram-se intimamente articuladas à naturalidade do processo da terminalidade. “Sente-se que a história da morte é tecida de silêncios involuntários e de silêncios voluntários. O caderno de encargos sobre isso se acha inevitavelmente agravado” (VOVELLE, 1991 p. 139).

Atualmente, existe uma confiança fundamental na intervenção das tecnologias médicas no processo de morrer, visando ao alívio da dor e do sofrimento do paciente e da família. Por isso, verifica-se uma percepção da tecnologia explicitada como menos determinante de uma morte desumana e não-natural.

Com os avanços tecnológicos em saúde, existem situações importantes a serem analisadas, como as repercussões decorrentes do progresso das ciências biomédicas sobre a abordagem/conduita no processo de morte e morrer e as relações assimétricas construídas ao longo do tempo por profissionais da saúde nas ações cuidadoras. Dentre essas, aponta-se a ênfase na cura, que parece permear as práticas dos profissionais da

saúde. Sabe-se que muitos acreditam que, quando não há mais tratamento para a cura, não há mais o que fazer pelo paciente. Assim, devido à ampla produção dos recursos para a manutenção da vida, é de extrema significância o empenho para resguardar a dignidade humana no momento da morte.

Observa-se que nas instituições de ensino superior, de onde emergem os profissionais da saúde, pouco ou nada é discutido sobre o tema da tanatologia. Os conteúdos pedagógicos priorizam tecnologias e tratamentos para a manutenção da vida. As disciplinas sobre morte e morrer são raras nos programas de graduação (SANTOS, 2009, p. 14).

Na prática, o profissional da medicina pode deparar-se com questões vivenciais do cotidiano, que provocam inquietudes em relação à terminalidade humana. Familiares de pacientes idosos com diagnóstico de neoplasia inoperável ou com doenças terminais questionam-se sobre qual a conduta médica a ser tomada.

Os sentimentos que se observam em relação aos familiares geralmente são de respeito, humanidade e amor profundo. Acredita-se sempre que a melhor conduta não se centra no mecanicismo e tecnicismo, ou seja, no emprego de meios para prolongar a vida, empreendendo ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, sem haver melhora. A melhor atitude não se focaliza na manutenção da vida a qualquer custo, mas sim na aceitação de que a morte faz parte da vida e pode ocorrer de forma natural.

Com a redação do novo código de ética médica, aflora a necessidade de ampliar a compreensão sobre as etapas da vida até sua terminalidade, buscando quais são os rumos a seguir. Essa ampliação de conceitos fundamenta-se na contraposição ao tecnicismo que, às vezes, torna-se abusivo, como forma de prolongar o sofrimento humano e interferir no processo de viver e morrer.

A opção de não prolongar o sofrimento de uma vida eminentemente no limiar é um problema delicado. Exige intenso discernimento por parte da equipe de saúde, de criterioso diálogo e de uma tomada de decisão consciente. Nesse diálogo, são de importância significativa os três partícipes envolvidos: o paciente, a família ou o cuidador e o profissional médico.

Insera-se na revisão de literatura, a análise da nova realidade introduzida pelo código de ética médica (CFM, 2010), considerando o ordenamento jurídico e suas relações com a bioética, o biodireito e o princípio da autonomia.

O trabalho desenvolvido teve como objetivo geral conhecer as vivências e abordagens de médicos, envolvendo o processo de morte e morrer de pacientes idosos no ambiente hospitalar. Os objetivos específicos do estudo foram identificar percepções e modos de enfrentamento de um grupo de médicos no processo da terminalidade do idoso hospitalizado; investigar como acontece a prática clínica do médico na abordagem do paciente idoso terminal; conhecer as necessidades mencionadas pelos pacientes terminais aos médicos, durante o atendimento no processo de morte e morrer.

O estudo foi estruturado com a seguinte conformação: a) introdução; b) revisão de literatura; c) metodologia, descrevendo o delineamento do estudo, os participantes envolvidos, o cenário, os procedimentos da coleta e análise de dados; d) resultados e discussão; e) considerações finais.



## 2. REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, abordam-se tópicos sobre envelhecimento e velhice; morte e processo de morrer; envelhecimento e biodireito e envelhecimento e bioética, refletindo sobre dados socioeconômicos e culturais até a terminalidade, permeando com as relações da bioética e do biodireito, e do código de ética médica atualizado. Procura-se citar estudos realizados que concorram para uma aproximação com a pesquisa proposta, tentando evidenciar os diferentes olhares sobre a temática abordada: manter a vida por meios essencialmente mecanicistas, prolongando a quantidade de vida, ou respeitar os princípios bioéticos e do ordenamento do código de ética médica que recomendam manter a vida, aceitando sua evolução natural, com a qualidade que resta.

### 2.1. ENVELHECIMENTO E VELHICE

A Organização Mundial da Saúde classifica cronologicamente como idosa a pessoa com mais de 65 anos de idade, em países desenvolvidos, e com 60 ou mais, em países em desenvolvimento.

A velhice, observando o fato histórico de sua progressão numérica, inicialmente se restringia quanto ao manejo do idoso na célula familiar. Com o aumento significativo do número de idosos e a modificação da pirâmide etária, isso passa a ser, no século XXI, um fato social que deve envolver, além do núcleo familiar, o planejamento de políticas públicas.

A expectativa de vida, que é a idade em que mais ou menos a metade de um grupo de pessoas nascidas em um mesmo período de tempo morre, modificou-se a partir do século XX, quando alguns fatores influenciaram essa mudança. Dentre eles, podem-se citar a redução da mortalidade infantil, a tendência de hospitalização, o atendimento em unidades de terapia intensiva e os transplantes de órgãos.

Segundo projeções do IBGE (2010), a vida média do brasileiro chegará ao patamar de 81 anos em 2050. Os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população repercutiram no sentido de terem elevado a média de vida do brasileiro que era de 45,5 anos de idade, em 1940, para 72,7 anos, em 2008, ou seja, mais 27,2 anos de vida. O país continuará galgando anos na vida média de sua

---

população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos, basicamente o mesmo nível atual da Islândia (81,80), China (82,20) e Japão (82,60).

Para o Brasil, em relação à população de idosos na faixa etária com sessenta anos ou mais, estabelece-se um percentual de 13,67% para 2020, 18,70% para 2030 e 29,75% para 2050. No estado do Rio Grande do Sul, a faixa etária de sessenta anos ou mais estimada em 2009 correspondia a 12,98 % da população.

Em 1999, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde Brasileiro- CNS - a política nacional de saúde do idoso, com o propósito de promover um envelhecimento saudável e prevenir doenças, a qual foi atualizada em 2006, através da Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, que aprovou a política nacional de saúde da pessoa idosa.

A pesquisa nacional por amostra de domicílios efetuada em 2009 que a população brasileira era composta por 191.796.000 habitantes. A população de idosos de 60 anos ou mais foi de 21.736.000 habitantes, estabelecendo assim que uma média de 11,3% da população do país corresponde a idosos. A mesma pesquisa mostrou que a população gaúcha era constituída por 10.917.000 habitantes. A população de idosos de 60 anos ou mais foi de 1.499.000 habitantes, indicando assim que uma média de 13,7% da população do estado corresponde a idosos (BRASIL SIS-2010, p. 197).

O último censo revelou que a população da cidade de Bento Gonçalves era formada por 107.228 habitantes, com uma população de idosos de 60 anos ou mais de 13.468 habitantes, estabelecendo assim que uma média de 12,55% da população da cidade corresponde a idosos (IBGE-CIDADES, 2012). Estes dados demonstram que o estado e a cidade mantêm um percentual acima da média nacional de pessoas idosas.

Os dados do DATASUS, em 2008, mostraram que a incidência de mortalidade na faixa etária de sessenta e cinco anos ou mais no Rio Grande do Sul e na cidade de Bento Gonçalves foi coincidentemente causada pelas mesmas três patologias:doenças do aparelho circulatório, doenças neoplásicas e doenças respiratórias (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2012). Sobre óbitos relacionando a faixa etária e o gênero,os dados do serviço de arquivo médico de um hospital de grande porte da serra gaúcha demonstram que a mortalidade de pessoas idosas, no período de julho de 2007 a julho de 2010,na faixa de 60 a 65 anos, foi de 68 homens e 42 mulheres. No mesmo período, na faixa etária acima de 65 anos, foi de 448 homens e 455 mulheres.

O idoso exposto aos fenômenos biológicos do envelhecimento tem o estereótipo de peso social. O paralelo do discurso se estabelece com o envelhecimento e a finitude. Nas características do envelhecimento, tem-se como achados frequentes a redução da capacidade de adaptação ambiental, a diminuição da velocidade de desempenho, o aumento da tendência a contrair doenças, a redução da altura corporal, a perda de massa muscular e óssea, a perda progressiva da capacidade de audição, a perda progressiva da memória e a redução da percepção de outros órgãos dos sentidos. Com base na maior susceptibilidade a doenças, estabelecem-se alguns problemas de saúde mais incidentes, como incontinência urinária, instabilidade postural e quedas, imobilidade, demência, delírios e depressão (STUART, 2002, p. 25).

No contexto do envelhecimento, não se consegue determinar o momento da finitude. Pode-se estabelecer, por observação e análise de probabilidades, uma relação de proximidade entre envelhecimento e morte. Através da observação médica e de cuidados paliativos constatou-se que as doenças do aparelho cardiocirculatório e respiratório, associadas a neoplasias, são as mais incidentes nas causas de morte em pessoas da faixa etária de 65 anos ou mais (BRASIL, [s.d.]).

As fases do desenvolvimento humano têm uma direção que progride para a terminalidade. Em algum tempo, encerra-se a vida, e o ciclo das etapas de desenvolvimento humano. Os estágios de pacientes com doenças neoplásicas terminais foram descritos por Kübler-Ross (2005) em choque inicial, negação-isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação, permanecendo a certeza de que a morte está implícita, como elemento do ciclo vital.

A palavra morte ainda gera temor porque não está inserida no contexto educativo, social e cultural do meio em que se vive. Ela está incluída no contexto da obscuridade, do fato proibido, pois o pressuposto da vida é prolongá-la e não dirigir o olhar ou pensamento para sua finitude (SANTOS, 2009).

## 2.2. MORTE E PROCESSO DE MORRER

As diferentes áreas da saúde têm buscado incessantemente vencer a luta contra o envelhecimento e a morte, procurando explicar e controlar a fecundação e a gestação, bem como tentar interferir nos processos patológicos que acarretam óbitos, investindo em recursos diagnósticos e tecnológicos. Atualmente, poucos são os limites

---

estabelecidos para que o profissional da saúde não prossiga nessa caminhada, e ela tem ultrapassado inúmeras vezes os limites morais, éticos e jurídicos, no que tange ao ser humano. Durante séculos, a determinação da morte de uma pessoa era uma questão muito direta. A cessação das funções cardíaca e respiratória era suficiente para concluir que a pessoa estava morta.

Com o avanço das tecnologias em saúde, os pesquisadores buscam adiar a morte através do suporte por meios artificiais para manter as funções cardíacas e respiratórias após a cessação espontânea. De um modo geral, os progressos realizados nas últimas décadas em relação à tecnologia médica levaram a um prolongamento notável da duração da vida e, de certo modo, procurando evitar a morte a todo custo.

No século XX, a morte ainda era vista, na área da saúde, como um tabu, insucesso e até incompetência profissional, segundo Kovács (2005, p. 26). O grande desenvolvimento da medicina permitiu a cura de várias doenças e um prolongamento da vida. Entretanto, esse desenvolvimento pode levar a um impasse, quando se trata de buscar a cura e salvar uma vida, com todo o empenho possível, em um contexto de missão impossível: manter uma vida na qual a morte já está presente. Essa atitude de tentar preservar a vida a todo custo é responsável por um dos maiores temores do ser humano na atualidade: ter a sua vida mantida à custa de muito sofrimento, solitário, em uma UTI ou em um quarto de hospital, tendo por companhia apenas tubos e equipamentos (KOVACS, 2005).

A morte faz parte do desenvolvimento humano desde o seu nascimento, acompanhando o ser humano em todo seu ciclo vital, deixando suas marcas. Vários questionamentos, discussões e reflexões são realizadas entre os profissionais da saúde e na sociedade em geral, com a intenção de preparar as pessoas para esse fato tão presente na existência. Essas discussões têm como base as respostas científicas ou religiosas e filosóficas. Entretanto, nenhuma delas é completa e universal. Nesse sentido, discussões sobre o tema morte e o processo de morrer, nas instituições hospitalares, são de fundamental importância para diminuir os dilemas éticos nas relações do cuidado.

Atualmente, os debates procuram focalizar a morte e o morrer com dignidade, pedidos para morrer, implantação ou não manutenção de tratamentos com o objetivo de prolongar a vida, eutanásia e distanásia, entre outros. Algumas instituições hospitalares criaram seus comitês de ética multidisciplinares, que acabam por favorecer a criação de

espaços para discussão, estimulando questionamentos sob múltiplos olhares e desencorajando respostas rápidas e simplistas. Essa análise é feita sempre sob o princípio norteador da Bioética. Estimulam-se várias visões sobre o tema morte e processo de morrer, aceitando-se as diferenças, a hierarquia dos conflitos, e buscando a definição dos termos e a clarificação da situação em discussão. Os hospitais são os locais por excelência para esse tipo de discussão, pois a morte hoje tem lugar, diferentemente de outrora, nesses cenários. Além desse tema, busca-se rediscutir a dor e o sofrimento da família e dos profissionais, que muitas vezes sentem-se perdidos em lidar com o fim da vida e a aproximação da morte (KOVACS, 2005).

No processo de terminalidade, os profissionais da saúde precisam levar em conta a qualidade de vida da pessoa enquanto permanecer viva e não a quantidade de vida que lhe resta. Assim, cuidar de alguém que está vivendo seus últimos momentos requer dos profissionais habilidades, como: sensibilidade, respeito, escuta atenta e conhecimento sobre os principais sinais e sintomas presentes na fase terminal, pois as medidas de intervenção vão além do plano físico, uma vez que as dimensões emocionais e espirituais podem ser as mais afetadas (BURLÁ, 2004).

Com base nessas ideias, faz-se uma breve revisão sobre o conceito de morte. A palavra morte, descrita nos dicionários da língua portuguesa tem sua significação transcrita como: “O fim da vida, grande pesar” (HOUAISS, 2008, p. 514).

A consciência realista da morte é traumática em sua própria essência, a consciência traumática da morte é realista da sua própria essência. Onde o traumatismo ainda não existe, onde o cadáver não está singularizado, a realidade física da morte ainda não está consciente (MORIN, 1997, p. 35).

A Bíblia cita em Eclesiastes, capítulo 3, versículos 1 e 2, que “Para todas as coisas há o momento certo. Existe o tempo de nascer e o tempo de morrer” (BÍBLIA, 1997, p. 818). Isto se confirma na afirmação de Morin (1997, p. 61), ao citar Voltaire: “O homem sabe que há de morrer e a morte humana é um conhecimento do indivíduo”.

Nesse sentido, sabe-se que os seres vivos são marcados pela temporalidade da vida, porém luta-se contra a ideia da finitude, destacando o paradoxo existencial que se apresenta frente ao dualismo vida e morte. Esse aspecto é significativo na cultura ocidental e, de forma agudizada, leva à angústia dos seres humanos, tornando mais problemático e difícil seu enfrentamento. Esse dualismo é representado pela oposição de

---

dois momentos de uma mesma realidade: o homem é um ser vivo e, portanto, irá morrer um dia (BELLATO, 2005).

A existência do ser humano, na qual vida e morte se fazem parceiras inseparáveis, é um problema dos vivos, e apenas e tão somente, dos seres humanos, pois, embora compartilhem o nascimento, a doença, a juventude, a maturidade, a velhice e a morte com os animais, apenas eles, dentre todos os seres vivos, sabem que morrerão (ELIAS, 2001).

A imagem da morte tem acompanhado o existir humano desde os primórdios, levando a um enorme vazio diante da vida. A morte, porém, nunca deve ser entendida como experiência real do sujeito ou de um corpo, mas, eventualmente, como forma de uma relação social na qual se perde a determinação do sujeito e do seu valor (BAUDRILLARD, 1996).

Nessa perspectiva, desde os primórdios, a ritualização mítica da morte é uma forma de transcender o sofrimento pela finitude do ser humano. O que é fundamental e universal da morte humana é a sepultura, que mostra a diferença com outros animais. A morte, por sua vez, sempre suscitou emoções que se socializaram em práticas fúnebres e o não abandono ou respeito aos mortos, levando a uma crença na sua sobrevivência. Para Morin (1997), não existem povos que costumam abandonar os seus mortos e que não estejam envolvidos com rituais pós-morte. Isso demonstra o ritual da passagem para outro estágio, sempre como ideia do prolongamento da vida. É descrita como uma viagem, um sono profundo, enfim, existe outra morada, no além, para esse ser humano. Assim, o ser humano acaba projetando a vida para um tempo indefinido, mas não necessariamente eterno (MORIN, 1997).

Dobrot (2010), mencionando Freud, diz que o indivíduo nunca passou pela experiência da morte, e, desde que ela não existe no seu subconsciente, ele não teme a própria morte, o que ele teme são outros conflitos não resolvidos como sentimentos de abandono e castração.

No processo da terminalidade do ser humano, precisa ser considerada não a quantidade de vida que resta à pessoa, mas sim sua qualidade (TORRES, 2000). Para os profissionais da saúde, esse é um dos aspectos mais importantes e difíceis quando se deparam com pessoas que acabam morrendo, apesar dos esforços despendidos. Mesmo não conseguindo alterar esse fato, é possível ter um efeito significativo e duradouro

sobre a maneira pela qual o sujeito vive até o momento da morte, a forma pela qual ela acontece e as memórias que ficam da morte para a família. A educação, a prática clínica e a pesquisa sobre o cuidado em fase terminal estão evoluindo e a necessidade de preparar profissionais da saúde para o cuidado ao sujeito em fase terminal surge como uma prioridade (PESSINI, 2001).

Uma das situações críticas do cuidado da vida é quando ela é marcada pelas agonias e agruras intoleráveis e sem perspectivas, provocadas por determinada doença séria de características mortais. Esse é um dos motivos pelos quais muitas vezes a opção pela eutanásia torna-se atrativa, no sentido de abreviar a vida intencionalmente por causa desses eventos. É muito frequente ouvir nas UTIs e nos corredores de hospitais pacientes que verbalizam que não temem tanto a morte em si, mas sim o fenômeno doloroso e o padecimento no processo do morrer. O cuidado da dor e do sofrimento é a chave para o resgate da dignidade do ser humano nesse contexto crítico e é um dos objetivos da medicina desde tempos imemoriais. Esta problemática não é pura e simplesmente uma questão técnica. Constitui uma das questões éticas contemporâneas de primeira grandeza e que precisa ser vista e enfrentada nas suas dimensões física, psíquica, social e espiritual (PESSINI, 2001). O fato da dor desperta conotações relacionadas com morte, conforme Pessini (2001), e alguns profissionais da saúde falam de dor, mas não sabem de fato o seu significado quando falam dela.

A dor pode ser definida como uma perturbação da sensação do corpo. O sofrimento pode ser definido, no caso de doença, como um sentimento de angústia, vulnerabilidade, perda de controle e ameaça da integridade do eu. Pode existir dor sem sofrimento e sofrimento sem dor (PESSINI, 2001, p. 289).

Baseando-se no conhecimento desses conceitos, se estabelece a definição do cuidado e a relação do indivíduo com a terminalidade. A conduta, nessa fase de transição, tem várias conotações quando o profissional da saúde se depara com o óbito. Nas palavras de Kübler-Ross: “Os hebreus consideravam o corpo do morto como alguma coisa impura, que não podia ser tocada. Os antigos índios americanos falavam dos espíritos do mal e atiravam flechas ao ar para afugentá-los” (KÜBLER-ROSS, 2005, p. 8).

Como menciona Santos (2010), na idade antiga os egípcios representavam a passagem da vida para a morte de maneira bem peculiar. Edificavam os monumentos, como pirâmides e esfinges, e praticavam a conservação dos mortos através da



mumificação. O Livro dos Mortos orientava as práticas fúnebres delineando abordagens que levavam a reflexões sobre a maneira de considerá-las adequadas ao seu olhar religioso e cultural.

A representação do momento da morte egípcia está na gravura do Julgamento de Osíris, em que a alma era levada a um tribunal na presença dos deuses Tot, Anúbis e Osíris. Ali as atitudes em vida eram medidas através da balança da Deusa da Justiça, onde o coração do morto era pesado, tendo como contrapeso a pena de uma ave. Os egípcios acreditavam que este órgão continha todas as virtudes e vícios da alma. As almas generosas teriam, naturalmente, um coração leve e as almas dos maus seriam pesadas e, se fossem condenadas, acabariam devoradas pelo Deus Monstro e não poderiam renascer (SANTOS, 2010).

No pensamento grego sobre a passagem da vida para a morte, Platão, transcrito por Sócrates, diz: “Sem a convicção de que vou me encontrar primeiramente junto de outros deuses, sábios e bons, e depois de homens mortos que valem mais do que os daqui, eu cometeria um grande erro não me irritando contra a morte (SANTOS, 2010, p. 5).

Desde os primórdios da civilização, a terminalidade e a morte são temas que provocam muitas inquietudes, embora todos saibam que este fenômeno faz parte do ciclo da vida. A preocupação com os pacientes em fase terminal irreversível surge com ênfase no final do século passado, denominando-se cuidados paliativos. Essa abordagem é reconhecida como uma disciplina discutida entre os profissionais da saúde e definida pela OMS.

Cuidado paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Para tanto, é necessário a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (WHO, 2002, p. 16).

O início da abordagem interdisciplinar sobre o assunto morte ocorre com o livro “The Meaning of Death”, do psicólogo Herman Feifel, em 1959, e sedimenta-se em 1977, com o novo livro “New Meaning of Death”. Seguindo o mesmo processo de discussão e construção do conhecimento, surgem Elizabeth Kübler-Ross, em 1981, com o livro “Sobre a Morte e o Morrer”, e, em 1988, Edgar Morin com o livro “O Homem e a Morte” (SANTOS, 2009, p. 10).



Inicialmente os cuidados paliativos foram direcionados às pessoas portadoras de câncer. Com o passar do tempo, esse tipo de cuidado ganhou prestígio e cresceu o interesse em oferecê-lo a indivíduos portadores de outras doenças nos “hospices” em Londres. Esse serviço foi criado por CecilySaunders, assistente social que cuidava das necessidades dos pacientes em fase final no Hospital S. Thomas (SAUNDERS, 2011).

A vida não é uma coisa biológica. A vida é uma entidade estética. Morta a possibilidade de sentir alegria diante do belo, morre também a vida, tal como Deus no-la deu – ainda que a parafernália dos médicos continue emitir seus bips e a produzir ziguezagues no vídeo (ALVES, 2003, p. 49).

A angústia da morte presente na sociedade ocidental reflete-se na educação médica e nas atitudes dos médicos perante a morte. Quintana, Cecin e Henn (2002) concluem que os médicos creem se defenderem contra a angústia da morte, gerada pelo seu trabalho por meio de três mecanismos: negação, racionalização e isolamento das emoções. Estudos de Dickinson, em 2006, afirmam que das 122 escolas médicas nos Estados Unidos, 100% oferecem aulas sobre morte e morrer e 94% sobre cuidados paliativos. No Brasil, apenas duas faculdades de medicina oferecem a seus alunos a disciplina de Tanatologia como optativa na graduação (SANTOS, 2009, p. 11-12).

Sabe-se que a morte não é um fenômeno instantâneo, mas há entendimento de sinais de cessação das funções vitais como se observa em algumas definições.

Segue-se a concepção clássica da tríade Bichat das funções vitais, que consiste nas funções respiratória, circulatória e sistema nervoso. A parada funcional irreversível de qualquer um dos três sistemas é a morte do indivíduo. Devido à possibilidade da manutenção artificial de funções respiratórias e circulatórias, prevalecente a concepção de morte encefálica como equivalente à morte absoluta e verdadeira do indivíduo (CALABUIG, 2004, p. 179).

A seguinte pergunta foi proposta a Morin numa de suas entrevistas realizadas em São Paulo: “A medicina parece estar conseguindo resultados positivos para prolongar a vida do homem. Como fica a morte diante dessa possibilidade?”. Sua resposta foi dirigida ao enfoque de qualidade de vida e não quantidade de vida.

Até o momento, o prolongamento da vida humana não é sempre um prolongamento da vida de seres humanos com plena saúde, de posse de suas forças físicas. Prolonga-se a vida dos seres humanos em estado de enfermidade lamentável. Portanto, a solução não está em prolongar a quantidade de vida; é preciso agregar qualidade. Seja em qualquer medida, o prolongamento da vida terá um limite, ele não será capaz de suprimir a morte. A morte restará como um problema fundamental para o ser humano. Hoje em dia, nas condições culturais em que nos encontramos, as pessoas gastam muito tempo tentando reencontrar a si próprias, em saber o que são, o que elas querem mas, frequentemente, descobrem as respostas tarde. Muitas pessoas envelhecem sem realizar aquilo que gostariam de ter realizado (MORIN, 2010).

Morin remete o pensamento para uma reflexão da qualidade de vida e do reencontro de si próprio e das coisas do viver não da procura da morte e do prolongar a vida mostrando a percepção de morte sob diferentes olhares.

### 2.3. ENVELHECIMENTO E BIODIREITO

Uma frase popular diz que a única certeza que se tem da vida é que o ser humano é finito. O grande temor que esta certeza traz consigo faz com que boa parte das pessoas percam seu tempo fazendo coisas em busca do prolongamento da vida, enquanto deveriam preocupar-se em viver da melhor maneira possível cada momento de sua existência. Os profissionais da saúde são treinados em todo tempo de sua formação para deixar vivo o indivíduo que está aos seus cuidados. Essa busca carrega consigo decisões e posturas dos profissionais médicos que se devem valer dos sofisticados procedimentos diagnósticos e terapêuticos disponíveis com o avanço da tecnologia e das ciências médicas.

Mas qual é o melhor recurso científico e tecnológico para propiciar o melhor atendimento ao paciente idoso terminal? O médico está considerando os sentimentos e emoções que deveriam se manifestar neste segmento do exercício profissional para que seu paciente tenha uma morte digna, sem sofrimento e dor?

Duas opiniões se estabelecem a partir deste momento: a defesa da vida a qualquer custo e o direito de decidir sobre o que diz respeito à sua própria vida. Com estas idéias, buscam-se considerações e argumentos para fundamentar e justificar o que o direito, a ética e a bioética evidenciam sobre a morte e o morrer do idoso terminal, iniciando esta abordagem pelos direitos fundamentais da Constituição Federal de 1988.

O direito à vida tem proteção desde a concepção, como prevê o artigo 2º do Código Civil vigente. O que se observa é que a lei se preocupa em tutelar a vida de forma ampla e segura, com todos os direitos fundamentais a ela inerentes. Entretanto, questiona-se qual é o tratamento que o Direito atribui ao fim da vida, com todas as nuances que cercam este momento tão delicado para o ser humano.

Ainda que existam leis que determinem a ilicitude da interrupção da vida mesmo que no seu limiar ou na terminalidade irreversível do envelhecimento, uma pergunta se estabelece. Será que se, mesmo havendo regras específicas sobre homicídio, poder-se-ia em casos bem específicos buscar uma decisão mais justa, de

modo a respeitar o que o direito preconiza nas palavras de Dworkin: “Há possibilidade de se construir a norma a partir do sistema de valores, princípios e regras?” (SÁ, 2001, p.21). Mas que valores são esses que se questionam? Seria a autonomia da vontade manifestada por Immanuel Kant quando fala da autonomia da vontade como princípio supremo da moralidade?

A autonomia da vontade é a propriedade que a vontade possui de ser lei para si mesma (independentemente da natureza dos objetos do querer). O princípio da autonomia é pois: escolher sempre de modo tal que as máximas de nossa escolha estejam compreendidas, ao mesmo tempo, como leis universais, no ato de querer. Que esta regra prática seja um imperativo, isto é, que a vontade de todo ser racional lhe esteja necessariamente ligada como a uma condição, é coisa que não pode ser demonstrada pela pura análise dos conceitos implicados na vontade, porque isso é uma proposição sintética [...] (KANT, 2011, p. 36).

A Constituição Federal de 1988, no artigo 1º, inciso III, diz que tem como fundamento do Estado Democrático de Direito Brasileiro a dignidade da pessoa humana. No artigo 3º, inciso IV, estabelece que é objetivo fundamental do Estado promover o bem de todos sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas de discriminação (NAMBA, 2009, p. 21). Segundo Soares (2002 p.79), para Dworkin: “Regras são aplicáveis por completo (tudo ou nada) e princípio não se aplica automaticamente, possui uma dimensão própria.”

Pelos princípios da ética biomédica, descritos por Beauchamp e Childress em 1979, é dado um caráter global à bioética, surgindo daí os quatro princípios básicos. Dois de ordem deontológica, que são a justiça e a não maleficência, e dois de ordem teleológica, que são a autonomia e a beneficência. Posteriormente, adicionam-se: a) o naturalismo, que reconhece com base no direito, bens fundamentais como a vida, a religiosidade e a racionalidade; b) o contratualismo, que defende uma relação entre médico-paciente e sociedade por contrato de ordem jurídica e c) o personalismo, que define a visão antropológica a qual defende a dignidade da pessoa baseada nas características essenciais do indivíduo, que são finitude e transcendência (SOARES, 2002, p. 11).

De acordo com Soares, alguns estudiosos não conseguem diferenciar três conceitos greco-latinos e tentam definir o que seria a bioética. Ética, do grego “*éthos*”, seria modo de ser; moral, do latim “*mores*”, seria costumes e deontologia, do grego “*deon*”, que seria dever, obrigação. Conforme o autor (2002 p.24), a ética e a moral são dois conceitos que não se excluem e não conseguem andar separados. Para o autor a ética é um conhecimento racional, considerando a análise de comportamentos concretos

---

e a preocupação em definir o que é bom e moral, e a escolha da ação que em determinada situação deve ser empreendida. Por sua vez, “Bioética é um conhecimento complexo que envolve os quatro princípios aplicados aos questionamentos morais, que surgem com os avanços científicos dinâmicos da tecnologia. Implica na tomada de decisões moral e legalmente aceitas” (SOARES, 2002, p. 28).

A citação acima provoca uma nova angústia conceitual que envolve moral *versus* direito. Enquanto o cumprimento da norma moral depende da convicção íntima do indivíduo, a norma jurídica cumpre imposição coercitiva de natureza externa. O direito objetiva a coesão social tal como a moral. Mas existe ainda uma distinção no direito: “O direito positivo é o conjunto de leis que obriga todos, é o fato legal. O direito natural se refere à ideia abstrata do direito, ou seja, o sentimento de justiça de uma comunidade” (SOARES, 2002, p. 26).

A bioética é filha da razão comunicativa, e justamente por isso não pode ser concebida como uma disciplina específica, sendo a única responsável pelo diálogo interdisciplinar sobre as questões éticas levantadas pelas decisões clínicas e pelos avanços científicos e tecnológicos. Deve ser compreendida como uma tarefa de todos, pois a responsabilidade é de todos (SOARES, 2002, p. 57).

A Constituição Federal de 1988 estabelece no artigo 196 que saúde é direito de todos e dever do Estado. Já no artigo 230, refere que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”.

Direcionando esta afirmativa da Constituição para o idoso, aborda-se a Lei 10.741, de 02 out. 2003, referente ao estatuto do idoso, que no artigo 97 (BRASIL, 2009, p. 57) define as condutas criminosas. Estabelece que deixar de prestar assistência ao idoso, tem como consequência uma pena de seis meses a um ano de detenção e multa.

Alguns artigos do estatuto do idoso merecem considerações neste estudo pela sua relação com envelhecimento e terminalidade. O artigo 8º, quando se refere aos direitos fundamentais, estabelece que o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social. No artigo 9º, cita que é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e saúde. Ainda relacionado com o artigo 230 da Constituição, o artigo 10 do estatuto afirma que: “é obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e

---

sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.” (BRASIL, 2009, p. 10-11).

A autonomia fica explícita na descrição do artigo 17, o qual diz que o idoso que estiver no domínio de suas faculdades mentais tem o direito de optar pelo tratamento de saúde que julgar mais favorável. Se não estiver em condições, isto será feito pelo curador, familiares ou médico (BRASIL, 2009, p. 15-16).

O estatuto do idoso é mais um documento jurídico que se destina a concretizar o princípio da dignidade da pessoa humana. Trata dos direitos sociais e o Estado é partícipe fundamental para a sua efetiva aplicação, objetivando melhorar a condição de vida dos idosos que já contribuíram, deixando seu legado às gerações que estão por vir.

A culpa é um pressuposto de responsabilidade civil do médico ao tratar de pacientes idosos terminais. O artigo 186 do código civil preceitua que, para existir um ato ilícito a ação do agente precisa ser voluntária e deve haver pelo menos negligência ou imprudência (GONÇALVES, 2010, p. 314). A palavra responsabilidade tem sua origem no vernáculo latino “respondere” e significa recomposição ou obrigação de restituir ou ressarcir. Há duas espécies de responsabilidade: a responsabilidade civil na qual o indivíduo infringe a lei pelo Código Civil e tem como dever a reparação do dano, e a responsabilidade penal, em que o ato ilícito se estabelece baseado no código penal, com a possibilidade de pena com cerceamento da liberdade do agressor (GONÇALVES, 2010, p. 41).

Mesmo que o Código Civil tenha regulado a responsabilidade do médico no que se refere aos atos ilícitos, este fato é contratual. O caráter do contrato do exercício da medicina será excepcionalmente delitual somente quando houver ilícito penal ou violação das normas que regulamentam a profissão. Se ao exercer a medicina e realizar algum procedimento cirúrgico, o profissional utilizar os meios adequados e indicados, não se explicando uma seqüela eventual, não existe obrigação por risco profissional, pois os serviços médicos são rotineiramente de meio e não de resultado. Não havendo as formas de culpa por imperícia, negligência ou imprudência, está demonstrado que deixa de haver base para responsabilidade civil. “O cuidado do enfermo com zelo, diligência e utilizando todos os recursos da medicina, abstendo-se do abuso ou desvio do poder, são deveres do médico” (DINIZ, 2007, p. 296, 302).

---

## 2.4. ENVELHECIMENTO E BIOÉTICA

Os questionamentos na morte e morrer sobre os procedimentos em pacientes terminais requerem a revisão de conceitos fundamentais para melhor entendimento da discussão do código de ética médica e suas relações com o direito.

“O compromisso com a defesa da dignidade da vida humana, na grande maioria dos casos, parece ser a preocupação comum que une as pessoas situadas nos diversos lados da discussão sobre eutanásia e distanásia” (MARTIN, 1998, p. 171).

Eutanásia é uma palavra de origem grega que se desdobra no prefixo “eu”, que significa bom (a) e no sufixo “tanathos” que representa na mitologia grega o deus da morte. Então, seu significado literal é boa morte (ANDRADE, 2011, p. 29). Este termo caracteriza a morte por antecipação e provocada por outrem. Isto, à luz do código penal brasileiro, é tipificado no artigo 121, § 1º, como um caso de diminuição de pena (BRASIL, 2001).

Mistanásia, conforme Martin (1998, p. 174), é a morte miserável, fora e antes do seu tempo. Segundo o autor, várias são as condições em que pode acontecer tal fato: a omissão de socorro estrutural de populações carentes com enfermidades que podem matar, o erro médico por imperícia, imprudência ou negligência, e, em casas de atendimento a idosos, por má prática de cuidados onde não se oferecem condições adequadas, provocando assim mortes precoces, miseráveis e sem dignidade alguma. Isto à luz do código penal brasileiro é tipificado no artigo 18, inciso II, como crime culposo. No Código Civil Brasileiro o artigo 951 define a indenização. O estatuto do idoso também estabelece penas, em seus artigos 97, 98 e 107.

Distanásia é uma palavra de origem greco-latina que se desdobra no prefixo “dis”, de origem latina, que significa negação, afastamento, contrário ou no prefixo de origem grega “dys”, que significa mal, dificuldade, privação e no sufixo “tanathos”, de origem grega que significa morte. Seu significado literal poderia ser má morte ou morte incorreta. Essa conduta é a característica que baliza a obstinação terapêutica sem resultados benéficos para o paciente. É o prolongamento da vida pela quantidade de vida e não pela qualidade de vida. Esta atitude contraria o que determina o código de ética médica, em seu artigo 41, parágrafo único.

Ortotanásia é uma palavra de origem grega que se desdobra no prefixo "orto", que significa correto (a), e no sufixo "tanathos", que significa morte. Então, seu significado literal é morte correta. O entendimento deste conceito tem relação direta com os cuidados paliativos e os momentos de alívio do sofrimento embasados nos princípios bioéticos, respeitando a evolução natural da morte e o morrer. Aqui sim se observa o respeito ao código de ética médica em seu artigo 41, parágrafo único. Não há aqui interpretação jurídica que possa qualificar alguma conduta passível de contrariedade ao direito.

Para Martin (1998, p. 190), refletir sobre as condutas "tecnocientíficas ou comercial-empresarial" diante da finitude impõe mudanças de paradigmas se o objetivo for evitar a distanásia e a eutanásia. Ele afirma que [...] "Enquanto o referencial fora medicina predominantemente curativa, é difícil encontrar caminho que não pareça desumano, por um lado, ou descomprometido com o valor da vida humana, por outro" (MARTIN, 1998).

Observa-se no paradigma benigno humanitário do novo código de ética médica a valorização do princípio da autonomia no artigo 41, parágrafo único. O estudo construiu um novo olhar na leitura da bioética e o processo da terminalidade humana deu ênfase ao prisma do profissional da saúde que enfrenta o final da vida e tem que dirigir olhares à modificação do novo código de ética médica, confrontado com os princípios norteadores da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência, e justiça (SANTIN, 2010, p. 29).

Partindo da mistanásia conceituada como morte por motivos errados de cunho social, podem-se modificar olhares na construção do conhecimento, afirmando que a dor pode ser inevitável perante a terminalidade, mas o sofrimento é opcional (GOLDIN, 2010).

O fato delimita-se no novo código de ética médica, capítulo V, artigo 41, parágrafo único, associado aos fundamentos e preceitos bioéticos. No Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares, artigo 41, está descrito que é vedado ao médico: "Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal". E no Parágrafo único consta:

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 (CFM, 2010).



---

A autonomia é o princípio bioético mais complexo para aplicação ao idoso terminal, visto que as doenças podem afetar a capacidade de tomada de decisões. Isso deve permitir aos médicos rever os critérios e a tomada de decisão sobre o processo da terminalidade e sua relação com o paciente lúcido e em condições de decidir, buscando reduzir o sofrimento inútil, e construir com base na racionalidade enfrentamentos e norteamentos, observando o humanismo. As pessoas não querem falar sobre morte. Há necessidade de definir um novo olhar para este “não falar sobre morte”.

“Nas cidades a morte é empurrada para zonas periféricas da vida social. A decadência física provocada por enfermidades fatais e pela idade avançada tem o mesmo destino igualmente apartada do olhar dos vivos” (KOVÁCS, 2008, p. 180).

Considerando as vivências descritas na literatura sobre a morte desde a antiguidade até nossos dias, observa-se a mesma negação da aceitação de terminalidade. Embasando-se nessa premissa, buscou-se resposta para um novo olhar, a partir da análise do conteúdo da pesquisa de campo, desse paradigma tão conflitante que perdura no século XXI.



### **3. MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO**

A análise de conteúdo se estabelece iniciando num conjunto de técnicas que visam buscar, por procedimentos sistemáticos, a inferência de conhecimento relacionada à produção coletada e a sua interpretação (MINAYO, 2004, p. 199).

A pesquisa obedeceu a critérios de aprovação do comitê de ética e pesquisa com seres humanos e seguiu as normas estabelecidas pelo CNS na resolução nº 196, de 10 de novembro de 1996. Após aprovação do protocolo, procedeu-se a coleta de dados.

O estudo foi descritivo de natureza qualitativa, com base na análise temática de conteúdo, segundo Bardin, adaptado por Minayo (2004). As entrevistas dividiram-se em dados sócio-demográficos simplificados e questões semi-estruturadas de respostas abertas norteadoras (ver apêndice).

A cientificidade da dissertação observou os fundamentos descritos por Eco (2009, p. 21), tendo como objetivo esclarecer a conduta médica que poderá modificar o curso da terminalidade da vida, evitando assim o sofrimento.

O estudo foi exploratório com abordagem qualitativa, respeitando variáveis cognitivas, emocionais e comportamentais. A técnica da coleta de dados realizou-se através de entrevista individual semiestruturada, utilizando um instrumento elaborado pelo pesquisador que está contido nos apêndices. A coleta de dados foi gravada em meio eletrônico de áudio e transcrita para fins de análise.

Os participantes, individualmente, foram informados sobre a instituição de origem da pesquisa, sobre os objetivos gerais e específicos do trabalho e acerbado anonimato. Foram esclarecidas as ideias centrais e do conteúdo em discussão, firmado assim o consentimento esclarecido.

#### **3.2. PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Foram entrevistados onze médicos que atuam num hospital de grande porte da serra gaúcha há pelo menos cinco anos, não intensivistas, independentemente da especialidade médica, desde que atendessem a pacientes idosos. Sete eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Um participante era viúvo e dez eram casados.

Dez eram católicos e um espírita. A média de idade foi de 51 anos, estando na faixa etária entre 39 e 63 anos. A média de tempo de profissão contando da data da formatura foi de 27 anos, estando no período entre 16 e 38 anos de atividade médica. Todos eram de etnia branca. Todos tinham instrução em nível de pós-graduação. Cinco sofreram perda de familiares com terminalidade prolongada e seis não referiram essa perda. Dois conheciam totalmente o código de ética médica atual e nove parcialmente. Um conhecia o estatuto do idoso totalmente, sete conheciam parcialmente e três não conheciam o documento. Seis eram oriundos de faculdades particulares, dois de federais da capital e três de federais do interior.

Buscou-se um critério de representatividade que possibilitasse a generalização dos conceitos teóricos que se queria testar (MINAYO, 2004, p. 102). Na amostragem por saturação, segundo Turato (2003, p. 363), fica evidente quando novas falas passam a ter acréscimo pouco significativo em vista dos objetivos inicialmente propostos para a pesquisa. Isso justifica o número de entrevistas realizadas neste trabalho.

Considerando-se a lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, tem-se a referência etária para o idoso no Brasil. Conforme o Art. 1º, é instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Fundamentada neste ordenamento jurídico, a pesquisa teve como referencial a faixa etária de pacientes, atendidos pelo grupo de médicos participantes da pesquisa, igual ou superior a 60 anos.

### 3.3. CENÁRIO E PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS

O período das entrevistas foi de abril a setembro de 2011, o que se deveu à aprovação da pesquisa pelo CEP da Universidade de Passo Fundo, e obedeceu ao calendário de atividades do cronograma estabelecido. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, feita individualmente após agendamento prévio e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O local foi o consultório médico de cada participante. A entrevista foi gravada com a anuência do médico entrevistado, conforme conteúdo do TCLE.

---

### 3.4. ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados deu-se após a transcrição e sistematização das entrevistas. As gravações eletrônicas estão guardadas, sob sigilo, pelo pesquisador por um prazo de cinco anos. A técnica empregada foi a análise temática de Bardin, adaptado por Minayo (2004).

Com base nos dados digitados foi realizada a pré-análise, na qual se procedeu a leitura flutuante do conjunto de materiais coletados. Posteriormente, agruparam-se as falas de acordo com as questões da entrevista. Após exaustiva leitura, foram construídas as unidades de significado. Na segunda fase, iniciou-se a exploração do material elaborando-se a codificação, e após foram agrupados os dados semelhantes, criando-se os núcleos de compreensão (MINAYO, 2004, p. 210).

Na terceira fase, efetuou-se o tratamento dos resultados, criando a partir deles, cinco categorias e suas respectivas subcategorias. Nessa etapa, selecionaram-se as falas mais significativas que foram utilizadas em cada categoria, procedendo-se a inferência e a argumentação fundamentada comparada à literatura existente.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descreve-se a seguir as categorias construídas, apresentam-se as figuras com os diagramas e procede-se a discussão dos dados apresentados.

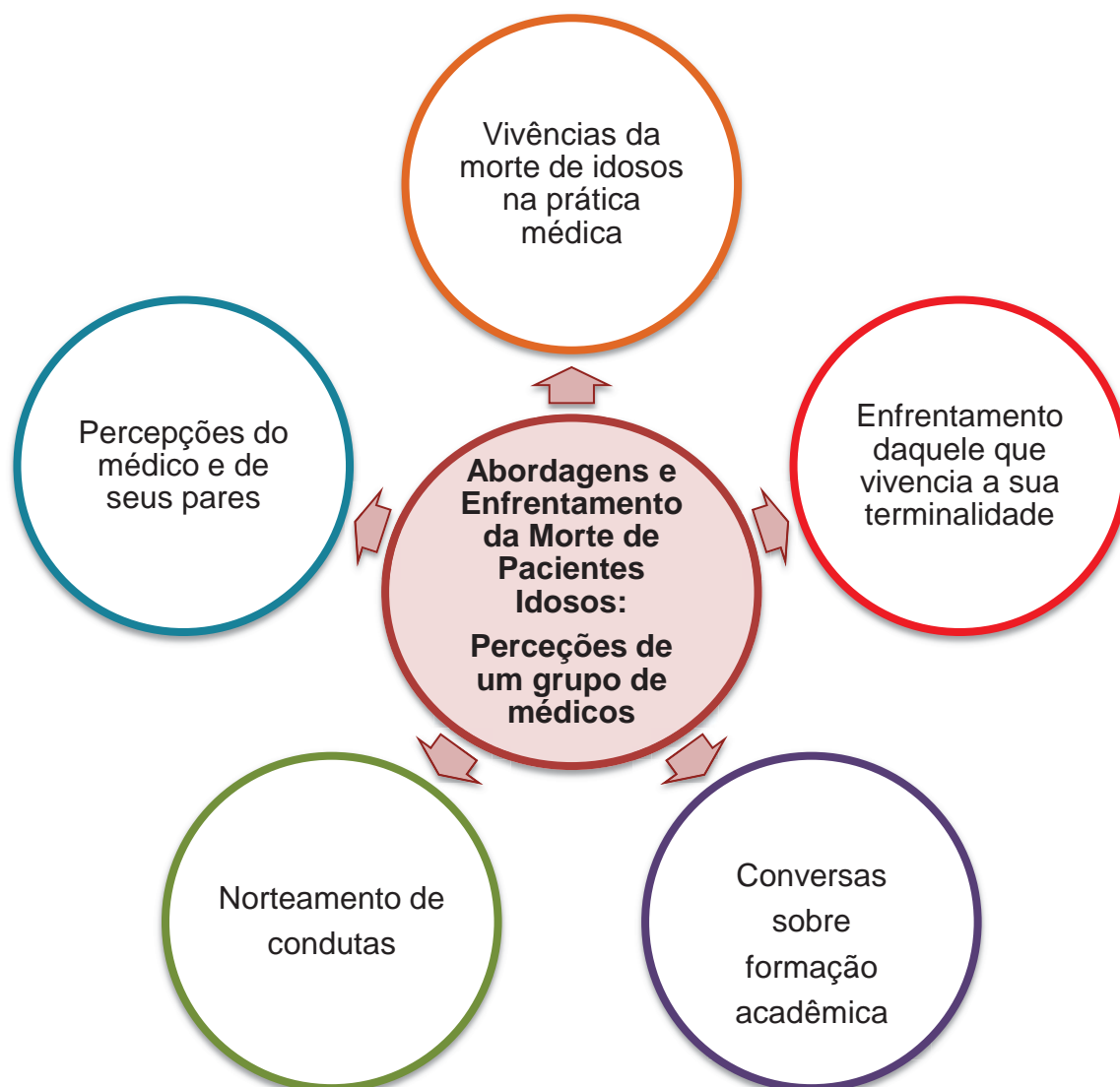


Figura 1 - Diagrama dos componentes das categorias.

Conforme o diagrama da figura um, procede-se a análise do conteúdo de cada categoria, inserindo as falas e suas relações com as subcategorias.

#### 4.1. VIVÊNCIA DA MORTE DE IDOSOS NA PRÁTICA MÉDICA

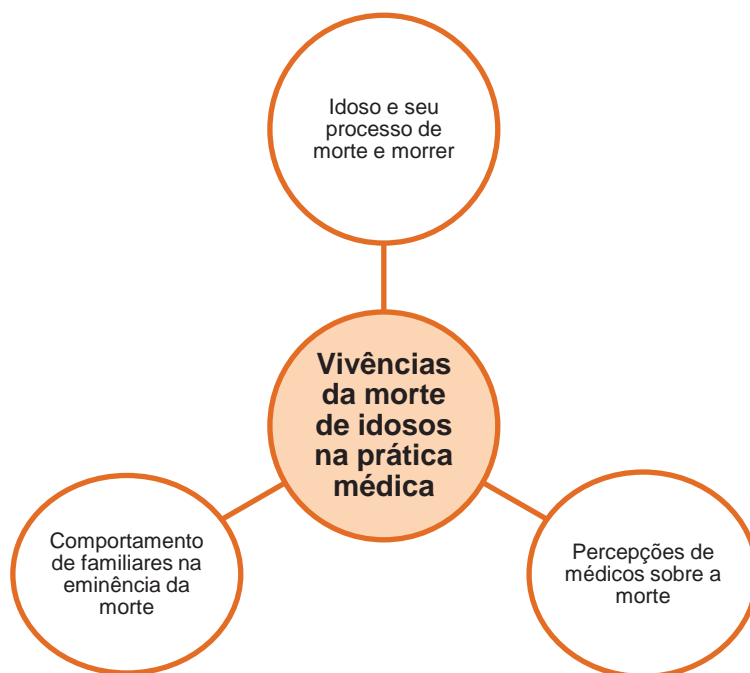


Figura 2 - Diagrama da categoria um.

A primeira categoria *Vivências da morte de pacientes idosos na prática médica*, é constituída pelas subcategorias: *Idoso e seu processo de morte e morrer*, *Comportamento de familiares na eminência da morte* e *Percepções de médicos sobre a morte*.

Na subcategoria, *Idoso e seu processo de morte e morrer*, aparecem, de maneira bastante enfática, as manifestações de medo e incertezas, vivências sem temores, momentos de preocupação e momentos de revelações, nas falas dos participantes.

Em relação às manifestações de medo e incertezas, a descrição de Kübler-Ross (2005, p. 281) revela que “Há um momento na vida do paciente em que a dor cessa, em que a mente entra num estado de torpor, em que a necessidade de alimentação torna-se mínima, em que a consciência do meio ambiente desaparece na escuridão”.

A mesma autora relata ainda que o imaginário visualiza a morte como um fato medonho e pavoroso e é compartilhado pelas pessoas. Todos tentam ignorar a morte ou esquivar-se dela, negando assim a condição de ser mortal (KÜBLER-ROSS, 2005 p. 9).

Observa-se essa condição nas falas que seguem.

---

*[...] Eles não querem morrer [...] A morte é uma incógnita, ninguém sabe o que tem lá.*  
[Entrevista 2]

Por outro lado, os profissionais entrevistados observaram que alguns idosos não temem a morte, demonstram ser algo natural e a enfrentam sem medo, como mencionado:

*Quanto à terminalidade vista na minha atividade profissional principalmente dos pacientes de idade, o mais importante é que os pacientes não temem a terminalidade [...] os velhos compreendem a terminalidade como parte da vida. Eles aceitam e determinam inclusive os momentos que para eles é definitivo.*  
[Entrevista 1]

Observa-se em algumas respostas que os pacientes verbalizam aos médicos entrevistados que, além de não temerem a morte, usam metáforas para reforçar o domínio da situação, definindo até o local onde querem fazer a sua passagem, como na fala abaixo.

*Neste momento de terminalidade eu não sou covarde, eu estou enfrentado [...] Poucos dias depois relatou um sonho (referindo-se ao relato do paciente em questão) - Eu sonhei que eu estava escrevendo um livro - pedi que capítulo era e ele me disse que era o último capítulo. A metáfora foi fantástica. Alguns dias depois me chamaram que ele estava mal. Eu fui a sua casa e perguntei onde ele queria ficar. Ele pediu para ser no hospital e ele morreu poucas horas depois (da internação).*  
[Entrevista 1]

No conteúdo das falas, fica claro que a grande preocupação manifestada pelos idosos no processo de morte é em relação aos familiares que ficam, e também dizem que já cumpriram a sua missão, manifestando-se assim:

*Um paciente que subitamente fez um processo de descompensação hepática. Não sabia da doença até o momento e o diagnóstico era uma neoplasia de fígado. No hospital disse: eu precisava desta doença para dizer para minha família que estou falido, nem minha mulher, nem meu filho, estão sabendo. Eu não tenho mais nada.*  
[Entrevista 1]

Para Oliveira, manifestam-se dois medos do idoso em fase terminal. Um é de que os familiares não o vejam morrer em casa, pensando em aliviá-los desta má lembrança. O outro é o medo da morte que faz o idoso negar o seu próprio fim. Ambos estão relacionados ao medo do sofrimento, do desconhecido e da sua própria extinção (2009, p. 148).

Na subcategoria *Comportamento de familiares na eminência da morte*, surge nas falas da família interfaces no processo da morte, evidenciando de modo claro que existem familiares omissos.

*Eu vejo em relação aos homens por exemplo. Muitos homens são maus maridos, maus pais de família ou não são como deveriam ser né. Separam-se da mulher. Mas o que a gente vê que na fase terminal, quem vai dar o apoio, quem suporta quem vai tá lá é sempre a primeira mulher. Aquela que foi o primeiro amor. A segunda, a terceira mulher não quer nem saber. O cara tá lá morrendo deixa morrer. Dão tchau mesmo e quem carrega o piano é a primeira mulher. Isso é uma coisa que chama a minha atenção.*

[Entrevista 1]

Ainda nas vivências do processo de morte e morrer, o que os familiares transmitem ao médico é que existem pessoas da família que são impositivas, tem o poder de decisão e estão preocupados com os custos desse processo terminal.

*[...] eu tenho um plano de saúde vip como é que não vai poder ficar aqui dentro do hospital (familiar do paciente). Eles dizem: eu quero deixar o paciente no hospital. Mas aí tem toda aquela outra burocracia que tu sabes como é que funciona né. Então quando começa ficar difícil que ele tá complicando eles (os familiares) querem "terceirizar" a morte.*

[Entrevista 5]

*Eu fui fazer avaliação clínica e o filho (do paciente) me disse assim: não, não. Nós não vamos fazer a cirurgia, nem adianta essa avaliação. [...]. Se nós vamos pagar isso aí vai sobrar o que pra nós?*

[Entrevista 9]

Esses aspectos da situação financeira, como os custos com internação, também precisam ser analisados pelo profissional médico. Outra manifestação da família é quase nunca “jogar a toalha” diante da terminalidade:

*É muito difícil a família dizer sim vamos deixar descansar. Muito difícil. Normalmente eles dizem faz tudo o que der. Isso é o comum 90%.*

[Entrevista 9]

O sentimento frente à doença e o morrer deixa transparecer a esperança e a possibilidade de cura tanto do paciente quanto dos familiares, negando num primeiro momento a possibilidade da morte. O diagnóstico médico do “não há mais nada a fazer” é difícil de ser aceito (PEREIRA, 2007, p. 58).

Na análise das falas, foi possível observar também a família e seus dilemas frente à morte e o morrer do seu ente e as percepções do médico na terminalidade:

*Tive uma paciente com câncer de mama [...] que a família se desesperava e quando eu vi que ela estava muito ruim eu os chamei pra fora e disse assim: - as pessoas têm que nascer, viver e morrer com dignidade, a partir de agora não tem nada pra fazer e vocês tem que aceitar isso pro bem dela. Essa paciente morreu e ninguém chorou e foi uma coisa boa.*

[Entrevista 2]

Nesta categoria, se confirma na pesquisa o que diz Oliveira (2009) ao afirmar que o idoso tem medo da própria extinção e usa metáforas como mecanismos de defesa; o familiar tem medo de não ver mais seu ente querido e o médico percebe essas

---

vivências na prática e tenta administrá-las de maneira a respeitar a autonomia do paciente e as vontades familiares.



#### 4.2. PERCEPÇÕES DO MÉDICO DE SEUS PARES



Figura 3 - Diagrama da categoria dois.

A segunda categoria denominada *Percepções do médico e de seus pares* é constituída pelas subcategorias: *Concepções e ideias sobre terminalidade*, *A primeira experiência frente à morte e o morrer*, *A morte como sensação de fracasso*, *A celeuma no processo decisório sobre a morte e o morrer do outro*, *Os dilemas vivenciados (nó crítico)* e *Vivências da terminalidade em família*.

A subcategoria *Concepções e ideias sobre terminalidade* foi construída baseada em duas observações, ou seja, concepções de natureza biológica e existencial. Mediante as falas, foram construídos e analisados os conceitos de morte emitidos pelos médicos participantes do estudo, destacando-se as seguintes falas:

---

*[...] Acredito que a morte não é um fim [...] Porque a sensação e a convicção que eu tenho é que não existiria razão de existir se as coisas terminarem abruptamente com o corpo físico.*  
[Entrevista 1]

O olhar existencialista está bem claro segundo Alves quando afirma:

Confesso que, na minha experiência de ser humano, nunca me encontrei com a vida sob a forma de batidas de coração ou ondas cerebrais. A vida humana não se define biologicamente. Permanecemos humanos enquanto existe em nós a esperança da beleza e da alegria. Morta a possibilidade de sentir alegria ou gozar a beleza, o corpo se transforma numa casca de cigarra vazia (ALVES, 2011, p. 2).

Falando sobre o que a morte representa para cada um, Kovács (2003, p. 86) observou que as questões relevantes definiram-se como ideia de finitude e de continuidade após a morte, com crença vinculada à religiosidade. Outros aspectos como irreversibilidade, transição e visão do desconhecido como enigma também foram relatados. Isso também se observa nos dados coletados neste estudo evidenciado nas entrevistas.

*Perda de alguém que a gente gosta muito, sem terá possibilidade de toque. O que mais afeta a gente é não poder tocar. Que as lembranças ficam, o sentimento fica, mas a falta do toque é uma mortal, é uma coisa que deixa a gente muito triste.*  
[Entrevista2]

A saudade e a distância são sentimentos que marcam as pessoas e a família, e provavelmente são os mais difíceis de serem aceitos pelas pessoas que ficam. Isso nos remete à categoria um, na qual existem manifestações a respeito desse tema. Ou seja, a preocupação do idoso com as pessoas/familiares que ficam e em que condições permanecem.

Já alguns profissionais destacam que a morte é algo biológico, com predominância de aspectos técnicos, ou seja, quando ocorre encerra-se tudo. Eles não valorizam a religiosidade e acreditam que não há continuidade após a morte, o que confirma o relato de Kovács referido anteriormente.

*“[...] perda das funções vitais e morte cerebral. Como ser humano eu não preciso da comprovação da morte cerebral pra saber que alguém morreu. Morreu, morreu.*  
[Entrevista 3]

*[...] morte tem que ser caracterizada como morte encefálica. No momento que não há irrigação, não há reflexo, eu caracterizo como morte. [...] Se têm determinados parâmetros que não tem volta.*  
[Entrevista 8].

Sobre as ideias centrais acerca da morte numa população de estudantes jovens, Coelho (2006, p. 7) identificou o seguinte: “A morte é inevitável; sentido religioso da

morte; explicação científica da morte; a morte é um mistério; o sofrimento com a morte e a finitude orgânica com a morte.”

*[...] morte tem que ser caracterizada como morte encefálica. No momento que não há irrigação, não há reflexo, eu caracterizo como morte. [...] Se têm determinados parâmetros que não tem volta.*

[Entrevista 8].

*A morte, primeiro é a incapacidade de retornar à vida normal do indivíduo. [...] e também quando o médico se convence disso como ser humano, excluindo as questões técnicas, ele já visualiza que ele nada pode fazer com que esse indivíduo retorne a sua vida anterior.*

[Entrevista 7].

*[...] para mim morte é morte cerebral. [...] o paciente tá morto. Não tem recuperação, não tem volta é um estágio final e não tem como tu recuperar.[...]. O meu negócio é técnico. Pra mim morte é morte cerebral [...] Paciente terminal é um paciente de não recuperabilidade isso é diferente porque não é morte.*

[Entrevista 9].

*[...] Interpretação biológica o término da tua existência [...]. E o termo mais filosófico que é perda da tua identidade. Eu acho que tem situações que você tá morto em vida. [...]. Embora a pessoa esteja respirando e eventualmente se mexendo, ela perdeu a coisa mais importante dela que é a memória, as memórias afetivas, os seus contatos e isso, pra mim equivaleria a tá morta.*

[Entrevista 10]

Já outro participante analisa a vida como algo maior, mencionando que a perda da dignidade humana se estabelece quando a vida é prolongada através de mecanismos artificiais por aparelhos. Assim se manifesta:

*Morte é quando o paciente perde a dignidade [...] o coração tá batendo, ele tá respirando só que terminou [...] aí tu fica cuidando dele, mas ele tá morto por que tu não tá interagindo com ele. No momento que tu não tem mais interação com ele pra mim morreu, é o fim.*

[Entrevista 5]

Esta fala remete aos conceitos e reflexões acerca do princípio bioético da dignidade humana, direito fundamental de cada cidadão. Ao mencionar essa questão, Martin (1998) faz referência à distanásia que se dedica a prolongar ao máximo a quantidade de vida humana, combatendo a morte como o grande e último inimigo e não contempla a qualidade de vida, mas sim a quantidade, independente do estado terminal do ser humano.

Sobre princípios da beneficência e não maleficência, Kipper e Clotet (COSTA, 1998, p 37) afirmam que o profissional da saúde não deve exercer o princípio da beneficência de modo absoluto, pois isso terminaria com a vontade e desejos do paciente, e o verdadeiro ato médico é a interação do médico e seu paciente.

Por sua vez, a dignidade está vinculada ao conceito de respeitabilidade preservando a dimensão da auto-estima. A sua perda está associada à perda de si mesmo. O ser humano deixa de ser importante, passando a ser percebido como doente inválido e atrapalhando a vida cotidiana do outro ou da família (KOVÁCS, 2008, p. 139).

[...] O rosto do doente cuja vida chega ao fim não pode ser escondido de toda essa discussão, nem seu nome ser esquecido. É quando se esconde o rosto e se esquece o nome que é mais fácil despersonalizar o caso e tratar o corpo- objeto dos nossos cuidados – como um objeto desprovido das complicações inerentes no trato da mãe, do filho ou do avô de alguém querido. Não há dúvida que é mais fácil tratar a morte como um fenômeno puramente biológico. A dificuldade é que a morte de seres humanos recusa simplificações desta natureza. Aspectos jurídicos, sociais, psicológicos, culturais e religiosos insistem em se “intrometer” e “complicar” a situação. O objeto biológico constantemente se transforma num sujeito pessoal, reivindicando direitos, dignidade e respeito (MARTIN 1998, p. 191).

A referência acima faz uma reflexão acerca do pensamento biológico e sobre a faceta existencialista da conceituação de morte. O conceito de morte por si só pode parecer fácil, mas podem-se depreender vários aspectos na sua interpretação. O olhar biologicista tem um fato determinante que é o fim biológico. O olhar existencialista permite abordar vários enfoques filosóficos e religiosos.

*A morte é a cessação de toda a vida, de toda as experiências que a pessoa possa vir a ter. É a conclusão da vida, é o encerramento da vida [...], simplesmente acredito que quando cessa a vida, acabou a energia, essa energia se dissipa [...].*

[Entrevista 6]

*[...] morte é o fim da existência terrena aqui. [...] a morte encerra o ciclo de uma vida [...] a gente tem um tempo de vida e a morte vai chegar.*

[Entrevista 11]

O que se extrai dos textos das entrevistas é a ambivalência do conceito de morte, tendo de um lado a finitude orgânica, que é a cessação dos sinais vitais e a morte encefálica, e de outro a busca dos pensamentos espirituais e a existência de algo pós-morte, marcando o vínculo com o pensamento religioso.

Já a subcategoria *A primeira experiência frente à morte e o morrer*, para vários profissionais participantes do estudo, foi marcante e inesquecível. As manifestações expressas nas entrevistas constam a seguir.

*As minhas primeiras experiências foram quando ainda criança eu ajudava o meu avô que tinha uma marcenaria que produzia os caixões de defuntos na cidade onde morávamos. Eu o ajudava e os outros empregados da empresa a medir os cadáveres para fazer os ataúdes. Então a minha experiência, a minha vivência com a morte sempre foi muito precoce eu sempre percebia a morte como uma coisa natural, nunca como um grande trauma [...]. Depois antes da faculdade eu comecei a frequentar o hospital do interior fazendo o científico e morava no hospital no tempo de férias e convivia com a terminalidade. Na época de estudante quando*

---

*alguém tinha que fazer alguma necropsia era eu quem fazia, porque não me assim causava grande dor aquela terminalidade.*

[Entrevista 1]

As reações diante da morte podem ser as mais variadas. Desde as primeiras experiências, a morte provoca a imaginação e desafia os pensamentos, segundo Kovács: “Cada um de nós tem uma disposição particular para confrontar o problema decorrente da interação de dois fatores principais: experiências constitutivas da nossa história de vida e ideias e práticas sociais predominantes no lugar e na época em que vivemos” (KOVÁCS, 2008, p. 171).

*A minha experiência primeira foi muito linda. Foi com [...] minha professora de artes que tinha arteriopatia, mas estava internada por cardiopatia. Eu entrei no quarto e ela estava se sentido mal. Tinha uma luz de penumbra só da cabeceira e ela me disse: Eu to me sentido mal e eu gostaria de sentar - Nós a botamos na cadeira e ela apagou que nem uma vela. Eu fiquei vendo aquilo numa paz.*

[Entrevista 2]

*A pessoa que eu tive que mais me chocou profundamente em termos de morte de idosos foi a minha avó materna que apesar de não ter tido uma terminalidade muito prolongada em questão de um ano ela passou de uma demência leve a um Alzheimer extremamente profundo de maneira que no final não reconhecia ninguém e não conectava com nada. Eu acho que isso é uma coisa que talvez tenha me chocado mais era uma pessoa que eu gostava muito. Uma pessoa que eu convivi muito. [...]. Essa talvez tenha sido a morte de idoso que mais me chocou pelas circunstâncias.*

[Entrevista 10]

Nesses depoimentos evocam-se situações existenciais muito intensas, que afetam profundamente a subjetividade, constelando uma realidade simbólica e emocional inesquecível e marcante na vida de uma pessoa. Esses aspectos demarcam as possíveis dificuldades do olhar, da escuta, das percepções, elaborando-se mentalmente um texto provocativo nas consciências, capazes de engendrar simbolismos, fantasias e emoções sobre o papel construtivo da finitude humana para cada profissional.

*O primeiro paciente que eu vi morrer não era meu paciente, eu era doutorando [...], quando chegou um paciente em parada, a gente tentou ressuscitar, as medidas e tal, e o paciente acabou falecendo. Então foi a primeira vez, foi o meu primeiro contato com a morte. Eu me lembro de ter ficado sentado um tempo pensando, pensando na família, mas não me abati com isso.*

[Entrevista 11]

Esse último depoimento demonstra o impacto causado pela primeira experiência frente à morte de um paciente. Esse silêncio mencionado pelo participante, essa parada para “pensar”, poderia também ser denominada, como diz Kovács, “o pacto de silêncio em torno da morte”, mecanismo repressivo da sociedade e da medicina, que pode ter como finalidade anular ou bloquear a possibilidade de avançar no processo de

discussão sobre o tema. Talvez o fato de “ficar sentado um tempo pensando, pensando” referido pelo entrevistado, possa demonstrar “o vazio, o não dito, a negatividade do significado, uma interrogação em relação à morte” (KOVÁCS, 2008, p. 181-184). Isso nos remete ao pensamento do prefácio da obra de Kovács (2008) em que Pessini menciona ser necessário dizer “adeus à vida com elegância e dignidade”.

O tema da morte é uma questão delicada na formação do profissional da medicina, que normalmente está apto a cuidar da vida (sendo que a “morte” parece não fazer parte deste processo). Por isso, acredita-se ser importante compreender o efeito da morte do outro e as suas repercussões na vida cotidiana e no trabalho do profissional médico. Existe um grande impacto na formação do estudante de medicina com a “vida” na primeira aula de anatomia. O anatômico talvez seja a primeira experiência do estudante com o emblema da “morte”. Ainda hoje, grande parte dos profissionais médicos, quando inalam o odor de formaldeído, remete sua memória à primeira experiência com um cadáver, com a morte. Os cursos de formação de médicos ainda preparam os estudantes para a cura e para a vida, muitas vezes às custas do prolongamento do sofrimento humano (do paciente e da família) e da manutenção da vida a qualquer custo.

Na subcategoria *A morte como sensação de fracasso*, observa-se um paradoxo, já que a formação do profissional sempre está pautada na cura do paciente e a morte é um sinal de impotência, trazendo consigo a sensação de fracasso e frustração por não ter conseguido manter vivo o seu paciente, ou seja, por não ter a capacidade de vencer a morte. Nesse sentido as manifestações são significativas:

*[...] até que ela fez uma quarta parada cardiorrespiratória e aí o médico da UTI vendo o meu desespero e o meu inconformismo de ver a minha paciente morrer, chegou pra mim e disse assim: [...] pára, deixa morrer, é tu que não tá permitindo que ela morra, tu não sabe deixar o teu paciente morrer? Tens que aprender [...].*  
[Entrevista 3]

Por sua vez a subcategoria *Os dilemas vivenciados*, evidencia os desafios enfrentados pelos profissionais, os quais estabelecem, às vezes, um nó crítico no momento decisivo em que se deparam a razão, a autonomia e o princípio da dignidade.

*A gente tem como obrigação fazer tudo pelo paciente, mas a gente tem que reconhecer a hora que é a hora de parar e aquela hora em que não adianta mais, não tem mais o que fazer; e que nós não somos deuses e que a gente tem que realmente aprender... bom... acabou... parou aqui e ponto final [...].*  
[Entrevista3]

---

*“[...] às vezes a terminalidade não quer dizer também que o paciente não esteja consciente.”*  
(Entrevista4)

Na subcategoria *A celeuma no processo decisório da morte e o morrer do outro*, a abordagem do processo decisório pode levar a discussões, desafios e dilemas, como se observa nas falas a seguir.

*Quando tu estimulas na família uma ideia de que é capaz de vencer a morte tu cria muitas expectativas quando na realidade, vamos dizer, no íntimo médico tu sabe que isto é apenas pra enrolar a família - falsas expectativas. Então acho que eu sou muito realista. A medicina tem limites, muitos limites, e ela chega ao ponto que ela tem que parar. [...]*  
[Entrevista 4]

*[...] primeiro a família tem que confiar no profissional que isso é uma coisa que tá desaparecendo. Porque tu sabes bem que os hospitais hoje são impessoais, os atendimentos tendem a ser impessoais. Então uma coisa é tu confiar naquele médico que tratou a tua família por quarenta anos. Teu pai vai morrer, o sofrimento dele vai ser maior daqui pra diante se a gente vai prolongando, vamos deixar assim, tudo bem, provavelmente ele vai acreditar em ti. Agora entra no hospital e vê um médico que tem um terço da idade dele, que ele nunca viu como vai se fazer essa relação, como tu vai confiar nesse tipo de situação.*  
[Entrevista 10]

O tema da morte ainda é pouco discutido, parecendo não fazer parte do processo da vida humana. Isso é mencionado por Pessini:

Fazemos tudo para combater a doença, a dor, o sofrimento e vencer a própria morte. Estamos cada vez mais aparelhados pelas inovações tecnológicas, podendo até acreditar que a realidade do morrer não faz parte de nosso existir, pensamos e agimos como se fôssemos imortais (PESSINI, In: KOVÁCS, 2008, p. 13).

Nessa perspectiva, a morte ocupa espaço, penetra na vida das pessoas a qualquer hora, dificultando a proteção e controle de suas consequências, ou seja, deixa todos os seres humanos expostos e sem defesas. Enfim a morte, muitas vezes, é repentina, invasiva e involuntária (KOVÁCS, 2008). Essa discussão é retomada na última categoria quando se aborda a formação profissional.



#### 4.3. ENFRENTAMENTO DAQUELE QUE VIVENCIA A SUA TERMINALIDADE



Figura 4 - Diagrama da categoria três.

A categoria três, *Enfrentamento daquele que vivencia a sua terminalidade*, foi constituída pelas subcategorias: *Hora da despedida: pouco se fala e muito se diz*, *Momentos de reminiscências e lamentos*, e *A escolha pelo local nem sempre contemplada*.

Na subcategoria, *Na hora da despedida: pouco se fala e muito se diz*, observa-se uma analogia com a descrição de Ariès II(1990), que faz referência à visita do padre, no século XIX, na França, cuja chegada à casa de um moribundo era o sinal do fim.

*[...] eles não falam sobre a morte, por pior que eles estejam eles não falam. (...) e eles sabem que vão morrer, porque às vezes eles dizem assim: [...] eu vi o meu parente vindo me buscar, mas se tu diz assim: porque se tu achas que vais morrer? Não, mas eu vi eles virem me buscar. [Entrevista 2]*

A negação do paciente em conhecer a evolução da sua doença às vezes se deve à insegurança e hesitação demonstradas pelo seu médico.

*Cicely Saunders não tinha receio de discutir a morte com pacientes em fase terminal. 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 (LIMA, 2008).*



*[...] E ela pediu que ela não queria mais viver. Ela tava pronta pra morrer. Então ela foi chamando um por um de todos que ela queria se despedir. Daqueles que ela queria perdoar, daqueles que ela queria ter uma última palavra, os amigos. E a última pessoa que ela pediu pra se despedir foi do marido. Ela terminou de falar, agarrou na minha mão e morreu.*

[Entrevista 4]

Quando se está diante de um paciente lúcido em fase terminal e que manifesta suas vontades, ocorre a identificação do princípio da autonomia que se estabelece a partir dos desejos manifestados, como vemos nestas entrevistas.

*E ele me olhou e me disse assim: eu sei que o Senhor fez o que podia, foi o que ele me disse, bem baixinho e com dificuldade. E eu não queria morre, ele me falou.*

[Entrevista 7]

A subcategoria *Escolha pelo local, nem sempre contemplada*, reflete o medo do abandono e do morrer sozinho. A grande dúvida é não poder ver mais seu ente querido ainda com vida. A impessoalidade nas relações e a frieza da tecnologia e da técnica são mencionadas pelas pessoas em relação à internação em UTI. Parte dos pacientes que ainda estão em condições de decidir, gostariam de ficar próximos dos familiares no hospital ou até mesmo retornar para seu lar, embora muitos familiares não queiram que seu ente seja levado para casa e morra na sua residência. Justificam que ficarão com a imagem de seu ente morto no seu quarto e, toda vez que entrarem nesse recinto, lembrarão. Isso denota que a morte mudou de lugar, ou seja, antigamente ocorria nos domicílios, agora nos hospitais e muitas vezes nas UTIs. Esses aspectos são mencionados nas falas que seguem:

*[...] Uma das coisas que eles relatam muito, antes, não exatamente na hora que eles estão ali, mas que eles falam muito é de não querer morrer sozinhos, não estarem isolados. Não me bota na UTI eles me dizem. Não me bota na UTI, não me deixa morrer sozinho na UTI.*

[Entrevista 5]

*Muitos querem ir para casa. Mas aí as famílias não querem levar os pacientes. Uma dificuldade que a gente tem, sabe o que eu tenho visto pacientes que tem convênio, eles querem, quando o paciente tá terminal, deixar dentro do hospital, porque eles têm dificuldade com a questão, mesmo sabendo que o paciente vai morrer, eles lidam mal com a morte.*

[Entrevista 5]

Na subcategoria *Momentos de reminiscências e lamentos*, o que se observa nas falas é que muitos pacientes fazem uma retrospectiva de suas vidas, rememoram o que fizeram e/ou deixaram de fazer, tendo muitas vezes arrependimentos e/ou saudades do vivido. Mencionam que “passa um filme em suas mentes”.

*Então o arrependimento em coisas que têm muito arrependimento... Eles ficam questionando todas as burradas que fizeram, as coisas que eles fizeram de errado ao longo da vida. Eles*

---

*passam um filme na frente deles. Os questionamentos foram coisas que eles deixaram de fazer com a família. Do excesso de trabalho, aquilo que eles poderiam ter feito mais com a família.*  
[Entrevista 4]

Por outro lado, alguns idosos, segundo os participantes, devido à sua dependência, sentem-se como “problema para a família”. Estão em situação de vulnerabilidade e possuem pouca qualidade de vida, manifestando que já devem “partir”, ou seja, estão aceitando a morte como melhor solução para o seu momento. Quando se está saudável não se quer mencionar a morte ou a forma de morrer, mas, para Ariès (1990, p. 658) “[...] a morte como a vida não é um ato apenas individual. Por essa razão, a semelhança de cada grande passagem da vida é celebrada por uma cerimônia mais ou menos solene, que tem por finalidade marcar a solidariedade do indivíduo com a sua linhagem e a sua comunidade”.

*[...] a maioria dos idosos quando chega já tá jogando a toalha. Já tá pedindo chega, eu só tô aqui pra incomodar, eu só dou problemas. Eles verbalizam isso e dizem que querem morrer.*  
[Entrevista 11]

#### 4.4. NORTEAMENTO DE CONDUTAS

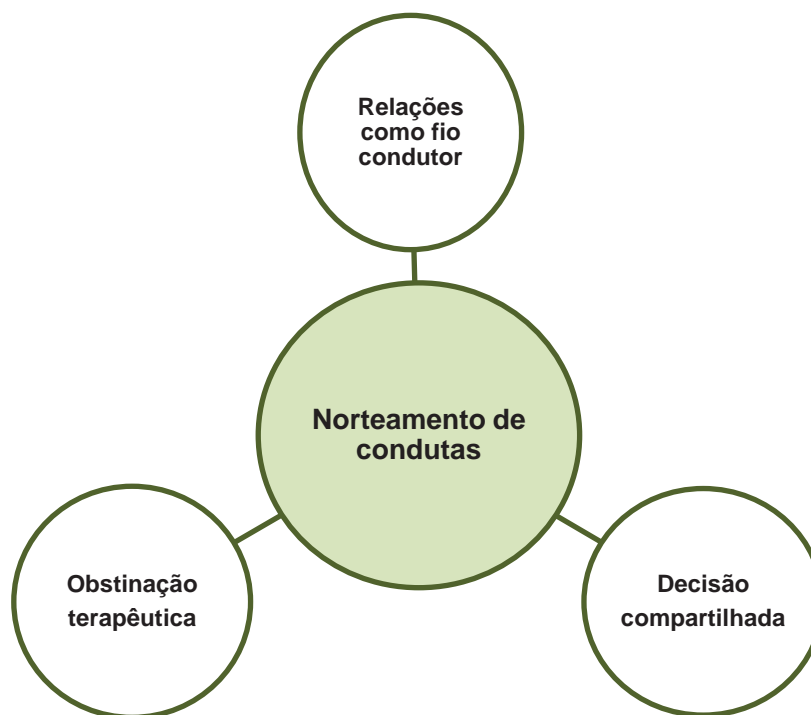


Figura 5 - Diagrama da categoria quatro

A categoria quatro *Norteamento de condutas* evidenciou as subcategorias *Relações como fio condutor*, *Obstinação terapêutica* e *Decisão compartilhada*, como se observa nas falas a seguir:

*[...] o que norteia é a relação humana; é a relação que eu tenho com a vida; é a relação do trabalho que eu faço para manter a vida entendendo que quando a vida está terminando eu tenho a obrigação, não legal como diz o código de ética, mas moral de transformar aquele momento em algo com todo o conforto.*

[Entrevista 1]

Isso nos remete ao que é mencionado por Siqueira (2004): “A vinculação entre profissional e paciente, que o ato médico impõe, é resultado de dois movimentos que se completam”.

O paciente que procura o profissional e o médico que acolhe o enfermo. Ambos são qualitativamente distintos, mas Hipócrates encontrou uma única palavra para descrever este ato “philia”, que pode ser traduzido como amizade, amor, solidariedade, compromisso, compaixão. Quando se acolhe um amigo não é apenas sua presença física que recebemos, mas sim, seus sentimentos, fragilidades e fortalezas. Muito maior atenção deve merecer o paciente já que invariavelmente apresenta-se fragilizado pela enfermidade (SIQUEIRA, 2004, p. 7).

*[...] O dever do médico é aliviar o sofrimento. Lógico a dor no sentido físico tem que tirar essa dor, mas a dor emocional, o médico é que tem que ajudar a resolver.*

[Entrevista 1]

*[...] E a minha experiência com a morte é uma coisa muito boa assim em termos [...] de desapego, eu realmente eu acho que não tem que segurar eu sou da teoria que tem que os deixá-los irem.*

[Entrevista 2]

*[...] Eu não sou muito a favor da eutanásia tá, mas também eu me enquadro perfeitamente na ortotanásia. É assim oh! tu não ter que levar a família ao extremo da distanásia né! Do sofrimento, da agonia do prolongamento da vida sem objetivo algum, apenas onerando os sistemas, onerando sistemas de saúde, onerando planos de saúde, onerando a família [...] ou criando expectativas na família onde não existe.*

[Entrevista 4]

Siqueira (2004) destaca que qualquer médico sabe, por experiência própria, que uma doença raramente é orgânica ou psíquica, social ou familiar. Diz que o profissional da saúde sabe que a enfermidade é concomitantemente orgânica, psíquica, social e familiar. Afirma que quando um paciente procura por ajuda médica busca por cuidados que não se limitam a livrá-lo da doença. “A relação médico-paciente nunca deixará de ser interação intersubjetiva experimentada por duas pessoas. Não basta, portanto, apenas habilidades técnicas, pois fundamental é acolher o enfermo em sua dimensão biopsicossocial.”

*[...] Por uma postura minha eu nunca vou dizer para o paciente, por exemplo quando eles vem pra cá a primeira coisa eu sento eles ali e eu digo bem claro: eu não vou melhorar ninguém, eu não vou curar ninguém, eu não vou fazer absolutamente nada. O que vai acontecer assim oh! O rim dele parou de funcionar. As doenças que ele tem vão continuar e elas vão continuar evoluindo. O rim é só um órgão que vai ser substituída a função pela máquina, mas ele pode morrer aqui a qualquer momento pelas outras patologias que ele tem. Então eu tenho uma relação legal neste sentido, principalmente, com os pacientes crônicos porque eles vão acompanhando né, vão acompanhando essa evolução de morte deles. Que aos pouquinhos eles vão se apagando e vão enfraquecendo, e que não adianta internar no hospital que não vai mudar nada.*

[Entrevista 5]

Nessa perspectiva, Pazin (2005) menciona que alguns objetivos da medicina são bem claros com relação à transição vida-morte. O alívio da dor e do sofrimento faz parte dessa lista. Já outros objetivos são a “cura ou cuidado das pessoas com doenças curáveis e daquelas cujas doenças não são curáveis” e “evitar uma morte prematura e buscar uma morte em paz”.

*[...] cuidado paliativo tem que botar antibiótico? Não. Não está escrito que cuidado paliativo é botar [...]. Agora tá escrito que no cuidado paliativo tu tens que ter um acompanhamento humano, conversas com a família, [...], isso está citado em livros. Então assim o cuidado paliativo em nenhum momento tá definido que a gente tem que fazer, colocar o antibiótico.*

[Entrevista 6]

*[...] Eu decido no momento em que eu não vejo futuro naquela patologia, ou seja, eu não vou colocar nenhum tratamento que possa prolongar a vida dele sabendo que eu não vou melhorar a qualidade e a cura.*

[Entrevista 6]

*[...] E assim, sempre se colocar no lugar da pessoa e sempre falar da forma mais acessível possível, da forma mais aberta possível, da forma que ele entenda isso.*

[Entrevista 6]

*[...] Já sedei sim e acho que é uma conduta de ortotanásia. Mas eu não acelerei a morte. Mas mantive a pessoa sem dor até que as coisas acontecessem. Ta no nosso DNA né. Nós não estamos aqui só pra tá né. Nós estamos aqui pra dar apoio e se possível fazer as pessoas não sofrerem.*

[Entrevista 10]

As entrevistas anteriores remetem à reflexão da busca de uma transição de vida-morte, considerando o exercício nobre da profissão que não se refere somente ao fato essencialmente direcionado ao curar, mas sim respeitar a autonomia, aliviar o sofrimento e acolher o paciente terminal na sua dimensão biopsicossocial.

*Se o prognóstico da doença é terminal, e a qualidade de vida é baixa eu não faço nada.*

[Entrevista 11]

A afirmação da entrevista “eu não faço nada” foi questionada para definir seu entendimento e a resposta foi de que o entrevistado somente faria cuidados paliativos deixando a evolução natural acontecer.

*Tem que ler a família. Bom dependendo de como é a família tu podes abrir o jogo. Olha eu acho que não tem que fazer nada, não vai recuperar. Dependendo da família tu tens que fazer (fazendo referência aos procedimentos e a continuidade do investimento), mesmo sabendo que não vai ter resultado.*

[Entrevista 9]

Nas manifestações da subcategoria *Decisão compartilhada* observaram-se as falas:

*[...] eu chego lá eu digo assim o que o Senhor acha, não tem mais nada pra fazer né, [...] vamos conversar sobre isso? Antes eu preparo a família aqui fora. eu trago a família pro consultório eu falo durante um bom tempo com eles aqui. Eu explico que enquanto eles não aceitarem eu não posso falar pro paciente, a não ser que seja uma urgência, [...] eu digo né olha enquanto vocês não estiverem preparados eu não vou falar com o paciente sobre isso. Mas quem vai dar a notícia? Eu vou dar a notícia né, é meu paciente.*

[Entrevista 2]

*Primeiro eu me questiono, se eu frente àquele paciente terminal eu fiz tudo o que estava ao meu alcance de tentar dar vida pra ele tá. Se aquilo que eu tenho ainda pra oferecer vai ao encontro a uma dignidade de morte e isto eu faço junto com a família.*

[Entrevista 4]

*Eu vejo no olho dele que ele tem esperança de melhorar [...].Quem sou eu pra chegar e dizer pra ele assim: Olha fulano tu vai organizando a tua vida porque não tem mais o que fazer. Eu não sei dizer isso.*

[Entrevista 5]

A morte vista como um insucesso de tratamento gera ansiedade e cobrança por parte dos médicos. Isso pode levar os profissionais a dois caminhos: um deles é a desistência pela frustração, levando ao silêncio e ao difícil manejo, como mencionado na entrevista acima: [...] *quem sou eu pra chegar e dizer* [...] E outra possibilidade é entender o fato biopsicossocial e amparar-se em todos os pontos de apoio que cercam o profissional médico, tentando amenizar essa finitude que está visivelmente próxima.

*Então assim, quando não existe mais alternativa que, por exemplo, ele teve uma infecção e ele tá ficando séptico, ele não respondeu ao antibiótico, então simplesmente a gente vai retirando as medicações e vai colocando sedação. Isso é conversado com a família, é apoiado pela família.*

[Entrevista 6]

*Eu já entrei em acordo com a família em alguns casos né e que eu realmente instruí a família que isso seria o melhor. E eles acabaram aceitando mas não foi nenhuma questão de medicação. Foi uma questão de deixar a morte natural [...] eu falei olha, a uremia é o melhor anestésico que existe né [...] Mas ela não vai ter consciência da dor e não vai ter consciência do estado dela, vocês que decidem. E a família decidiu junto comigo em não fazer nada.*

[Entrevista 7]

*Depende da família, eu converso com a família antes. [...] Eu nunca apresso a morte. Eu não faço medidas heróicas. Isso eu não faço, se a família concorda. Isso é uma coisa que eu deixo bem claro também. Bom não tem recuperação. Bom, medicação eu vou até o fim. Eu não deixo de dar medicação. Agora, eu não entubo, eu não passo intracat, eu não passo marca-passo, porque são medidas que vão surtir efeito em minutos e não vão dar qualidade de vida ali adiante, então eu vou prolongar um sofrimento. Isso eu não faço. O paciente tá em choque ele vai receber vasopressor. Bom o paciente pára, eu não vou fazer manobras. Por exemplo, o cara tá em respirador já, eu não tiro do respirador. Eu não faço isso. Plantonista atendeu o paciente e botou no respirador. Eu não tiro.*

[Entrevista 9]

Observa-se nas entrevistas anteriores que a influência familiar está bem definida e as mudanças de conduta ficam as vezes restritas em função de fatores alheios à vontade médica como a emoção. Morin (1997, p. 33) diz que “O horror da morte é a emoção, o sentimento ou a consciência da perda de sua individualidade. Emoção de choque, de dor, de terror ou horror”.

Nas manifestações da subcategoria *Obstinação terapêutica*, observaram-se as falas a seguir:

*Tem aqueles colegas que normalmente são extremamente técnicos ou são aqueles que negam essa terminalidade, que se baseiam em exames, em laboratório, independente da idade do paciente, e tomam às vezes atitudes extremamente agressivas para manter mais 48 horas uma vida que duraria talvez 36 horas.*

[Entrevista 1]

*Eles (os colegas de profissão) não foram ensinados a pensar sobre a vida e sobre a morte, eles foram ensinados a pensar sobre a doença e não sobre a vida. Então, eles tratam a doença e não o doente, e isso faz com que eles levem até os últimos recursos, coisas que são totalmente desproporcionais ao que estão fazendo, principalmente judiando de pessoas extremamente*

*idosas, já limitadas, já não vivendo, por quê? Porque estão mantendo um coração batendo, um pulmão respirando por alguém que já não está mais aí. Mas não é porque ele é técnico, é porque ele não trabalhou a sua realidade, ele não teve filosofia da vida. Não foi ensinado a pensar nisso.*

[Entrevista 1]

Na fala anterior, o participante do estudo diferencia o pensar na vida e o pensar na finitude. Ele reforça a ideia da amplitude do pensamento sobre o mecanicismo e a tecnologia na manutenção vital e a ausência de outros sentimentos, como a fragilidade e as limitações de natureza espiritual e psicossocial, que não são percebidas por estes profissionais, definindo a relação do princípio da beneficência que deveria ser valorizado aqui.

*[...] agem cientificamente (os colegas de profissão), rx, ecografia, tomografia, ressonância, e a notícia vem e vira as costas e vai embora. Não tem... Entuba, massageia, olha não deu certo, acabou, vira as costas e sai.*

[Entrevista 2]

*Eu percebo que alguns colegas agem de uma maneira muito fria às vezes. Mas percebo também que não é por maldade, mas sim como forma de proteção. Se proteger contra aquilo que a gente tá lutando que é o contrário: a gente não quer que morra. [...] Eu vejo assim insistência em mais uma tomografia, vamos deixar mais um pouco, vamos fazer mais um pouco, vamos usar tal medicação e eu acho que a gente tem que aprender a não fazer isso [...] Será que talvez não seja melhor deixar ele (o paciente) viver o restinho dele em paz. E partir em paz. E a gente vê isso e existe isso sim. A gente vê que tem pessoas que trabalham principalmente com intensivismo que fazem isso.*

[Entrevista 3]

*[...] tem colegas que tem uma relação médico-paciente muito boa, porém na hora da terminalidade o comportamento deles é totalmente adverso da conduta que ele teve até o momento. Então ele vem bem até o momento da morte, mas quando ele chega ao momento da morte ele se apavora, acho que ele entra em pavor enfrentando aquela morte e não sabe conduzir, e aí vem conflitos. [...] eu acho que tem bons colegas que sabem lidar muito bem com a morte, eles usam bastante a ortotanásia, mas infelizmente eu me deparo com colegas bem próximos que levam a família ao extremo.*

[Entrevista 4]

*Pedem uma avaliação, me pedem, tipo assim, me chamam dizendo oh tu tem que ir lá [...]. Não estão pedindo a minha avaliação pra dizer se eu concordo ou não. [...]. Já disseram pra família que tem que fazer [...], entendeste. Às vezes a abordagem de UTI é essa. O que aliás é uma grande discussão nossa [...]. Até que ponto a gente tem que se submeter a isso. Mas aí muitas vezes por comodidade tá, pra ti não bater de frente com colega, pra ti não arrumar confusão com família, [...] Eu vou lá [...] e tal. Mas ciente consciente que eu não tô fazendo nenhum benefício pro paciente.*

[Entrevista 5]

Toda expedição para uma atividade necessita ter um objetivo. Para alguns profissionais o objetivo médico é manter a vida a qualquer custo. Eles não percebem algumas facetas que, por dificuldades de ensino, não são praticadas na vida acadêmica. Então, vem o esforço gerado por medos e necessidades de falsos elogios e de famosas frases: “eu fiz tudo o que estava ao meu alcance.” Deixam um ser idoso terminal em um



leito de hospital por dois dias ou mais, quem sabe gerando mais dor e sofrimento sem nenhuma necessidade.

*Eu percebo que muitos médicos têm dificuldade em lidar com morte e a gente não sabe muito bem porque né. Tem pessoas que investem e colocam a medicina acima de tudo. Simplesmente não olham o paciente, não olham pro olho do paciente, não conversa com o paciente do ponto de vista emocional. [...], tem um médico lá que eu tenho muitos problemas – [...] eu perguntei pra esse médico: tu já perguntou pro paciente o quê que ele quer? Ele me olhou como dizendo “essa médica é de Marte” como dizendo: existe isso? Tem que fazer?*

[Entrevista 6]

*E a gente vê sistematicamente no hospital, pacientes que tem plano de saúde eles têm muito mais intervenções cirúrgicas, muito mais consultas, muito mais antibióticos de alto custo, um prolongamento da vida muito maior do que aquele paciente que é SUS. Então assim, quando o dinheiro está envolvido se perde um foco do que é a terminalidade, infelizmente a gente tem que dizer.*

[Entrevista 6]

As condutas discrepantes seguem o seu curso, intercaladas por fatores como rotinas de unidades de terapia intensiva, onde o mecanicismo se sobressai de forma muito visível. Outro fator citado é o financeiro, em virtude do qual alguns profissionais levam seus pacientes em fase terminal ao extremo, desconsiderando o fato humanitário. Esse aspecto está contido no código de ética médica quando afirma: “[...] sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas”. Estas condutas somente se fixam em ganhos financeiros de mais alguns dias de vida.

*Eu acho que a conduta é discrepante né com os colegas né. Eu não tenho visto coisas muito grosseiras ultimamente e onde a gente vê mais isso é na UTI né.[...] . E a gente via que muitos pacientes que tinham vida vegetativa, ou seja, pacientes idosos que já tinham tido doenças tipo Alzheimer, quadros demenciais avançados, que já estavam na décima infecção respiratória, o medico assistente vinha lá, tubo, respirador, sonda [...].*

[Entrevista 7]

*Eu acho que tem muita coisa comercial nisso. Quanto mais tempo o paciente para no hospital mais o colega vai ganhar. Principalmente se for plano de saúde. Dependendo do plano de saúde. Então são avaliações, são exames, um monte de exames tremendamente desnecessários, [...] Uso de medicação que não vai trazer efeito nenhum e cara, isso existe e muito. Avaliações desnecessárias. Tá morrendo e querem deixar pendurado. Eu acho que a parte econômica infelizmente interfere muito nisso. Eles agem assim com medo de processos, com medo de desprestígio de alguém dizer que eles não sabem fazer [...].*

[Entrevista 8]

*[...] normalmente no meu paciente eu que dito a conduta. Eu não aceito que um plantonista ou alguém mude a minha conduta. Eu que defino a conduta e na verdade eu nunca tive problema com isto. E escuto também os colegas quando eu solicito avaliação e acompanhamento.*

[Entrevista 9]

*Eu vejo o pessoal da oncologia que eu trabalho com eles, é difícil o pessoal jogar a toalha. Eles ficam lá. O paciente tá moribundo e vá fazer isso, tratar aquilo e sabendo que o paciente não vai ter alta do hospital, em vez de deixar o cara morrer sossegado, inventando procedimento, pra frente e pra trás.*

[Entrevista 11]



Aqui não se fazem críticas às condutas com pacientes lúcidos e que tenham doenças permissíveis de sobrevida com qualidade. A que alguns dos entrevistados fazem referência é ao fato de pacientes cujo quadro é irreversível, como idosos terminais em que todas as tentativas foram esgotadas e eles (os pacientes) precisam da dignidade dos que os assistem para que possam fazer sua passagem da vida para a morte de uma forma digna.

#### 4.5. CONVERSAS SOBRE FORMAÇÃO ACADÊMICA



Figura 6 - Diagrama da categoria cinco.

A quinta categoria refere-se a *Conversas sobre a formação acadêmica* com suas experiências e olhares sobre as percepções de morte no período da graduação. É constituída pelas subcategorias: *Vivências na formação acadêmica*, *Sugerindo mudanças na formação* e *Omissão no ensino médico*.

Refletindo sobre o ensino médico da morte e do morrer, Kovács (2008, p. 203) faz referência ao que outros autores chamam de “aprendizagem experiencial”. Partindo desse contexto vamos reproduzir as manifestações das entrevistas em cada subcategoria.

Na subcategoria *Vivências na formação acadêmica*, temos os conteúdos a seguir.

*Em todo curso de medicina não me foi falado absolutamente nada sobre a morte. Nunca ninguém perguntou pra mim e pra nenhum dos meus colegas da época qual a relação que tinha com a morte. [...] ninguém nunca conversou com eles sobre a morte. [...] O médico fez a faculdade, recebeu a formação teórica e alguma coisa da prática e é jogado no mundo com o poder de vida e de morte; e esse poder de vida e de morte sem que ele nunca tenha trabalhado a sua relação com isso.*

[Entrevista 1]

*[...] Não foi falado nada. Eu aprendi sobre morte quando eu entrei na residência [...] e eu sentava no lado dos pacientes [...] mas na faculdade nunca. Eu fui aprender lá, eu aprendi lá (na residência).*

[Entrevista 2]

*A única coisa que eu me lembro de comentar sobre morte era na cadeira de medicina legal com um professor que era espírita. [...]. Ele que foi a única pessoa que comentou morte e morrer na verdade né. A relação com a morte foi a única pessoa porque o resto esconde.*

[Entrevista 5]

Segundo Kovács (2008, p. 203), a criação de cursos de tanatologia (estudo da morte) é muito importante por várias razões. Uma delas é a “Necessidade de espaços estruturados num contexto pedagógico permitindo a exploração e discussão de temas fortemente carregados, como é o caso da morte e do luto”.

*Por incrível que pareça a única pessoa que falou em terminalidade foi nas minhas primeiras aulas de medicina foi [...], um cara muito espirituoso e infelizmente ninguém mais comentou isso. Tem algumas coisas que ninguém fala na faculdade: -Como lidar com a morte. - Como lidar com processos e como aprender a administrar o seu dinheiro.*

[Entrevista 7]

*[...] eu tive uma grande vantagem de pai médico, desde o primeiro ano eu era rato de hospital [...] contato por orientação familiar (pai médico), não por orientação da faculdade. Porque a faculdade absolutamente não te prepara para isso (a morte). O contato que eu tive durante a faculdade foi o contato prático de vivência de hospital e não acadêmico. [...] Muitas coisas eu acho que falta na faculdade. Essa é uma delas. (uma cadeira sobre terminalidade)*

[Entrevista 9]

Ainda segundo Kovács, outra razão sobre o aprendizado do estudo da morte é o aprendizado experiencial como descrito na citação da entrevista anterior.

A educação para a morte está ligada estritamente ao contexto interpessoal no qual ela ocorre. Quando se trata de um modelo de aprendizagem experiencial a pessoa está envolvida num processo ativo, que pode ter efeitos mais duradouros (KOVÁCS, 2008, p. 203).

*Uma das coisas que eu aprendi muito na residência foram qualidade e não quantidade de vida. Conceito de qualidade e conceito de quantidade. Eu acho isso muito importante.*

[Entrevista 8]

*Na residência não foi abordado com absoluta certeza (sobre terminalidade e morte). Eu me lembro do professor [...] que fazia uma cadeira mais filosófica no início da faculdade, psicologia médica uma coisa assim, com algum papo sobre isso. Nada de vamos estudar ou vamos ler sobre isso, era aquelas aulas expositivas filosóficas, mas não era um preparo de vamos preparar você para uma situação que tu vais ter que conviver na tua vida.*

[Entrevista 10]

Siqueira (2005, p. 41) diz que se procedeu a uma troca da destreza em realizar anamneses elucidativas e o exame físico detalhado e tornou-se um exercício cansativo e foi substituído pela precisão das informações fornecidas pelos equipamentos. “O que era complementar transformou-se em essencial.”

*Na cadeira de Medicina Legal a gente teve algumas pinceladas mas nunca foi uma coisa tratada a fundo (falando sobre terminalidade e morte).*

[Entrevista 11]

Fica bem explícito nas falas das entrevistas o despreparo da vivência de morte no decorrer dos cursos de medicina pela carência do estudo desse assunto na prática acadêmica.

A aprendizagem sobre morte é uma experiência para toda a vida. Segundo Kovács (2008, p. 203), o estudo objetiva remover as dificuldades que se apresentam quando se discute o tema e trazer o indivíduo para a reflexão sobre perdas e o processo vital, que é um conteúdo tão difícil de ser abordado no dia a dia.

A segunda subcategoria refere-se à *Omissão no ensino médico sobre morte e morrer*.

*[...] isso é uma falha da faculdade, dos cursos de medicina, que eu encaro como sendo uma falha, porque na verdade todos nós somos instruídos a salvar. Todos nós somos instruídos a fazer tudo o que é possível pelo paciente. O possível e o impossível para a manutenção da vida e ninguém nos conta que nossos pacientes vão morrer sim, que tem fim e que chega uma hora que a gente tem que admitir que chegou um fim e que a gente tem que parar [...].*

[Entrevista 3]

Os entrevistados mencionaram a ausência da temática morte na formação acadêmica. Isso também foi comprovado por estudo semelhante realizado na Universidade Federal de São Paulo: “A ausência da temática morte na formação acadêmica dos profissionais entrevistados foi sentida em sua totalidade.” (BIFULCO, 2009, p. 96)

*[...] se a medicina com o decorrer do tempo não rever os conceitos do que é a medicina hoje, nós teremos, no mercado de trabalho, vários profissionais totalmente desatualizados, totalmente desqualificados. Eu acho que os bancos da faculdade se não reverem conceitos e práticas médicas de que o médico não pode tudo e que a caneta pode tudo isto, nós cada vez colocamos médicos, não médicos no mercado, mas doutores em que se dizem que sabem tudo e na realidade não sabem nada principalmente a parte humana que é pouco ensinada.*

[Entrevista 4]

Kovács (2008) cita que Knot e colaboradores elaboraram um livro de atividades com o objetivo de facilitar a comunicação sobre o tema da morte. Os pontos básicos da obra são os seguintes:

Ajudar a clarificar crenças, sentimentos, comportamentos sobre o que é prioritário em nossas vidas. Oferecer expectativas bastante realistas que permitam algum controle e qualidade sobre a vida. Permitir o diálogo e favorecer as providências num momento tão difícil como é o momento da morte, numa época muito influenciada pela tecnologia (KOVÁCS, 2008, p. 203).

*Eu nunca tive um professor no lado me acompanhando com alguém morrendo, te mostrando assim: olha este cara tá morrendo. Mostrar assim: olha esse paciente está "gaspeando", por isso, por isso e por isso, ele vai morrer e não adianta tu intervires.*

[Entrevista 5]

*[...] a terminalidade ela não é passada na formação do médico. Não existiu nenhuma cadeira, não existiu nenhum médico que tivesse esse espírito humano, que pudesse nos dizer olha até aqui a gente pode ir, é o doente que tivesse esse espírito humano que pudesse nos dizer olha até aqui a gente pode ir, é o doente que tem que decidir, é a família que tem que decidir, é o paciente que tem que ser envolvido no cuidado. A gente não tem essa formação. Então na verdade o médico ainda infelizmente é formado como onipotente, como o decisor, como um Deus, como um...é o médico que decide e outra, as pessoas pelo menos aqui o Brasil, ainda o idoso e a pessoa que tá doente tem muito pouco acesso à informação.*

[Entrevista 6]

Santos (2008, p. 54) menciona que os profissionais da saúde deveriam ter disciplinas que contemplassem no seu conteúdo a discussão sobre a educação para a morte, preparando-os para lidar com a morte daqueles que estão sob seu cuidado. O autor pergunta: como oferecer esse preparo?

A subcategoria *Sugerindo mudanças na formação* fala de ideias que poderiam ser inseridas na formação acadêmica.

*Eu não faria cadeiras, eu faria que todos os alunos pelo menos até em grupo fizessem psicoterapia. Todos os alunos durante o curso frequentassem uma psicoterapia que poderia ser em grupo. A pessoa faria a sua psicoterapia que seria em grupo mas com orientação e curando as suas dores.*

[Entrevista 1]

Outra referência confirma o que expressou a entrevista acima: somente inserir conteúdos pedagógicos sobre morte não é a solução; fixar-se somente na teoria não é suficiente, mas sim incluir vivências do cotidiano prático com discussões sobre o assunto de forma continuada. (AZEREDO, ROCHA E CARVALHO, 2011)

*A segunda coisa que eu faria é a volta do preceptor, mas não o preceptor técnico. Aquele preceptor onde a pessoa acompanha na visita diária e ele vai sentar na beira do leito e vai conversar com a família, vai conversar com o paciente e vai decidir as coisas e não com o laboratório ou o computador. E para isso se tivesse que colocar alguma cadeira na faculdade eu colocaria terapia de família. Não é medicina de família, é terapia de família onde o médico começaria a ver de forma sistêmica o conjunto das pessoas que o procuram.*

[Entrevista 1]

As falas acima enfocam de maneira clara um ponto crucial da deficiência do aprendizado sobre morte na vida acadêmica, quando diz “[...] eu colocaria terapia de família. Não é medicina de família, é terapia de família onde o médico começaria a ver de forma sistêmica o conjunto das pessoas que o procuram”. Isso delimita uma dificuldade que o profissional enfrenta ao ter que vivenciar a informação da má notícia quando não teve experiências com estes fatos, envolvendo a família, em sua vida acadêmica, orientada por um preceptor.

*[...] eu acho que deveria ter uma cadeira pra te dizer assim: como é que tu vais dar a notícia do câncer. A palavra câncer hoje é uma espada na cabeça, as pessoas ainda chegam aos consultórios dizendo que teve uma doença ruim [...].*

[Entrevista 2]

*Primeira coisa que eu acho na formação médica tem que ser dado uma ênfase muito maior no código de ética médica. Pelo menos na minha época eu acho que foi dada muito pouca ênfase ao código de ética médica. [...] Eu acho que sim, que quando a gente começa o acompanhamento hospitalar talvez a gente tenha que lidar mais com a morte e eles tenham que carregar mais a gente pra hora da morte, inclusive como falar com familiar do paciente que tá morrendo.*

[Entrevista 3]

*[...] Então acho que se eu tivesse que dizer alguma coisa numa faculdade eu diria que humanizassem a medicina.*

[Entrevista 4]

A educação para a morte se solidifica com o conteúdo de Kovács (2005), que aponta para algumas formas de discussão e proposições para o aprendizado e a vivência experiencial da terminalidade para profissionais da educação e saúde.

*Na teoria o papel aceita tudo. Acho que tinha que dá era na prática. O papel tem um monte de coisas no papel que te diz. Mas e no dia a dia, mas e na prática? [...] A prática seria indispensável. Eu não tive isso nem na faculdade e nem na residência. Sempre preparados para a vida [...]*

[Entrevista 5]

*[...] eu penso que deveria existir sempre na formação um acompanhamento do paciente e que o médico participasse da equipe multidisciplinar. O médico muitas vezes não participa da equipe multidisciplinar que atende aquele paciente. Então por exemplo, o paciente é atendido pelo psicólogo isoladamente, pela enfermeira isoladamente, pelo médico isoladamente, só que as percepções dessas pessoas o médico não quer saber [...] Então na formação médica o importante seria que o médico ele fosse colocado junto com a equipe multidisciplinar pra fazer o atendimento. E também outra que o médico tivesse aula sobre a terminalidade, tivesse psicologia, eu acho que seria muito importante um médico ter aprendizado em terminalidade pelo âmbito da psicologia, pelo âmbito da religião, pelo âmbito da própria medicina [...]*

[Entrevista6]

Outros estudos evidenciam achados que confirmam a citação da entrevista anterior, como cita Bifulco (2009) referindo-se a vivências pessoais, em relação à temática da morte nos cursos de graduação e nos cuidados paliativos.

*[...] tem que ser dado isso aí na faculdade, em minha opinião. Eu acho que tem que ter cadeiras e tem que ter o conceito da terminalidade inculcido em muitas outras cadeiras e especialidades e não só numa. [...] Então se tu inculcir um pouco de terminalidade em tudo isso, daí vai ajudar. Fora que em minha opinião, o Conselho Regional de Medicina ele como autarquia, ele apenas larga aquele código de ética. Mas eu te diria o seguinte, assim como eu li parcialmente o código novo, eu tenho certeza que 90% dos médicos nunca pegou na mão tá. Então aquilo lá, e outra a gente se baseia naquilo lá, mas aquilo lá é uma coisa escrita. Está escrito ali. Como é que eu transporto isso na prática? Como é que eu vou fazer isso na prática?*

[Entrevista7]

---

*Eu acho que isso é uma coisa filosófica, cultural entende. Primeiro lugar teria que formar professores com a visão global sobre a coisa né. [...] não é o código de ética médica ou o estatuto do idoso que vai te dar a conduta.*

[Entrevista 8]

*Eu acho que se eu fosse professor dessa cadeira, eu pegaria os colegas professores das especialidades que lidam com isso. O professor da neuro, da cardio, da nefro e eu convidaria pra dar aula. Tu vai falar do paciente terminal da tua especialidade aqui pros alunos. Como é que tu lida com isso como é que tu lida com o envolvimento com o paciente, como é que tu lida com o aspecto legal, como é que tu lida com a família [...].*

[Entrevista 9]

*Eu acho que além de informação teórica que é importante, tem muita gente que escreveu sobre isso. A Kübler-Ross é uma autora importante sobre isso. [...] Acho que talvez não um livro mas a discussão prática das coisas. Mas eu acho que a vivência é importante. Eu acho que os acadêmicos precisariam vivenciar isso.*

[Entrevista 10]

*Tem que ter aula sobre esse tópico. Tem que ter uma aula com um professor de maior experiência colocar essa situação do que, não digo do que deva ser feito porque tem pessoas de religiões diferentes e as pessoas encaram a morte de forma diferente.*

[Entrevista 11]

As manifestações têm um ponto central que se refere à necessidade de inserir, no contexto do projeto pedagógico dos cursos afins com a morte e o morrer, informações que favorecessem o convívio com a terminalidade.

Este aprendizado tem várias sugestões que se extraem dos segmentos de falas apresentados que vão desde disciplinas regulares até livros e vivências experienciais nas práticas de enfermagem.

A quinta categoria, *Conversas sobre a formação acadêmica*, deixa bem clara a importância da experiência acadêmica relacionada à finitude. Dois fios condutores definem-se nas afirmativas das entrevistas: Omissão do assunto no ensino médico e sugestões de mudanças neste mesmo ensino.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados do estudo evidenciou percepções semelhantes às vividas no cotidiano. Com base no pensamento de Morin (2002) o qual diz: “a cadeia trófica de dupla face, a da vida, e a da morte ainda existe entre os humanos”, descrevem-se as considerações finais do estudo.

Somos, a um só tempo, seres cósmicos e terrestres. A vida nasceu de convulsões telúricas, e sua aventura correu perigo de extinção ao menos por duas vezes (no fim da era primária e durante a secundária). Desenvolveu-se não apenas em diversas espécies, mas também em ecossistemas em que as predações e devorações constituíram a cadeia trófica de dupla face: a da vida e a da morte (MORIN, 2002, p. 50).

Para abordar as vivências, no decorrer da pesquisa de campo, onde onze interlocutores (participantes) diferentes foram ouvidos, percebeu-se que a coleta de dados transmitiu uma riqueza de conteúdo significativo. Conforme as entrevistas acumulavam-se, através das gravações de dados, e eram transcritas, notava-se que de fato ter-se-iam respostas aos objetivos da investigação. Observou-se que o questionário semiestruturado era somente um roteiro para não fugir muito do tema. O que as falas demonstravam era uma ansiedade de expressar vontades que às vezes contrariavam o que era praticado no cotidiano.

A vontade de falar sobre vida e morte manifestam-se no século XX e XXI pelas modificações sociais observadas, quando surgem novos paradigmas sobre os problemas tanatológicos, associados principalmente aos avanços científicos e tecnológicos que permitem a manutenção da vida de forma essencialmente artificial, através de máquinas.

A busca de informações para a pesquisa com o grupo estudado conduziu a uma observação sobre disponibilidade de participação, aceitação do questionamento sem conhecimento prévio das perguntas e valorização do trabalho realizado, desejando um retorno acerca das informações. Alguns profissionais médicos foram desprendidos e colaboraram de forma aberta e participativa. Outros, procurados, nunca tinham tempo e dificultavam a participação, colocando empecilhos para o encontro em várias oportunidades. Mesmo maximizando a amostra pelo método escolhido, tentando assegurar sua pertinência por uma amostra intencional e não pela escolha aleatória, alguns participantes que teriam enriquecido mais a amostra pela ambivalência de condutas (mecanicismo e distanásia citada em algumas entrevistas coletadas) não



---

participaram quando solicitados, fugindo sempre da tentativa, como citado anteriormente.

As categorias criadas, considerando os conteúdos coletados e os resultados desenvolvidos nas discussões, permitiram formular as observações finais abaixo.

*Há decisões do médico:*

Compartilhadas com o idoso terminal lúcido.

Compartilhadas com a família.

Compartilhadas com seus colegas.

*Há decisões conflitantes:*

Intrafamiliares de difícil abordagem.

Do médico com seus pares quando da prática da distanásia.

*Há necessidade de a graduação contemplar:*

Vivências experienciais.

Inserções curriculares do estudo da morte.

O campo de estudo sobre a finitude tem uma palavra que se aplica no próprio conceito filológico da antítese que é a infinitude deste questionamento. Isso posto, parece claro que o assunto não está encerrado. Ampliar a discussão e envolver partes que convivem com a morte e o morrer é de relevância fundamental. Um estudo de amplitude maior seria próprio para solidificar conceitos que ainda estão necessitando de afirmações mais seguras, embora já exista o ordenamento jurídico próprio como é o caso do estatuto do idoso, do código de ética médica, bem como dos conteúdos da bioética e do biodireito.

Este estudo mostrou que a relação profissional-paciente deve ser diferente, valorizando-se cada ser humano e respeitando o princípio da dignidade. Esses aspectos permitirão a humanização do cuidado e essa prática estará embasada no novo código de ética médica e nos princípios de bioética.

A consciência da problemática que envolve o cotidiano do profissional médico em relação aos aspectos do limite da vida/morte é um dilema que oferece subsídios para muitas reflexões, podendo gerar discussões para encontrar estratégias de enfrentamento

nesse momento limítrofe na vida de cada ser humano. Foi possível apreender significados do processo de morte e morrer, permitindo criar situações inquietantes na vida de cada profissional, propiciando refletir e redirecionar um novo agir, e buscar a transformação do cuidado nesse momento difícil de cada ser humano.

É necessário encontrar caminhos, utilizando-se atitudes menos rotineiras, às vezes mecânicas e impessoais, para que se consiga construir vínculos no cuidado aos pacientes e familiares nos momentos que antecedem e após a sua morte. Entretanto, é bom lembrar que os profissionais médicos necessitam de suporte para melhor enfrentamento da morte de seus pacientes. Outra iniciativa é criar ambientes baseados na solidariedade humana, que respeitem a dignidade dos pacientes e familiares em todos os momentos de cuidado, inclusive na morte.

É importante pontuar alguns aspectos que são significativos no desenvolvimento de novos estudos sobre a temática:

- Essa discussão sobre o tema deve extrapolar a categoria médica atingindo todos os profissionais da saúde numa abordagem interdisciplinar, envolvendo também outros segmentos da sociedade.
- Há necessidade de rever os currículos dos cursos de graduação de medicina para privilegiar também o aspecto relativo ao processo de morte e morrer e cuidados paliativos de pacientes, muito embora alguns deles já incluam no conteúdo pedagógico o estudo da bioética.
- É importante para o médico ter a consciência de sua condição humana e através desta, ser orientado a perceber a complexidade da realidade do cuidado, o sentido e o significado da vida de todas as pessoas envolvidas neste processo.

Para finalizar a reflexão, ficam as palavras de Mário Quintana sobre o tempo de vida que ainda resta, e o medo da morte de Elisabeth Kübler Ross.

#### O Tempo

A vida é o dever que nós trouxemos para fazer em casa.  
Quando se vê, já são seis horas!  
Quando se vê, já é sexta-feira...  
Quando se vê, já terminou o ano...  
Quando se vê, perdemos o amor da nossa vida.  
Quando se vê, já se passaram 50 anos!  
Agora é tarde demais para ser reprovado.  
Se me fosse dado, um dia, outra oportunidade, eu nem olhava o relógio.  
Seguiria sempre em frente e iria jogando, pelo caminho, a casca dourada e inútil das horas.  
Desta forma, eu digo:  
Não deixe de fazer algo que gosta, devido à falta de tempo,  
pois a única falta que terá,  
será desse tempo que infelizmente não voltará mais.

*(Mário Quintana)*

A lição mais difícil de aprender é o amor incondicional. Não há porque ter medo da morte. Pode ser a experiência mais deslumbrante de toda a sua vida. Depende de como você viveu  
*(Elisabeth Kübler-Ross)*

## REFERÊNCIAS

- ALVES, R. *O médico*. 4. ed. Campinas: Papyrus, 2003.
- ALVES, R. *Sobre a morte e o morrer*. Disponível em:  
<[www.releituras.com/rubemalves\\_morte.asp](http://www.releituras.com/rubemalves_morte.asp)>. Acesso em: 2 dez. 2011.
- ARIÈS, P. *O homem diante da morte*. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989. v 1-2.
- ANDRADE, E. O. A ortotanásia e o direito brasileiro. *Revista. Bioethikos*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 28-34, 2011.
- AZEREDO, N. S. A.; ROCHA, C. F.; CARVALHO, P. R. A. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n.1, p. 37-43, jan./mar. 2011.
- BAUDRILLARD, J. *As trocas simbólicas e a morte*. São Paulo: Loyola, 1996.
- BÍBLIA. Eclesiastes, Um tempo para cada coisa. 3, 1-2. Português. *Bíblia Sagrada*. 109 ed. trad. da versão dos Monges de Maredsous (Bélgica). São Paulo: Ave Maria, 1997.
- BELLATO, R.; CARVALHO, E. C. O jogo existencial e a ritualização da morte. *Revista. Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 99-104, 2005.
- BIFULCO, V. A.; IOCHIDA, L. C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 33, n. 1. p. 90-100, jan./mar. 2009.
- BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2001. *Código Penal*. Disponível em:  
<[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm)>. Acesso em: 14 jan. 2011.
- \_\_\_\_\_. *Estatuto do Idoso*. 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_2ed.pdf)>  
Acesso em: 14 jan. 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE *Informação demográfica e socioeconômica número 27*

*síntese de indicadores sociais*: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: 2010. Disponível em:  
<[www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao\\_de\\_vida/indicadores\\_minimos/sintese\\_indicadores\\_sociais\\_2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/indicadores_minimos/sintese_indicadores_sociais_2010/SIS_2010.pdf)> Acesso em: 21 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *RIPSA-DATASUS*: Mortalidade proporcional por grupos de causa. [s.d.] Disponível em:  
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/c04.def>>. Acesso em: 22 jan. 2012.

BURLÁ, C.; PY, L. Humanizando o final da vida em pacientes idosos: manejo clínico e terminalidade. In: PESSINI, L; BERTACHINI, L. (Orgs.). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004, p. 125-134.

DICKINSON, G. E. Teaching end-of-life issues in US medical schools: 1975-2005. *American J Hospice and Pall Med*. v. 23, p. 197-204. 2006.

ECO, U. *Como se faz uma tese*. 22. ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.

ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

FÁVERO, A. A.; GABOARDI, E. A. (Orgs.) *Apresentação de trabalhos científicos – normas e orientações práticas*. 4. ed. rev. amp. Passo Fundo: UPF, 2008.

FRANÇA, G. V. de. *Direito médico*. São Paulo: Fundação BYK, 2003.

FIDELIS, W. M. Z. *A morte e o morrer nas representações sociais dos alunos de curso de ensino médio de enfermagem*. 2001. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

FURASTÉ, P. A. *Normas técnicas para o trabalho científico: explicitação das normas da ABNT*. 15. ed. Porto Alegre: Brasil, 2010.

GOLDIN, J. R. Eutanásia. Disponível em: <[www.ufrgs.br/bioetica/eutanasi.htm](http://www.ufrgs.br/bioetica/eutanasi.htm)>  
Acesso em: 06 dez. 2010.

GONÇALVES, C. R. *Direito civil brasileiro: responsabilidade civil*. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. v. 4.

IBGE. *Dados de estimativa do envelhecimento*. Disponível em:  
<[www.ibge.gov.br/english/presidencia/noticias/noticia\\_imprensa.php?id\\_noticia=1272](http://www.ibge.gov.br/english/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=1272)>  
>. Acesso em 06 dez. 2010.

- \_\_\_\_\_. *Cidades*: Bento Gonçalves – RS. Disponível em:  
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 21 dez. 2012.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M.. *Minidicionário Houaiss da língua portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.
- KANT, I. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Trad. Antônio Pinto de Carvalho. Companhia editora nacional. Disponível em:  
<<http://www.consciencia.org/kantfundamentacao.shtml>>. Acesso em: 20 jan. 2011.
- KOVÁCS, M. J. *Educação para a morte: Desafio na formação de profissionais de saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- \_\_\_\_\_. Educação para a morte, *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, v. 25, n.3, p. 484-497, 2005.
- \_\_\_\_\_. *Morte e existência humana: caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- KÜBLER-ROSS, E. *A roda da vida: memórias do viver e do morrer*. 10. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 1998.
- \_\_\_\_\_. *Sobre a morte e o morrer*. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- \_\_\_\_\_. *Viver até dizer adeus*. São Paulo: Pensamento, 2005.
- LIMA, V.R; BUYS, R. Educação para a morte na formação de profissionais de Saúde. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v.60, n.3, p. 52-63. 2008.
- MARTIN, L. M. *Eutanásia e Distanásia*. In: COSTA, S. I. F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (Orgs.). *Iniciação à bioética*. Brasília: CFM1998.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MORIN, E. *O Homem e a morte*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- \_\_\_\_\_. Entrevista Edgar Morin. Disponível em:  
<[www.edgarmorin.com/Default.aspx?tabid=217](http://www.edgarmorin.com/Default.aspx?tabid=217)>. Acesso em: 08 jul. 2010.
- NAMBA, E. T. *Manual de Bioética e Biodireito*. São Paulo: Atlas, 2009.

- OLIVEIRA, F. et al. Bioética e humanização na fase final da vida: visão de médicos. *Revista bioética*, v.19, n.1, p.247 - 258 [s. l]: [s.n.] 2011.
- OLIVEIRA, S. C. F. de; PEDROSA, M. I.; SANTOS, M. F. S. Quem está próximo da morte? Percepções dos idosos sobre que faixa etária se associa mais à morte. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v.6, n.1, p. 146-152, jan/abr 2009.
- PAZIN FILHO, A. Simpósio: *Morte: considerações para a prática médica*, Cap. II, p. 20-24 Disponível em: <[www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n1/2\\_morte\\_consideracoes\\_pratica\\_medica.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n1/2_morte_consideracoes_pratica_medica.pdf)>. Acesso em : 02 dez. 2011.
- PEREIRA, L. P.; DIAS, A. C. G.O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 38, n. 1, p. 55-65, jan./abr. 2007.
- PESSINI, L. *Distanásia: até quando prolongar a vida*. São Paulo: Loyola, 2001.
- \_\_\_\_\_. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, L.; BERTACCHINI, L. (Org.). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo Loyola, 2004.
- PESSINI, L, BERTACHINI, L. Orgs. *Humanização e cuidados paliativos*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004.
- QUINTANA, M. *O tempo*. Disponível em <[www.poesiaspoemaseversos.com.br/mario-quintana-poemas.htm](http://www.poesiaspoemaseversos.com.br/mario-quintana-poemas.htm)>. Acesso em: 11 jan. 2012
- SÁ, M. F. F. *Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido*. Belo Horizonte: Del Rey, 2001
- SANTOS, F. S. *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu, 2009.
- \_\_\_\_\_. *Perspectivas histórico-culturais da morte*. Disponível em:<[www.hoje.org.br/site/arq/artigos/Perspectivas\\_Histórico.pdf](http://www.hoje.org.br/site/arq/artigos/Perspectivas_Histórico.pdf)>. Acesso em: 19 jul. 2010.
- SIQUEIRA, J. E. Comunicamo-nos adequadamente com os nossos pacientes? *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 7,2004

---

\_\_\_\_\_. Reflexões éticas sobre os cuidados na terminalidade da vida. *Revista Bioética CFM*. v.13, n.2, p. 37-50, 2005.

SOARES, A. M. M.; PIÑEIRO, W. S. *Bioética e biodireito: uma introdução*. São Paulo: Loyola, 2002.

SANTIN, J. R.; BETTINELLI, L. A. *Bioética e envelhecimento humano: Inquietudes e reflexões*. Passo Fundo: Berthier, 2010.

SAUNDERS, C. *Biography*. Disponível em:  
<[www.cicelysaundersfoundation.org/about-us/dame-cicely-biography](http://www.cicelysaundersfoundation.org/about-us/dame-cicely-biography)>. Acesso em: 4 jan. 2011.

STUART-HAMILTON, I. *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TORRES, W. C. As perdas do paciente terminal e o luto antecipado. *Psicologia Argumento*, Ribeirão Preto, v. 19, p. 7-12, 2000.

TRINDADE, J. *Manual de psicologia jurídica para operadores do direito*. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

VOVELLE, M. *Ideologias e Mentalidades*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mejores Cuidados Paliativos para Personas Mayores*. Disponível em: <[www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MejoresCuidadosPaliativos.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MejoresCuidadosPaliativos.pdf)>. Acesso em: 25 jul. 2010.



## **ANEXOS**

Anexo A. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

## ANEXO A- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO  
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### PARECER Nº 097/2011

O Comitê de Ética em Pesquisa – UPF, em reunião no dia 30/03/11, analisou o protocolo de pesquisa **“Envelhecimento e terminalidade: análise da conduta médica à luz da Bioética”**, CAAE n. 0008.0.398.000-11, de responsabilidade do pesquisador **Sadi Poletto**.

Os objetivos desta pesquisa visam conhecer as vivências e abordagens de médicos no processo da terminalidade de pacientes idosos; identificar percepções e modos de enfrentamento de um grupo de médicos no processo da terminalidade do idoso; investigar como acontece a prática clínica do médico na abordagem ao paciente terminal e conhecer as necessidades mencionadas pelos pacientes terminais aos médicos durante o atendimento no processo de morte e morrer (fase terminal). Trata-se de um estudo qualitativo, em forma de entrevista, que visa identificar dados demográficos e questões norteadoras, com 16 médicos, nos seus consultórios, que atuam no Hospital Tacchini, Bento Gonçalves, RS, com pacientes terminais igual ou superior a 60 anos de idade. A entrevista individual será gravada, depois transcrita e deletada pelo pesquisador de maneira a resguardar a fidedignidade dos dados. Os relatos verbalizados serão respeitados, mantidos inalterados quanto ao conteúdo e as informações. Os resultados poderão ser publicados e demonstrados em eventos científicos, observando sempre o anonimato e a confiabilidade das informações.

Os resultados desta pesquisa poderão auxiliar nos debates e reflexões acerca da abordagem e das relações entre profissionais médicos e os pacientes em fase terminal e no processo de morte e morrer.

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos do (a) pesquisador (a) e das instituições envolvidas estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos éticos e metodológicos.

**Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução 196/96, do Conselho nacional de Saúde (CNS), manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.**

Solicita-se que o (a) pesquisador (a) apresente o relatório do projeto para o CEP-UPF no final do estudo.

**Situação: PROTOCOLO APROVADO**

  
NADIR ANTONIO PICHLER  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Passo Fundo, 31 de março de 2011.

Anexo B. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

## ANEXO B – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa sobre Abordagens e enfrentamento da morte de pacientes idosos: percepções de um grupo de médicos.

Sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos desta pesquisa são conhecer as vivências e abordagens de médicos no processo da terminalidade de pacientes idosos; identificar percepções e modos de enfrentamento de um grupo de médicos no processo da terminalidade do idoso; investigar como acontece a prática clínica do médico na abordagem do paciente terminal e conhecer as necessidades mencionadas pelos pacientes terminais aos médicos durante o atendimento no processo de morte e morrer (fase terminal). Sua participação nesta pesquisa será feita através de uma entrevista com duração aproximada de 60 minutos, a ser realizada no Hospital Tacchini, após agendamento e assinatura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, uma ficando com o participante do estudo e outra com os pesquisadores. As suas respostas serão registradas no roteiro da entrevista. O senhor (a) participará de uma entrevista individual tendo como roteiro (8 (oito) questões norteadoras) perguntas sobre a sua vivência e abordagem ao paciente no processo de morte e morrer. Será assegurada sua privacidade quanto às possíveis informações confidenciais, bem como o sigilo e o anonimato.

O consentimento é livre e sua participação nessa pesquisa é voluntária, o que lhe assegura o direito de participar ou não, além de retirar seu consentimento em qualquer fase da mesma.

A entrevista individual será gravada e depois transcrita pelo pesquisador de maneira a resguardar a fidedignidade dos dados. Após a transcrição, as gravações serão destruídas pelo pesquisador. Os relatos verbalizados serão respeitados, mantidos inalterados quanto ao conteúdo e às informações. Os resultados poderão ser publicados e demonstrados em eventos científicos, observando sempre o anonimato e a confiabilidade das informações.

Os resultados desta pesquisa poderão auxiliar nos debates e reflexões acerca da abordagem e das relações entre profissionais médicos e os pacientes em fase terminal e

no processo de morte e morrer. O senhor (a) terá a garantia de receber esclarecimento a qualquer pergunta ou dúvida relacionada ao estudo e liberdade de acesso aos dados em qualquer etapa.

Para qualquer pergunta sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se pensa que foi prejudicado (a) pela sua participação, pode chamar pelos telefones: Sadi Poletto (54) 3452-3849, professora Janaína Rigo Santin (54) 33168384 e Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (UPF) (54) 3316 8370.

Assim, esperamos contar com vossa preciosa colaboração, que certamente irá enriquecer esse trabalho, ficando claro também que não haverá custos financeiros para ambas as partes. Os dados não serão divulgados de modo que permitam a sua identificação. As falas serão enumeradas em ordem crescente conforme cada entrevista for sendo realizada. Na entrevista somente iremos inserir as iniciais do nome de cada participante. Você receberá uma cópia deste termo, no qual constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação a qualquer momento. As informações obtidas com esta pesquisa serão confidenciais e será mantido sigilo sobre sua participação.

Sadi Poletto Mestrando	Dra. Janaina Rigo Santin Orientadora	Participante
Rua Góes Monteiro 456 Apto 601 Bento Gonçalves - RS – CEP 95700-000, Fones: (54) 3452-3849 e/ou (54) 3452-2232.	Av. General Netto n. 443, sala 205, centro, Passo Fundo-RS CEP 99010-023 Fone: (54) 33135270	_____
		assinatura

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

Observação: o presente documento, em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com os autores da pesquisa.

## **APÊNDICES**

## Apêndice A. DADOS BIOGRÁFICOS



## APÊNCIDE A -DADOS BIOGRÁFICOS

- 1.Nome: \_\_\_\_\_ Iniciais \_\_\_\_\_
2. Endereço: \_\_\_\_\_
3. E-mail: \_\_\_\_\_
4. Telefone Celular: \_\_\_\_\_
4. Data de Nascimento : \_\_\_\_\_ Idade : \_\_\_\_\_
5. Tempo de Profissão (contar da data de formatura): \_\_\_\_\_
6. Sexo:
  - masculino
  - feminino
7. Cor:
  - branca
  - preta
  - amarela
  - miscigenado
8. Estado Civil:
  - casado
  - solteiro
  - divorciado
  - viúvo
  - outro
9. Grau de Instrução:
  - superior
  - pós-graduado
  - mestrado
  - doutorado
  - pós- doutorado
- 10- Religião
  - Católico
  - Evangélico
  - Espírita
  - Outra
  - Frequenta mas não declara qual é
  - Não frequenta mas crê em um Ser Superior
  - Questiona a existência de um Ser Superior
  - Ateu
11. Já sofreu perda de alguém da família com terminalidade prolongada
  - sim
  - não
12. Conhece todo o Código de Ética Médica de 2010:
  - sim
  - não
  - parcialmente
13. Conhece o estatuto do idoso:
  - sim
  - não
  - parcialmente

Apêndice B. ESTRUTURA NORTEADORA DAS ENTREVISTAS

## APÊNCIDE B – ESTRUTURA NORTEADORA DA ENTREVISTA

1. Gostaria que você me falasse sobre a sua experiência e vivência profissional frente à morte de pacientes idosos internados (pode começar relatando sobre sua primeira experiência, sua primeira abordagem e o que significou para você essa vivência).
2. Gostaria que você me falasse sobre seu processo de formação acadêmica, considerando a questão da abordagem de pacientes terminais – no processo de morte (Como esse assunto foi desenvolvido na faculdade de medicina?).
3. No seu entendimento, o que norteia a conduta da prática médica frente à questão do processo de morte e morrer?
4. Nesse processo de morte e morrer em idosos hospitalizados, que atitudes você percebe entre seus colegas de profissão?
5. Em sua opinião, porque alguns profissionais agem centrados na medicalização e no uso de recursos de tecnologia de ponta quando se trata de um doente terminal?
6. Quais são as intervenções que você julga conveniente implementar na formação profissional (médica) para o enfrentamento da morte/morrer de pacientes idosos?
7. Quais os temas/assuntos/necessidades apontadas pelos pacientes terminais antes da morte? (Que assuntos normalmente os pacientes abordam com você como seu médico)
8. Acrescente alguma consideração final que desejar.

