

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

“FIZEMOS O POSSÍVEL”: os ritos e narrativas médicas em torno da vida
e da morte no Hospital de Pronto Socorro João XXIII

Janaína de Souza Aredes

Belo Horizonte

2014

JANAÍNA DE SOUZA AREDES

“FIZEMOS O POSSÍVEL”: os ritos e narrativas médicas em torno da vida e da morte
no Hospital de Pronto Socorro João XXIII

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Antropologia Social.

Orientadores: Ana Lúcia Modesto (UFMG)

José Márcio Barros (PUC-Minas)

Belo Horizonte

2014

306

A678f

2014

Aredes, Janaína de Souza

“Fizemos o possível” [manuscrito]: os ritos e narrativas médicas em torno da vida e da morte no Hospital de Pronto Socorro João XXIII / Janaína de Souza Aredes. - 2014.

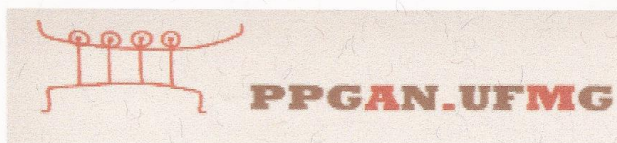
298 f. : il.

Orientadora: Ana Lúcia Modesto.

Coorientador: José Márcio Pinto de Moura Barros.

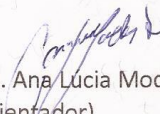
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

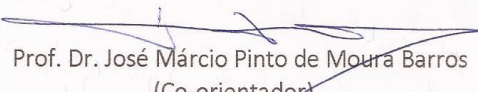
1. Hospital de Pronto Socorro João XXIII. 2. Antropologia - Teses. 3. Morte – Teses. 4. Hospitais – Serviços de Emergência. I. Modesto, Ana Lúcia. II. Barros, José Márcio, 1957- III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. IV. Título.

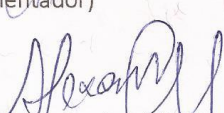


**ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ANTROPOLOGIA DE
JANAÍNA DE SOUZA AREDES (Nº DE MATRÍCULA: 2012650699)**

Aos 17 (dezesete) dias do mês de fevereiro de 2014 (dois mil e quatorze), reuniu-se no Auditório Prof. Baesse sala F-4059 - 4º andar do prédio da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais a Comissão Examinadora, para julgar, em exame final, a Dissertação intitulada: “ **FIZEMOS O POSSÍVEL: os ritos e narrativas médicas em torno da vida e da morte no Hospital de Pronto Socorro João XXIII**”, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Antropologia, Área de Concentração: Antropologia Social - Linha de Pesquisa: Antropologia das Sociedades Complexas. A Comissão Examinadora foi composta pelos professores doutores: **Ana Lúcia Modesto – orientadora (PPGAN-FAFICH/UFMG); José Márcio Pinto de Moura Barros – Co-orientador (PUCMINAS); Érica Renata de Souza (PPGAN-FAFICH/UFMG) e Alexandre Antonio Cardoso (Dept.Sociologia/FAFICH-UFMG)**. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Dra. Ana Lúcia Modesto, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à mestranda Janaína de Souza Aredes, para apresentação de sua Dissertação. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após a arguição dos examinadores, a Comissão se reuniu, sem a presença da mestranda e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Concluída a reunião, os membros da Comissão Examinadora aprovaram a Dissertação por unanimidade e o resultado foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 17 de fevereiro de 2014.

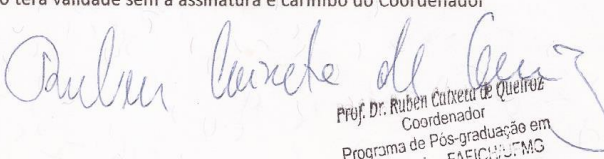

Profa. Dra. Ana Lúcia Modesto
(orientador)


Prof. Dr. José Márcio Pinto de Moura Barros
(Co-orientador)


Prof. Dr. Alexandre Antonio Cardoso


Profa. Dra. Érica Renata de Souza

Observação: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador


Prof. Dr. Ruben Alexandre de Queiroz
Coordenador
Programa de Pós-graduação em
Antropologia - FAFICH/UFMG

A todos os profissionais da saúde que lutam pela vida.

AGRADECIMENTOS

Esta é uma das mais valiosas partes de uma pesquisa, justamente porque uma pesquisa nunca é realizada sem parcerias. Foram muitas as pessoas que contribuíram para que este trabalho se concretizasse; farei o possível para me lembrar de todas.

Primeiramente gostaria de agradecer a meus orientadores, à professora Ana Lúcia Modesto as sugestões e o amparo, e ao professor José Márcio Barros as críticas e correções valiosas, a amizade, a força ao longo da pesquisa, sua inteligência e sinceridade que fez de mim uma pessoa, para além deste trabalho, mais corajosa com a vida. Também gostaria de deixar registrado meu agradecimento à professora Érica Renata de Souza, Maria Celeste Perosino e Melisa Salerno pelas críticas e pareceres.

Sou especialmente grata à Dr^a Ana Ester pelo apoio, pela escuta e por me fazer enxergar caminhos e possibilidades ainda não manifestas. Meus sinceros agradecimentos à Nerina pelos conselhos, pela amizade e pela ajuda na revisão de texto que, depois de meses debruçada num trabalho intenso, eu já não conseguia visualizar detalhes. À professora Ana Beatriz Vianna, tutora mais compreensível não há! Sou muito grata aos dias em que entendeu e atendeu a minhas demandas. À secretária Aninha, sou muito agradecida por sua atenção a meus incansáveis pedidos de ajuda.

Em segundo lugar gostaria de agradecer a todos aqueles que participaram diretamente desta pesquisa, desde as tramitações éticas até o trabalho de campo propriamente dito. Aos médicos, em especial, sem os quais esta pesquisa não se concretizaria. Agradeço-lhes o tempo disponibilizado, o carinho, o cuidado, a sinceridade ao longo das entrevistas, a confiança de me deixar permanecer em ambientes tão restritos em um hospital observando suas atividades, meus sinceros agradecimentos! Às equipes de enfermagem, serviço social e psicologia, que se tornaram grandes parceiras, obrigada pelo apoio.

Em especial, gostaria de agradecer à enfermeira Laura Cafaggi, meu primeiro contato na emergência ainda no início da pesquisa quando eu era uma figura desconhecida e insegura dentro do hospital. Obrigada por me apresentar todo o serviço, obrigada pela paciência. Aos porteiros e funcionários do Plantão Policial, grandes companheiros nas horas amenas com nossas conversas ao longo da madrugada, ao longo do dia, resultando, muitas vezes, em boas risadas com os diversos *causos* do João XXIII, local de muitas histórias.

Não poderia esquecer a FHEMIG, que me abriu as portas para a realização desta pesquisa e me auxiliou nas tramitações éticas; aqui sou especialmente grata a Deise Campos pela paciência e pelas sugestões e ao diretor da emergência do Hospital João XXIII, Dr.

Tarcísio Versiani, que confiou na seriedade do trabalho. Enfim, gostaria de agradecer ao “João XXIII”, formado por essa grande cadeia de profissionais que se mobilizam em prol da vida, local de emoções e histórias intensas.



"Lição de Anatomia" (1632), de Rembrandt.

Imaginar a morte como um fardo prestes a desabar sobre nosso destino é insuportável. Conviver com a impressão de que ela nos espreita é tão angustiante que organizamos a rotina diária como se fôssemos imortais e, ainda, criamos teorias fantásticas para nos convencer de que a vida é eterna (VARELLA, 2004, p. 8).

*Nossas vitórias sobre a doença e a morte são sempre temporárias, mas nossas necessidades de apoio e cuidado diante delas são sempre permanentes.
(Daniel Callahan, 1990)*

Pneumotórax
Manuel Bandeira

Febre, hemoptise, dispneia e suores noturnos.
A vida inteira que podia ter sido e que não foi.
Tosse, tosse, tosse.

Mandou chamar o médico:

- Diga trinta e três.

- Trinta e três... trinta e três... trinta e três...

- Respire.

- O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo e o pulmão direito infiltrado.

- Então, doutor, não é possível tentar o pneumotórax?

- Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.

Canto para minha morte

Raul Seixas

Eu sei que determinada rua que eu já passei
Não tornará a ouvir o som dos meus passos
Tem uma revista que eu guardo há muitos anos
E que nunca mais eu vou abrir
Cada vez que eu me despeço de uma pessoa
Pode ser que essa pessoa esteja me vendo pela última vez
A morte, surda, caminha ao meu lado
E eu não sei em que esquina ela vai me beijar
Com que rosto ela virá?
Será que ela vai deixar eu acabar o que eu tenho que fazer?
Ou será que ela vai me pegar no meio do copo de uísque,
Na música que eu deixei para compor amanhã?
Será que ela vai esperar eu apagar o cigarro no cinzeiro?
Virá antes de eu encontrar a mulher, a mulher que me foi destinada,
E que está em algum lugar me esperando
Embora eu ainda não a conheça?
[...]

Qual será a forma da minha morte
Uma das tantas coisas que eu não escolhi na vida
Existem tantas... um acidente de carro
O coração que se recusa a bater no próximo minuto
A anestesia mal-aplicada
A vida mal-vivida
A ferida mal curada
A dor já envelhecida
O câncer já espalhado e ainda escondido
Ou até, quem sabe,
O escorregão idiota num dia de sol

A cabeça no meio-fio
Ó morte, tu que és tão forte
Que matas o gato, o rato e o homem
Vista-se com a tua mais bela roupa quando vieres
Me buscar
[...]

RESUMO

Neste trabalho objetivou-se analisar, com a ajuda da abordagem etnográfica, as formas como os profissionais de medicina de um serviço de urgência e emergência lidam com a morte na prática profissional. Para tanto, foi escolhido como campo de estudo o Hospital de Pronto Socorro João XXIII, localizado na cidade de Belo Horizonte, MG, hospital de referência em traumas, na América Latina. A partir de uma análise em campo, foram formuladas três tipologias de mortes que ocorrem nesse hospital, a saber: “*a morte enquanto possibilidade*”, na qual há uma mobilização institucional e por parte da equipe médica para derrotar a morte e salvar a vida; “*morte em vida*”, local destinado aos pacientes crônico-sequelados que envolve um duplo sentido de morte: tanto social, como física; e, por fim, “*a (quase) certeza da morte: o SAV uma morte que pode salvar vidas*”, que inclui pacientes com suspeita de morte encefálica e, ao mesmo tempo, potenciais doadores. Nesses diferentes espaços de morte foi realizada essa etnografia acompanhada de entrevistas com os médicos dos setores elencados a fim de compreender a relação destes diante dos distintos tipos de morte, por meio dos ritos institucionais e narrativas médicas no contexto hospitalar. Além disso, num segundo momento, buscou-se compreender a forma como esses médicos, enquanto indivíduos, sujeitos e profissionais lidam com a morte. A análise dos dados apontou para relações éticas, institucionais, culturais e idiossincráticas na atuação médica diante da(s) vida(s) e da(s) morte(s).

Palavras Chave: Antropologia da Morte. Etnografia do Saber Médico. Pronto Socorro.

ABSTRACT

This paper aims to analyze, with the help of ethnographic approach, the ways in which medical professionals for emergency care deal with death in professional practice. Therefore, it was chosen as the field of study Emergency Hospital João XXIII, located in the city of Belo Horizonte, MG, referral hospital for trauma, in Latin America. From an analysis in the field, three types of deaths that occur in hospital, were formulated as follows: "death as a possibility", in which there is an institutional and the medical team mobilization to defeat death and save lives; "death in life", site dedicated to patients chronic sequelae involving a double meaning of death: both social and physical; and finally, "the (almost) certainty of death: the SAV a death that can save lives", including patients with suspected brain death and at the same time, are potential donors. In these different death spaces this ethnography was carried out accompanied by interviews with the doctors of the sectors listed in order to understand the relationship of these on the different types of death, through institutional rites and medical narratives in the hospital context. Moreover, in a second moment, we sought to understand how these doctors as individuals, subjects and professionals deal with death. Data analysis pointed to ethical, institutional, cultural and idiosyncratic relationships in medical action in face of lives and deaths.

Keywords: Anthropology of Death. Ethnography of Knowledge Medical. First Aid.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Localização Panorâmica do Hospital João XXIII.....	78
FIGURA 2 - Fachada Externa Frontal do Hospital João XXIII.....	79
FIGURA 3 - Térreo Setor de Emergência.....	82
FIGURA 4 - Rotina do Heliponto.....	88
FIGURA 5 - Setor de Triagem.....	90
FIGURA 6 - Escala de coma de Glasgow - subestimação em pacientes com respostas verbais impedidas.....	91
FIGURA 7 - Fitas de Classificação.....	95
FIGURA 8 - Sala 01 Politraumatizados.....	119
FIGURA 9 - Sala 07 Emergências Clínicas.....	123
FIGURA 10 - Unidade de Terapia Intensiva (UTI).....	126
FIGURA 11 - Bloco Cirúrgico e Sala de Pós-Operatório.....	131
FIGURA 12 - Protocolo “ONDA VERMELHA”.....	137
FIGURA 13 - SEC e SAV.....	142
FIGURA 14 - 9º andar: Unidade de Queimados Graves.....	144
FIGURA 15 - UCP (Unidade de Cuidados Progressivos).....	151

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Número de óbitos por faixa etária e gênero em 2012.....	72
GRÁFICO 2 - Número de óbitos por motivo de admissão e gênero em 2012.....	73
GRÁFICO 3 - Número de óbitos no intervalo de 24 horas de ingresso ao hospital em 2012.....	101
GRÁFICO 4 - Número de óbitos por período de entrada em 2012.....	103
GRÁFICO 5 - Número de profissionais por especialidade de Cirurgia Geral e Neurocirurgia.....	108
GRÁFICO 6 - Número de profissionais por faixa etária.....	110
GRÁFICO 7 - Causas da não doação de órgãos por mês em 2012.....	218
GRÁFICO 8 - Interesses por assuntos referentes à temática morte.....	229

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Serviços prestados pelo hospital.....	66
QUADRO 2 - Perfil de atendimento por andar.....	85
QUADRO 3 - Caracterização dos entrevistados.....	106
QUADRO 4 - Interesses por assuntos relacionados à morte.....	229
QUADRO 5 - Como os médicos lidam com a morte.....	234

LISTA DE TABELA

TABELA 1 - Número de óbitos por setores em 2012.....	103
--	-----

LISTA DE SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral
BC - Bloco Cirúrgico
CGP - Centro Geral de Pediatria
CIHDOTT - Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos
CME - Central de Material Esterilizado
DAV - Delegacia de Acidente de Veículos
DML - Depósito de Material de Limpeza
DHPP - Departamento de Homicídio e Proteção à Pessoa
FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FPTC - Fora de Possibilidade Terapêutica de Cura
GAV - Grupo de Apoio a Vida
HJXXIII - Hospital João XXIII
IML - Instituto Médico Legal
LET - Limitação de Esforço Terapêutico
NEP - Núcleo de Ensino e Pesquisa
PA - Pressão Arterial
PAB - Perfuração por Arma Branca
PAF - Perfuração por Arma de Fogo
PCR - Parada Cardiorrespiratória
PIA - Pressão Intra-Arterial
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAT - Sala de Apoio ao Trauma
SAV - Serviço de Apoio à Vida
SEC - Serviço de Extensão de Cuidados
SCR - Sistema de Classificação de Risco
TC - Tomografia Computadorizada
TCE - Traumatismo Crânio-Encefálico
TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TRM - Traumatismo Raquimedular
UCP - Unidade de Cuidados Progressivos
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
USA - Unidade de Suporte Avançado

USB - Unidade de Suporte Básico

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UTQ - Unidade de Terapia Intensiva do setor de Queimados

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	21
CAPÍTULO 1 – MORTE: DO CONCEITO ÀS SUAS PROBLEMATIZAÇÕES NA PRÁTICA MÉDICA OCIDENTAL.....	26
1.1 Tecendo o conceito e as representações sobre a morte.....	26
1.2 A morte como um problema na sociedade ocidental.....	31
1.3 O hospital como um novo local para morrer: a prática médica na instituição hospitalar.....	37
1.4 A luta pela vida contra a morte: ambivalências da morte no campo médico.....	45
1.5 O corpo, a vida e a morte enquanto Fatos Sociais Totais.....	46
CAPÍTULO 2 – O SERVIÇO DE PRONTO SOCORRO NO HOSPITAL JOÃO XXIII.....	49
2.1 Narrativa de um processo: os desafios de estar em campo para compreender a morte.....	49
2.2 A metodologia: considerações sobre o campo.....	61
2.3 Mapeando o campo de observação.....	65
2.4 Caracterização física do Hospital João XXIII.....	75
2.5 A triagem dos pacientes e a classificação de risco.....	88
2.6 A entrada do médico: uma segunda “triagem” nas salas de emergência.....	96
CAPÍTULO 3 - OS CONTEXTOS DE MORTE NUM PRONTO SOCORRO: AS ESPECIFICIDADES DE CADA SETOR.....	101
3.1 Perfil e percepções dos médicos sobre sua atuação profissional.....	105
3.2 A morte enquanto possibilidade: a luta pela vida.....	115
3.2.1 <i>A Sala dos Politraumatizados e a Reanimação: o tempo como fator determinante.....</i>	116
3.2.2 <i>Sala 07: Emergências Clínicas.....</i>	122
3.2.3 <i>A Unidade de Terapia Intensiva: monitoramento contínuo.....</i>	125
3.2.4 <i>O Bloco Cirúrgico e a Sala de Recuperação Pós-Anestésica.....</i>	130
3.2.4.1 <u>Quando a sirene toca: A Onda Vermelha.....</u>	136
3.2.5 <i>O SEC (Serviço de Extensão de Cuidados).....</i>	141

3.2.6 O 9º andar - A UTI dos Queimados Graves.....	144
3.3 Uma morte em vida: a Unidade de Cuidados Progressivos (UCP).....	149
3.4 A (quase) certeza da morte: o SAV uma morte que pode salvar vidas.....	160

CAPÍTULO 4 - O MÉDICO E A MORTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO HOSPITAL JOÃO XXIII.....

4.1 Os <i>patterns</i> : decifrando a linguagem médica.....	165
4.2 O que é um paciente grave?.....	167
4.3 Tomada de decisões diante do paciente grave com risco de morte.....	170
4.4 O resgate dos “quase” sem vida: a maratona pela vida contra a morte.....	175
4.5 O médico diante das várias circunstâncias de morte no Pronto Socorro.....	180
4.6 A relação com o paciente e com os familiares nas unidades de emergência.....	186
4.7 “Fizemos o possível”: momentos melindrosos do horário de visita e a hora da Notícia.....	197
4.7.1 A notícia fora de hora: comunicação do óbito.....	201
4.8 O ritual do óbito: procedimentos burocráticos.....	212
4.8.1 A doação de órgãos: a morte que pode salvar.....	214

CAPÍTULO 5 - A MEDICINA E OS MÉDICOS: A MORTE ENTRE OS DISCURSOS E PRÁTICAS.....

5.1 A morte está presente na formação profissional?.....	221
5.2 A morte: suas construções e representações.....	227
5.2.1 Interesses por assuntos referentes à temática morte.....	228
5.2.2 Preparo para lidar com a morte.....	231
5.2.3 A morte sob a ótica da sociedade.....	232
5.3 Como os médicos lidam com a morte.....	234
5.4 O médico mágico: a eficácia simbólica do discurso médico.....	238
5.5 Uma relação de mão-dupla: articulações entre o <i>habitus</i> e o campo na atuação Médica.....	244
5.6 Interlocuções entre a ética médica, a morte e a atuação profissional.....	249
5.7 As mortes mais difíceis para o médico.....	253
5.8 As várias faces da morte no Hospital de Pronto Socorro João XXIII.....	257
5.9 A marca de uma morte.....	261

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	273
REFERÊNCIAS.....	280
APÊNDICES.....	290
ANEXOS.....	294

INTRODUÇÃO

“Assim que o homem começa a viver, tem a idade suficiente para morrer.”
(Martin Heidegger).

Falar da morte, que é um assunto evitado por boa parte dos ocidentais, não é tarefa fácil. Abordar sobre essa temática uma categoria profissional, como a dos médicos, cuja profissão tem como um de seus pressupostos a luta contra a morte, é ainda mais delicado e, ao mesmo tempo, fascinante. Mas foram esses extremos e limites que me despertaram o interesse para execução desta pesquisa.

Assim, minha escolha pelo tema “*o médico e a morte*” surgiu ainda no início de minha graduação em Ciências Sociais, na PUC Minas, após a realização de um curso de Aperfeiçoamento em Tanatologia, em 2006. Nesse curso tive a oportunidade de aprender sobre as formas como a morte é representada em várias culturas. A partir de então comecei a me questionar como o profissional de medicina, que necessariamente tem como ofício o restabelecimento da vida, lida com situações de morte. Diante dessa indagação, ao longo de minha graduação, com o auxílio de uma bolsa de Iniciação Científica e a orientação do professor Dr. José Márcio Barros, desenvolvi um projeto de pesquisa sobre a temática que culminou num trabalho de Iniciação Científica intitulado: “*De perto e de longe: um estudo sobre as representações da morte entre médicos de CTIs*”. Tal pesquisa consistiu numa abordagem antropológica no que se refere à percepção da morte entre médicos que trabalham em dois contextos distintos: um CTI Neonatal, local onde a morte ocorre no momento em que a vida se manifesta, e um CTI de Pronto Socorro, local onde a morte ocorre de forma abrupta e inesperada. Essa análise comparativa permitiu-me abordar os distintos contextos e, por extensão, as diferentes percepções que essa categoria profissional tem diante da morte.

Sabe-se que a experiência da morte é um acontecimento social e se revela como um fato singular, como nos mostra Beauvoir:

Quando alguém que nos é querido desaparece, pagamos com mil desgostos e arrependimentos a culpa de sobreviver. Sua morte desvenda-nos sua singularidade ímpar; ele torna-se imenso, vasto como o mundo que sua ausência aniquilou para ele, que sua presença fazia existir integralmente; parece-nos que esse ente querido deveria ter ocupado um lugar maior em nossa vida: em última instância, todos os lugares. Furtamo-nos a essa vertigem: era apenas um indivíduo entre muitos outros (BEAUVOIR, 1984, p. 94).

A morte ainda possui manifestações em cada sociedade, variando de acordo com os valores e crenças comungados por cada grupo. Heidegger (1997) destaca que o ser humano é

um “*ser para a morte*”, pois ao nascer ele já traz a certeza de morrer um dia. A morte é um fenômeno tão importante quanto a vida, e um dado que o autor utiliza é que, ao longo do tempo, em qualquer sociedade, o número de mortos irá superar o número de vivos. A morte coloca em risco a existência subjetiva e as reproduções sociais, por isso investigar seus sentidos através da experiência que diferentes segmentos socioculturais constroem sobre ela é buscar entender as construções sobre as relações do homem com o tempo, a existência, o destino e o extraordinário. A morte apresenta um risco para a existência subjetiva e simbólica. Assim, é sempre instigante investigar o que deixa de existir com a morte, o que permanece vivo e o que também nasce com ela.

Enquanto parte integrante da vida, a morte está presente nas várias situações cotidianas: nos meios de comunicação, nas expressões artísticas, quando morre um ente querido, ou até mesmo quando o homem pensa em sua própria morte. Há também uma diversidade de grupos profissionais que lidam com a morte, com o morrer ou com o morto, por exemplo: psicólogos, médicos, policiais, bombeiros, agentes funerários, tanatopraxistas, dentre outros. Neste trabalho foquei o estudo na relação da morte com uma categoria profissional específica, que possui legitimidade profissional para tentar evitar, detectar as causas e o momento da morte: os médicos.

É necessário ressaltar, ainda, que minha escolha por médicos deveu-se por ser esta categoria profissional a responsável por deliberar e assinar os óbitos emitidos, estando, portanto, em um contato direto e legitimado com a morte no exercício de sua profissão. E, ainda, por ser uma categoria cuja profissão tem por paradigma lutar para prorrogar a vida do paciente e, que, no entanto, lida cotidianamente com a impossibilidade de cura e, conseqüentemente, com a morte. Consoante a esses aspectos, é importante destacar essa discussão, posto que a morte, em algumas esferas da vida social, já não é mais representada como parte integrante da vida e, sim, como um erro ou insucesso por parte dos médicos.

Por meio de uma revisão bibliográfica, abordei a morte como um fenômeno que, para além de seu sentido natural e biológico, se configura como um evento social polissêmico. Os vários sentidos da morte no campo médico e suas representações na sociedade ocidental também foram buscados por meio de uma revisão da literatura existente sobre a temática. No trabalho de campo foram abordados os ritos e as representações médicas em torno da vida e da morte no Pronto Socorro considerado referência na América Latina: o Hospital João XXIII, localizado na cidade de Belo Horizonte/MG. Trata-se de um hospital que, por sua

excelência e qualificação, abrange todo o Estado de Minas Gerais e atende demandas das mais diversas e complexas.

A opção por um hospital que presta esse tipo de serviço deveu-se por ser um local onde os médicos atuam no momento em que a vida sofre um impacto abrupto e inesperado e, portanto, tratam pacientes com risco de morte. Além disso, esse tipo de hospital lida com tipos de mortes distintas, uma vez que tais médicos trabalham para evitar a morte de pacientes em situações de urgência e emergência, oriundas, seja de ações externas – como acidentes, tentativas de homicídio e suicídio – ou manifestação de uma doença repentina. Como sugere Consorte (1983):

Na prática, a despeito dos denominadores comuns que a formação profissional procura imprimir ou garantir, a diversidade de situações que os médicos experimentam, em função das suas diferentes especialidades, dos variados contextos e circunstâncias em que atuam, da diversidade da sua própria experiência de vida e da sua própria inserção de classe, bem como contradições instaladas no bojo da própria Medicina, tal qual ela se constitui e se exerce entre nós, se incumbem de introduzir o insólito, o divergente e o contraditório (CONSORTE, 1983, p. 40).

Nesse sentido, a problemática que desenvolvi na execução desta pesquisa se constituiu de uma abordagem antropológica sobre os ritos e as narrativas da prática médica num contexto específico de um hospital de pronto socorro. Compreendi este hospital como um campo de estudo antropológico particular por contemplar elementos que permitem uma abordagem etnográfica da temática proposta. Tais elementos estão fundamentados num espaço físico delimitado, típico e próprio que contempla o hospital e suas dependências; a linguagem utilizada pelos profissionais composta por códigos específicos característicos (tanto a linguagem utilizada entre os de “dentro” quanto à linguagem utilizada entre os “de dentro e os de fora” a fim de viabilizar a comunicação); vestuário específico para cada grupo e/ou setor, segundo os papéis ou funções; papéis específicos e definidos para cada membro; grau de pertencimento e hierarquias: membros permanentes, eventuais, temporários, chefes de cada setor e equipe; bem como rituais de procedimentos, entrada de médicos residentes ou de novos funcionários, etc.

Além dessas questões, um dos objetivos da pesquisa consistiu na relação profissional do médico diante dos limites da vida e da morte, a partir de sua formação, seu exercício profissional, de sua condição de sujeito social e, conseqüentemente, de um mortal diante da morte. A partir de observações iniciais no campo de estudo, percebi que, em alguns setores do HJXXIII, a morte se mostrava com mais frequência e com algumas especificidades. Defini essas especificidades a partir da seguinte classificação: em primeiro lugar “*a morte enquanto*

possibilidade: a luta pela vida”, em que há uma mobilização institucional e por parte da equipe médica para lutar contra ela; em segundo lugar, um caso singular que defini como “*uma morte em vida*”, que se refere aos pacientes crônico-sequelados, o que engloba um duplo sentido de morte: tanto física como social; e, por último, “*a (quase) certeza da morte: o SAV uma morte que pode salvar vidas*”, que se refere aos pacientes com suspeita de morte encefálica, ao mesmo tempo, potenciais doadores. Quando iniciei a pesquisa, compreendi que o paciente grave que dá entrada a um serviço de emergência estará destinado a um local específico conforme o quadro do trauma ou doença repentina. A morte, assim, possui características próprias conforme cada setor do Pronto Socorro.

Este trabalho também tem como interesse suprir a escassez de estudos qualitativos de orientação antropológica sobre as percepções e práticas dos médicos, tomados não somente como uma categoria profissional mas também como um grupo sociocultural. Percebi que esses estudos não conseguem abarcar toda a problemática existente sobre a temática no âmbito dos profissionais de medicina e, sobretudo, na maneira como esses profissionais percebem a morte, principalmente médicos que lidam diretamente com ela. Devido à carência de trabalhos que focam a área médica, acredito que esta pesquisa possa trazer contribuições para o profissional de medicina e visibilidade a um tema ainda pouco explorado no âmbito antropológico.

Entendo que, para a realização de uma pesquisa cuja temática é complexa e abarca vários campos disciplinares, é necessária primeiramente a realização de um aprofundamento teórico por meio de um levantamento bibliográfico sobre o que foi produzido até então, bem como algumas discussões que envolvam a problemática como base de estudo. Mas o crucial desta pesquisa, a meu ver, residiu no trabalho de campo propriamente dito, o “*estar lá*”, o estar com o outro, as observações, as entrevistas e os demais instrumentos que me viabilizaram uma análise da temática proposta, e, num segundo momento, o “*estar aqui*” que é a tentativa de convencer o leitor, através da escrita, de que você esteve em campo. Esse momento está inserido no âmbito acadêmico, na escrita etnográfica (GEERTZ, 2005).

A presente dissertação divide-se em cinco capítulos. No primeiro capítulo, intitulado “Morte: do conceito às suas problematizações na prática médica ocidental”, contextualizo o leitor sobre a temática, defino o conceito de morte nas “sociedades ocidentais” e suas problematizações e faço uma abordagem histórica das representações da morte nessa sociedade, desde a morte comunitária à medicalização da morte até o morrer no hospital.

No segundo capítulo, intitulado “O serviço de Pronto Socorro no Hospital João XXIII”, faço uma imersão na etnografia propriamente dita, apresento minhas impressões e, num segundo momento, exponho a metodologia a partir da descrição de todo o campo de observação, suas rotinas, organização física e práticas. No terceiro capítulo, “Os contextos de morte num Pronto Socorro: especificidades de cada setor”, apresento o perfil dos entrevistados, os tipos de morte identificados no hospital, suas particularidades e a relação do médico com esses distintos contextos de morte numa unidade de urgência e emergência.

No capítulo 4, “O médico e a morte no serviço de urgência e emergência do Hospital João XXIII”, abordo e problematizo algumas situações presenciadas ao longo do campo, referentes à tomada de decisões, comunicação de óbito, procedimentos de óbito, doação de órgãos e demais assuntos que permeiam a relação do médico com pacientes graves que evoluem a óbito.

Finalmente, no capítulo 5, intitulado “A medicina e os médicos: a morte entre os discursos e práticas”, apresento uma análise, basicamente por meio das entrevistas, sobre a maneira como o médico de um pronto socorro define e convive com a morte, especialmente na esfera profissional.

CAPÍTULO 1 – MORTE: DO CONCEITO ÀS SUAS PROBLEMATIZAÇÕES NA PRÁTICA MÉDICA OCIDENTAL

Neste capítulo busquei contextualizar a temática da morte na sociedade ocidental, seus conceitos e suas problematizações na prática médica, perpassando por uma perspectiva histórica de suas representações desde a morte comunitária ao morrer no hospital.

1.1 Tecendo o conceito e as representações sobre a morte

Testa enrugada, cercado de coloração escura, têmporas deprimidas, cavas e enrugadas, queixo franzido e endurecido, epiderme seca, lívida e plúmbea, pelos das narinas e dos cílios cobertos por uma espécie de poeira de branco fosco, fisionomia nitidamente contornada e irreconhecível.

Hipócrates
De Morbis, 2º livro, parte 5.
Segunda metade do V

A citação acima é a definição clássica do instante da morte formulada pela medicina ocidental hipocrática¹, há cerca de 500 anos antes do nascimento de cristo (ZIEGLER, 1977). Em várias culturas e desde os primórdios da história, o homem sempre buscou descortinar os mistérios que permeiam a morte, ainda que revestida por temor e aversão observada por parte de algumas culturas. Ela ainda é capaz de desencadear diversas reações em distintos grupos sociais. O homem sempre procurou conceituar a morte a fim de compreendê-la e, não conseguindo se bastar com os significados científicos sobre a morte, procura respostas nas religiões que, em sua maioria, não atribuem à condição mortal do homem um sentido integral e, sim, um sentido apenas biológico. No âmbito da ciência na sociedade ocidental, a morte acontece quando o organismo é acometido por determinadas enfermidades ou acidentes, que culminam na falência de seus órgãos vitais (MOREIRA; LISBOA, 2006).

Ainda nessa perspectiva científica da morte na sociedade ocidental, até a Renascença pensava-se que o controle do corpo era realizado pelo coração. De acordo com Pitta e Carmona (2004), é a partir do século XIX que três órgãos atestariam a manutenção da vida, a saber: o coração, os pulmões e o cérebro, de modo que estes estariam interligados e a morte de um implicaria a morte dos outros órgãos. Já no século XX, segundo Macedo (2008), houve uma expansão no que se refere à criação de novas tecnologias na área médica, em especial, o ventilador artificial desenvolvido em 1940 e utilizado para “dar suporte de vida a pacientes com poliomielite”. A criação dessa ferramenta médica, com a função de “substituir o

¹ Refere-se a Hipócrates o deus grego considerado o “pai da medicina”.

pulmão”, propiciou o prolongamento da vida por mais tempo. Com o uso disseminado desse instrumento, detectou-se que, na falência do pulmão (ou do ventilador artificial), o próximo órgão a parar seria o coração².

Foram pesquisas que levaram à descoberta de novas possibilidades de diagnósticos que resultaram na fundamentação de um conceito científico e, ao mesmo tempo, um critério para determinar o momento da morte: a morte encefálica, ou seja, a interrupção das funções cerebrais. Tal critério teve seu auge em 1967 com a realização do primeiro transplante de coração realizado na África do Sul, feito que ensejou novas discussões sobre o conceito de morte clínica que se sustentasse para a realização da doação e do transplante de órgãos³ (PITTA; CARMONA, 2004). Vale ressaltar que em 1968 a Universidade de Harvard criou um Comitê Ad Hoc para definir os critérios da morte encefálica, e é nessa declaração que é assegurado o conceito de morte clínica:

Cabe mencionar que nesse período a tecnologia necessária para a realização de cirurgias de transplantes já estava disponível, assim, faltava criar uma maneira para obter ‘matéria-prima’ para iniciar a empreitada, os órgãos [...]. A morte encefálica pode ser definida como a impossibilidade do cérebro permanecer funcionando como um local de integração de atividades biológicas de outras partes do corpo. Pode ser compreendida como a ligação da natureza (o organismo biológico) e da cultura (a tecnologia) (MACEDO, 2008, p. 20).

Tal definição é alicerçada na perspectiva científica e jurídica. É científica porque foi aprovada de forma consensual pelo “auditório universal” dos profissionais de saúde, sendo adotada como definição oficial da morte em diversos países. Já na perspectiva jurídica, Singer (*apud* GURGEL, 2007, p. 62) destaca que tal ideia embasa outra - o uso dos órgãos dos doadores para transplantes: “ela resolve, para fins clínicos e jurídicos, a pessoa e o momento para captação de órgãos”.

Interligado a esse critério científico do momento da morte, é válido ressaltar que há ainda vários tipos de causa da morte, como morte por causas naturais (advinda de alguma enfermidade clínica) e mortes por ações externas, denominada como morte não natural; essa última também é conhecida como morte violenta e é dividida em acidentais, homicidas e suicidas. Na morte natural, o atestado de óbito pode ser emitido por qualquer médico, já na morte não natural apenas os médicos legistas podem assinar, após investigarem a causa da morte. Beauvoir (1984, p. 94) questiona o conceito de morte natural: “não há morte natural: nada do que acontece ao homem jamais é natural, pois sua presença questiona o mundo.

² Isso porque o coração depende de oxigenação oriunda do funcionamento do pulmão.

³ Maiores detalhes ver Pitta e Carmona (2004) e Macedo (2008).

Todos os homens são mortais: mas para cada homem sua morte é um acidente e, mesmo que ele a conheça e a consinta, uma violência indevida”.

Destaca-se ainda outro tipo de morte: a morte social que não se constitui como morte mas um paradoxo que revela como o biológico e o social se fundam. Segundo Thomas (1993), a morte social ocorre quando a idade ou a perda de funções acarreta interdições sociais, no sentido de que há um rompimento dos papéis desempenhados pelo indivíduo num determinado grupo. Ou ainda, a morte social está estritamente relacionada à sociedade do consumo, na qual os sujeitos sociais precisam se enquadrar, caso contrário são colocados à parte da vida social (KAMAL, 1983).

As imbricações da morte no comportamento humano podem ser analisadas sob a perspectiva da representação e do imaginário social. Segundo Laplantine e Trindade (1997), a vida só existe, faz sentido e perpetua-se na realidade quando inserida em uma rede simbólica. É nessa perspectiva que a realidade da morte mobiliza os sujeitos, bem como os comportamentos sociais, uma vez que está inserida em um sistema de valores e significações representados socialmente. Ainda conforme os autores, o imaginário diz respeito a todo um processo cognitivo de autoinstituição da sociedade e construído sob a perspectiva de uma conjuntura social. O imaginário cria e recria, faz e refaz, (re) inventa e (re) imagina: “a morte: novo nascimento com sua passagem pela porta estreita, processo iniciático tornado realidade e que permite ‘renascer’ em um meio concebido por nossa imaginação criadora” (BAYARD, 1996, p. 31).

Sob a perspectiva das representações sociais, a percepção da morte varia conforme o grupo social. Entre os gregos na Atenas Clássica, por exemplo, era comum homenagear o defunto com monumentos e esculturas funerárias a fim de conservar a ordem, as normas e as tradições. Além disso:

O grego reconhecia que a morte situava-se no espaço do além-fronteira, no limiar do desconhecido, lugar à margem do mundo dos vivos. No imaginário social dos atenienses, o contato com essa região sagrada, de total alteridade com o mundo dos vivos, só poderia ser efetivado através de *atividades ritualizadas* e intermediado pelos sacerdotes, familiares do morto e praticante da magia identificado por magos, goetes, épodos e pharmakides (CANDIDO, 2003, p. 123, grifos do autor).

Nos rituais funerários eram nítidos os perigos oriundos do desaparecimento de algum de seus integrantes, além disso, a magia simbolizava os distintos usos que poderiam ser destinados ao corpo do morto. Os atenienses, por meio dessas atividades ritualizadas, buscavam preencher o vácuo originado da morte do cidadão e, a fim de contrapesar sua perda, realizavam o ritual de fazer perpetuar seu nome junto a seus descendentes. Essa maneira de

“nomear o morto” significava que ele ainda estava vivo e ainda figurava junto à memória de sua comunidade. A “morte” só acontecia, de fato (de forma absoluta), na ocasião de desaparecimento total de seu nome e sua lembrança na memória familiar e na *pólis* a qual era vinculado. No que se refere aos rituais:

Em relação às práticas mágicas, identificava-se pelo nome o inimigo a ser prejudicado e o corpo do morto servia de intermediário dos danos a serem imputados pelas potências do mundo subterrâneo, solicitados pelos *agentes sociais*: magos e o usuário da magia. O rito consistia em colocar junto ao corpo do morto, precisamente, em sua mão direita o nome do inimigo gravado em uma lâmina de chumbo, envolvido com fios de cabelo ou pedaços de indumentária usada pela vítima (CANDIDO, 2003, p. 124 – grifos do autor).

No México, a morte é representada de uma forma bem peculiar: por uma santa, a Santa Morte, além de compor festividades no dia dos mortos, por meio de estátuas de gesso, velas, cartões de oração:

Santa Morte é primeira e principalmente uma santa não oficial que cura, protege e livra seus devotos de seus destinos após a morte. Devotos costumam chamá-la de “Santíssima Morte” em rituais como o rosário. Assim, seu nome, Santa Morte, e sua miríade de apelidos revelam nitidamente sua identidade como santa popular que personifica a morte (CHESNUT, 2011, p. 198).

Diante dessas considerações, destaca-se que a definição da morte não se exaure. A morte, por extrapolar a dimensão biológica, abarca outras esferas da vida social, que perpassa os aspectos sociais, culturais e, sobretudo, os reflexos que produz no comportamento humano. É nesse sentido que pensar sobre a morte remete ao conceito de “fato social total” proposto por Mauss (2011), justamente porque ela é reveladora em qualquer contexto etnográfico e sua totalidade é apreendida por meio dele. A morte, como fenômeno social total, demanda e possibilita abordagens de diversos campos de conhecimento; assim, as representações sobre a morte implicam um diálogo com as esferas psicológicas, fisiológicas, culturais e históricas. É válido destacar também que essa totalidade na qual os fenômenos sociais inserem-se só pode ser apreendida na experiência vivida do indivíduo, no qual este irá construir suas representações a respeito de um determinado fenômeno da vida social (MAUSS, 2011).

Conjugada a essas questões de que a morte não se restringe a um evento biológico, Hertz (1970), em seu texto *Contribuição para um estudo sobre as representações sociais da morte*, ressalta que apenas os aspectos fisiológicos da morte não são suficientes para explicá-la. Ele registrou primeiramente que a morte se apresenta de diversas formas de acordo com cada sociedade, além disso, ela muitas vezes se configura por um fenômeno vagaroso e que apenas a interrupção das funções vitais não é suficiente para explicar suas configurações e

representações na mente humana. Com essas ideias, o autor destaca que, vinculada ao evento orgânico, se entrelaçava um conjunto complexo de crenças, emoções e atitudes que conferia à morte um fenômeno singular em cada sociedade: “o corpo do defunto não é considerado como o cadáver de um animal qualquer: é necessário lhe dar cuidados definidos e uma sepultura regular, não simplesmente por medida de higiene, mas por obrigação moral” (HERTZ, 1970, p. 1).

Recorrendo a algumas literaturas etnográficas especializadas e em dados que levantou entre os de Dayak de Bornéu, Hertz (1970) percebeu que as emoções tidas em relação ao morto não eram idênticas em todas as culturas e destacou ainda que tais emoções, inclusive, poderiam não ser iguais até na esfera de uma mesma sociedade. Nesse sentido, propôs uma relativização, - no sentido de que há significados particulares em cada grupo social que não devem ser generalizados - em debate às teorias que se baseavam numa explicação puramente biológica e instintivamente natural.

Dessa forma, o posicionamento de que os sentimentos se dariam de forma instintiva não tinha uma base argumentativa sólida. O que Hertz (1970) quis demonstrar é que esses sentimentos se alteram conforme o tipo da morte e do morto, pois os diversos tipos de morte, como morte violenta ou acidental, afogamento, suicídio, mulheres virgens, dentre outros, carregam sentimentos singulares e proporcionam sentimentos mágicos e especiais particulares. O autor ressalta ainda que a reação de repulsa ao cadáver e demais sentimentos varia conforme a posição que a pessoa ocupava em vida. Em algumas sociedades, por exemplo, a morte de recém-nascidos, escravos, indigentes, entre outras, não incitam emoções e valores significativos, uma vez que atinge seres com vínculos sociais ainda frágeis.

Pensando essas questões, no texto “Efeito físico no indivíduo da ideia de morte sugerida pela coletividade”, Mauss (2011, p. 350) perpassa eventos de morte, nos quais “o sujeito que morre não se crê ou não se sabe doente, e apenas por causas coletivas precisas julga-se em estado próximo da morte”. Conforme este autor, tal situação ajusta-se a um rompimento de comunhão, a saber: por magia, pecado, com forças e coisas sagradas nas quais sua apresentação o sustenta. Tal consciência é permeada por eventos e sentimentos que possuem origem coletiva e não são considerados distúrbios físicos:

Num número muito grande de sociedades, uma obsessão pela ideia de morte, de origem puramente social, sem nenhuma mistura de fatores individuais, era capaz de tamanhas devastações mentais e físicas, na consciência e no corpo do indivíduo, que ela provocava sua morte em pouco tempo, sem lesão aparente ou conhecida (MAUSS, 2011, p. 347).

Mauss (2011), com essas considerações, pretende mostrar o papel da cultura, o papel do social na esfera individual, bem como o caráter total das classificações e a consciência moral:

Um indivíduo é ferido, mesmo levemente; ele não tem nenhuma chance de se restabelecer se acredita que a lança está enfeitiçada; outro quebra algum membro, e só se restabelecerá rapidamente no dia em que tiver feito as pazes com as regras que violou, e assim por diante. O máximo dessas ações do moral sobre um físico desse gênero é evidentemente ainda mais sensível nos casos em que não há nenhum ferimento e que se enquadram exclusivamente em nosso assunto (MAUSS, 2011, p. 352).

Os exemplos de como a morte é representada em cada sociedade não se esgotam aqui. Há ainda uma vasta literatura⁴ de vários contextos etnográficos sobre a representação da morte, não só no que se refere a sociedades não ocidentais, como também distinções presentes na própria sociedade ocidental. As mortes são múltiplas. Mas não é objetivo do presente trabalho se ater a um apanhado de exemplos etnográficos e, sim, analisar o conceito de morte presente nas “sociedades ocidentais”.

1.2 A morte como um problema na sociedade ocidental

O homem tem direito à sua morte como tem direito à sua vida. Morrer é um processo humanamente tão importante quanto nascer e viver.

J. Moltmann

Nascimento e morte são dois fenômenos cruciais que o homem necessita enfrentar na sua constituição como sujeito social. Além disso, ressalta-se que todos os seres vivos passam por esse processo, e ainda:

Como ensinam as ciências da vida e da saúde e a reflexão filosófica e religiosa, mas também e, sobretudo a própria experiência cotidiana: morte, finitude e -acrescentaria - vulnerabilidade são características intrínsecas, ou ontológicas, dos sistemas vivos, os quais são sistemas jogados no Mundo e situados no Tempo, submetidos, portanto a um processo irreversível que inclui o nascer, o crescer, o decair e o morrer (SCHRAMM, 2002:17).

Por um lado encara-se a morte enquanto uma condição biológica e por outro como uma realidade individual, um fato biográfico. Nesse sentido, para o homem, ser dotado de inteligência, e que, portanto, possui consciência de que é mortal, pensar na morte traduz-se

⁴ Ver: Ariès (1977); Bayard (1996); Cândido (2003); Chesnut (2011); Giacoia (2005); Munanga (1983); Rodrigues (2006).

em uma etapa ao ciclo vital da existência, mas pensar em sua própria morte traduz-se em um problema:

Apesar desses vínculos conceituais entre vida, morte, finitude, vulnerabilidade e proteção, existem dificuldades sérias em definir diretamente a morte visto que, em condições normais, não temos experiência direta dela. Com efeito, se é relativamente fácil ter uma experiência indireta da morte graças à morte dos outros, é quase impossível pensar na própria morte sem pensar também na própria vida e/ou em alguma vida após a morte. Em outros termos, a morte enquanto tal é praticamente impensável e quando, por alguma razão de força maior, ela se impõe à consciência e à elaboração, isso só se dá com muito sofrimento, em situações de vulnerabilidade e através das experiências sofridas do desamparo, que de fato são experiências dos seres humanos vivos que vivenciam a precariedade da condição humana, mas não a morte (SCHRAMM, 2002, p. 18-19).

Esse pensamento também é colocado por Freud: “pois a própria morte é também inconcebível, e, por mais que tentemos imaginá-la, notaremos que continuamos a existir como observadores” (FREUD, 2010, p. 230). Por outro lado, a consciência da morte também incita uma valorização da vida:

A clara e constante consciência da nossa condição de mortais não nos leva a depreciar a vida, como muitos imaginam. Muito pelo contrário. Só podemos viver intensamente e apreciar realmente a vida se nos conscientizarmos de que somos finitos, contingentes, vulneráveis, mortais. À medida que nos conscientizamos de nossa condição de mortais perceberemos, mais e mais, que não temos o direito de desperdiçar o pouco tempo que dispõe a nossa existência; que cada instante é irrecuperável e que, por isso mesmo, deve ser aproveitado o mais plenamente possível (MARANHÃO, 1986, p. 64).

Conforme Elias (1982), há diversas formas de se defrontar com o fato de que todas as pessoas terão um fim. Muitos consideram o fato de morrer como um passaporte para outra vida, outros percebem a morte fugindo dela, ou até mesmo se considerando seres imortais, como se a morte só atingisse o outro; também se pode perceber a morte como uma despedida e, para que não seja tão difícil encará-la, deve-se preparar sua chegada. O autor destaca que o preparo desse fim não se reduz ao caixão e aos ornamentos funerários, mas, sim, aos cuidados que devem ser ministrados nos instantes finais de vida; é preciso se direcionar mais naquelas pessoas que demoram a morrer, que estão doentes e envelhecidas. Muitas vezes os velhos e os moribundos são colocados à parte da vida social: “Isso é o mais difícil – o isolamento tácito dos velhos e dos moribundos da comunidade dos vivos, o gradual esfriamento de suas relações com pessoas a que eram afeiçoados, a separação em relação aos seres humanos em geral, tudo que lhes dava sentido e segurança” (ELIAS, 1982, p. 8).

O autor também destaca que as dificuldades de se enfrentar a morte se refere ao fato de que ela gera temor e dificuldade entre o mundo dos vivos: “o problema social da morte é especialmente difícil de resolver porque os vivos acham difícil identificar-se com os

moribundos... A morte é um problema dos vivos” (ELIAS, 1982, p. 10). É preciso levar em consideração o processo civilizador para se compreenderem tais especificidades e desdobramentos da morte na experiência humana:

A morte é um dos grandes perigos biossociais na vida humana. Como outros aspectos animais, a morte, tanto como processo quanto como imagem mnemônica, é empurrada mais e mais para os bastidores da vida social durante o impulso civilizador. Para os próprios moribundos, isso significa que eles também são empurrados para os bastidores, são isolados (ELIAS, 1982, p. 19).

Sendo um problema ou não, como sugere Elias (1982), é fato que a morte é democrática, no sentido de que ela atinge todos os homens sem restrições, como mostra Maranhão:

Diante dela (a morte) todos os homens se igualam: sua foice é desferida indiscriminadamente, sem levar em consideração o *status* daqueles a quem escolhe; todos devem morrer, jovens e velhos, ateus e crentes, homens e mulheres, brancos e negros – sejam ricos ou pobres. Relativizando todas as condições sociais, a morte nos mostra a absoluta igualdade entre os homens, nivelando-os ao mesmo destino (MARANHÃO, 1986, p. 20-21).

De acordo com Rodrigues (2006a), a consciência da morte é um fator de destaque na história da humanidade, e isso se comprova pela existência de sepulturas em tempos remotos. Desde sempre, o enterro dos mortos bem como os ritos que se fazem com o morto estão presentes. Nesse sentido, o homem cria diversas formas de representar tanto sua morte como a morte dos outros, de modo que também irá reconfigurar novas percepções em torno da vida, da morte e do mundo. Segundo Freud:

Essa postura cultural-convencional diante da morte é complementada pelo total colapso que sofremos quando morre alguém que nos é próximo, um genitor ou cônjuge, um irmão, filho ou amigo precioso. Enterramos com ele todas as nossas esperanças, ambições, alegrias, ficamos inconsoláveis e nos recusamos a substituir aquele que perdemos. Nós nos comportamos como os asrá⁵, que *morrem, quando morre, quando morrem aqueles que te amam* (FREUD, 2010, p. 231-232).

O fato de se ter certeza da morte é algo que inquieta, posto que a morte física pode desencadear a morte nas consciências. É nesse sentido que, muitas vezes, lembra-se de quem tenha falecido recentemente como se ele ainda estivesse vivo. O que faz os mortos permanecerem vivos diz respeito à memória e à dimensão relacional da vida e da morte: “a morte definitiva não é determinada pela realidade natural mais que pelas instituições sociais: o defunto conserva ainda, por algum tempo, determinados poderes e direitos, mais ou menos duradouros segundo as diferentes culturas” (RODRIGUES, 2006a, p. 29). Assim, os mortos

⁵ Referência ao poema “Der Asra”, de Heinrich Heine, do volume Romanzero (1851).

permanecem em comunicação com os vivos, porém nas novas configurações dos meios e códigos. Conforme Freud (2010), o homem também possui uma atitude de admiração pela morte:

Diante do morto assumimos uma atitude particular, quase que uma admiração por alguém que realizou algo muito difícil. Nós nos abtemos de toda crítica a ela, relevamos qualquer erro de sua parte, sentenciamos que 'de mortuis nil nisi bene' (não se fale mal dos mortos), e achamos natural que na oração fúnebre e no epitáfio fale-se apenas o que lhe for lisonjeiro. A consideração pelo morto, que afinal já não necessita dela, é por nós colocada acima da verdade, e pela maioria de nós também acima da consideração pelos vivos (FREUD, 2010, p. 231).

Segundo Rény Chauvin (*apud* BAYARD, 1996) "o homem é o único animal que acende fogo e enterra os mortos". Existe uma variedade de ritos fúnebres que se diferenciam não só de acordo com os costumes regionais, incluem-se também a idade, o sexo e a posição social do defunto. O homem, por ter certeza de que a morte acontece e, portanto, não está imune a ela, busca desvincular-se de seu invólucro carnal, praticando ritos que reafirmam sua crença no além e também como um mediador para o ingresso nessa nova vida. Os ritos funerários, cada um a sua maneira, permitem demonstrar que o homem homenageou o defunto e lembrou-se de algo temido; refletem também a necessidade que se tem em refletir sobre a morte: "a morte, fenômeno indissociável da vida, é a sede do temor, porque tememos um mundo que não conseguimos imaginar" (BAYARD, 1996, p. 306).

Segundo Durhan (1977, p. 34), a cultura é definida como um "processo pelo qual os homens orientam e dão significado às suas ações através de uma manipulação simbólica que é atributo fundamental de toda a prática humana". Isso se dá por meio de códigos simbólicos que permitem organizar a sociedade e fazer com que haja a ordem. Tudo o que está fora disso, o estranho, o anormal e o ambíguo gera insegurança e temor. Nesse aspecto, o morto tido como algo ambíguo e anormal, representa a impureza e traz consigo a nocividade para com o mundo das normas. De acordo com Rodrigues (2006b), essas representações que se tem da morte vinculam-se com a maneira como o homem lida com o caos. O maior temor do homem é ter que se defrontar com algo que não se pode controlar, tanto por meios técnicos como por meios simbólicos. São esses códigos estruturadores que geram a lei e a ordem em que o homem se ancora para se defender da desordem. Tudo aquilo que ameaça o controle dessas categorias gera pânico no homem. Nesse sentido, a existência só se constitui boa e virtuosa se inserida na lei e na ordem.

Sendo assim, os doentes e as doenças, por se situarem como nocivos à sociedade, são considerados como uma categoria ambígua por se localizarem no liame da vida e da morte.

Dessa maneira, muitas vezes o doente é transposto para um novo mundo, de modo que as pessoas o protegem e também protegem a si mesmas: “Frequentemente proibem os doentes de se lavarem ou se barbearem, obrigando-os a permanecerem sujos e repulsivos, numa tentativa de fazer com que a impureza física represente para todos sua condição ritualmente desqualificada” (RODRIGUES, 2006a, p. 61).

Por isso há diversas maneiras de se destinar o corpo morto, ora queimando, enterrando; de modo que o perigo que traz consigo não atinja o mundo das normas. É preciso lançar mão de mecanismos simbólicos, para que este corpo - agora desestruturado - não seja uma ameaça à estruturação do mundo. Por outro lado, algumas culturas não evitam os cadáveres e, sim, interagem com eles. De acordo com Rodrigues (2006a) “a morte tem mana e atribui mana”. O mana constitui uma forma de desencadear reações na sociedade e em seus sistemas simbólicos, assim há diversas formas de rito em relação ao morto conforme a sociedade.

Todas essas formas de banimento da morte na vida social implicam o fato de que a ausência gera um aniquilamento interacional. Isso ocorre, posto que a vida social se insere em um sistema de comunicação, composto por uma organização específica; dessa maneira, o fato de um indivíduo morrer não implica um acontecimento isolado. A morte do outro desestabiliza os alicerces morais da sociedade, colocando em risco sua coesão e solidariedade. Assim, a morte não é apenas biológica, pode-se viver a experiência da morte antes de se morrer. Os seres humanos só adquirem a experiência de morte por meio de outros sujeitos, constituindo-se, então, um processo relacional. A manifestação do vazio, oriunda da morte, é sentida inicialmente sob a perspectiva de um vazio interacional, na medida em que não atinge somente as pessoas próximas, mas a vida social de uma maneira global (RODRIGUES, 2006a). Bayard (1996) destaca que o temor à morte sempre existiu, uma vez que para o homem é difícil desvincular-se de uma condição já estabelecida - conhecida - para ingressar em outra que ele desconhece. Desagregar vínculos já construídos adquire sentido negativo para o homem.

Segundo Elias (1982), a morte é um problema sociológico. As dificuldades de se enfrentar o fenômeno da morte referem-se ao fato de que ela gera temor e dificuldade no mundo dos vivos: “o problema social da morte é especialmente difícil de resolver porque os vivos acham difícil identificar-se com os moribundos... A morte é um problema dos vivos” (ELIAS, 1982, p. 10). E isso gera um afastamento entre vivos e velhos/moribundos: “Isso é o mais difícil – o isolamento tácito dos velhos e dos moribundos da comunidade dos vivos, o

gradual esfriamento de suas relações com pessoas a que eram afeiçoados, a separação em relação aos seres humanos em geral, tudo que lhes dava sentido e segurança” (ELIAS, 1982, p. 8).

Para se compreenderem as representações da morte, é preciso levar em consideração ainda as diversas relações de poder em uma dada sociedade. Esta abarca um sistema de comunicação e significação, no qual se rege um sistema de regras que definem e balizam comportamentos e sentimentos dos indivíduos. No que se refere à morte, seu poder está justamente “no desafio que ela oferece aos sistemas de classificação e que este ‘poder’ é função da resposta que, à morte, cada sociedade forneça” (RODRIGUES, 2006a, p. 85).

Sob outra perspectiva, Rodrigues (2006b) destaca as formas como a morte se apresenta junto à sociedade ocidental, como sua nítida exacerbação junto aos meios de comunicação que, por outro lado, contrapõem-se com seu velamento na vida cotidiana. Nos lares, ela é evitada em conversas, os velórios tornam-se mais privatizados e discretos e as pessoas pouco contato têm com cadáveres ou defuntos. Nesse sentido, o autor discute o paradoxo existente na sociedade que, ao mesmo tempo em que silencia nos diálogos cotidianos, também se exacerba como é verificado nos meios de comunicação.

O controle sobre a natureza e o ideal de poder dominar tudo, inclusive a morte, associa-se à história da medicina que tem como um de seus pilares o controle sobre a natureza. Bacon (*apud* RODRIGUES, 2006a, p. 138) explicita os três deveres da ciência médica, a saber: “conservação da saúde, a cura das doenças e o prolongamento da vida”, sendo esse último o dever mais recente da medicina. Assim, na tentativa de tornar o homem um ser imortal, a ciência o coloca sob o controle da natureza, restringindo-o ao que é mortal. Entretanto esse espaço também se configura em um meio no qual o homem pode intervir por meio da ciência.

Nesse sentido, Martins (1985) sugere algumas características da morte contemporânea, a saber: a própria migração da morte que transfere as etapas de morrer para os profissionais de saúde; parcimônia nos rituais acerca da morte e da própria arte mortuária, característica evidenciada principalmente devido ao aumento de incinerações; declínio dos discursos e linguagens sobre a morte; e por fim, ausência de sentido da morte, ancorando-se no “desencantamento do mundo”, proposto por Weber. Tem-se também que é difícil para a sociedade ocidental, que tem por lógica funcional o progresso, a superprodução e o desenvolvimento, inserir a morte nessa conjuntura. Consequentemente, o autor sugere que a sociedade ocidental acaba por reprimir e ocultar a morte nas mais diversas formas,

percebendo-a como algo nocivo e vergonhoso para uma sociedade cada vez mais dotada de avanços tecnológicos e pelo progresso.

1.3 O hospital como um novo local para morrer: a prática médica na instituição hospitalar

Eu juro por Apolo médico, por Esculápio, Hígia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, e promessa que se segue:

Estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes. Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém.

A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher substância abortiva.

Conservarei imaculada minha vida e minha arte.

Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculoso confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam.

Em toda casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução, sobretudo dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados.

Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto.

Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça.

(Juramento Hipocrático) ⁶

Os médicos são profissionais dotados de legitimidade para lidar com os limites do corpo que, por extensão, também envolve os limites da vida e da morte. Na prática profissional é preciso, ainda, ancorar-se nos liames que submergem às esferas éticas, profissionais e subjetivas. É sabido que a medicina tem por paradigma lutar para promover (e em alguns casos prorrogar) a vida do paciente e, que, no entanto, lida cotidianamente com a impossibilidade de cura e, conseqüentemente, com a morte, principalmente no que se refere a hospitais que prestam serviços de urgência e emergência. Essa é ainda uma categoria profissional responsável por deliberar e emitir os óbitos, estando, portanto, em contato direto

⁶ Juramento de Hipócrates, proferido nas formaturas de conclusão do curso médico. In: CREMESP, 2013.

e legitimado com a morte no exercício de sua profissão. Observa-se também que nas sociedades complexas⁷ é conferido aos médicos um saber sobre-humano:

A prática médica tem lugar nos hospitais, nos ambulatórios, nos prontos-socorros, nos postos ou centros de saúde e nos consultórios, em contato com aqueles que, de modo geral, em razão de doença, mal súbito ou lesões provocadas por acidentes ou agressões, ali chegam ou se encontram em busca de tratamento, alívio para seus males, de recuperação, enfim, do equilíbrio vital perdido (CONSORTE, 1983, p. 40).

Nesse sentido, um hospital é, sem dúvida, um local que incita diversos questionamentos. São diversos profissionais envolvidos com a vida, a doença, a dor, o sofrimento e, no limite, com a morte de outras pessoas. Esses eventos são, até certo ponto, previsíveis nesse contexto⁸ - entendendo-se como contexto, conforme Wagner (2010), o resultado de uma ação - porém nunca isentos de reações. Tudo pode acontecer. Previsíveis ou não, os fatos ocorridos dentro de uma instituição hospitalar são sempre demarcados por reações diversas.

Hospitais que prestam serviços de urgência concentram ainda um fluxo de atividades e conflitos de emoções maiores, isso porque são hospitais em que os profissionais, sobretudo os médicos, trabalham para evitar a morte de pacientes em situações de urgência e emergência oriundas, seja de ações externas - como acidentes, tentativas de homicídio e suicídio - ou manifestação de uma doença repentina, cabendo ao médico prestar um atendimento rápido para a salvaguarda da vida do paciente:

Pessoas transitando, médicos executando procedimentos nos enfermos, macas chegando com novos pacientes, pacientes indo para a enfermaria - quando há melhora do quadro -, ou destinado para outro leito - quando há agravamento do quadro -, corpos saindo quando ocorre o óbito, médicos já alertando aos familiares que o paciente terá poucas chances de vida, familiares indagando aos médicos se realmente não há mais nada o que fazer. Choros, risos e indiferença também permeiam a dinâmica desse ambiente, expressos tanto pelos profissionais, como enfermos e familiares. Há uma mistura de emoções, um conflito de reações das pessoas que transitam nesse local diante dos eventuais fatos que podem vir a acontecer (AREDES, 2010, p. 84).

⁷ Segundo Velho (1987, p. 17), as sociedades complexas se configuram pela “heterogeneidade e variedade de experiências e costumes, contribuindo para a extrema fragmentação e diferenciação de domínios e papéis, dando um contorno particular à vida psicológica individual”. Nas sociedades complexas não há uma separação tácita nas esferas sociais, os indivíduos interagem em diversos prismas simultaneamente: “estão na interseção de diferentes mundos. Podem a qualquer momento podem transitar de um para outro em função de um código relevante para suas experiências” (VELHO, 1994, p. 26).

⁸ Emprego a palavra *contexto* com base na definição de Wagner (2010), que o conceitua amplamente como: “ambiente de significado no qual um símbolo é utilizado. [...] Um contexto é uma parte da experiência – e também algo que nossa experiência constrói; é um ambiente no interior do qual elementos simbólicos se relacionam entre si, e é formado pelo ato de relacioná-los. [...] Uma palavra ou qualquer outro elemento simbólico adquire suas associações convencionais do papel que desempenha na articulação dos contextos em que ocorre e da importância e significância relativa desses contextos” (WAGNER, 2010, p. 77-79).

O hospital, como instrumento de intervenção no doente e na doença surgiu no final do século XVIII. Nesse período foram realizados inquéritos a fim de se fazer uma reconstrução dos hospitais até então existentes. Esses inquéritos foram realizados por profissionais vinculados à área da saúde. Nesse momento, o hospital é percebido como uma “máquina de curar” e, portanto, se há alguma deficiência que coloque em risco a salvaguarda da saúde, deve ser corrigida. Antes do século XVIII, a instituição hospitalar era percebida como um local de assistência aos pobres. Subjacente a isso, por também abrigar pobres com enfermidade contagiosa, era também um local de separação e exclusão: “o personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se devem dar os últimos cuidados e o último sacramento” (FOUCAULT, 1988, p. 101).

Se até o final do século XVIII o saber do médico centra-se no doente, depois de tal data, esse saber migrará para a enfermidade em si que acomete esse doente. O indivíduo enfermo transfigura-se em um caso específico, que traz consigo um invólucro patológico qualquer. Assim, há uma relação entre médico e paciente permeada por uma troca: o paciente, que carece de cuidados e, em contrapartida, os médicos que estudam esses pacientes – ou a doença desses pacientes. O hospital torna-se então um local de acolhimento das doenças, espaço onde os estudantes de medicina e médicos treinam e aprendem sobre as doenças e casos parecidos. Entretanto, o que está distante desses casos, “fora das doenças nomeadas e catalogadas, das quais se sabe que ela é o fim previsível, a morte não tem sentido e o tratamento não encontra rumo” (RODRIGUES, 2006a, p. 140).

Assim, de acordo com Foucault (1988), a instituição hospitalar passa a fazer uso de técnicas científicas e o espaço hospitalar é medicalizado. O hospital passa a contar com um regimento de administração de cuidados que se constitui de regras, horários, arquitetura e distribuição dos leitos. Dessa forma, o corpo humano passa a ser visto sob a lógica de mecanismos de poder, em que há o domínio sobre o corpo dos outros e, sobretudo, sob a lógica do conhecimento dos médicos, que, com suas formas de saber e técnicas, executam o poder sobre o corpo dos pacientes. Estes se tornam submissos às técnicas e práticas na instituição hospitalar, especialmente, aos mecanismos de disciplina que fazem uso de métodos que permitem controlar o corpo.

Segundo o Ministério da Saúde um hospital é:

Parte de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também

em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde vinculados tecnicamente (BRASIL, 2006, p. 46).

Menezes (2004) afirma que a função dos hospitais na sociedade ocidental é prestar serviços referentes à saúde, à doença e à morte. Entretanto tal função é resultado de um processo histórico anterior, que se acentuou, principalmente, a partir dos anos 60, período de um acelerado desenvolvimento científico da tecnologia médica que propiciou um aumento na criação de equipamentos, medicamentos, procedimentos, exames, intervenções cirúrgicas e medicamentosas para prolongar a vida.

Nessa época também começaram a surgir contestações no que se refere à prática médica hospitalar, notadamente a predominância do olhar técnico sobre o doente em detrimento de suas dimensões culturais. Nesse sentido, consta que o médico faz uso de seu saber, a fim de prolongar a vida do paciente e adiar sua morte. Nesse contexto, a morte se institucionaliza e, por detrás dessa institucionalização, em alguns casos, esta é ocultada. Segundo Barbosa (2003, p. 44): “passagem do morrer para os hospitais, com a sua massificação e alguma desumanização, permite que a morte passe despercebida e se converta em algo de alheio, silencioso e solitário”. Os doentes, na maioria das vezes, não são mais ouvidos e não conseguem compartilhar suas inquietações. Elias (1982, p. 98) também destaca: “nunca antes as pessoas morreram tão silenciosa e higienicamente como hoje nessas sociedades, e nunca em condições tão propícias à solidão”. Nas sociedades pré-industriais, as pessoas morriam carentes de cuidados higiênicos, mas, por outro lado, não morriam sozinhas. Nas sociedades industriais, os moribundos são deixados sob os cuidados de natureza estritamente técnica em uma instituição hospitalar e, quase sempre, isolados de contatos afetivos: “Na unidade de terapia intensiva de um hospital moderno, os moribundos podem ser tratados de acordo com o mais recente conhecimento biofísico especializado, mas muitas vezes, de maneira neutra em termos de sentimentos: podem morrer em total isolamento” (ELIAS, 1982, p. 100).

Nesse panorama de uma possível negação da morte, tem crescido o interesse pela Tanatologia⁹, que consiste no estudo da morte, em seus aspectos físico, psicológico, social e cultural, e dos reflexos que produz no comportamento humano, tendo como principal papel humanizar o entendimento aos que estão sofrendo perdas graves, seja da saúde, de um ente querido ou em decorrência do próprio envelhecimento (D’ASSUMPÇÃO, 2002).

⁹ Tanatologia: palavra derivada do idioma grego *thánatos*, que representa o deus da morte na mitologia grega, e *logos*, que significa estudo (D’ASSUMPÇÃO, 2002).

É nesse cenário das representações da morte nos hospitais, que tem surgido um interesse a respeito daqueles pacientes que já não respondem a práticas terapêuticas, os chamados FPTC¹⁰ (MENEZES, 2004). Subjacente a esse fato, emerge um movimento sob o nome de Cuidados Paliativos¹¹, que tem como propósito reaver as práticas médicas no que diz respeito à morte e ao processo de morrer nos hospitais contemporâneos. O objetivo de tal movimento consiste em oferecer assistência ao enfermo (e a seus próximos) até a sua morte. Os paliativistas têm como objetivos propiciar a seus pacientes uma “boa morte”, na medida em que buscam amenizar dores oriundas de sofrimentos físicos e psicológicos decorrentes da enfermidade e dos procedimentos médicos. Os paliativistas defendem que o enfermo tenha o controle em seu processo de morrer, bem como seja ativo e atuante nas decisões que dizem respeito a seu tratamento. Nesse sentido, o movimento dos “Cuidados Paliativos” sustenta que o óbito ocorra na própria residência do moribundo, permitindo que este esteja em um ambiente próximo a amigos e familiares nos instantes finais de sua existência.

Voltando a Foucault (2003), a instituição hospitalar constituiu uma sociedade disciplinar com o surgimento das técnicas disciplinares do corpo, mediadas por mecanismos que tornam o corpo mais submisso e útil. Ao se fazer uso de registros e vigilância contínuos ao enfermo, os médicos, por meio da disciplina, consolidam seu “poder” na instituição hospitalar:

Médicos e doentes não estão implicados, de pleno direito, no espaço racional da doença, são tolerados como confusões difíceis de evitar: o paradoxal papel da medicina consiste, sobretudo, em neutralizá-los, em manter entre eles o máximo de distância, para que a configuração ideal da doença, no vazio que se abre entre um e outro, tome forma concreta, linear, totalizada enfim em um quadro imóvel, simultâneo, sem espessura nem segredo, em que o reconhecimento se abre por si mesmo à ordem das essências (FOUCAULT, 2003, p. 8).

O hospital servirá, ainda, para afastar o doente e os que estão para morrer dos olhos de todos. A expropriação da dor e da morte ocorre simultaneamente: “o hospital é o lugar onde se sofre e se elimina a dor, assim como é o lugar onde se morre e se elimina a morte” (RODRIGUES, 2006a, p. 196). Subjacente a esses fatores, o olhar médico também é remodelado: “não é mais o olhar de qualquer observador, mas o de um médico apoiado e justificado por uma instituição, o de um médico que tem o poder de decisão e intervenção”

¹⁰ FPTC: Fora de Possibilidades Terapêuticas de Cura. Termo cunhado na época do ‘movimento dos Cuidados Paliativos’ para se referir aos pacientes sem possibilidade de cura.

¹¹ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (*apud* PEIXOTO, 2012), Cuidados Paliativos podem ser definidos como: “conjunto de ações que visam melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares frente a uma enfermidade que não responde a terapêuticas curativas que permitem prolongar a vida. Os cuidados paliativos se iniciam desde o diagnóstico da doença incurável até os momentos finais da vida e do período de luto”. O seu paradigma é o do cuidado (e não o da cura).

(FOUCAULT, 2003, p. 101). O olhar clínico se configura como um olhar que verifica as coisas, os sintomas minuciosamente, a fim de se atingir a extrema verdade:

Quando o médico observa, com todos os seus sentidos acesos, um outro olho se põe sobre a fundamental visibilidade das coisas e, através do dado transparente da vida, que os sentidos particulares são obrigados a driblar, se dirige, sem astúcia ou rodeio, à clara solidez da morte (FOUCAULT, 2003, p. 189).

A chegada da morte aos hospitais perpassa uma trajetória histórica. De acordo com Rodrigues (2006a), na Idade Média, seres e coisas eram vistos como uma continuidade, não havia uma separação entre céu, terra, mar, animais. Nesse sentido, a morte nesse período é considerada como um evento comum, costumeiro e, acima de tudo, próximo ao cotidiano das pessoas. A morte não significava dor, uma vez que ela não representava uma ruptura junto ao mundo dos vivos. No século XV, o temor pela fatalidade da morte começa a se manifestar devido ao surgimento de um sentimento de individualidade que visava à imortalidade do homem: a morte começa a não ser mais familiar. Ao longo dos séculos XVI e XVII, nasce, então, a morte romântica, sendo cada vez mais temida pelas pessoas.

Já no século XIX, evidencia-se ainda mais um temor em relação à morte, pois esta passa a representar uma ruptura com a cronologia cotidiana da vida. Conjugado a isso, verifica-se que as práticas funerárias começam a ser apropriadas pela medicina e pelo poder público, o cadáver insere-se agora em uma estética fúnebre, evidenciando uma sutileza quase que viva junto às maquilagens utilizadas para seu preparo. Essa preocupação estética evidencia certa dissimulação adiante da realidade da própria morte.

Paralelamente a essas mudanças na sociedade ocidental, diversas perspectivas sobre o corpo também foram sendo consolidadas, culminando numa polissemia corporal. Segundo Le Breton (2011), as representações do corpo variam com o tempo. Esse autor destaca que, na Idade Média, havia o corpo popular caracterizado pela agregação e pelo vínculo aos outros cosmos da natureza e às divindades. Todas as coisas estavam interligadas e tinham uma significação; havia uma correspondência entre os animais, as plantas, o homem e o mundo invisível. Na esfera das tradições populares, o corpo humano torna-se, então, uma inclusão e não uma separação; numa perspectiva holística, ele é parte dependente de outras esferas, “de todas as energias visíveis e invisíveis que percorrem o mundo”. Nas palavras de Le Breton (2011, p. 43): “o homem não está distinguido da trama comunitária e cósmica na qual está inserido, mas, ao contrário, está misturado à multidão de seus semelhantes, sem que sua singularidade faça dele um indivíduo no sentido moderno do termo”.

Já na Idade Moderna, o corpo é separado das forças da natureza, anatomizado e visto por uma nova razão. Nesse cenário, há uma ênfase nos estudos da função do corpo, de modo que as pessoas estão separadas e não mais unidas, e não há uma interligação como era visto na Idade Média:

Entre os séculos XVI e XVII, notadamente com o empreendimento anatomista, abre-se o caminho que deprecia os saberes populares e, em contrapartida, legitima o saber biomédico nascente. O saber sobre o corpo se torna o apanágio mais ou menos oficial de um grupo de especialistas protegido pelas condições de racionalidade de seus discursos (LE BRETON, 2011, p. 93).

Conjugado a esses aspectos, Rodrigues (2001) sustenta que essas novas maneiras de perceber o corpo – e, por extensão, a própria morte - ao homem ocidental moderno foram vinculadas as novas formas de representação social que emergiram no século XVII, conjugadas à racionalidade e ao progresso que contextualizaram a sociedade ocidental. Nesse aspecto, o conhecimento dissocia-se dos seres e torna-se fragmentado. A relação de um estreito vínculo, até então existente entre o pensamento e a cultura, é suprimida, emergindo agora oposições, como sociedade e indivíduo, natureza e cultura, subjetivo e objetivo. A cultura ocidental sob a ótica do individualismo reconfigurou as maneiras de se pensar e agir. Nesse sentido, as formas de representação do corpo também mudaram, ancorando-se em lógicas e técnicas que agora o protegem. Entretanto, conforme Rodrigues (2001), essa proteção será permeada pelo afastamento e por uma ausência de sensibilidade em relação ao outro. Voltando a Le Breton:

[...] O corpo é um resto. Ele não é mais o sinal da presença humana, indiscernível do homem: ele é sua forma acessória. A definição moderna do corpo implica que o homem esteja separado do cosmo, separado dos outros, separado de si mesmo. O corpo é o resíduo desses três retiros (LE BRETON, 2011, p. 71).

Nesse sentido, pode-se fazer uma relação quanto às considerações postas por Merleau-Ponty (1999), quando este faz uma crítica ao pensamento objetivo que desvale o sujeito da percepção. Segundo este autor, não se pode pensar o corpo como uma totalidade com partes independentes, é preciso pensar na síntese, numa perspectiva compartilhada dos sentidos. Não existe um corpo em si, existe um corpo na relação, no movimento sujeito-objeto.

Ainda inserido nesses pontos, conforme Bonet (1999), na cultura ocidental moderna é dada uma ênfase aos saberes biológicos e científicos, o que, nas palavras deste autor, se remete a “um saber autorizado” conhecido como modelo biomédico, pautado pela oposição entre corpo e mente. Tal modelo, configurado como um saber científico sobre a doença e sobre o corpo, convive com outras manifestações culturais, como a medicina alternativa, a

medicina popular e a medicina natural, consideradas como “medicinas românticas” que, diferentemente do modelo biomédico, constituem uma prática de saberes sobre o homem na perspectiva holística. Entretanto somente o saber biomédico possui legitimidade, pois seu caráter universal e sua validade ancoram-se no fato de ele se alicerçar como conhecimento científico.

A formação da biomedicina está estritamente relacionada ao individualismo que, conforme Duarte (1998, p. 20) produz como consequência: “[...] a racionalização e afastamento do sensível, a fragmentação dos domínios e a universalização dos saberes, a interiorização e psicologização dos sujeitos”. Segundo Bonet (1999), a partir desses fatores, emerge uma nova concepção de pessoa que coloca o indivíduo acima de tudo e que confere à biomedicina um poder sobre o corpo e a doença, além de criar o que o autor denomina como ‘tensão estruturante’ da prática biomédica:

A partir dessa nova concepção de corpo se abre o caminho para uma biologia e uma medicina positivas, mas o custo desse avanço é a instituição de um dualismo entre o corpo, que representará o material, mensurável e objetivável, e o homem, associado ao espiritual, social e psicológico. Com esse dualismo material-espiritual ficam definidas as bases do que chamamos de tensão estruturante da prática biomédica (BONET, 1999, p. 126).

Retomando as formas de representação da morte, em concordância com Rodrigues (2006a), o historiador Ariès (1977) sugere que esse novo modelo contemporâneo da morte também foi oriundo de uma mudança na percepção acerca dela paralelamente à mudança econômica ocorrida na sociedade. Com a emergência do capitalismo e, conseqüentemente de uma nova ordem social, os modos como as pessoas viviam tiveram de ser remodelados à nova estrutura social.

O processo de industrialização foi se expandindo, aumentando a oferta de mão de obra e, conseqüentemente, impulsionando o êxodo rural. Segundo Ariès (1977), essas mudanças ocasionaram condições insalubres de moradia e falta de disponibilidade da família de cuidar do enfermo. Ainda de acordo com este autor, com essas mudanças econômicas, a indústria precisava de trabalhadores com boas condições de saúde. Como já não encontravam esse ambiente em casa com a família, os doentes foram migrando para locais mais assépticos para o tratamento: os hospitais. De acordo com Rodrigues (2006a), esses locais agora são percebidos como responsáveis pela técnica e pelo controle.

Foi nesses contextos e circunstâncias que a morte foi sendo migrada para o hospital. Já não se morre mais em casa, com familiares e amigos. O doente é transferido para um hospital no qual fica até a morte. Rodrigues (2006a) destaca que essa transferência também foi

condicionada pelo avanço técnico da medicina. Ora, em um hospital o doente contará com diversos equipamentos para seu tratamento, e tais equipamentos não podem ser manuseados em sua casa, por serem pesados e também caros. Somado a isso, observam-se, com a urbanização, mudanças profundas tanto no tamanho como na estrutura familiar, assim, culturalmente, a família já não é tão acolhedora e preparada diante da morte; prefere deixar o moribundo sob um local asséptico e também fora do ambiente familiar, para que o enfermo não prejudique o curso da vida de seus familiares:

A morte recuou e deixou a casa pelo hospital; está ausente do mundo familiar de cada dia. O homem de hoje, por não vê-la com muita frequência e muito de perto, a esqueceu; ela se tornou selvagem e, apesar do aparato científico que a reveste, perturba mais o hospital, lugar de razão e técnica, que o quarto da casa, lugar dos hábitos da vida quotidiana (ARIÈS, 1977, p. 171).

Ressalta-se que nos hospitais de urgência e emergência, foco de estudo deste trabalho, a morte se apresenta com muito mais frequência¹², isso porque hoje tem morrido menos pessoas na cena onde ocorre o acidente, morrendo mais gente no hospital, em consequência dos serviços do SAMU (Serviço Móvel de Urgência). Antes da criação do SAMU, os atendimentos de urgência eram direcionados apenas ao Corpo de Bombeiros, que carecia de unidades e não conseguia dar uma assistência a esses pacientes de forma adequada. A intensificação do processo de urbanização tem redundado em aumento da violência urbana, tráfico de drogas, violência interpessoal, automobilística, aumento no número de motos, dentre outros. Consequentemente, o resgate pelo Corpo de Bombeiros se tornou insuficiente, ficando direcionado a outras situações, assim criando-se o SAMU. Com isso tem havido mais agilidade no processo de atendimento na ocasião de um acidente. O SAMU, que tem uma equipe bem treinada, atende ao paciente rapidamente, e este recebe o primeiro suporte de vida em pouco tempo após o acidente. Embora haja esse primeiro atendimento, muitos pacientes estão em estado grave e, quando chegam ao hospital, morrem minutos após dar entrada à instituição.

1.4 A luta pela vida contra a morte: ambivalências da morte no campo médico

O mais contraditório, porém, neste quadro geral de recusa, é que, dado o intenso processo de medicalização da existência a que está submetida a nossa sociedade e a consequente institucionalização do modo de morrer, o envolvimento dos médicos com a morte é cada vez maior e a sua responsabilidade face a ela cada vez mais invocada. A morte no hospital, a morte desvinculada do contexto doméstico, coloca diretamente nas mãos do médico o problema da sua administração. Na medida em

¹² Informações cedidas por um médico do Pronto Socorro João XXIII.

que não se morre mais em casa, a morte de cada um passa a ser administrada pelo médico no hospital, é ele que passa a controlá-la. A expropriação da morte da sua dimensão simbólica, cultural, a sua desumanização, por sua vez, reforçam a concepção médica da dimensão meramente biológica do existir, haurida na sua formação, e alimentam suas fantasias de poder (CONSORTE, 1983, p. 44).

É interessante ressaltar que a morte também é uma ameaça à credibilidade profissional do médico, que em alguns casos não pode evitá-la, ao mesmo tempo em que esta também lhe atribui prestígio quando suas intervenções conseguem detê-la:

Se a morte impõe limites à sua ação, checa o seu saber e o seu poder, é através dela que boa parte da sua pesquisa e da sua ciência avança. A morte abre-lhe as portas à investigação, permite-lhe a devassa, fornecendo-lhe ao mesmo tempo o material, os meios para a formação de novos profissionais (CONSORTE, 1983, p. 57).

Na luta para evitar e afastar a morte, o ensino e a prática médica se ancoram no sentido de propor novas pesquisas e formas de prolongar a vida. A morte, então, está presente tanto no que se refere a um risco a sua credibilidade profissional - a assinatura do médico no atestado de óbito, no limite, confirma sua impotência contra a morte - como também confere certa autoridade a essa categoria profissional, quando pesquisas e avanços tecnológicos produzidos por médicos são capazes de evitá-la:

Apesar do seu compromisso com a vida, a morte é uma presença constante no exercício da profissão médica. Ou porque os pacientes morrem sob os cuidados médicos, ou porque, tendo morrido na ausência deles, exigências legais impõem a presença do médico para verificação do seu óbito - já que não se pode enterrar ninguém sem que a causa de sua morte seja conhecida, o fato é que, dificilmente, os médicos conseguem evitar o contato com essa experiência. Raras são as especialidades médicas e as situações de trabalho em que a possibilidade de exposição a esse risco é minimizada. Muito mais numerosas são aquelas em que se lida permanentemente com ele (CONSORTE, 1983, p. 48).

1.5 O corpo, a vida e a morte como Fatos Sociais Totais

Os médicos em seu exercício profissional precisam lidar com três aspectos que envolvem seus pacientes: o corpo, a vida e a morte. Todos esses três aspectos não se restringem à dimensão biológica do homem, eles abarcam outras esferas da vida social, que perpassam os prismas sociais, culturais e, sobretudo, os reflexos que produzem no comportamento humano. É nesse sentido que pensar tais temáticas envolvendo a prática médica remete novamente ao conceito de fato social total proposto por Mauss (2011), que diz respeito à integração de diferentes esferas constitutivas da vida social. Assim, o corpo, a vida e a morte devem ser compreendidos em sua totalidade, de modo a não excluir e nem separar os demais aspectos da realidade social. Dessa maneira, ancorando-se na perspectiva de Mauss

(2011), para se compreender um fenômeno total, é preciso que haja uma compreensão transversal.

É válido destacar também que essa totalidade em que os fenômenos sociais estão inseridos só pode ser apreendida na experiência vivida do indivíduo, na qual este irá construir suas representações a respeito de um determinado fenômeno da vida social. Segundo Consorte (1983, p. 41): “como prática voltada para a vida, a prática médica é marcada por uma intensa e insofismável recusa da morte, como se esta não fosse contingência daquela, recusa esta [...]”. Ainda nessa perspectiva, voltando a Mauss, contempla-se a esfera psicológica e emocional nas ações dos indivíduos em sociedade:

É que uma classificação lógica é uma classificação de conceitos. Ora, o conceito é a noção de um grupo de seres claramente determinado; seus limites podem ser marcados com precisão. Ao contrário, a emoção é uma coisa essencialmente vaporosa e inconsciente. Sua essência contagiosa brilha muito além de seu ponto de origem, estende-se a tudo aquilo que a cerca, sem que se possa dizer onde se detém sua potência de propagação. Os estados de natureza emocional participam necessariamente do mesmo caráter. Não se pode dizer nem onde começam nem onde acabam; perdem-se uns nos outros, misturam suas propriedades de modo que não se pode categorizá-los com rigor (MAUSS, 2001, p. 455).

De forma complementar, Kastenbaum e Asenberg (1983) fazem seis preposições gerais para discorrer sobre o conceito de morte, as quais sugiro que também possam ser estendidas para os conceitos de vida e corpo: (a) o conceito de morte é sempre relativo; (b) o conceito de morte é excessivamente complexo; (c) os conceitos de morte mudam; (d) os conceitos são ambíguos; (e) os conceitos de morte são influenciados pelo contexto situacional; (f) conceitos de morte relacionam-se com o comportamento. É válido ressaltar que todas essas preposições estão interligadas para ajudarem na compreensão de tais conceitos que não podem se limitar a apenas uma definição. Assim, é preciso levar em consideração os diversos campos que as representações da morte perpassam, a fim de compreender o fenômeno.

A vida, o corpo e a morte são temáticas complexas. É preciso levar em consideração o contexto social e cultural, as características idiossincráticas de cada indivíduo; por isso é um fenômeno de difícil conceituação e, ainda, a redução desse conceito a apenas uma definição não traduz o que ele de fato representa. Por isso os autores se atentam às imbricações das preposições elencadas acima, para que estas ajudem a pensar o conceito da morte que, para além dos diversos campos que abarca, ainda está em crescente construção e não se esgota a uma definição.

Para se pensar todas essas relações que envolvem a prática médica, é preciso a adoção de uma perspectiva que evite a simplicidade reducionista, a típica separação em áreas limitadas de estudo, supondo que haja níveis – inferiores e superiores – um sobreposto ao outro, já definida por Geertz (1989) como “concepção estratigráfica”:

Resumindo, precisamos procurar relações sistemáticas entre fenômenos diversos, não identidades substantivas entre fenômenos similares. E para consegui-lo com bom resultado precisamos substituir a concepção “estratigráfica” das relações entre os vários aspectos da existência humana por uma sintética, isto é, na qual os fatores biológicos, psicológicos, sociológicos e culturais possam ser tratados como variáveis dentro dos sistemas unitários de análise [...]. É uma questão de integrar diferentes tipos de teorias e conceitos de tal forma que se possam formular proposições significativas, incorporando descobertas que hoje estão separadas em áreas estanques de estudo (GEERTZ, 1989, p. 56).

Cabe aqui a adoção do pensamento complexo de Morin (2001), com base numa posição de crítica e superação do pensamento simplificador, entendido como um paradigma redutor, que isola e manipula a realidade. Nesse pensamento, utiliza-se outra lógica para compreender uma dada realidade, definida como um entrelaçado de realidades dialógicas e polilógicas. O pensamento complexo adota o prisma da circularidade, de modo que vários aspectos, como a subjetividade e a objetividade, afetam um ao outro, num processo sucessivo de organização e desorganização, além disso, ancora-se numa perspectiva dialética em que existem contradições e paradoxos (BARROS, 2008). Há de se pensar ainda na perspectiva holística do pensamento complexo, como nas palavras de Morin (2001, p. 233): “Assim, o pensamento complexo deve operar a rotação da parte ao todo, do todo à parte, do molecular ao molar, do molar ao molecular, do objeto ao sujeito, do sujeito ao objeto”.

CAPÍTULO 2 – O SERVIÇO DE PRONTO SOCORRO NO HOSPITAL JOÃO XXIII

Nesse capítulo, primeiramente busquei abordar minha entrada no campo, a metodologia utilizada na pesquisa, bem como uma descrição do panorama dos serviços prestados pelo hospital objeto de estudo da pesquisa, incluindo perfil de casos, organização física e demais caracterizações, que possibilitem ao leitor compreender minha imersão no tema escolhido.

2.1 Narrativa de um processo: os desafios de estar em campo para compreender a morte

Ao som de sirenes e fluxo intenso de funcionários e visitantes, iniciei minha jornada no eleito melhor Pronto Socorro do país: o Hospital João XXIII. Ao me adentrar pelo corredor da emergência e me apresentar ao primeiro médico que cruzou meu caminho, ele disse: *“Você vai passar um tempo ‘internada’ aqui com a gente? É um tema difícil, você está preparada? Bem mórbido, não? Mas, ao mesmo tempo, muito interessante... O que te levou a escolher esse tema tão excêntrico? Você vai buscar os óbitos... você está querendo matar alguém? (risos)”*. Foram essas palavras que esse médico disse quando me apresentei a ele na emergência falando um pouco da pesquisa. Fiquei desconcertada no momento, porque estava mesmo buscando compreender a morte. Quando chegava algum paciente que se recuperava rápido, os médicos e enfermeiros brincavam: *“Ah! Esse paciente não é para você não... ele não é tão grave assim (risos)”*. A princípio foi uma situação complicada, não que eu estivesse querendo ver alguém morrer, mas, ao mesmo tempo, o objeto de minha pesquisa era estudar a morte, nesse caso eu estava, de alguma forma, querendo compreendê-la dentro do hospital, mas, ao mesmo tempo, sem torcer para que ela ocorresse. Nesse último caso, eu não conseguiria não me sensibilizar e, de certa forma, apoiar junto ao médico para que o paciente sobrevivesse. Depois de alguns dias, percebi que era melhor utilizar o termo *“paciente grave com risco iminente de morte”*, pois isso me deixou mais confortável quando me apresentava às equipes.

Em relação à profissão de antropóloga, não tive dificuldades em explicá-la para os médicos, ao contrário, fiquei famosa no hospital e era comum eles dizerem que tal profissão é chique e exótica: *“Que legal! Nunca tinha visto uma antropóloga de perto. Me conte um*

pouco sobre a profissão”¹³. Houve um médico, em especial, que procurou pesquisar mais a fundo sobre a antropologia e começou a me chamar de “*Papua Nova Guiné*”, remetendo aos estudos de Malinowski; e também tivemos conversas frutíferas sobre o *Kula*. Isso mostra certo encantamento pela profissão e, ao mesmo tempo, excentricidade. Ora, muitos de meus interlocutores sempre remetiam a profissão a grupos indígenas, sociedades tradicionais, por isso o fato de eu estar ali, num hospital, estudando a morte, tornava minha presença ainda mais curiosa.

Diferentemente do que, de certa forma, consolidou a antropologia: estudar tribos indígenas, relações de parentesco, bruxaria, “ir para a aldeia”, como diziam muitos de meus interlocutores de pesquisa, eu estava buscando um estudo mais urbano e um tanto quanto inusitado e pouco estudado para muitos de meus colegas antropólogos. Ineri-me num tema poroso, mas assumi o risco. Diria que não era nem inferior, nem superior, nem periférico ao que a dita antropologia ortodoxa propunha e, sim, deveria ser analisado de forma simétrica a ela, porém com suas ressalvas; meu nativo estava inserido num meio igual ao meu, na metrópole, na sociedade complexa. Pois, como já afirmava Latour (1997), os antropólogos quando estudam as ditas sociedades modernas devem compreender as grandes instituições, de modo que haja uma simetria entre a análise das sociedades “modernas” e “primitivas”, sem que a compreensão de uma se sobreponha a outra:

[...] centenas de etnólogos visitaram todas as tribos imagináveis, penetraram florestas profundas, repertoriaram os costumes mais exóticos, fotografaram e documentaram as relações familiares ou os cultos mais complexos. E, no entanto, nossa indústria, nossa técnica, nossa ciência, nossa administração permanecem bem pouco estudadas. Expulsos do campo na África, na América Latina ou na Ásia, os etnólogos só se sentem capazes de estudar, em nossas sociedades, o que é mais parecido com os campos que acabavam de deixar: as artes e tradições populares, a bruxaria, as representações simbólicas, os camponeses, os marginais de todos os tipos, os guetos. *É com temor e escrúpulo que avançam em nossas cidades [...]. Os médicos propriamente ditos, as medicinas centrais não são objeto de qualquer estudo metucioso.* Nem falemos da biologia, da física, das matemáticas. *Ciência da periferia, a antropologia não sabe voltar-se para o centro* (LATOUR, 1997, p. 17-18, grifos meus).

Além disso, muitas pessoas questionavam a categoria profissional que escolhi para a pesquisa e sempre quando relatava sobre o trabalho de campo, seja em sala de aula ou algum outro evento em que estivesse presente algum colega da área de antropologia, eu era abordada com frases como: “*Nossa! Você vai entrevistar médicos?... Eles não vão te responder nada...*”; “*Você vai pisar em ovos, o ego dos médicos é muito superior ao dos outros mortais,*

¹³ O mesmo ocorre com etnografias de laboratório ex. Monteiro, Marko (2012) e Rezende, Patrick (2012), essa surpresa e encantamento pela profissão.

eles se consideram deuses”. Claro, que isso a princípio me deixou incomodada, primeiro porque eu mal tinha começado a pesquisa e as pessoas já estavam me dizendo que tudo poderia dar errado, e, em segundo lugar, os médicos eram parte fundamental do foco de meu trabalho e não era bom ouvir as pessoas depreciando meus futuros interlocutores de pesquisa. Em campo, essa apreensão foi se desfazendo à medida que me deparava com pessoas generosas, dispostas a contribuir com a pesquisa. E, ainda, encontrei médicos com compaixão pelo outro, que não se abdicam do lado afetivo na prática profissional; mas é claro que isso se defronta ao saber científico que eles aprenderam nas escolas médicas: é o drama social da prática médica definido por Bonet (1999)¹⁴. É interessante pontuar que essa generosidade de meus interlocutores de pesquisa estava relacionada a seu interesse pelo tema a ser abordado ao longo do trabalho, um assunto que despertava mais que curiosidade e sim importância. Isso ficava evidente na disposição em me ajudarem e permitirem minha imersão em locais tão restritos num hospital e, sobretudo, na riqueza de detalhes e sinceridade expostos nos depoimentos ao longo das entrevistas.

Um hospital de Pronto Socorro é um local onde ocorrem situações muito intensas, aliás, a palavra intensidade traduz o João XXIII, seja no fluxo de pacientes, no trabalho, no vai e vem dos profissionais e na luta contínua pela vida, mas nem sempre com o êxito desejado. Há ainda que se ressaltarem as emoções dos envolvidos, sejam eles profissionais, pacientes ou familiares. Ao se transitar por esse local, experimentam-se distintas sensações específicas de cada um dos órgãos sensoriais quase nunca isoladamente.

Ao se respirar, o que se sente é uma mescla de odores que emanam dos materiais de limpeza, das secreções dos doentes, como também dos medicamentos empregados nos procedimentos. Os ruídos soam aos ouvidos dos pacientes e daqueles que trabalham e transitam pelo Pronto Socorro como uma “orquestra desafinada”, entre sinais sonoros dos aparelhos, queixumes dos pacientes, ordens dos profissionais, choros e reclamações de familiares e acompanhantes. O que se vê é um ambiente cercado por pacientes ensanguentados, profissionais lutando contra o tempo para realizarem todos os procedimentos, semblantes tristes, semblantes alegres, em suma, uma azáfama de movimentos, sons, esperanças e decepções que ocorrem simultaneamente. Tendo vivenciado tudo isso, gostaria de deixar registrada minha relação com os odores que exalam neste ambiente hospitalar. Tive muita dificuldade com o cheiro dos corpos, bem como o cheiro das secreções dos doentes, mesclados com medicamentos. O “grande queimado”, por exemplo,

¹⁴ Tal problemática será mais bem compreendida ao longo do trabalho.

exala um odor carregado, difícil de ser descrito, e as demais características organolépticas¹⁵, como a parte visual, não se mostraram como dificuldade para mim em campo.

No primeiro dia de campo, estava bastante receosa quanto à “recepção” dos médicos - meus nativos - e como no Pronto Socorro tudo é realizado muito rápido para que a vida prevaleça sobre a morte, receei que minha presença fosse tida como uma invasão indevida num ambiente de trabalho sério e intenso. Ao contrário do que esperava, fui muito bem acolhida não só pelos médicos como por toda equipe, incluindo psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, etc. Os enfermeiros, aliás, foram grandes parceiros e mediadores para minha aproximação com os médicos. Lembro-me do primeiro dia de campo, quando a enfermeira encarregada me apresentou o serviço. Eu estava extremamente nervosa, com medo do desconhecido, receosa por não saber qual seria a reação dos profissionais diante de minha presença ali. Naquela profusão de aparelhos ligados fazendo barulho, pessoas caminhando de um lado para o outro, profissionais com a fisionomia séria ministrando procedimentos, confesso que levei um tempo para relaxar e ficar à vontade com todo aquele cenário. No entanto foram esses profissionais que me acolheram transmitindo-me segurança.

Quero ressaltar que não apenas os médicos mas também todos os membros das equipes de enfermagem, de psicologia, de serviço social e até mesmo os porteiros sempre se preocupavam comigo, perguntando se estava tudo bem, se eu havia me alimentado, me lembravam de comer, me ofereciam cama para dormir, dentre outros. Como tenho a pele um tanto quanto alva demais, quase pálida, os médicos sempre queriam colocar soro com glicose em mim: “*Você está pálida, hipocorada!*”, “*acho que você deve fazer alguns exames, quer que eu faça o pedido?*”. Um dia eu estava com dor de cabeça e disse que não precisava de remédio; um neurocirurgião olhou para mim bem surpreso: “*O quê? Você está sentindo dor e não vai tomar remédio?! Não, não... vamos tomar um remedinho se não você não vai aguentar o plantão*”. A noção do cuidado esteve bem presente em campo, o que me pareceu que os médicos estão 24 horas por dia ligados no exercício da medicina, no cuidado, no alívio de dores e doenças. Como visto, não tive problemas na relação pesquisador-pesquisado, ao contrário, fui muito bem aceita por meus “nativos”, o que minimizou meus receios iniciais. Minha relação com os médicos tornou-se uma relação de cumplicidade, de grande proveito no trabalho de campo, como resalta Bonet (*apud* WACQUANT, 2004) quando pontua a relevância da relação de amizade entre o pesquisador e seus interlocutores para o desenvolvimento do trabalho de campo.

¹⁵ Características relacionadas aos órgãos dos sentidos.

Além disso, fui apelidada por diversos termos, como: Dra. Morte, Dama da Morte, Papa Defunto, dentre outros, muitas vezes na tentativa de quebrar a cerimônia. Em todos os plantões, eu me apresentava às equipes de enfermagem e aos médicos relatando o porquê da minha presença ali, sempre acolhida com um “*seja bem vinda!*”. Em alguns casos: “*Você vai ver muito o que está querendo, está no lugar certo...*”, isso porque me apresentei como uma pesquisadora que buscava analisar a forma como o profissional de medicina lida com pacientes graves que evoluem a óbito. Necessariamente, com essa apresentação, meus interlocutores perceberam que eu estava mesmo no lugar certo: “*Nossa, tadinha... será que você vai dar conta desse cenário aqui?*”. Afinal, eu era uma antropóloga “invadindo a praia” dos médicos, uma categoria profissional completamente diferente da minha, e, somado a isso, carregando como foco de pesquisa um tema delicado e difícil de ser abordado para boa parte dos ocidentais. Também havia brincadeiras: um residente em especial todas as vezes que o encontrava pelos corredores me perguntava com um tom jocoso: “*E aí? Muitas mortes hoje? (risos)*”. Apesar de me acolherem bem, os profissionais ficavam curiosos quanto ao tema, achavam-no interessante, mas em alguns casos ficavam em dúvida quanto às observações que eu fazia, pois não entendiam muito bem como eu iria “captar” tais informações apenas observando.

Durante a pesquisa de campo, eu comparecia ao Pronto Socorro em turnos diferenciados: ora no plantão de 12 horas diurno, ora no plantão de 12 horas noturno. Esse último foi o mais difícil no início, pois tive de aprender a driblar o sono, da mesma forma que os profissionais, mas depois de um mês já estava adaptada. Confesso que, em alguns momentos, permaneci num plantão direto de 24 horas, como no Natal e no Réveillon, movida pelo desejo de investigar datas diferentes para não perder qualquer informação.

A entrada de um pesquisador num hospital requer alguns procedimentos que precisam ser cumpridos rigorosamente. Aqui é fundamental dizer sobre o ingresso ao campo, pois as tramitações éticas me exigiram um longo tempo de espera para aprovação (sete meses). Esse tempo resultou benéfico para o trabalho de campo não apenas com os médicos, mas também com o ambiente em si. Isso, na percepção dos médicos, significava credibilidade ao trabalho e, conseqüentemente, a confiança no pesquisador. Para os médicos, o termo de consentimento dá uma segurança de que a pesquisa que será realizada na instituição constitui um trabalho sério e aplicável.

Além das tramitações éticas formais, que incluem submissão do projeto aos comitês de ética das instituições tanto participante como proponente, requer-se ainda que o pesquisador

esteja devidamente caracterizado como tal: com um jaleco de manga comprida branco, calçado fechado e um crachá com identificação.

Em campo tive um importante dispositivo para entrar e circular dentro do hospital: o jaleco. Lembro-me de que, em alguns momentos, transitei sem ele pelo hospital e sempre era abordada por algum profissional me perguntando: “*Você está procurando alguém?*”, “*É parente de algum paciente?*”, “*Aqui não pode ficar acompanhante*”. Sem o jaleco eu era uma pessoa fora do circuito médico e hospitalar, ao contrário de quando estava vestida com ele: “*Bom dia, Dra.!*”, “*Olá, hoje parece que o plantão será tranquilo*”. Nesse último caso eu estava inserida ao grupo dos médicos e minha presença não causava desconforto, o jaleco tornava-se um símbolo de pertencimento ao grupo.

Com meu jaleco branco, discretamente eu portava um bloquinho no bolso para não perder qualquer informação. Claro que não o utilizava em determinadas situações, por exemplo, dentro de um bloco cirúrgico. Nesses casos, eu tentava armazenar tudo na memória e redigia os principais pontos após sair do bloco cirúrgico. Como fui muito discreta, minha presença no ambiente não se mostrou perceptível para as equipes. Quando chegava a casa, redigia o texto ancorando-me nos tópicos principais registrados em meu diário de campo.

Além dessas questões, como estava portando um jaleco branco, vestida como uma profissional de saúde e junto com eles, muitos pacientes e, especialmente familiares, me confundiam com os médicos. Frequentemente eu era abordada com: “*Dra., a dor não passou*”, “*Dra., Como está meu pai?*”, “*Dra., Onde fica a sala x*”, “*Dra., Ele vai ficar bem?*”, etc. De todo modo, isso não foi um problema que tive em campo, eu tentava ajudá-los de alguma forma, buscando alguma informação, já que eu estava mais próxima dos médicos. Alguns profissionais que não me conheciam me confundiam com algum acadêmico ou residente de medicina, pois eu aparentava uma idade próxima à deles, portava um jaleco branco e buscava observar tudo, apreender e aprender sobre casos complexos com risco de morte. Isso também pode ser verificado na pesquisa de Mol (2002) em hospitais, onde sua presença também foi aceita sem resistência pelos profissionais, já que em tal instituição é comum a presença de estudantes e médicos em formação.

Estando inserida no ambiente dos médicos, eu também busquei ajudá-los empurrando uma maca, chamando algum funcionário, atendendo a telefonemas (principalmente durante cirurgias de pacientes graves, quando o médico não podia atender ao telefone celular e me solicitava anotar o recado), apanhando algum instrumento, seja na própria sala de cirurgia, seja em outros setores, e até mesmo me arriscando em discutir alguns casos clínicos com os

médicos, dentre outras ações. Bonet (2004) já elencava que o trabalho de campo é um misto de “participação observante e observação participante”, uma vez que nós, antropólogos, entramos e saímos de cena durante a pesquisa de campo. Numa etnografia no meio urbano, é interessante pontuar que o pesquisador, ao longo do campo, permanece “diluído” entre seus interlocutores de pesquisa, ao contrário de muitos outros contextos etnográficos nos quais o pesquisador se posiciona apenas como observador e, em alguns casos, é privado de algumas atividades do grupo em questão. Ao ser confundida entre os médicos, entre os residentes, ao ajudar no trabalho das equipes, me diluí na rotina de meus interlocutores de pesquisa. Acima de tudo, tive de entender a lógica do serviço, e o que mais se exige de um médico de Pronto Socorro é a agilidade. Em relação a isso não tive problema, pois já sou ágil de costume. Houve uma situação, por exemplo, de uma cirurgia muito grave em que os médicos tinham que correr para o bloco cirúrgico. Lembro-me de que, no meu afã, já caracterizada como uma cirurgiã, fui a primeira a chegar e a anestesista me perguntou: “*É você quem vai operá-lo?*”.

Procurei compreender a lógica de todo aquele cenário tentando participar de toda dinâmica. Esse fato me oportunizou, durante a pesquisa, a partir dessa imersão, acessar a prática profissional dos médicos e sua relação com os limites “vida e morte”. Lembro-me de que, na primeira cirurgia de que participei (grave hemorragia interna no abdômen), eu estava um pouco acanhada e o médico me falou: “*Vem cá, se aproxime mais... vou te mostrar como foi o mecanismo do trauma e o que a gente vai fazer para tentar salvar a vida dele*”. Tudo isso me deixou mais familiarizada ao ambiente e gerou certa troca e cumplicidade entre meus interlocutores de pesquisa. Nessas situações, contudo, não me tornei uma médica em campo, vejo aqui uma interlocução entre o ético e o êmico, ou seja, minha condição de observadora de fora (*outsider*), fazendo uso dos instrumentos éticos de minha cultura, por extensão, minha condição de antropóloga para ver o outro eticamente (CAMPO, 2013). De alguma forma, eu ainda poderia abandonar meus instrumentos e colocar-me como se fosse um dos médicos, um “*insider* emicamente”, mesmo sabendo que eu nunca me tornaria uma médica em campo, o que é parecido com a experiência de Evans-Pritchard:

Na verdade, entra-se numa outra cultura, mas ao mesmo tempo guarda-se uma distância dela. Não é possível ao antropólogo tornar-se verdadeiramente um zande, um nuer ou um beduíno; a atitude mais digna a seu respeito talvez seja a de manter-se, no essencial, apartado deles. Pois, de qualquer modo, sempre seremos nós mesmos e nada mais [...]. Talvez seja melhor dizer que o antropólogo vive simultaneamente em dois mundos mentais diferentes, construídos segundo categorias e valores muitas vezes de difícil conciliação. Ele se torna, ao menos temporariamente, uma espécie de indivíduo duplamente marginal, alienado de dois mundos (EVANS-PRITCHARD, 2005, p. 246, grifos meus).

Por outro lado, depois de algum tempo em campo, senti que estava me envolvendo demais nas atividades de meus “nativos”, como também com as sensações e percepções que eles tinham em relação a meu foco de estudo: a morte e, porque não, a vida. Sempre quando um paciente morria ou mesmo quando um paciente se recuperava e o médico dava a notícia à família, parecia que eu é quem estava nesse papel, no lugar mesmo do médico, seja em momentos tristes da morte ou não recuperação, seja em momentos de intensa alegria quando o paciente se recupera e os esforços são compensados. Durante cirurgias, durante a conclusão de diagnósticos, na tomada de decisão em casos complexos, nos momentos de intensa angústia quando se é preciso tomar decisões difíceis, enfim, tive de experimentar tais situações. Conjugado a isso, Jeanne Favret-Saada (2005) destaca sua experiência em seu trabalho de campo ressaltando que “nos encontros com os enfeitados e desenfeitadores, deixei-me afetar, sem procurar pesquisar, nem mesmo compreender e reter [...]” (FAVRET-SAADA, 2005, p. 158). E ainda:

Estava no lugar do nativo, agitada pelas ‘sensações, percepções e pelos pensamentos’ de quem ocupa um lugar no sistema da feitiçaria. Se afirmo que é preciso aceitar ocupá-lo, em vez de imaginar-se lá, e pela simples razão de que o ali se passa é literalmente inimaginável, sobretudo para um etnógrafo, habituado a trabalhar com representações: quando se está em tal lugar é-se bombardeado por intensidades específicas (chamemo-las de afetos), que geralmente não são significáveis. Esse lugar e as intensidades que lhe são ligadas têm então que ser experimentados: é a única maneira de aproximá-los (FAVRET-SAADA, 2005, p. 159).

Assim como a autora relata, em alguns momentos parecia que eu estava mais participando que observando, a cada cirurgia, a cada intervenção, a cada tipo de caso clínico, a cada notícia. Da mesma forma que isso me afetava, minha presença ali também afetava meus interlocutores de pesquisa de alguma maneira. Confesso que isso me preocupou muito no início, mas depois percebi que, assim como Favret-Saada, eu teria que assumir esse risco:

[...] quando um etnógrafo aceita ser afetado, isso não implica identificar-se com o ponto de vista do nativo, nem aproveitar-se da experiência de campo para exercitar seu narcisismo. Aceitar ser afetado supõe, todavia, que se assuma o risco de ver seu projeto de conhecimento se desfazer (FAVRET-SAADA, 2005, p. 160).

Durante a pesquisa de campo, observei e estabeleci trocas verbais, conversas, bate-papos e, só depois desse contato, realizei as entrevistas. Num primeiro momento pensei em realizar as entrevistas no horário de almoço dos médicos ou em outro período de descanso, o que é comum na maioria das profissões: tentativa frustrada. Os médicos não fazem horário de almoço e o descanso (quando ocorre) é muito curto. Fora as conversas nos corredores, nas salas de atendimento, claro que, tudo isso paralelo ao exercício do trabalho dos médicos, eu

também conversava bastante com eles durante as refeições¹⁶. No hospital há um refeitório exclusivo para os funcionários, e, como me diluí entre eles, acabei sendo autorizada a me alimentar por lá e a comida, em se tratando de um hospital, era bastante agradável. Isso foi um grande facilitador, tanto em minha aproximação com os médicos, quanto em minha logística de pesquisadora, pois me deslocar, e conseqüentemente me ausentar por um tempo do hospital, implicaria risco de perder algum dado importante para a pesquisa.

Diante do escasso tempo livre dos médicos, foram poucos os casos em que marquei a entrevista previamente, porque, devido à dinâmica dos setores, percebi que essa não seria uma estratégia eficaz. Sempre estava com o gravador na mochila e, como os médicos já sabiam sobre o trabalho e de sua escolha para realização da entrevista, durante os plantões eles chegavam até mim dizendo: “*Hoje está mais tranquilo o plantão, vamos fazer a entrevista?*”. Em alguns casos, as entrevistas foram realizadas na própria sala de emergência, com médicos que não podiam se deslocar para outro setor devido à demanda de atendimento. Assim, caso alguém precisasse de atendimento, eu interrompia a entrevista e retomávamos depois. Na maioria dos casos, entretanto, as entrevistas foram realizadas em salas de descanso dos médicos, devido ao pouco fluxo de pessoas e, portanto, a menor possibilidade de interrupção.

Na aplicação das entrevistas utilizei um roteiro de entrevistas¹⁷ que serviu de guia para os propósitos do trabalho. Com ele, busquei um modo de orientação na formulação das perguntas a serem feitas aos entrevistados de modo a não perder o foco da pesquisa. Na construção do roteiro, um dos cuidados que mereceu minha atenção foi a duração de cada entrevista, posto que para os médicos o tempo no Pronto Socorro é escasso, devido à rotina de seu trabalho. Foi estipulado um tempo, aproximadamente 25 a 30 minutos, para cada entrevista. Todavia a maioria delas ultrapassou esse limite. A princípio, os médicos ficavam ansiosos para saber a duração. Mas, ao final de cada entrevista, tanto eu como os médicos nos surpreendíamos com o tempo que, em alguns casos, chegou a ultrapassar 1 hora. As entrevistas foram transcritas por mim de forma literal. Na gravação de todas as entrevistas, ouvem-se ao fundo sons típicos do ambiente do Pronto Socorro: sirenes de ambulâncias e de viaturas policiais. Assim como na recepção inicial, também fui muito bem recebida pelos médicos na ocasião das entrevistas, inclusive, médicos não selecionados para as entrevistas ficaram com certo “ciúme” e sempre me perguntava: “*Por que você não me entrevistou? Esqueceu de mim, né?*”.

¹⁶ Vale ressaltar que em várias situações, devido ao corre-corre do trabalho, os médicos faziam pequenos lanches, pois não dava tempo de realizar uma refeição completa.

¹⁷ Maiores detalhes sobre o Roteiro de Entrevistas encontram-se no tópico seguinte sobre a metodologia.

De início, alguns médicos ofereceram mais resistência do que outros e, quando solicitados sobre a possibilidade da entrevista, eles diziam: *“Vai demorar muito? Tenho que evoluir um paciente e fazer uma internação. Mas... vamos lá”*. Foi interessante notar que, apesar desse receio inicial exposto pelos médicos, logo que eu iniciava a entrevista, eles se empolgavam e falavam muito bem do que era questionado, e quando eu dizia: *“Estou preocupada com o seu horário, você disse que tinha que evoluir os pacientes e tal...”*, eles respondiam: *“Nada, vamos continuar, tá indo bem, ainda dá tempo para terminar o meu trabalho, fique tranquila”*. Isso demonstrava que, ao longo da entrevista, meus interlocutores percebiam que era uma temática de seu interesse e queriam falar sobre, ao contrário de seus receios iniciais. Outro ponto interessante é que vários médicos, quando eu ia explicar um pouco sobre a pesquisa, sempre me diziam: *“Ah! Finalmente alguém preocupado com nós médicos! Quase ninguém dá atenção para gente... muito menos fazem pesquisa sobre a nossa categoria... Obrigada viu, antropóloga!”*. Uma médica, bem jovem, após a entrevista me disse: *“Ufa! Que alívio falar sobre isso... a gente nunca fala dessas coisas que vivenciamos aqui, mas que, talvez, não falamos pela falta de preparo. Me ajudou compartilhar minhas experiências”*. Isso é um ponto interessante no método de entrevistas, pois estas fazem o interlocutor pensar sobre coisas que ele vive cotidianamente, mas que não reflete muito sobre o assunto. Além disso, ao falarem sobre determinada temática, os interlocutores de pesquisa sofrem uma espécie de catarse, eles se sentem afetados pelos assuntos abordados, sentem a necessidade de reflexão, o que mostra Bourdieu:

Pode-se sem dúvida falar então de autoanálise provocada e acompanhada: em mais de um caso nós sentimos que a pessoa interrogada aproveitava a ocasião que lhe tinha sido dada de ser interrogada sobre ela mesma e da litação ou da solicitação que lhe asseguravam nossas perguntas ou nossas sugestões (sempre abertas e múltiplas e frequentemente reduzidas a uma atenção silenciosa) para realizar um trabalho de explicitação, gratificante e doloroso ao mesmo tempo, e para enunciar, as vezes com uma extraordinária intensidade expressiva, experiências e reflexões há muito reservadas ou reprimidas (BOURDIEU, 1998, p. 705).

Apanhados possivelmente de surpresa pelo tema, tive muita dificuldade em relação à emoção expressa pelos profissionais ao longo da entrevista. Foram muitos os casos em que os médicos se emocionaram, principalmente quando se remetiam a casos de morte que os marcaram na trajetória profissional. A princípio, quando acontecia de ter de presenciar demonstrações de emoções, eu me questionava se realmente estava tomando o rumo certo na pesquisa. Em alguns casos a história era tão comovente que eu ficava desconcertada e tinha que me segurar para não chorar junto com eles. Depois percebi que eles queriam falar, queriam expressar a dificuldade de lidar com tudo aquilo. Não que eu estivesse na posição de

terapeuta, ao contrário, estava na posição de uma pesquisadora buscando ouvir seu interlocutor, suas dificuldades, especialmente em relação à morte. Com isso percebi que os médicos tinham muito a me dizer, e esse primeiro passo, ainda inseguro, me ajudou como um trampolim para entender realmente como esses profissionais que lutam pela vida lidam com situações de morte.

É interessante pontuar meu posicionamento ao longo da entrevista, é como se eu me colocasse na posição do entrevistado para tentar compreender o que eles queriam dizer. Esse posicionamento está implicado diretamente numa transformação interna do pesquisador. Fui a campo com uma perspectiva, ao longo do tempo absorvi outras e, finalmente, saí do campo transformada pelo *experienciar* que tive, o que nas palavras de Bourdieu:

Eu diria naturalmente que a entrevista pode ser considerada como uma forma de *exercício espiritual*, visando a obter, pelo *esquecimento de si*, uma verdadeira *conversão do olhar* que lançamos sobre os outros nas circunstâncias comuns da vida. A disposição acolhedora que inclina a fazer seus os problemas do pesquisado, a aptidão a aceitá-lo e a compreendê-lo tal como ele é, na sua necessidade singular é uma espécie de *amor intelectual*: um olhar que consente com a necessidade, à maneira do “amor intelectual de Deus”, isto é, da ordem natural, que Spinoza tinha como a forma suprema do conhecimento (BOURDIEU, 1998, p. 704, grifos do autor).

Não poderia deixar de registrar meu envolvimento com as histórias de cada paciente. Somos seres humanos lidando com outros seres humanos. É impossível não se envolver com as histórias de cada um, claro que umas com mais intensidade que outras, por estarem direta ou indiretamente relacionadas com minha própria história de vida. Nesses nove meses em campo, tive momentos difíceis para dar prosseguimento à pesquisa. Por vezes, minha história, minha vida, se debatia com muitas das histórias que ali presenciei. Em algumas situações não pude evitar deixar transparecer meu envolvimento: perguntava como estava o doente, se alguém o havia visitado, se ele tinha família, dentre outras questões. Um caso em especial me sensibilizou de tal maneira que o médico, vendo a minha preocupação com o doente, visitando-o todos os dias, me perguntou: “*Você é parente dele? Você chega a se preocupar mais do que os familiares dele, sabia?*”. Assim como os médicos, e como uma entrevistada mesmo me disse: “*Nós médicos temos o nosso ‘armário de mortos e de histórias’... você também vai sair daqui com o seu*” e, de fato, saí com meu armário repleto de mortes e de histórias. Muitos que morreram ali me baquearam, foram mortes que ficaram em minha mente e eu as trouxe para minha vida e jamais vou esquecê-las.

Vale ressaltar que, durante a pesquisa de campo, dois acontecimentos marcaram o período em que fiquei no hospital que, por uma infeliz ironia, de alguma forma, direta ou

indiretamente, estavam relacionados a meu foco de estudo: o assassinato por arma de fogo de um técnico de enfermagem e o suicídio por enforcamento de uma médica residente. No primeiro caso, a vítima era uma pessoa muito extrovertida e generosa, que foi um grande parceiro em meus primeiros dias no hospital. Ele me apresentava aos médicos, fazia brincadeiras o tempo inteiro na tentativa de me deixar o mais confortável possível e isso foi uma ponte muito importante em minha aproximação com as equipes. Já o segundo caso, foi ainda mais delicado, uma jovem médica, aparentemente sem nenhum problema que pudesse ajudar a compreender o porquê de um suicídio. Convivi pouco com ela, mas o suficiente para me fazer pensar ainda mais como o exercício profissional, a carreira médica, o lidar com a morte e com o sofrimento pode ser estressante a ponto de interferir na própria saúde e vida do médico. Tudo isso, de alguma forma, vincula-se à frustração e ao fato de ter de se sucumbir ao sentimento de impotência diante da dor e da morte. Na ocasião de sua morte presenciei diversas conversas entre as equipes sobre o ocorrido. Havia dificuldade de se achar um motivo tangível, e discussões a respeito do fato, cada vez mais comum na categoria médica, são ainda muito veladas. Os médicos chegaram a comentar comigo que há algo de errado, há uma lacuna, seja na formação, seja na prática profissional. Afinal, estudos¹⁸ apontam para um número significativo de estudantes de medicina e médicos que tentam suicídio e um dos fatores relacionados se refere à carência de preparo para lidar com situações de morte na prática profissional e os próprios limites da profissão médica.

Na etnografia elabora-se uma teoria do outro, através de seus costumes, práticas, hábitos, enfim, tudo o que o pesquisador conseguir captar de seus interlocutores de pesquisa. Para isso me adentrei no universo dos médicos, em sua rotina neste grande Pronto Socorro, hospital referência na América Latina, fui a fundo, me envolvi, me deixei afetar, mas sem deixar de lado meu *back-ground*, o que Bourdieu define bem:

O sociólogo não pode ignorar que é próprio de seu ponto de vista ser um ponto de vista sobre um ponto de vista. Ele não pode “re-produzir” o ponto de vista de seu objeto, e constituir-lo como tal, “re-situando-o” no espaço social, senão a partir deste ponto de vista muito singular (e, num sentido, muito privilegiado) onde deve se colocar para estar pronto a assumir (em pensamento) todos os pontos de vista possíveis. E é somente à medida que ele é capaz de se objetivar a si mesmo que pode, ficando no lugar que lhe é inexoravelmente destinado no mundo social, transportar-se em pensamento ao lugar onde se encontra seu objeto (que é também, ao mesmo em uma certa medida, um *alter ego*) e tomar assim seu ponto de vista, isto é, compreender que se estivesse, como se diz, no seu lugar, ele seria e pensaria, sem dúvida, como ele (BOURDIEU, 1998, p. 713).

¹⁸ Maiores informações: MELEIRO (1998)

2.2 A metodologia: considerações sobre o campo

Se você quer compreender o que é ciência, você deve olhar, em primeiro lugar, não para as suas teorias ou as suas descobertas, e certamente não para o que seus apologistas dizem sobre ela; *você deve ver o que os praticantes da ciência fazem*. Em antropologia ou, de qualquer forma, em antropologia social, o que os praticantes fazem é a etnografia. E é justamente ao compreender o que é a etnografia, ou mais exatamente, o que é a prática da etnografia, é que se pode começar a entender o que representa a análise antropológica como forma de conhecimento (GEERTZ, 1989, p. 15, grifos meus).

A entrada de um pesquisador num hospital não é nada fácil. Foi um processo longo de idas e vindas até que o projeto fosse aprovado em todas as instâncias: Coep (UFMG), Cep (Fhemig) e Nep (Hospital João XXIII). Como a pesquisa envolve seres humanos e uma instituição hospitalar, é necessária a submissão do projeto aos Núcleos de Ensino e Pesquisa (Nep), aos Comitês de Ética de Pesquisa e aos demais setores responsáveis pelas tramitações éticas no interior da instituição em questão. Aliás, essa é uma fase que requer paciência e habilidade do pesquisador, uma vez que as tramitações são vagarosas e exigem várias mudanças. O presente estudo demorou sete meses para aprovação em todas as instâncias. Foi elaborado também um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado pelos entrevistados a fim de que estes estivessem cientes do propósito da pesquisa. Assim, destaca-se a importância desse processo de submissão do projeto, uma vez que é preciso esse cuidado ético com a instituição envolvida, como também com os entrevistados.

Para este trabalho primeiramente foi realizada uma pesquisa bibliográfica, mediada por leituras pertinentes ao foco de estudo. A escolha desse tipo de pesquisa deveu-se, principalmente, por ela proporcionar uma base teórica sobre o assunto a ser analisado. Pretendeu-se, assim, obter um panorama dos assuntos referentes ao tema *Medicina e Morte na sociedade ocidental* na tentativa de elucidar as questões que permeiam a temática proposta.

De acordo com Mauss (1974), a teoria desempenha o papel de instigar a investigação e, ao mesmo tempo, propor que ela seja comprovada. Entretanto os fatos são passíveis de mudanças, dessa forma, a teoria possui um valor heurístico, ou seja, verificar se tais dados possuem ou não veracidade. Por isso, um levantamento bibliográfico anterior sobre o tema se fez necessário: “El joven etnógrafo que va a trabajar sobre el terreno debe estar enterado de cuanto se sabe sobre su materia, para poder sacar a la superficie, con su trabajo, lo que todavía se ignora” (MAUSS, 1974, p. 13).

Ainda nesses pontos, Peirano (1995) sugere que há uma linha tênue entre teoria e pesquisa na antropologia: “A pesquisa etnográfica é o meio pelo qual a teoria antropológica se desenvolve e se sofisticada quando desafia os conceitos estabelecidos pelo senso comum no

confronto entre a teoria que o pesquisador leva para o campo e a observação entre os nativos que estuda” (PEIRANO, 1995, p. 43). Assim, a etnografia permite oferecer novas informações sobre um determinado assunto, para além de uma mera corroboração de um ponto de vista teórico que o pesquisador leva a campo.

Sendo assim, no trabalho de campo alicersei meu olhar numa observação atenta e descritiva, como é proposto pelo método etnográfico. Para tanto, como já explicitado em tópicos anteriores foi escolhido como campo de estudo o hospital João XXIII, que presta serviço de Pronto Socorro. Além disso, toda investigação antropológica tem como uma de suas condições necessárias a observação participante, consistindo ainda em viver com os outros sem tornar-se como eles. Tal prática exige do pesquisador a experiência do estranhamento do que lhe é familiar e da familiarização com o que lhe é estranho, por meio de observações sistemáticas no campo em questão.

Antes de se iniciar o trabalho de observação, foi feito um mapeamento pelos setores de interesse pertinentes ao tema no hospital, a fim de conhecer os processos de trabalho, como fluxo de pacientes, organização física e funcional da instituição, dentre outros. Tal etapa foi de fundamental importância para o pesquisador conhecer o local (tanto sua organização física como sua estrutura de funcionamento) onde seria realizada a pesquisa, de modo a se familiarizar com as dinâmicas da instituição.

No presente estudo foi realizado um período de observação participante de nove meses (dezembro de 2012 a agosto de 2013), com visitas esporádicas durante o período de setembro a outubro de 2013. Os horários/turnos foram acordados com os responsáveis pela instituição envolvida, o Hospital de Pronto Socorro João XXIII, especialmente com o coordenador da Emergência. Nesse período observei a rotina do trabalho dos médicos, a forma como se portam diante dos limites da vida e da morte, em conformidade aos objetivos pertinentes ao trabalho.

O tipo de entrevista utilizado foi a entrevista semiestruturada, na qual foi utilizado um roteiro como forma de guia (APÊNDICE A). Conforme Minayo (1996), o roteiro de uma entrevista não deve conter muitas questões, servindo apenas como um guia para o pesquisador, uma vez que irá contemplar as questões que abarcam a problemática da pesquisa, permitindo que não se perca o foco em questão, mas também que não limite a fala do entrevistado. De acordo com essa autora, nas pesquisas qualitativas, a utilização de entrevistas, sejam elas abertas ou semiestruturadas, se faz necessária, posto ser um recurso metodológico em que há uma interação direta entre pesquisador e atores sociais. Tal

entrevista é pertinente quando o objeto de estudo trata de analisar e compreender sistemas de valores, de relações, de normas e de representações de determinado grupo social. Dessa maneira, as informações oriundas desse tipo de entrevista têm como objetivos a descrição de casos singulares, a compreensão das especificidades culturais do objeto de estudo bem como a possibilidade de se compararem os diversos casos apreendidos, que se enquadram aos propósitos da presente pesquisa.

Os entrevistados foram selecionados a partir do método conhecido como “cadeia” ou “bola de neve”, em que um entrevistado sugere outro, por julgar que este tenha depoimentos importantes para a pesquisa (PATTON, 2002).

Inserido nesses pontos, Laplantine (2001) ressalta que o método etnográfico deve ser percebido como uma experiência de inserção total numa cultura, o que o autor denomina como uma verdadeira aculturação invertida, de modo a não restringir a compreensão de uma sociedade apenas em seus aspectos observáveis e, sim, interiorizá-la nos significados que o próprio indivíduo confere a seus comportamentos. Laplantine, citando Lévi-Strauss, destaca: “Contra o teórico, o observador deve ficar com a última palavra; e contra o observador, o indígena”, e termina seu discurso insistindo sobre tudo o que deve a esses índios do Brasil, de quem considera um ‘aluno’” (LAPLANTINE, 2001, p. 150). Assim, por meio de entrevistas, é possível compreender as representações sociais sobre um assunto num determinado grupo: “[...] a representação social é um *corpus* organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças às quais os homens tornam a realidade física e social inteligível, se inserem num grupo ou num relação cotidiana de trocas, liberam o poder da sua imaginação” (MOSCOVICI, 1961, p. 27-28, grifo do autor).

É o método etnográfico que permite efetivamente entender para além do acesso ao discurso que as entrevistas permitem, por isso ele se mostrou o método mais indicado para esta pesquisa. Por meio desse método foi realizada uma análise sobre os ritos institucionais médicos e as representações desses profissionais em torno da morte numa unidade de Pronto Socorro. Segundo Peirano (2003), para se definir uma prática ritual, é preciso fazer uma análise etnográfica: “apreendida pelo pesquisador em campo junto ao grupo que ele observa” (PEIRANO, 2003, p. 9), por isso uma abordagem dos ritos da prática médica em relação à morte no contexto de uma instituição hospitalar foi importante para, posteriormente, se compreenderem as representações da morte entre esse grupo de médicos que trabalham num serviço de Pronto Socorro. Isso porque, fazendo-se uma interlocução entre ambos, percebe-se

que há distinções entre o que é dito, isto é, representado pelos médicos, e o que é feito na prática profissional.

Assim, não basta somente ouvir, é preciso descrever as ações dos interlocutores de pesquisa. A observação participante me permitiu notar que há um modelo e uma ação; ora, os médicos fazem parte de uma categoria profissional que é treinada de uma maneira específica durante sua formação acadêmica para lidar com o corpo, a doença e, no limite, com a morte de seus pacientes. Entretanto há diferenças entre o modelo (representação) e a ação. Aqui me ancoro em Leach, em seu livro *Sistemas políticos da Alta Birmânia* (1995), em sua análise comparativa sobre as populações kachin e chan do nordeste da Birmânia. Para ele, um modelo é uma representação de uma estrutura cujas partes se relacionam de modo que é possível manipulá-las para delinear novas relações. O modelo corresponde a uma ferramenta analítica do antropólogo social e a própria forma como os médicos apreendem o que lhes foi ensinado na academia, especialmente em situações de morte, e a forma como eles reagem a isso na prática (representação \neq ação): “Conquanto modelos conceituais de sociedade sejam necessariamente modelos de sistemas de equilíbrio, as sociedades reais não podem jamais estar em equilíbrio” (LEACH, 1995, p. 68). Desse modo, os modelos são ferramentas úteis para o propósito de análise do tipo *como se*, ou seja, conceitos que são tidos *como se* fizessem parte de um sistema em equilíbrio. Assim, fui a campo tendo consciência da distinção entre a realidade que a presente pesquisa modela e a realidade vivida como ação, além das diferenças entre as representações e as ações dos sujeitos que pesquisei. O resultado do trabalho produziu outra representação, conforme o modelo construído na tensão entre empiria e teoria.

Ante os dados colhidos em campo, é imprescindível realizar a conjunção dos dados empíricos com a teoria, pois é nesse exercício que se realiza a comunicação entre o conhecimento objetivo e a reflexão subjetiva do pesquisador; dessa forma, com a escrita, ou seja, a interpretação do que foi visto e ouvido no trabalho de campo, é que cumpro o estágio final da pesquisa que, em suma, consistiu no “*olhar, ouvir, escrever*”, proposto por Roberto Cardoso de Oliveira (2000). Intercalado a isso, Latour ressalta que o texto antropológico não é nem superior nem inferior aos fenômenos ou relações dos grupos estudados:

Nossa descrição da construção de um fato em um laboratório de biologia não é *nem superior nem inferior* às descrições produzidas pelos próprios cientistas [...]. A única diferença é que *eles têm um laboratório*. Quanto a nós, temos um texto, o presente texto. Construindo uma descrição, inventando personagens [...], pondo em cena conceitos, invocando fontes, relacionando argumentos do campo da sociologia, tentamos diminuir as fontes de desordem e propor enunciados mais verossímeis que outros, criando bolsões de ordem. Mas essa descrição também assumirá um papel determinante de um campo de enunciação. Quantas pesquisas futuras, gerando

investimentos, quantas redefinições do campo e quantas transformações daquilo que conta como argumento aceitável são necessárias para tornar esse relato mais plausível do que os outros? (LATOURET, 1997, p. 297-298).

Além disso, o produto do trabalho antropológico é, de acordo com Geertz (1989), interpretar as interpretações, construir as construções, é o pensar dos pensamentos do próprio objeto de estudo à procura de uma interpretação dos significados que tais grupos partilham; em outras palavras, os aspectos culturais desse grupo.

2.3 Mapeando o campo de observação

O Hospital de Pronto Socorro Dr. Rubens Guimarães, mais conhecido como João XXIII¹⁹²⁰, foi fundado em 4 de abril 1973 e está localizado no hipercentro da cidade de Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais. Quando fundado pertenceu à Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgências - FEAMUR e desde 1977 pertence à FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais). A criação da unidade adveio para atender à grande demanda da capital no período, o Hospital Amélia Lins, até então única unidade de atendimento de emergência, que já não conseguia atender ao grande número de pacientes vindos da capital e Região Metropolitana. É o principal Pronto Socorro de Minas Gerais e um dos maiores hospitais no atendimento ao politrauma e a queimados da América Latina. Foi considerado o melhor Pronto Socorro do país segundo pesquisa realizada em 2013 pelo Ministério da Saúde entre os hospitais incluídos no Programa SOS Emergências. Possui 440 leitos, cerca de 600 médicos e 52 residentes (BRASIL, 2013). O hospital é dividido em dois blocos, a saber: o bloco horizontal, que se constitui por todas as salas de emergência, e o bloco vertical onde estão as enfermarias de internação. Como é um hospital de trauma²¹, a porta de entrada de todos que estão no bloco vertical é através da emergência.

O HJXXIII presta serviço de Pronto Socorro a vítimas de traumas e doenças súbitas. O hospital possui 130 leitos de UTI dividido em quatro setores: UTI geral (localizada na emergência), UTQ (Unidade de Terapia Intensiva do Grande Queimado), SEC (Serviço de Extensão de Cuidados) e UCP (Unidade de Cuidados Progressivos). O hospital contempla as seguintes especialidades: cirurgia geral, clínica médica, pediatria, neurologia, neurocirurgia,

¹⁹ Informações disponíveis no site da Fhemig, disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/atendimento-hospitalar/complexo-de-urgencia-e-emergencia/hospital-joao-xxiii> Acesso: 9 de dezembro 2012.

²⁰ A partir daqui vou me referir ao Hospital João XXIII com a sigla: HJXXIII.

²¹ Trauma: toda e qualquer lesão no corpo, ocasionada por ação externa a ele, de origem física ou química. Exemplo: queimadura, fratura, etc. (Informação obtida na pesquisa de campo, a partir de depoimentos colhidos com os médicos).

ortopedia, cirurgia plástica reparadora, cirurgia e traumatologia bucomaxilofaciais, otorrinolaringologia, medicina intensiva, anestesiologia, cirurgia cardiovascular, oftalmologia e UTI. Já os serviços prestados se referem a: endoscopia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia, psicologia, assistência social, imaginologia e toxicologia. Abaixo segue o organograma de sua organização:

QUADRO 1 - Serviços prestados pelo hospital

Continua

Serviço	Descrição
Atendimento a vítimas de grandes queimaduras	Atendimento às pessoas vítimas de grandes queimaduras, como acidente com álcool líquido, explosão de botijão de gás, acidente com qualquer líquido quente, queimaduras por choque elétrico e outros.
Atendimento de urgência para vítimas de ataques de animais	Atendimento de urgência e emergência, 24 horas, a pacientes vítimas de mordida ou ataques de animais (cão, gato, morcegos) que tenham causado ferimentos graves.
Atendimento em urgência de clínica médica	A urgência de clínica médica atende pacientes com patologias agudas. Esse atendimento é o primeiro passo para que, depois, o paciente seja encaminhado a tratamentos específicos, com especialistas das áreas. Entre os atendimentos mais comuns estão: cólica renal (rins), gastrite, dores de estômago, pneumonia, dor no peito, sangramentos e outros.
Atendimento médico de urgência para traumas ortopédicos em vítimas de acidentes em estado grave	Atendimento de urgência ou emergência às pessoas que sofreram lesões graves nos ossos, devido a quedas de lajes, acidentes de carro, atropelamentos, acidentes com bicicleta e outros.
Atendimento médico em casos de envenenamento ou intoxicação grave	Atendimento a pessoas que inalaram (cheiraram) produtos químicos ou tomaram algum tipo de veneno.
Atendimento médico-hospitalar a feridos em casos de grandes catástrofes	Atendimento médico-hospitalar voltado para vítimas de grandes catástrofes, como queda de avião; acidentes envolvendo trem; incêndio de grandes proporções com muitas vítimas; desabamentos; inundações; queda de barragem de resíduos.
Cirurgias de urgência para pacientes com risco de morte	Atendimento de urgências para pacientes que correm risco de morte e necessitam de uma intervenção cirúrgica imediata. Entre os casos que podem precisar de uma cirurgia de urgência, estão apendicite, hemorragias internas e digestivas, úlceras supuradas, cólica biliar, peritonite, obstrução intestinal aguda e infarto intestinal (quando as alças intestinais não recebem mais a circulação arterial ou venosa).
Informações e tratamento em casos de intoxicação química e picadas de escorpião e outros	O serviço tem como objetivos tratar casos de acidentes envolvendo produtos que podem ser tóxicos ou animais que podem ser venenosos. As intoxicações ou riscos de intoxicação podem ser provocados por medicamentos, cosméticos, desinfetantes, produtos de limpeza da casa ou produtos químicos em geral. Os casos de picadas de animais peçonhentos mais comuns envolvem escorpião, aranha e cobra.

QUADRO 1 - Serviços prestados pelo hospital

Continuação

Serviço	Descrição
Tratamento médico para adultos e crianças que necessitam de cuidados intensivos	Atendimento a pacientes que necessitam de cuidados intensivos (UTI). A equipe médica monitora esse paciente por 24 horas. São casos que geralmente apresentam um quadro clínico instável, os quais, por isto mesmo, requerem esses cuidados.

Fonte: Site da Fhemig (Fundação Hospitalar de Minas Gerais)²²

É certificado e credenciado como um hospital de ensino pelos Ministérios da Saúde e Educação e habilitado como Centro de Referência em Alta Complexidade Traumatológico-Ortopédica, sendo referência para Região Metropolitana de Belo Horizonte e todo o Estado, além de constituir um patrimônio da saúde pública em Minas Gerais. Tal título traduz o reconhecimento que a unidade alcançou, em especial, no que se refere à formação e ao treinamento de recursos humanos e no desenvolvimento de pesquisas e tecnologias em saúde.

Assim, o HJXXIII também se configura como uma instituição de ensino, pesquisa e formação de médicos, como já discorria Foucault sobre as instituições hospitalares: “Constitui-se, assim, um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber” (FOUCAULT, 2003, p. 110). Durante a pesquisa era muito comum encontrar estudantes de medicina, incluindo acadêmicos e residentes. Além disso, uma das rotinas que os médicos exercem a cada plantão se refere à chamada “corrida de leito”, que consiste em visitar cada leito, de modo a verificar toda a evolução clínica do enfermo. Nesses momentos, os estudantes ficavam bastante atentos a tudo o que o professor tutor (médico responsável) relatava sobre cada doente.

Os serviços prestados no hospital se referem ao atendimento da urgência e emergência, oriundo de demanda espontânea (incluindo não só a região metropolitana, como também outras localidades do Estado de Minas Gerais); vítimas de acidentes (incluindo quedas, acidentes diversos, colisões), intoxicações (alimentares, overdose) resgatados pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), que possui duas unidades: USA (Unidade de Suporte Avançado, que inclui um médico e um enfermeiro na equipe e é acionada em casos muito graves, funciona como uma UTI Móvel), e a USB (Unidade de Suporte Básico, acionada em casos mais brandos, cuja equipe é composta apenas por técnicos de enfermagem); e, eventualmente, o Resgate da Autopista Fernão Dias. O SAMU conta com um médico regulador que fica na central de atendimento telefônico, cuja função é avaliar o

²²Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/atendimento-hospitalar/complexo-de-urgencia-e-emergencia/hospital-joao-xxiii> Acesso em 9 de dezembro 2013.

quadro clínico da pessoa a ser atendida, orientar o acompanhante da vítima e verificar qual unidade irá ao local. De acordo com Giacomo:

Um bom sistema de encaminhamento do paciente ao serviço de emergência inicia-se pela Central Única de Regulação Médica (CURM), por meio da ficha de referência preenchida pelo serviço de saúde de origem, sejam eles procedentes das UBS²³ (Unidades Básicas de Saúde) ou demais hospitais locais e/ou da região. Este encaminhamento é realizado pelo SAMU, que oferece ao paciente todo o suporte na assistência, bem como disponibiliza com antecedência ao hospital referenciado todas as informações necessárias para o melhor e mais seguro acolhimento ao referido paciente (GIACOMO, 2011, p. 132).

Além do SAMU, as vítimas podem ser resgatadas pelo Corpo de Bombeiros ou policiais. O HJXXIII conta ainda com dois hospitais de suporte que servem como apoio, principalmente no que se refere à transferência de pacientes estáveis que necessitam de um acompanhamento de longa permanência, são eles: Hospital Amélia Lins e a Unidade Ortopédica do Hospital Galba Veloso.

Em dias úteis, a demanda de pacientes é imprevisível²⁴, pois não há como prever qual dia da semana ocorrerá um número maior de entrada, o que se verifica é maior quantidade de pacientes vítimas de acidentes de trânsito, em especial motociclistas e atropelamento de pedestres. Segundo depoimentos de funcionários, nos finais de semana (especialmente à noite), pode-se dizer que há um fluxo maior de pacientes, devido à folga de muitos trabalhadores. Isso aumenta o fluxo de pessoas e veículos nas ruas, nos locais de lazer e também o índice de brigas, principalmente espancamentos (seja por arma branca ou de fogo) em bares, em festas, acidentes de trânsito, etc. Isso ainda é mais intenso no primeiro final de semana após o recebimento do salário. Segundo uma enfermeira: *“Você pode ver, é só o pessoal receber (o salário) que começa a encher o hospital. Todo mundo vai para a ‘balada’ toma cerveja, alguns entram em coma alcoólico, sofrem acidentes”*. De acordo com Giacomo:

A compreensão da sazonalidade, embora não rigidamente, é importante ressaltar que aos finais de semana e períodos noturnos, constata-se um nível mais elevado de ocorrência de pacientes feridos com armas brancas e de fogo. Durante a semana no período diurno, ocorrem muitos acidentes com motociclistas e ainda outros vinculados ao trânsito de veículos e pedestres na área urbana (GIACOMO, 2011, p. 131-132).

Além dos finais de semana, em outras datas também incidem maior número de pacientes na unidade, como: Natal, réveillon, final de campeonato de futebol, manifestações populares, dentre outros.

²³O mesmo que USB (Unidade de Suporte Básico).

²⁴Esses dados se referem a minha percepção bem como a percepção de meus interlocutores de pesquisa, uma vez que o hospital não dispõe de dados oficiais.

Os corredores e salas de um pronto socorro, geralmente, são lugares onde imperam a rapidez, a impaciência e o estresse máximo. No HJXXIII não é diferente. Nos imensos corredores do hospital durante o trabalho de campo foi comum encontrar familiares aguardando notícias, policiais que permanecem no hospital para fazer escolta de meliantes, pacientes (quando possível) fazendo algumas caminhadas enquanto aguardam sua vez, se distraíndo comprando refrigerantes e sucos em máquinas dispersas ao longo do corredor. A espera sempre parece interminável. Gente chorando, rindo, contando piadas, gemendo de dor, lendo revistas, ouvindo rádio portátil. Observam-se, ainda, profissionais correndo de um lado para o outro, aliás, a pressa é uma característica bem presente no hospital. Na verdade, pelos corredores da emergência pude perceber uma massa heterogênea de pessoas com raça, classe e gênero diversificados. Há um padre que celebra missa toda quinta-feira na capela do hospital, além disso, ele percorre toda a instituição, especialmente em locais onde há pacientes graves para fazer orações e, em alguns casos, oferecer a extrema-unção²⁵ a pacientes vítimas de doença ou trauma grave que, potencialmente, vão evoluir a óbito. Ocorrem também situações inusitadas. Lembro-me de que, na noite de Natal, um homem ultrapassou os seguranças e entrou gritando pelo corredor dizendo que alguém estava querendo matá-lo; muitas pessoas ficaram surpresas e começaram a sair das salas para ver o que estava acontecendo. Um dia estava eu no corredor e, de repente, senti um cheiro de queimado e uma fumaça saindo de dentro do banheiro. Várias pessoas se aglomeraram ali para ver do que tratava o incidente. O fato era que um acompanhante, insatisfeito pela demora no atendimento, ateou fogo em alguns uniformes dos médicos dentro do banheiro, e ele fugiu em seguida. Outro episódio foi um assalto dentro do hospital. As enfermeiras possuem armários com chave numa sala ao fundo dos corredores da emergência, e esse armário foi arrombado, segundo uma enfermeira, por um paciente usuário de droga que havia recebido alta.

É muito comum usuários e/ou traficantes de drogas darem entrada nos atendimentos prestados nas salas de emergência. Presenciei diversas situações em que os profissionais, ao examinarem esses pacientes (na maioria das vezes desacordados devido ao trauma), encontravam pinos de cocaína ou “trouxinhas” de maconha escondidos em suas partes íntimas.

²⁵ A extrema-unção consiste no 7º e último sacramento da Igreja Católica, em que é colocado um pouco de óleo na testa do enfermo com risco de morte: “Todo católico que, por doença, acidente ou velhice avançada, estiver em perigo de morte, deve receber a Extrema-Unção. Mesmo as crianças com doenças graves e em perigo de morte podem recebê-la, desde que já tenham alcançado a idade da razão” (CAPELA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, 2013).

As ameaças contra os profissionais de saúde, especialmente os médicos, também são uma constante num serviço de urgência e emergência, especialmente pelo número elevado de meliantes que dão entrada nesse serviço. Certo dia eu estava acompanhando uma médica na sala de pós-operatório e tinha um traficante que havia acabado de sair de uma cirurgia por ter sofrido diversas perfurações por arma de fogo no corpo. Esse homem chamou a médica e eu a acompanhei e ele disse: *“Eu quero água agora!”*, e ela responde: *“Você acabou de sair da cirurgia, você não pode tomar água”*. Ele retrucou: *“Se você não me der água agora, quando eu sair daqui você vai ter problema...”*. Na hora fiquei bem preocupada porque a médica era, fisicamente, muito parecida comigo e, além disso, estávamos com a mesma roupa, pensei: *“Se esse homem cumprir com a promessa dele e me confundir com a essa médica na rua... eu estou perdida...”*. Depois a médica disse a ele: *“Se eu te der água você vai morrer, você quer isso?”*. Ele ficou quieto e não disse mais nada. Depois a médica me falou que, apesar das ameaças, eles não cumprem com o que falam: *“Eles ficam muito gratos com a gente. Quando saem daqui eles agradecem bastante. Mas que eles intimidam e dão medo... isso é verdade. Você viu o tamanho dele?! (risos)”*.

Algumas situações, como a citada acima, servem para ilustrar eventos que rompem com a ordem, casos extraordinários. Outro exemplo diz respeito aos pacientes bêbados que dão entrada no hospital. Percebi que a maioria são mendigos encontrados em via pública por ocasião de atropelamento, queda, mal súbito. Eles sempre falavam alto, andavam cambaleando, esbarrando em tudo o que encontravam pela frente. Na maioria das situações, os profissionais conseguiam detê-los. Embora essa algazarra provocada pelos bêbados causasse transtornos para muitos, ela tinha lá seus pontos positivos: era uma forma de descontração. Os profissionais, pacientes, familiares e acompanhantes se divertiam diante das zombeteiras dos bêbados, como uma forma de válvula de escape diante de um ambiente hospitalar regado por dor e sofrimento.

Durante todas as madrugadas em que permaneci no hospital, percebi a presença de um jornalista de plantão na portaria principal. Ele acompanhava todos os casos que davam entrada no hospital, e aqueles incidentes considerados mais “apelativos” para a imprensa, ele fazia registros fotográficos e coletava informações com alguém que estivesse pela portaria, já que ele não tinha autorização para entrar nas dependências do hospital. De fato, ele não tinha “autorização” nem para estar ali na porta fazendo registros fotográficos de pacientes e de médicos em serviço; aliás, tal atitude desse jornalista causava muitos descontentamentos por

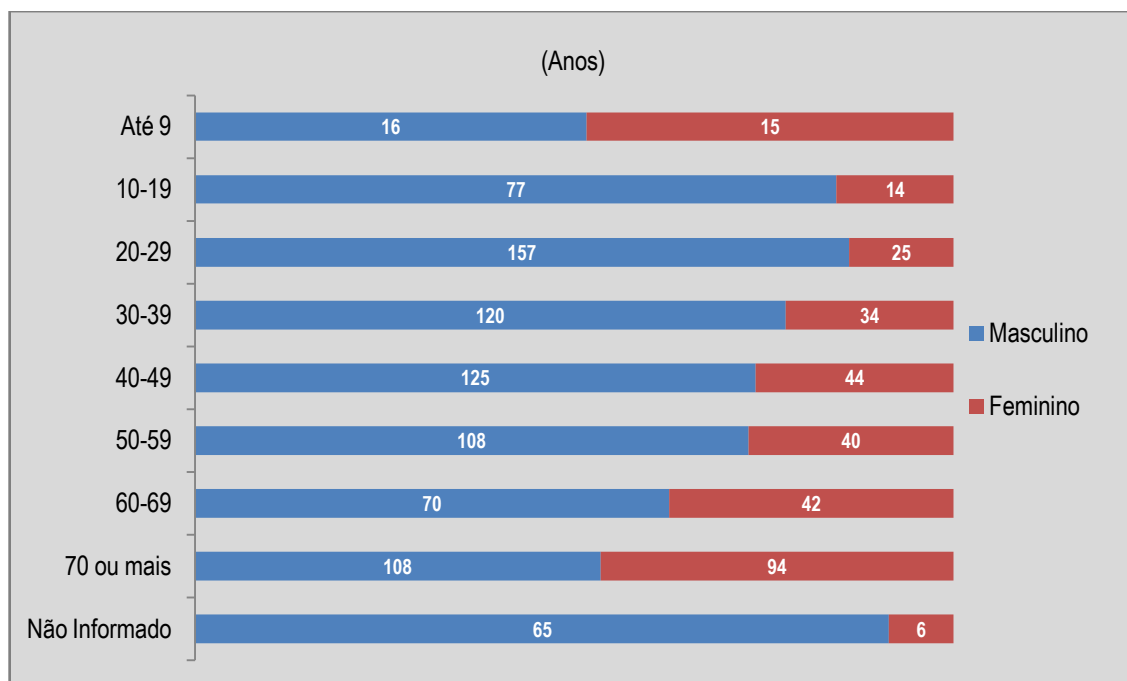
parte de muitos profissionais do SAMU, que eram os principais protagonistas de suas reportagens.

Com os casos citados acima, quis mostrar como são vastas as situações que ocorrem no cotidiano de uma unidade de urgência e emergência. Claro que os casos não se esgotam aqui. Foram muitos os acontecimentos que presenciei em campo e que ocorrem num hospital, episódios que, em suma, são ora inusitados, ora tristes, ora engraçados.

Ao longo do período de férias escolares em que passei no hospital, foram comuns casos de afogamento com crianças e adultos. Com esses últimos, a maioria ocorreu em cachoeiras e rios, principalmente em água rasa, o que indica a maior incidência de traumatismo raquimedular, e, com as crianças pequenas, afogamento em baldes e piscinas infantis. Além disso, há casos de acidentes domésticos, que, na maior parte dos casos, envolvem fogo e água quente. Na noite de Natal de 2012 houve um número significativo de pacientes vítimas de agressão entre familiares, a maioria com ‘arma branca’, principalmente facadas. Uma enfermeira comentou comigo: *“São familiares que não se veem há muito tempo e resolvem se encontrar, daí dá nisso”*. Além de alguns acidentes houve ainda tentativas de suicídio que, segundo uma médica: *“Quem sofre de depressão, quando chega o Natal e essas festividades de fim de ano, ficam mais tristes e se sentem mais isoladas, com isso muitos tentam o suicídio”*. No Réveillon é comum vítimas de queimaduras com fogos de artifício. Em outras datas comemorativas, como Carnaval e Semana Santa, também há um número expressivo de acidentes, principalmente em estradas, dado que muitas pessoas viajam nesses períodos. Em dias de jogos de futebol é elevado o número de ocorrências causadas por brigas, espancamentos e acidentes de trânsito.

Segundo levantamento estatístico da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT) do Hospital João XXIII, em 2012 foram registrados 1.160 óbitos. Por mês, a distribuição variou entre 90 a 109 óbitos, sendo maio o mês com maior incidência (109). A distribuição segundo o gênero, visualizada no Gráfico 1, demonstra a predominância do gênero masculino, correspondendo a 73% do total dos óbitos constatados (1.160).

Em relação à distribuição de óbitos segundo a faixa etária, evidenciam-se dois extremos: a predominância maior incide na faixa de 70 anos ou mais (17%) e a menor na faixa etária de até 9 anos de idade (3%). Também se verifica que há um número significativo na faixa etária de 20 a 29 anos, correspondendo a 16% do total de óbitos registrados em 2012 (1.160).

GRÁFICO 1 - Número de óbitos por faixa etária e gênero em 2012

Fonte: CIHDOTT do Hospital João XXIII.

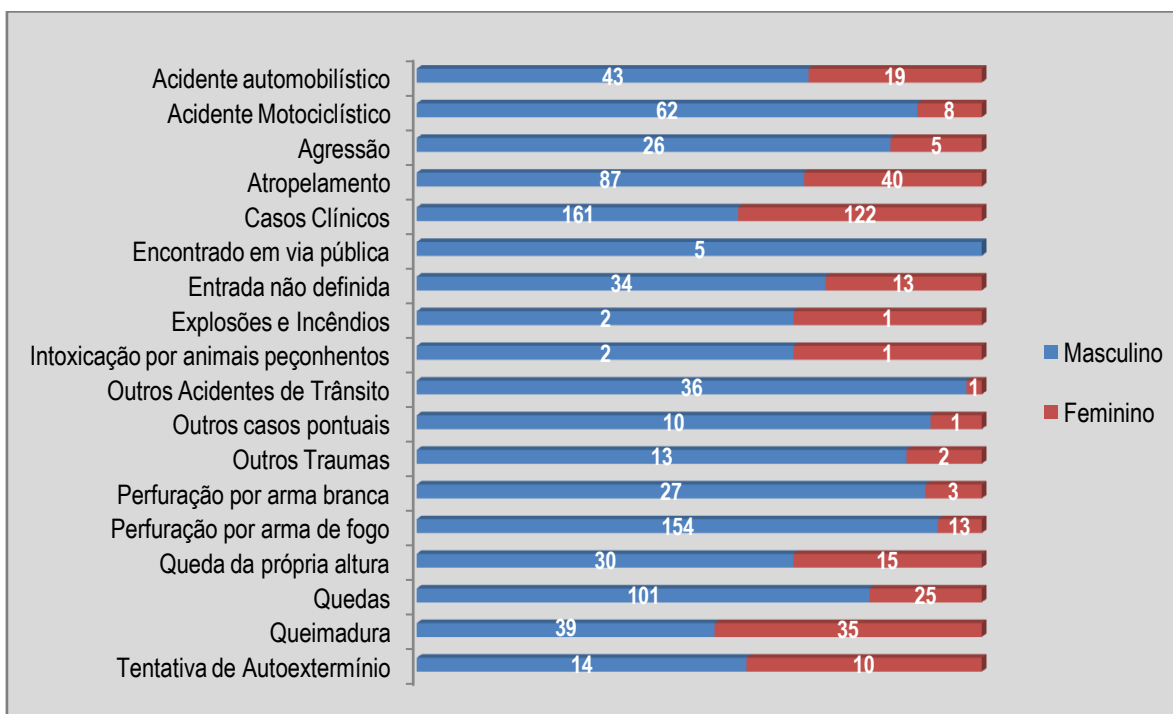
No que diz respeito à distribuição da incidência de óbitos classificada por motivo de admissão²⁶, em todas as categorias os homens superam as mulheres, conforme o Gráfico 2. Os casos clínicos, incluindo AVCs, infecções, dentre outros, são predominantes diante das demais causas de admissão (24% dos casos), seguidos de perfuração por arma de fogo (14% dos casos), atropelamento e quedas com 11% dos casos cada um. Classificando-se esses dados por gênero, verifica-se que 19% do total de homens (846) dão entrada ao hospital por casos clínicos. Ora, aqui está implicada uma questão antropológica de gênero, de acordo com Souza (2005): um modelo hegemônico do que é ser masculino implica valorização das expressões de virilidade, como força e coragem, o que tem afetado diretamente a saúde dos homens. Gomes (2003) destaca que homens não buscam medidas preventivas de saúde, como o exame contra o câncer de próstata, que é tido como causador de angústia, temor da impotência e homossexualidade, além disso, não utilizam medidas de proteção contra doenças nas relações sexuais. A saúde reprodutiva relacionada a problemas de fertilidade é temida entre os homens, principalmente porque está diretamente relacionada à virilidade. No que se refere a casos de entrada por perfuração por arma de fogo (PAF), que ocupa a segunda colocação com 18% do total de homens (846), Souza (2005) sugere que o homem procura e se expõe a riscos por

²⁶ Optei por “motivo de admissão” e não causa da morte, porque a maioria dos óbitos é por causas externas e, conseqüentemente, os corpos são transferidos ao IML para constatação da *causa mortis*.

vezes associados à violência como meio de alcançar respeito, dessa maneira, eles morrem primeiro que as mulheres e, na maioria dos casos, as causas da morte referem-se a “uma exposição deliberada de enfrentar riscos e perigos”.

Casos de menor incidência registrados foram aqueles relacionados a intoxicações por animais peçonhentos, explosões e incêndios, representando 0,3% do total dos casos (1.160). Algumas categorias indicam extremos e proximidades entre homens e mulheres no que se refere ao motivo de entrada, e aqui citarei alguns exemplos que podem ser visualizados no Gráfico 2. Os extremos podem ser vistos nas seguintes categorias: quedas (101 casos entre homens e 25 entre mulheres); perfuração por arma de fogo (27 casos entre homens e 3 entre mulheres); outros acidentes de trânsito, como colisão, acidente de bicicleta, abalroamento (36 casos entre homens e 1 um caso entre mulheres) e acidente automobilístico (62 casos entre homens e 8 casos entre mulheres). Já as proximidades podem ser observadas nas seguintes categorias: queimaduras (39 casos entre homens e 35 entre mulheres); intoxicação por animais peçonhentos (2 casos entre homens e 1 entre mulheres) e explosões e incêndios (2 casos entre homens e 1 entre mulheres).

GRÁFICO 2 - Número de óbitos por motivo de admissão e gênero em 2012²⁷



Fonte: CIHDOTT do Hospital João XXIII.

²⁷ Inseri a categoria “outros traumas” presente no gráfico, uma vez que se trata de casos pontuais, mas é válido dizer que queimaduras, acidentes de trânsito, dentre outros, também são considerados traumas; coloquei-os em separado para mostrar sua predominância diante dos demais traumas.

Esses dados, entretanto, referem-se ao motivo da admissão e não necessariamente ao prognóstico e à causa da morte, pois uma vítima de atropelamento, por exemplo, pode morrer por insuficiência respiratória, ou seja, o quadro pode evoluir ao longo da internação gerando outras doenças. A causa da morte, além de não coincidir necessariamente com a causa da admissão e ao prognóstico, muitas vezes não é definida pelo hospital e, sim, pelo IML responsável pela necropsia, já que a maioria das mortes que ocorrem no Pronto Socorro se refere a causas externas e, necessariamente, os corpos precisam ser encaminhados ao IML.

Muitos são os casos de acidentes que dão entrada ao HJXXIII. Como já dito, os mais comuns são acidentes envolvendo motos, acidente de trabalho em construção civil, atropelamentos e acidentes de carros em rodovia, além de violência urbana:

Os traumas violentos e os acidentes automobilísticos acarretam a morte de mais de 2,5 milhões de pessoas por ano em todo o mundo. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, ocorrem cerca de 150.000 mortes violentas por ano, e cerca de nove bilhões de reais são destinados ao atendimento ao trauma anualmente, quase um terço de tudo o que é investido em saúde pública no país. Uma vítima grave de acidente automobilístico custa ao sistema cerca de 100 mil reais. Dados da Unesco atestam que o Brasil é o recordista em homicídios por arma de fogo no mundo: um cidadão é morto a cada 12 minutos; temos 3% da população mundial e ostentamos 13% dos homicídios registrados no planeta (PIRES, 2010, p. 102).

As ocorrências de acidentes que dão entrada no hospital podem parecer dramáticas ou banais para quem as vê. Citarei alguns casos pontuais: queda de carroça; queda de bicicleta; um senhor que estava correndo atrás de uma pipa e foi atropelado por um caminhão; crianças que se afogam em baldes; um jovem motoboy que caiu de um viaduto e faleceu, pois estava em alta velocidade para entregar dois cartuchos de tinta, e a equipe descobriu a história, porque havia o pedido de entrega dentro de sua mochila; também há situações que poderiam ter sido evitadas, como os diversos casos de quedas de andaime de trabalhadores em construção civil, entre tantos outros que presenciei. Além dos acidentes, também são comuns casos clínicos, como mal súbito, incluindo AVC (Acidente Vascular Cerebral), infarto, câncer não diagnosticado, e observei ainda muitos casos de overdose, principalmente por cocaína, e no período em que fiquei em campo, na maioria desses casos, o paciente foi a óbito ou sofreu sequelas graves e irreversíveis advindas da intoxicação.

Quero chamar atenção para o fato de que os dados sumarizados nos gráficos devem ser analisados com muito critério, pois, no registro do motivo de entrada, podem caber múltiplas classificações. Nesse aspecto, ainda no Gráfico 2, pude perceber que sua análise também encobre algumas *nuances* que precisam ser levadas em consideração; há uma categoria para “tentativa de autoextermínio, ou tentativa de suicídio”, que corresponde a apenas 2% dos

casos, entretanto, nas observações realizadas em campo e no próprio relato dos profissionais, o autoextermínio muitas vezes não é colocado necessariamente no motivo da entrada, por exemplo, muitos são os casos de pessoas que ateam fogo no próprio corpo e isso é caracterizado na admissão como queimadura e não tentativa de autoextermínio; isso acontece também com perfuração por arma de fogo. Além disso, o paciente ou quem o socorreu define “acidente de carro” o fato que, em alguns casos, se constituiu como uma tentativa de suicídio.

Em todo o período de campo presenciei muitas tentativas de suicídio: ingestão de tóxicos (incluindo remédios, soda cáustica e inseticidas); quedas; enforcamento – na maioria dos casos alguém resgata a vítima antes que a morte ocorra; acidente de carro provocado. Os motivos são vários: depressão (na maior parte dos casos); conflito envolvendo relacionamento amoroso; desentendimentos familiares; esquizofrenia (o paciente diz que ouviu ‘vozes’ para que ele se matasse); dificuldade financeira (na maior parte dos casos acomete homens); dentre outros. Além de diversos motivos implicados, seja de ordem social ou doenças psiquiátricas, as tentativas de suicídio acometem a jovens e velhos; entretanto, casos que me impressionaram foram tentativas de suicídio entre crianças²⁸.

2.4 Caracterização física do Hospital João XXIII

O HJXXIII possui dez andares superiores, o térreo e o subsolo, além do heliponto²⁹, localizado rente ao 4º andar. No térreo estão instalados o centro cirúrgico Dr. Wilson Luiz Abrantes; ambulatórios (setor de emergência); UTI (Unidade de Terapia Intensiva); serviço de diagnóstico por imagem; coordenação médica e apoio ao paciente (serviço social). O térreo também possui um ambulatório destinado a consultas de retorno com acompanhamento de todas as especialidades cirúrgicas. Há ainda uma sala de acolhimento, local em que o médico dá a notícia do óbito aos familiares, e estes são amparados pela assistente social e pela psicóloga, que dão o suporte aos familiares depois de dada a notícia; essa sala foi o local onde mais presenciei gritos e choros. Destaca-se que, por todo o corredor do setor de emergência, encontram-se pontos de conexão disponíveis para o uso de aparelhos que são utilizados em casos de alguma catástrofe, ou mesmo eventuais situações nas quais ultrapassa a capacidade de pacientes nas enfermarias; tais contatos funcionam como um leito, de modo que dê para alocar uma maca com o enfermo.

²⁸ Maiores explicações tópico 4.5.

²⁹ Pista de pouso para helicópteros que transportam pacientes que estão em locais de difícil acesso terrestre e, especialmente, pacientes em estado grave. Localizada rente ao 4º andar do edifício.

No subsolo, há um acesso direto ao CGP – Centro Geral de Pediatria, que possui uma ala exclusiva para pacientes do João XXIII, já que este não dispõe de enfermarias infantis no bloco vertical. Além disso, estão localizados no subsolo: o almoxarifado; farmácia; CME (Central de Material Esterilizado); registro de patrimônio; serviço de manutenção dos equipamentos; cozinha; refeitório (onde são oferecidos café da manhã, lanche, almoço e jantar para os funcionários) e necrotério, onde são alocados os corpos após o falecimento, os quais são direcionados para funerária ou para o IML. O necrotério é constituído por uma pequena sala onde funciona a recepção e, ao lado, a sala onde são depositados os corpos. O local conta com dois profissionais: o “movimentador”, profissional responsável pelo deslocamento do corpo internamente (nas dependências do hospital) até o necrotério; e uma “agente” que dá as orientações de cartório e sepultamento. A sala para onde o corpo é levado possui dois exaustores (para minimizar odores decorrentes do processo de degradação ou decomposição dos corpos), uma geladeira com quatro gavetas (caso os corpos necessitem de refrigeração) e três macas fixas; assim sendo, a sala comporta aproximadamente sete corpos. Para entrar nessa sala, é necessário utilizar uma roupa descartável específica para evitar quaisquer contaminações.

O HJXXIII possui cinco entradas, a principal, conhecida como “entrada 400”, devido à numeração na rua, e está localizada mais ao centro do prédio, destinada ao acesso de funcionários e visitantes (serve como entrada e saída); ao lado direito fica a entrada intitulada “entrada da caldeira”, que dá acesso aos equipamentos hospitalares; à esquerda, também próximos ao centro do prédio, localizam-se o acesso a veículos e a entrada dos pacientes; por fim, no extremo, à esquerda, estão localizadas outras duas portarias: uma destinada à saída de pacientes que receberam alta e a outra que dá acesso ao necrotério e à entrada de materiais no almoxarifado. Há um fluxo contínuo de pessoas nas saídas e nas entradas, sejam funcionários, familiares, pacientes, profissionais de transporte de pacientes, dentre outros. Na emergência pude observar uma vasta diversidade de pessoas circulando de um lado para o outro; comumente funcionários direcionando macas ocupadas por pacientes para outros setores, seja para uma enfermaria quando há melhora do quadro clínico, seja para setores onde se concentram os pacientes graves, como a UTI e o bloco cirúrgico. Nas salas da emergência, quando o paciente dá entrada, os médicos e enfermeiros já estão de prontidão para atender a ele.

Entre as duas portarias centrais encontra-se o Plantão Policial, com a Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos, pertencente ao Departamento de Trânsito de Minas

Gerais (Detran/MG) e a outra pertencente à Polícia Civil, por isso o João XXIII também é conhecido como um Hospital de Pronto Socorro Policial. Nesta permanecem em tempo integral dois policiais: um direcionado aos assuntos referentes a acidentes de trânsito³⁰ e o outro para tentativas de homicídios³¹. Esse último consiste no primeiro ponto de investigação de tentativas e efetivação de homicídios, em que o policial colhe informações para que a Polícia Civil dê continuidade à investigação. Assim, em todos os casos que envolvem acidentes, brigas, assaltos e tentativas de homicídio, esses policiais procuram as vítimas que deram entrada no hospital ou seus acompanhantes para saber como ocorreu o fato. As perguntas feitas mais frequentemente relativas à ocorrência eram: *Qual seu nome completo? Onde mora? O que aconteceu?* E demais perguntas que ajudem a montar o quebra-cabeça do ocorrido. É muito comum encontrar tais policiais na sala de politraumas e nos corredores em busca dessas informações. O serviço de assistência social também se faz muito importante nessa fase, pois auxilia o plantão policial principalmente no que se refere ao reconhecimento de pessoas não identificadas. O plantão policial também tem a função de acionar o transporte para corpos que necessitam ser destinados ao IML.

É válido ressaltar ainda que, em todos os andares, há grades nas janelas para prevenir ou evitar tentativas de suicídio, pois há alguns anos ocorreram casos de suicídio por queda de pacientes internados. Conforme estudos de Goodwin (2011) e Scott *et al.* (2010), quem está acometido por alguma moléstia possui maiores chances de tentar o suicídio. Isso é ainda mais recorrente em pacientes que permanecem internados em hospitais (Ballard *et al.*, 2008). O fato de estar com algum tipo de moléstia física já é um catalisador para o risco de suicídio, mesmo em pacientes sem histórico de doenças mentais (Scott *et al.*, 2010).

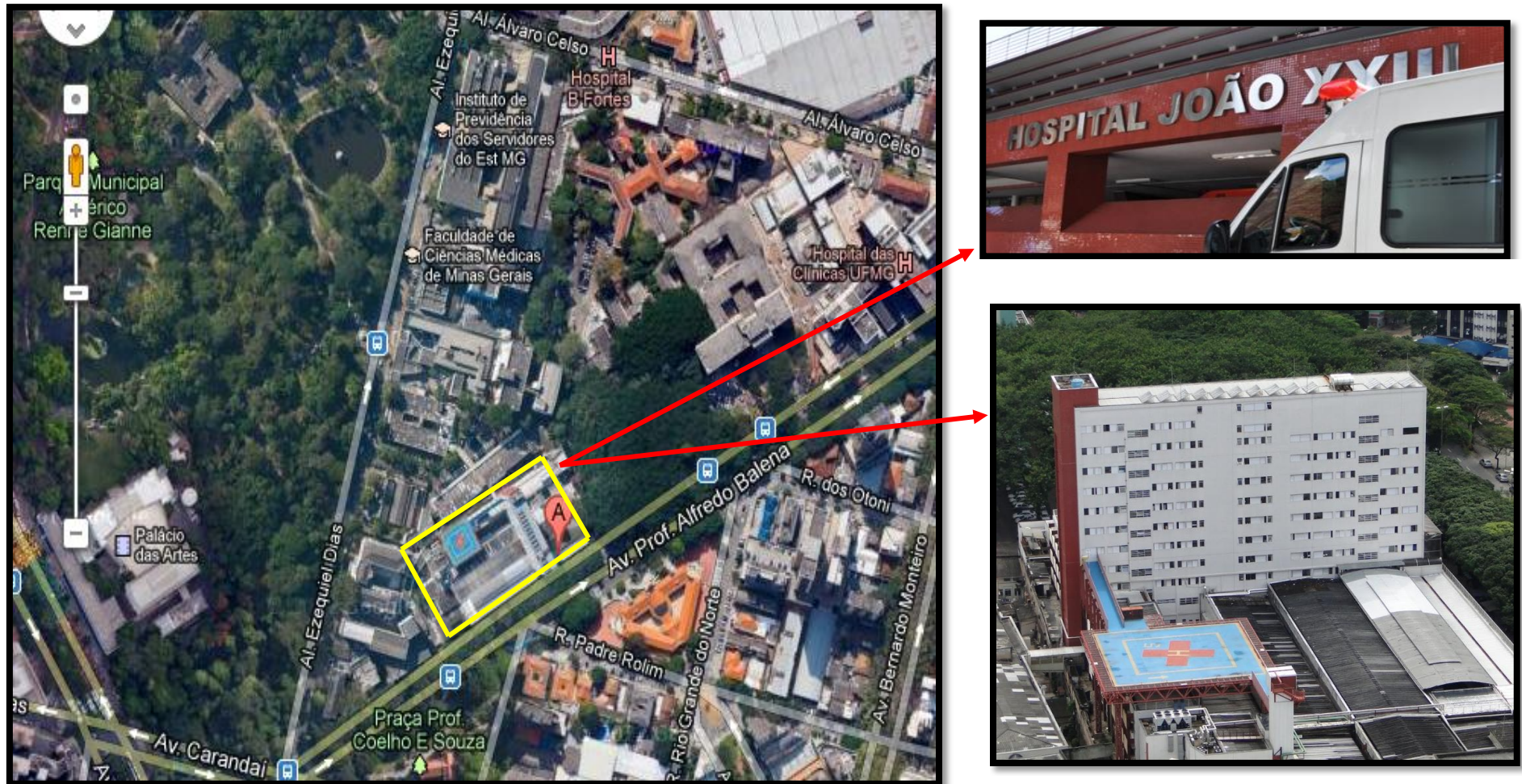
Também há casos de meliantes que conseguem entrar no hospital para executar algum internado. Segundo um enfermeiro, como o hospital recebe muitos pacientes envolvidos com o tráfico de drogas, é comum casos de “acerto de contas” e vingança.

As Figuras 1 e 2 ilustram a formatação física do hospital.

³⁰ Pertencente ao DAV: Delegacia de Acidentes de Veículos.

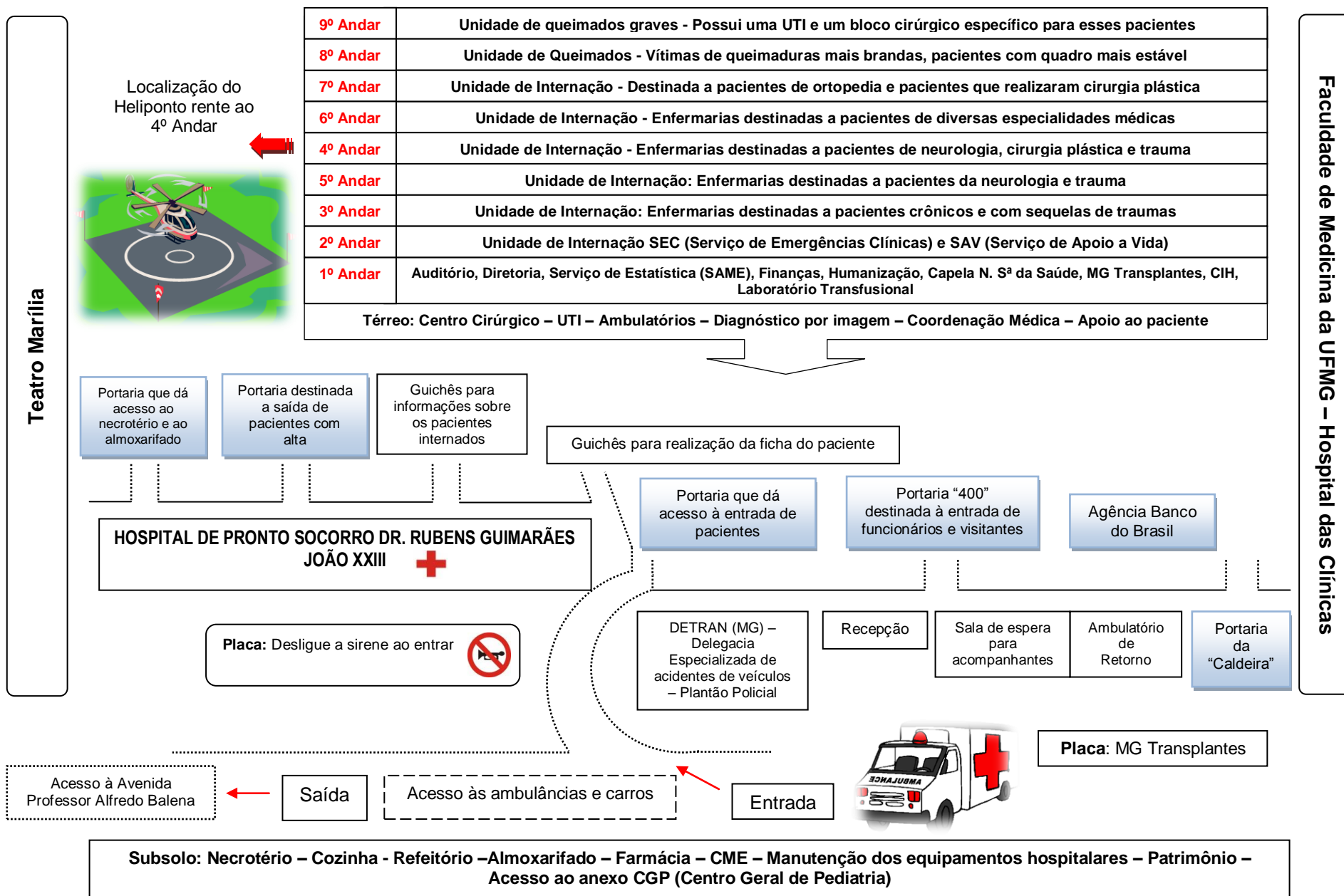
³¹ Pertencente ao DHPP: Departamento de Homicídio e Proteção à Pessoa

FIGURA 1 - Localização panorâmica do Hospital João XXIII



Fonte: Google Maps.

FIGURA 2 - Fachada Externa Frontal do Hospital João XXIII



Fonte: Figura elaborada pela autora / Pesquisa de Campo, dezembro de 2012.

No campo de observação escolhido, tanto a urgência como a emergência estão localizadas no térreo do edifício. Aqui cabe uma distinção, a urgência se refere a um atendimento que necessita de uma intervenção rápida, mas que pode aguardar por algum tempo; já a emergência engloba quadros em que o paciente corre risco iminente de morte e, por isso, o atendimento necessita ser imediato. Gomes sintetiza essa situação como:

O atendimento de emergência é o conjunto de ações empregadas para a recuperação de pacientes, cujos agravos à saúde necessitam de assistência imediata, por apresentarem riscos de vida. Tais agravos à saúde põem em risco determinadas funções vitais que, com o passar do tempo, diminuem temerariamente sua chance de eventual recuperação. Já para o atendimento de urgência, as condições do paciente também são agudas, mas não há perigo iminente de falência de qualquer de suas funções (GOMES, 1994, p. 4).

A arquitetura permite o encaminhamento dos pacientes para os procedimentos que demandam emergência, cujo teor de gravidade à saúde necessita de pronto atendimento. Assim, os setores são construídos de modo a facilitar a entrada do enfermo no serviço. O térreo é utilizado estrategicamente porque é o local ideal para acolher o intenso fluxo de pacientes, principalmente aqueles desembarcados de ambulâncias e demais viaturas de atendimento pré-hospitalar. Além das salas de emergência, também estão localizados no térreo a UTI e o Bloco Cirúrgico, conforme os padrões exigidos em relação à planta física de um hospital de urgência e emergência (WEHBE; GALVÃO, 2001).

Segundo Gomes (1994), um serviço de pronto socorro presta atendimento a pacientes portadores de enfermidades agudas específicas, por meio de equipes qualificadas. Tal atendimento está alicerçado numa arquitetura hospitalar específica que permite consolidá-lo:

Estas unidades operam agregadas ao complexo hospitalar com sua infraestrutura de apoio logístico, prontas para atender aos pacientes com diferentes níveis de atenção e assistência, mediante uma ação sistematizada. Para atingir tal objetivo é necessário que haja o desenvolvimento contínuo de ações de enfermagem, investigação e avaliação contínua sobre a atuação profissional dos agentes de saúde, como também definição de áreas e facilidades técnicas adequadas (GOMES, 1994, p. 108).

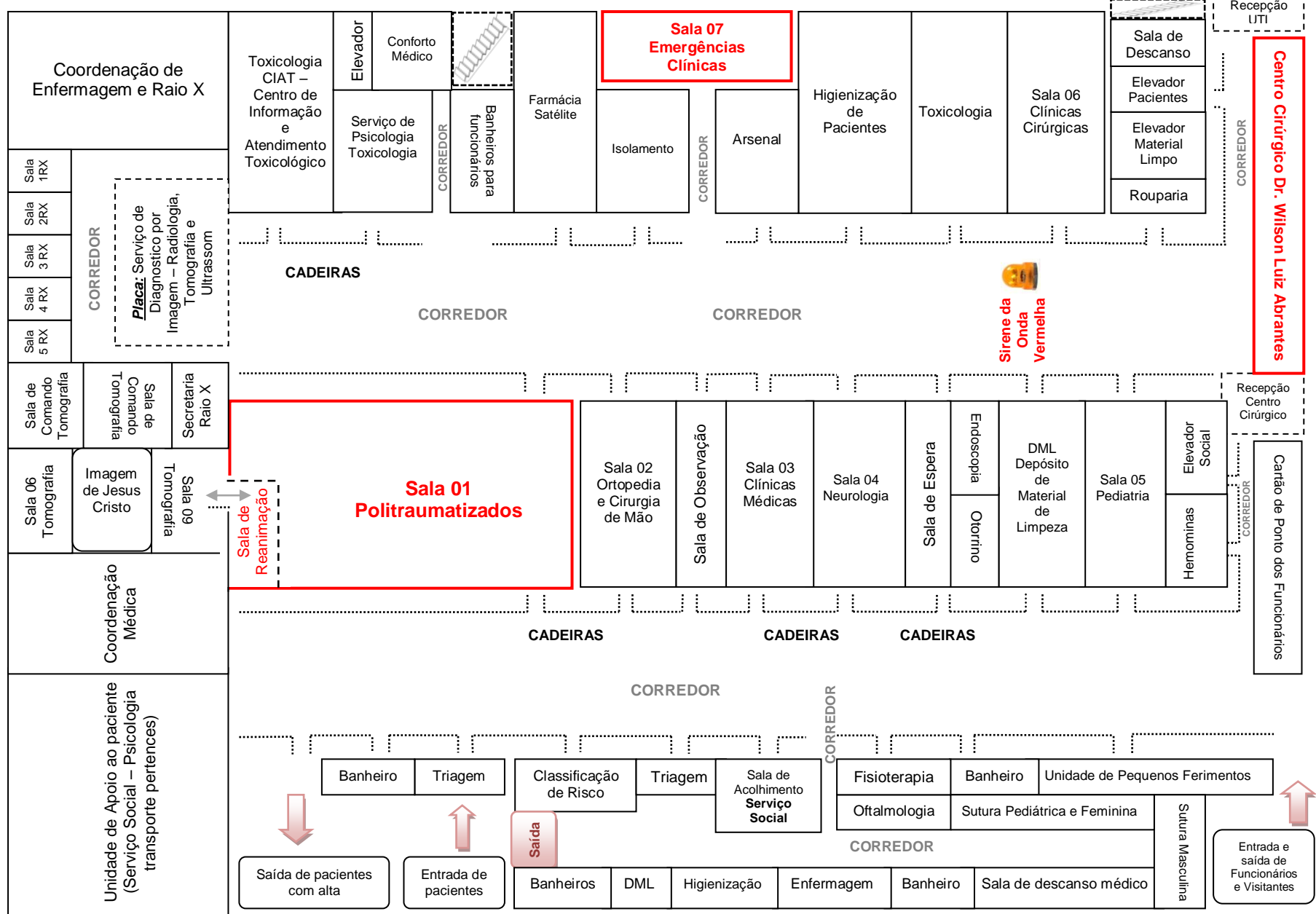
Os setores da emergência são divididos em sete salas (FIG. 3)³², segundo o tipo de enfermidade e, conseqüentemente, o tipo de atendimento. Consistem de dois corredores com diversas salas localizadas nos dois lados, bem próximo à sala da triagem visando a facilitar o atendimento, principalmente dos pacientes em estado grave, que no HJXXIII concentram-se na Sala 1 de Politraumatizados e na Sala 7 de Emergências Clínicas. Segundo Giacomo:

³² Na Figura 3, em vermelho, são os locais em que mais permaneci e em que se concentram os pacientes graves com risco de morte.

Imediatamente disponibilizada junto ao acesso de emergência, a sala (de emergência) tem o papel de acolher os pacientes em estado grave e processar o seu pronto restabelecimento. Após os primeiros socorros e a estabilização dos sinais vitais do paciente, este pode ser encaminhado para o centro cirúrgico, obstétrico, UTIs, e centro de diagnóstico por imagem, para a continuidade na sua assistência. Quando o paciente for a óbito será encaminhado ao morgue. Por suas características é aconselhável que a referida sala seja posicionada no fluxo imediato à entrada de emergência, provida de portas largas, dimensões generosas para movimentação de macas, circulação da equipe de profissionais e disponha de boa estrutura física, como lavatórios, bancadas com cubas, armários para materiais de consumo e esterilizado, gases medicinais, pontos de lógica e elétrica para acoplar equipamentos e raio-X móvel. A sala ainda deve disponibilizar carros de emergência, anestesia e ressuscitação (GIACOMO, 2011:165).

FIGURA 3 - Térreo - Setor de Emergência

UTI Unidade de Terapia Intensiva



Fonte: Figura elaborada pela autora / Pesquisa de campo, dezembro de 2012.

A primeira sala da unidade de emergência refere-se ao atendimento do politraumatizado, que engloba pacientes vítimas de vários traumas, principalmente de acidentes, incluindo quedas, colisões, atropelamentos, queimaduras, dentre outros. Essa é a sala onde se dá entrada aos pacientes mais graves de todas as especialidades do hospital, desde um grande queimado a uma vítima de múltiplas fraturas. Foi o local em que permaneci mais tempo justamente por essa característica.

A Sala 2 destina-se à Ortopedia e Cirurgia de Mão. A Sala 3 é chamada de Clínica Médica e é destinada aos pacientes em observação por médicos e profissionais dessa especialidade. Muitos pacientes internados nessa sala, caso piorem, são destinados à Sala 7 de Emergências Clínicas.

A Sala 4, de Neurologia, é destinada a pacientes vítimas de distúrbios estruturais do sistema nervoso, como: AVC (Acidente Vascular Cerebral), derrame, infarto, dentre outros. A Sala 5 é destinada à Pediatria e engloba diversos tipos de enfermidades que acometem crianças. Entretanto crianças com doenças mais graves podem ser encaminhadas para a Sala 1 (Politraumas), Sala 7 (Emergências Clínicas) ou UTI. A Sala 6 é de Clínicas Cirúrgicas e também contempla outras especialidades, como laringologia. A Sala de Toxicologia, como já infere o nome, é destinada a vítimas de intoxicações, como ingestão voluntária (adultos por tentativa de suicídio) e involuntária de medicamentos e demais tóxicos, como material de limpeza (nesses casos a maioria é criança que ingere acidentalmente), plantas venenosas; picada de animais peçonhentos, como cobra, escorpião, aranhas, etc.; reações alérgicas a algum medicamento, dentre outros.

A Sala 7, intitulada Emergências Clínicas, é destinada a pacientes graves de enfermidades clínicas, como infarto, sintomas de câncer não identificado, intoxicações alimentares, etc. Nessa sala, na sala dos politraumatizados e na UTI, concentra-se o maior número de óbitos ocorridos no setor de emergência. Nessa sala, também permanecem de plantão os médicos clínicos.

Além dessas sete salas, há ainda no térreo dois locais onde os pacientes podem ser encaminhados de acordo com a gravidade do caso, a saber: UTI e Bloco Cirúrgico.

O 1º andar destina-se a setores administrativos, como auditório, diretoria, finanças, controle de infecção hospitalar, humanização, sede do MG Transplantes, coordenação de fisioterapia, laboratório de patologia clínica e toxicologia, além de uma capela - Nossa Senhora da Saúde - e o Setor de Humanização. O setor de humanização do hospital foi criado como uma assessoria e possui três frentes: ouvidoria – com viés mais

conciliador – chamada de “João te escuta”; serviço de psicologia para o funcionário; e há também a CIHDOTT (Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos), que se refere aos procedimentos para captação de órgãos. Segundo a coordenadora do setor é importante que tal comissão esteja junto à Humanização para o acolhimento da família do paciente doador. Segundo a psicóloga, coordenadora do setor de Humanização, a maioria dos funcionários que procuram o setor são enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, além disso, oriundos de setores específicos do hospital:

Aqui eu atendo funcionários de três lugares: o 3º andar onde tem os pacientes sem prognóstico, a emergência que é a porta de entrada do paciente grave e a UTI de Queimados. Você pode ver que são locais difíceis emocionalmente de trabalhar, o contato estreito com o sofrimento e com a morte é muito grande, acho que por isso a demanda nesses locais é maior. Aqui eu faço um atendimento de psicanálise primário de até 5 sessões, se eu vejo que é caso para um acompanhamento mais longo ou casos para a psiquiatria eu faço um encaminhamento para a central da Fhemig que dá o suporte ao funcionário (Psicóloga).

Perguntei se médicos já procuraram o serviço de psicologia e ela disse que não, porém, ao conversar com os médicos, eles retrataram o desconhecimento da existência desse tipo de serviço oferecido pelo hospital³³.

Há um grupo chamado “Abelhinhas” que desenvolve ações voluntárias e possuem credenciamento para ingressar no hospital. Segundo a coordenadora, a abelha é a logomarca do setor de humanização, porque é um inseto que trabalha em equipe. A maioria das pessoas desse grupo almeja dar um conforto espiritual para os pacientes, independente do tipo de religião. Por estar inserida no setor da Humanização, a preferência é o acolhimento; também são oferecidos corte de cabelo, música (há abelhinhas que tocam flauta, violão). Durante o campo, presenciei a atuação dessas abelhinhas, especialmente no apoio a familiares que perderam algum ente no hospital e atendimentos a pacientes graves.

No hospital há oito Unidades de Internação (QUADRO 2), distribuídas em cada um dos andares, conforme a especialidade clínica ali situada, bem como suas respectivas equipes. Todas as unidades são dotadas de enfermarias, postos de enfermagem, banheiros, sala de prescrições médicas, quarto de descanso para os profissionais, dentre outros. Além das equipes dos médicos, há outras, como enfermagem (incluindo enfermeiros e técnicos), psicologia, fisioterapia, serviço social e nutrição. O Quadro 2 sumariza as características de cada andar, suas enfermarias e leitos.

³³ Maiores detalhes ver Capítulo 5.

QUADRO 2 - Perfil de atendimento por andar

Nº do andar	Categoria	Nº de enfermarias	Nº de leitos
9º andar	Unidade de Queimados Graves	2 enfermarias, 1 UTI e 1 Bloco Cirúrgico específico para queimaduras	9 leitos (sendo 1 para isolamento)
8º andar	Unidade de queimados	6 enfermarias (mista)	24 leitos
7º andar	Unidade de internação (Ortopedia e Cirurgia Plástica)	7 enfermarias (sendo 2 feminina e 5 masculinas)	35 leitos
6º andar	Unidade de internação (Diversas Especialidades)	6 enfermarias (mista)	36 leitos
5º andar	Unidade de internação (Neurologia e Trauma)	7 enfermarias (mista)	35 leitos
4º andar	Unidade de internação (Neurologia, Cirurgia Plástica e Trauma)	7 enfermarias (sendo 1 feminina e 6 masculina)	35 leitos
3º andar	Unidade de internação (Pacientes Crônicos e com sequelas de trauma)	3 enfermarias	24 leitos (sendo 2 de isolamento)
2º andar	Unidade de Internação (SEC e SAV)	3 enfermarias	16 leitos (sendo 2 destinados ao SAV)

Fonte: Dados da pesquisa, dezembro de 2012.

O 2º andar é uma Unidade de Internação que engloba os serviços SEC (Serviço de Extensão de Cuidados) com treze leitos de UTI e o SAV (Serviço de Apoio à Vida) com dois. O SAV é uma unidade para onde são encaminhados os pacientes com suspeita de morte encefálica, os quais permanecem nesse setor para a realização do protocolo de confirmação da morte cerebral e constatação de potenciais doadores de órgãos.

O 3º andar, chamado de “Unidade de Cuidados Progressivos (UCP)”, é ocupado por pacientes com doenças crônicas que precisam de cuidados clínicos 24 horas. São pacientes sem prognóstico que, em várias situações, a família não possui suporte técnico para acomodá-lo no domicílio e, por esse motivo, em muitos casos esses pacientes não recebem alta.

O 4º andar é uma Unidade de Internação que recebe pacientes encaminhados pelas especialidades de Neurologia, Cirurgia Plástica e Trauma. Nesse andar também está localizado o SAT – Serviço de Apoio ao Trauma, nos quais são alocados os pacientes com traumas torácicos, sem indicação de intervenção cirúrgica, mas que precisam de um cuidado especial.

O 5º andar também é uma Unidade de internação para onde são encaminhados os pacientes das especialidades de Neurologia e Trauma. O 6º andar abarca diversas especialidades. Já o 7º andar destina-se à internação de pacientes da Ortopedia, bem como aqueles encaminhados para a Cirurgia Plástica.

O 8º e o 9º andares são reservados ao tratamento dos pacientes vítimas de queimaduras. No 8º andar são concentrados os pacientes com queimaduras mais brandas que não colocam em risco a vida, enquanto o 9º andar acolhe pacientes em estado grave. Para tanto conta com uma UTQ (Unidade de Terapia de Queimados) e um centro cirúrgico chamado “Professor Ivo Pitanguy”, onde são realizadas cirurgias programadas. Destaca-se que nesse andar ocorre um considerável número de óbitos, possivelmente em virtude da gravidade dos casos.

E, por fim, o 10º andar onde está localizado o NEP (Núcleo de Ensino e Pesquisa), responsável pelas tramitações éticas dos projetos de pesquisa vinculados à instituição. Nesse andar também há uma biblioteca, cujo acervo em grande parte contempla trabalhos sobre a instituição e demais trabalhos acadêmicos direcionados à área da saúde. A função de tal andar está diretamente relacionada ao fato de o hospital também se constituir como uma unidade de ensino e pesquisa, especialmente para os profissionais da saúde.

O hospital ainda conta com um heliponto, reservado para o transporte de pacientes em estado grave, com risco iminente de morte. Em muitos casos, o êxito no salvamento de uma vida depende do tempo gasto entre o resgate ou a remoção do paciente até o hospital. Nesse aspecto, causas externas possuem uma variável muito importante denominada “hora de ouro”, que se refere ao tempo entre o transporte do local do acidente até o atendimento definitivo. Tal tempo é fundamental no prognóstico, na recuperação e no restabelecimento da vida desses pacientes que, em sua maioria, constituem casos graves com risco iminente de morte. Diante dessas questões, em 17 de dezembro de 2010, foi inaugurado o heliponto do Hospital João XXIII, cujo objetivo foi dar mais agilidade e segurança no que se refere ao atendimento a vítimas de traumas graves e com risco iminente de morte. Possui capacidade para receber aeronaves de até cinco toneladas em uma área de 441 m² e acesso por dois elevadores, sendo um exclusivo com acesso direto à sala de emergência.

Entre dezembro de 2010 a dezembro de 2011, o atendimento via heliponto totalizou 152 resgates aéreos (BATISTA; PALMA, 2013). Segundo um enfermeiro do hospital, a implantação desse meio de transporte aéreo permitiu uma sobrevida maior aos doentes graves:

Há alguns anos atrás um grupo de pessoas que trabalhavam no Hospital João XXIII tinha a intenção de montar um heliponto, a fim de agilizar o transporte de vítimas em estado grave. Antes da implantação do heliponto muitas vítimas faleciam na própria cena do acidente: se uma pessoa fosse vítima de mergulho em água rasa na Serra do Cipó, por exemplo, levaria no mínimo 3 horas por meio de transporte terrestre, com o helicóptero esse trajeto é realizado em 30 minutos. Para o paciente existe a 'hora de ouro', entre o resgatar e o levar o mais rápido possível para o hospital.

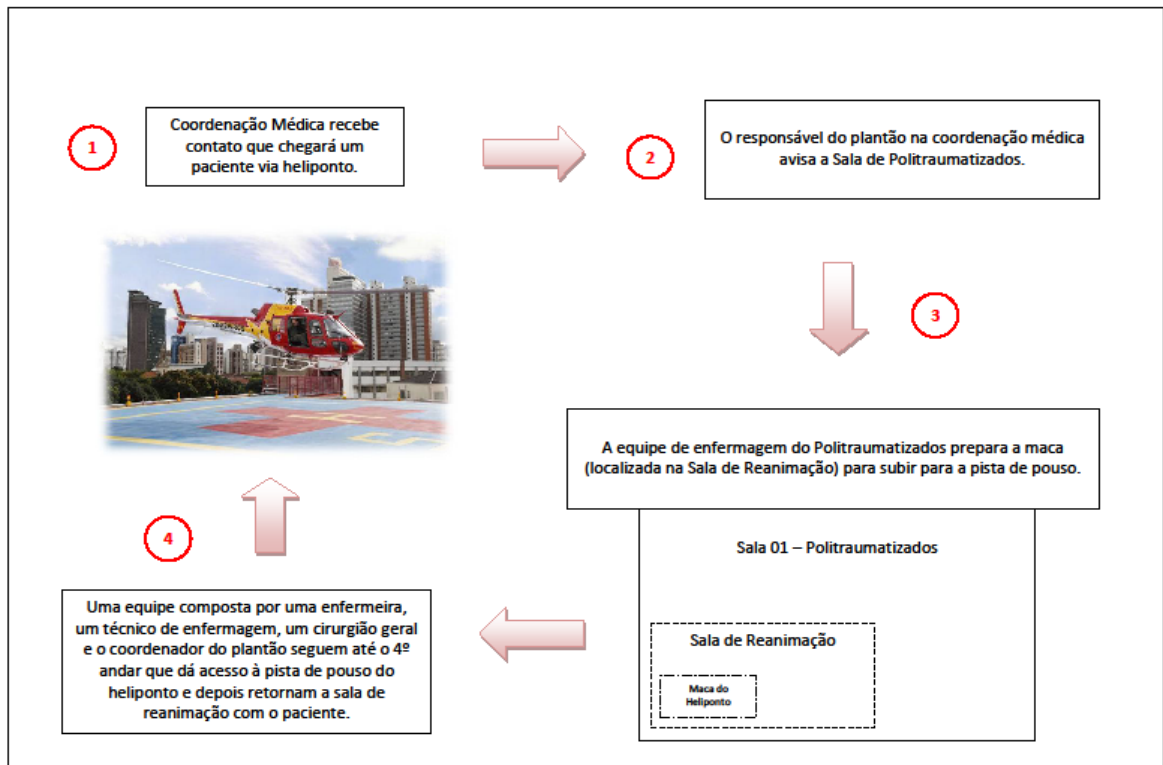
De acordo com Batista e Palma (2013), por ser o Hospital João XXIII referência a todo o Estado de Minas Gerais, o heliponto recebe pacientes oriundos de várias localidades, como Congonhas, Betim, Conceição do Mato Dentro, Itabirito, dentre outras localidades. Além disso, Minas Gerais é o Estado que possui a maior malha viária do país e, em virtude disso, há ainda maior prevalência de acidentes nas estradas, em especial as BRs 040, 381 e 262, que cortam o Estado de Minas Gerais e possuem intensa movimentação, especialmente em períodos de férias e feriados prolongados.

O serviço de atendimento por aeronaves é coordenado pela Central 193, sendo executado pelo Batalhão de Operações Aéreas (BOA) do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais, que possui três aeronaves. O SAMU também atua como um suporte a esse serviço e conta com um médico e um enfermeiro que permanecem de plantão no batalhão em parceria com o Corpo de Bombeiros (MINAS GERAIS, 2011).

Sempre quando a equipe recebia um chamado de que chegaria algum paciente via heliponto, tudo era realizado de forma muito ágil. Isso porque a equipe já é informada previamente sobre o tempo de voo até o hospital que, na maior parte dos casos, é muito rápido, por isso, é preciso encaminhar toda a equipe e instrumentos para a pista de pouso. Ressalta-se que tanto a equipe quanto a maca e demais instrumentos estão localizados na Sala de Reanimação, que, por sua vez, está situada no interior da Sala de Politraumas. Embora sejam quadros muito graves que, em alguns casos, evoluem a óbito horas depois de darem entrada ao hospital, isso não é maioria. Percebi que o nome “hora de ouro” não foi dado à toa, pois esse intervalo de tempo é fundamental para ajudar no salvamento de muitas vidas, especialmente de vítimas oriundas de localidades distantes.

A Figura 3 que sumariza os procedimentos realizados via heliponto.

FIGURA 4 - Rotina do Heliponto



Fonte: Figura elaborada pela autora / Pesquisa de campo, dezembro de 2012.

2.5 A triagem dos pacientes e a classificação de risco

No tópico anterior fiz uma caracterização descritiva dos serviços prestados pelo hospital, bem como sua organização física. Neste tópico será contemplada a dinâmica de atendimento aos pacientes graves, especialmente com risco de morte, que dão entrada em um Hospital de Pronto Socorro.

No primeiro dia de campo fui acompanhada por uma enfermeira³⁴ para que ela me apresentasse o serviço de emergência. Ela me levou a todos os setores, explicando-me a dinâmica do atendimento. O serviço de urgência do HJXXIII está localizado no térreo do edifício, a fim de facilitar os primeiros atendimentos. No *hall* de entrada do HJXXIII, à esquerda de quem entra, está situado um guichê em que os pacientes ou seus acompanhantes ou responsáveis vão para preencherem a ficha de atendimento. Em seguida, eles são encaminhados ao serviço de triagem que está localizado ao lado desse guichê e também

³⁴ Enfermeira indicada pelo coordenador do setor de emergência.

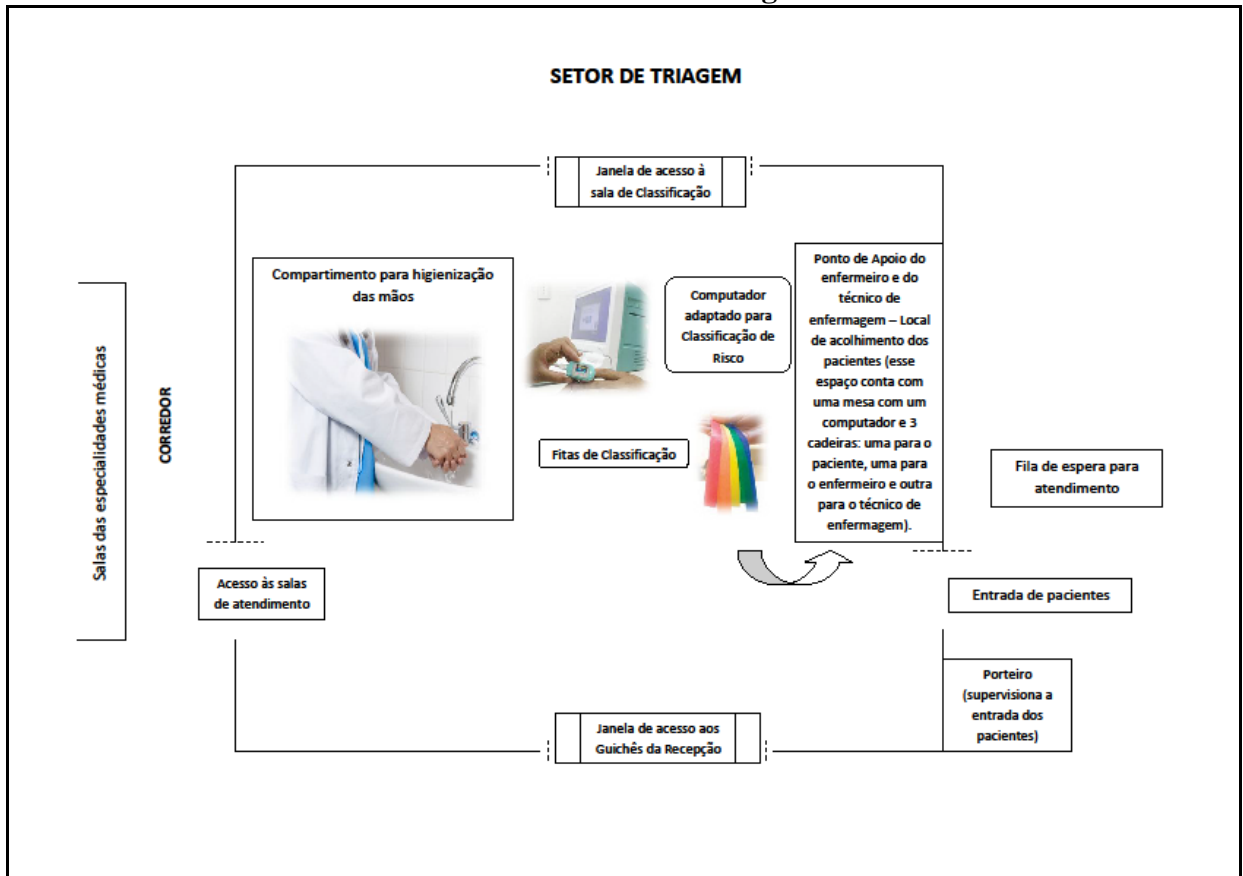
próximo ao acesso às salas de urgência e emergência. Tal localização permite a agilidade do atendimento, como recomendado por Giacomo:

Recomenda-se que este ambiente esteja próximo ao acesso às urgências, para o imediato acolhimento do enfermo. Isto porque neste local será definido o encaminhamento do paciente, de acordo com a gravidade do caso, constatada pela anamnese inicial, por meio do relato de suas queixas, breve histórico, exame físico, uso de medicações, verificação de sinais vitais e oximetria de pulso, glicemia entre outros (GIACOMO, 2011, p. 164).

A sala de triagem ou sala de classificação de risco é composta por um lavatório para higienização das mãos e uma mesa onde ficam a enfermeira e o técnico de enfermagem. Nessa mesa há um computador adaptado com termômetro de ouvido e um oxímetro³⁵, de modo que as informações registradas por tais equipamentos possam ser inseridas diretamente ao sistema de informática do hospital. Esse sistema é composto por dois programas internos ao hospital: o SIGH (Sistema Integrado de Gestão Hospitalar), que também é compartilhado pelos médicos na ocasião do atendimento; e o Alved, que faz a classificação de risco. A sala também possui duas pequenas janelas de intercomunicação, cuja função consiste na agilidade da troca de informações entre os profissionais dos referidos setores: uma janela que dá acesso aos guichês (onde se dá a entrada do paciente) e a que dá acesso à outra sala destinada à triagem, chamada “sala de classificação de risco”. Dois porteiros permanecem na entrada da triagem a fim de controlar o fluxo de pacientes. A Figura 6 ilustra a organização espacial da sala de triagem:

³⁵ O oxímetro consiste num aparelho para medição do nível de oxigênio no sangue.

FIGURA 5 - Setor de Triage



Fonte: Figura elaborada pela autora / Pesquisa de campo – dezembro 2012.

Caso o paciente esteja em estado grave e precise de atendimento de emergência, ou seja, um paciente com risco iminente de morte, ele é encaminhado diretamente à Sala de Reanimação no Politraumas (Sala 1). Percebi que um critério técnico bastante utilizado é a Escala de Coma de Glasgoy, cujos parâmetros servem para medição e avaliação do nível de consciência, e muitos desses pacientes estavam com nível de consciência baixo, o que implica maior gravidade e risco a vida. Segue a Figura 6, que apresenta os critérios para realização do teste de Glasgow empregado pelos médicos para avaliar o teor de gravidade:

FIGURA 6 - Escala de coma de Glasgow - subestimação em pacientes com respostas verbais impedidas

Escala de Coma de Glasgow		
Parâmetros	Resposta Observada	Pontuação
Abertura Ocular	Espontânea	4
	Com estímulo verbal	3
	Com estímulo doloroso	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta Verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras impróprias	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta Motora	Obedece aos comandos	6
	Localiza e retira o estímulo	5
	Localiza o estímulo	4
	Responde em flexão	3
	Responde em extensão	2
	Nenhuma	1

Acta Paul Enferm 2005;18(2):136-42

Fonte: KOIZUMI e ARAÚJO, 2005, p. 142.

Após levar o paciente até a sala, um acompanhante, um profissional do SAMU, do corpo de bombeiros, ou ainda, policiais descrevem para o enfermeiro encarregado da triagem o que aconteceu com o paciente. Nesse sentido, as perguntas como “O que aconteceu?”, “O que está sentindo?” são direcionadas ao profissional ou acompanhante do paciente.

Em situações nas quais o paciente está em condições de falar, ele se dirige à triagem e a enfermeira começa o atendimento primeiramente recolhendo sua guia de consulta retirada no guichê externo, em seguida ela inicia uma sequência de perguntas, como “O que aconteceu?”, “Há quanto tempo isso aconteceu?”, “O que você está sentindo?”, “Desmaiou?”, “Vomitou?”, “Teve perda de consciência?”, dentre outras. Tais perguntas, baseadas nos relatos subjetivos dos pacientes, são o alicerce para que a enfermeira faça ou não, de início, a realização de outros procedimentos, como o emprego do oxímetro, do termômetro e medição da glicemia; portanto a utilização dos aparelhos e desses critérios mais técnicos está condicionada ao relato do paciente. Basicamente a enfermeira centra-se na observação dos sinais vitais do paciente, relativos às funções orgânicas principais que mostram o equilíbrio ou desequilíbrio do processo saúde-doença.

Todas essas informações, inicialmente são digitalizadas no computador, no programa Alved, que classifica o risco, e depois elas também são alocadas para o programa SIGH, que, como já foi dito, é compartilhado por demais setores do hospital, principalmente pelos médicos. Convém ressaltar que, em muitos casos, os pacientes são classificados com base

apenas em seus relatos. Nesse aspecto fica a pergunta: será que somente as medições técnicas têm validade para assegurar a gravidade do quadro? Percebi que, em muitos casos, a triagem só é legitimada diante de constatações técnicas ou da presença do médico. A USA (Unidade de Suporte Avançado), direcionada a casos graves, por exemplo, possui um médico, assim, esse paciente grave não passa pela triagem da enfermagem, ele é encaminhado diretamente à sala de emergência e já recebe atendimento imediato. Além disso, o paciente (em condições), quando dá entrada na sala de emergência, repete todo o relato ao médico³⁶, relato esse anteriormente feito à equipe de enfermagem. É nesse momento que os pacientes são realmente atendidos conforme a gravidade do quadro, pois os médicos, de início, já avaliam o risco de morte. Então, percebe-se que são as medições técnicas e a presença do médico que revelam o modo como a maior ou menor proximidade com a morte prioriza e direciona o atendimento.

Comumente acontecem situações em que o paciente “dramatiza” o quadro, porém, logo que o médico o examina, é constatado que não é um caso para ser resolvido em um pronto-socorro, e sim para atendimento ambulatorial, no qual não há necessidade de um atendimento imediato. Em alguns casos, mesmo suspeitando do relato descrito pelo paciente, o enfermeiro leva em consideração o que este diz. Segundo uma enfermeira:

Vai que paciente sofreu um pequeno acidente doméstico e aparentemente só fraturou o pé. Ok, se for só isso, tudo bem, mas não sabemos se algum órgão interno foi atingido, por isso não podemos negligenciar o discurso do paciente, mesmo desconfiando de um suposto ‘exagero’ em seu argumento.

Assim, não se subestima o relato, mesmo em situações de desconfiança. Esse é um procedimento que resulta e costuma gerar alguns desentendimentos entre as equipes médica e da enfermagem, pois os médicos consideram que um Pronto Socorro só deva receber pacientes em estado grave. Segundo Garlet *et al.*, os serviços de urgência, na prática, também atendem a pacientes com queixas típicas da atenção básica³⁷:

Atenção às urgências tem ocorrido, predominantemente, nos serviços hospitalares e nas unidades de pronto atendimento abertos 24 horas. Esses serviços respondem por situações que vão desde aquelas de sua estrita responsabilidade, bem como um volume considerável de ocorrências não urgentes que poderiam ser atendidas em estruturas de menor complexidade. Essas situações podem ser identificadas na maioria das unidades públicas de urgência do Brasil e, têm interferido consideravelmente no processo de trabalho e na qualidade do cuidado prestado à população (GARLET *et al.*, 2009, p. 267).

³⁶ A entrada do médico será melhor abordada no tópico seguinte.

³⁷ Atenção básica se refere a atendimentos realizados em UPAs e Centros de Saúde, cujo quadro clínico do paciente é mais brando e não demanda serviços de alta complexidade (Informação obtida na pesquisa de campo, a partir de depoimentos colhidos com os médicos).

Por outro lado, o aparente fingimento de um problema ou de uma enfermidade visivelmente mais branda, em alguns casos, é só superficial. Houve um caso de uma senhora que, ao dar entrada no HJXXIII, seu acompanhante relatou que ela possivelmente havia sofrido um derrame, e ela estava aparentemente bem. Nesses casos é o emprego das medições técnicas que avalia a gravidade do quadro:

Não podemos também julgar só pela aparência, nesse caso, a gente desconfiou porque o rapaz fez um 'prognóstico' muito sério, e ela, aparentemente estava bem e não relatou nada que condizia a um princípio de infarto, só o acompanhante falava. Então empregamos as medições e avaliamos, daí vimos que os seus sinais vitais não estavam normais. Tem gente que finge, é lógico, a gente vê muito. Mas nem todos são mentirosos compulsivos (risos). A gente percebe e sente com tempo de trabalho qual é a da pessoa. Aqui a gente mede os sinais vitais e lá dentro o médico 'bate o carimbo' e confirma a nossa classificação de risco. E tem mais, tem gente que finge no argumento e os sinais vitais estão normais, daí a gente tem que decidir. Aqui a gente também é meio que juiz (risos) (Enfermeira – Setor de Triagem).

Uma enfermeira esclareceu que, embora o profissional da enfermagem seja designado como o responsável pela triagem, ele não a faz: “Nós, enfermeiros, fazemos apenas a classificação de risco, quem faz a triagem propriamente dita é o médico. Em muitos casos, quando temos dúvidas, procuramos algum médico para avaliar o quadro. A triagem é da competência do profissional de medicina”.

Outro ponto que merece nota se refere ao descontentamento de acompanhantes e pacientes que não respeitam a classificação de risco e a prioridade de atendimento. Segundo uma enfermeira:

Todos os que chegam aqui querem ser atendidos na hora. Ou melhor, não digo todos, porque há pessoas respeitadas, mas a maioria quer atendimento imediato. E não é bem assim. Aqui é um p-r-o-n-t-o s-o-c-o-r-r-o, há ordem de classificação e há atendimentos específicos. Tem gente que chega aqui com DST³⁸, queixa de dor de cabeça há mais de um mês e quer porque quer ser atendido aqui. Então fica muito difícil controlar essas situações e fazer as pessoas entenderem que aqui a gravidade é a palavra de ordem. Acho que as pessoas passam aqui, vê que é um hospital e acha que tudo pode ser resolvido aqui e não é bem assim, aqui é para doentes graves com risco de morte (Enfermeira – Setor de Triagem).

De fato, por todo o período em que permaneci na triagem, percebi o quanto é difícil para os profissionais do setor explicarem para esse tipo de paciente que o hospital é um Pronto Socorro destinado a traumas e doenças súbitas graves. Além disso, percebi a forma desrespeitosa de muitos pacientes e acompanhantes de não compreenderem a ordem de atendimento conforme a gravidade do quadro. Citarei um exemplo: certo dia, como de costume, estava eu na triagem observando o atendimento. De repente chegaram dois casos ao

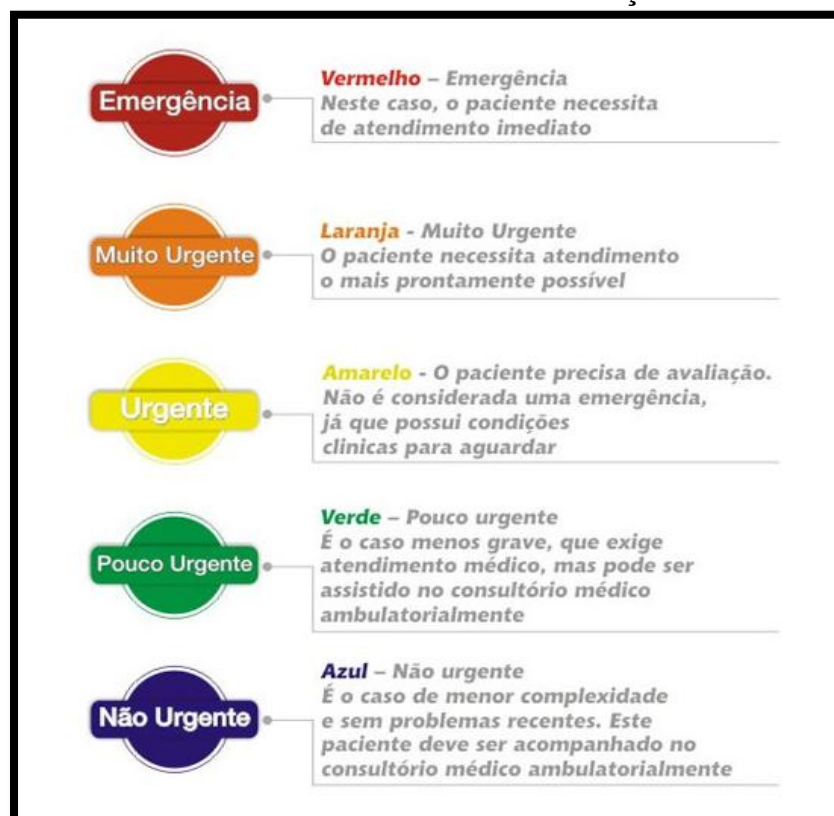
³⁸ DST: Doença Sexualmente Transmissível.

mesmo tempo: uma criança que havia se afogado num balde, estava com parada cardiorrespiratória; e uma mulher que havia deslocado o maxilar. Obviamente, a criança foi levada imediatamente à emergência já que suas funções vitais estavam em risco iminente. A mulher, apesar da dor insuportável na face, não corria risco algum de morrer, ela poderia esperar algum tempo. É compreensível o posicionamento dos médicos e demais profissionais, afinal, o papel designado a eles é proteger a vida. Percebi que o descontentamento de pacientes e acompanhantes advém dessa espera, pois, nesse aspecto, a dor de cada um é sempre superior a do outro, independente do risco à vida e, conseqüentemente, o atendimento de todos deve ser priorizado, uma equação difícil de ser resolvida.

A triagem é o ponto de partida para o atendimento emergencial. Como visto, esse processo consiste de uma breve avaliação do estado de saúde do paciente a fim de encaminhá-lo para emergência seguindo um critério de seleção conforme o risco à vida que a doença ou trauma oferece. Tal critério está baseado no Protocolo de Manchester (2012), no qual enfermeiros são os profissionais responsáveis para classificar os pacientes com fitas de cores diferenciadas indicando a gravidade do quadro e o tempo necessário para o atendimento, a fim de que pacientes com risco de morte tenham prioridade no acolhimento.

O Protocolo de Manchester (2012) se originou na Inglaterra, na cidade de Manchester. Sua primeira utilização no Brasil foi em 2008, no Estado de Minas Gerais, como ferramenta para ordenar o atendimento, diminuindo o grande volume de pacientes nas portas dos hospitais. Atualmente é reconhecido pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Médicos e é tido como uma evolução no atendimento aos que recorrem aos serviços de urgência. Nesse sentido, os pacientes não são atendidos pela ordem de chegada ao setor de urgência e, sim, em consequência da gravidade da situação. Tal protocolo de triagem se refere a uma metodologia científica que classifica o risco para os pacientes que procuram atendimento em uma unidade de pronto atendimento. O Sistema de Classificação de Risco (SCR) dispõe de 52 entradas, que se entende por fluxos ou algoritmos para classificação da gravidade, avaliação esta codificada em cores. Os fluxogramas estão agrupados de forma a identificar sinais, sintomas ou síndromes que habitualmente motivam a ida do paciente a um Pronto Atendimento. Tais cores (FIG. 4) representam o tempo máximo para o atendimento do paciente sem que comprometa sua saúde:

FIGURA 7 - Fitas de Classificação



Fonte: Site Portal da Enfermagem.

As fitas colocadas no punho do paciente seguem a seguinte classificação: fita de cor vermelha: requer atendimento imediato, nesse caso a triagem detalhada é feita posteriormente ao atendimento, visto que a variável tempo é vital para o paciente; em seguida tem-se a fita de cor laranja, que demanda um atendimento de urgência com dez minutos de tolerância, pois esse paciente é classificado como urgente visto que sua enfermidade corre o risco de evoluir rapidamente; depois há a fita de cor amarela que requer um atendimento com tolerância de 1 hora, e, nesse caso, as enfermidades são passíveis de espera, como um membro fraturado, vômito constante; em seguida tem a fita de cor verde, cujo atendimento requer uma tolerância de até duas horas; e, por fim, ainda existe a fita de cor azul que requer um atendimento de seis horas, e esse tipo de fita não é utilizado num hospital de Pronto Socorro, posto que o quadro não é considerado como de risco à vida do paciente. Se, nesse caso, o paciente vai ao Pronto Socorro, geralmente ele é encaminhado a alguma UPA (Unidade de Pronto Atendimento) ou Posto de Saúde.

2.6 A entrada do médico: uma segunda “triagem” nas salas de emergência

A vida é breve, a arte é longa, a ocasião escapa, o empirismo é perigoso e o raciocínio é difícil. É preciso não só fazer o que convém, mas também ser ajudado pelo paciente (Aforismos, Hipócrates – 460-377 a.C.).

Após a triagem (ou classificação de risco) realizada pelos enfermeiros, que consiste na avaliação do quadro com base nos relatos obtidos junto aos pacientes, bem como a realização de alguns procedimentos práticos, os pacientes são destinados aos devidos setores para atendimento, sempre acompanhados por um técnico de enfermagem. Nesse atendimento, o paciente também passa por outra “triagem”, porém ela é mais detida e é realizada pelo médico que, na maioria das vezes, caso o paciente esteja em condições de falar, faz as seguintes perguntas: “Qual é o seu nome?”, “O que aconteceu?”, “A dor é onde?”, “A dor parece com quê?”, “Você toma algum medicamento?”, “Tem alergia a algum remédio?”. Em alguns casos, os médicos também perguntam ao paciente como ocorreu o fato: “Quem te agrediu?”, “Foi acerto de contas?”, “Você brigou com alguém?”, e depois eles comentam entre si o relato do paciente. Houve um caso em que o paciente levou uma facada do irmão e, nessas situações que envolvem brigas entre familiares, os médicos geralmente comentam: “Nossa! Como isso é possível!? Irmãos, que convivem juntos brigarem a tal ponto!”, “Foi acerto de contas... é morte certa quando ele sair daqui”. É interessante destacar que essas perguntas possuem duas finalidades diferentes: as primeiras perguntas objetivam saber o mecanismo do trauma, ou seja, a cinética do acidente, por exemplo, se o paciente foi atropelado na rua ou na calçada, etc. Essas informações agregam a melhor propedêutica a ser ministrada. Já os comentários e as curiosidades estão mais direcionadas à história por detrás do incidente. Além desses comentários, destacam-se os “conselhos” que os médicos dão para o paciente, como “Aprenda a lição, cara. Não se envolva mais em briga, dessa vez você deu sorte, mas na próxima pode ser que não”; “Não coloque sua vida em risco por bobagens...”.

Casos em que o paciente foi encontrado por alguém e não se sabe ao certo o que aconteceu, por exemplo, se foi tentativa de suicídio ou acidente, os médicos perguntam ao acompanhante: “Como ele (a) foi encontrado?”; “No momento ele estava consciente?”; “Chegou a vomitar?”. Além disso, quando o paciente está em condições de falar as perguntas frequentes são: “Qual a quantidade ingerida?”, “Você vomitou?”, “Por que você fez isso?”, e alguns comentários: “Aqui vamos tratar o seu ‘corpo’, depois você vai conversar com nossa psicóloga para ela te ajudar a resolver ‘esses problemas’”. Todas essas questões completam

as peças que permitem ao médico montar o quebra-cabeça do fato, por meio da narrativa do paciente a fim de consolidar o diagnóstico. Essa técnica se refere à *anamnese* (do grego *ana*, trazer de novo; e *mnesis*, memória). Conforme Beato:

Um dos elementos essenciais à confecção de diagnósticos médicos é a anamnese realizada com os pacientes, mediante a qual se buscam elementos em sua biografia que corroborem alguma hipótese de diagnóstico. Trata-se de uma tarefa essencialmente interpretativa, em que há uma relação reflexiva entre as hipóteses formuladas pelos médicos e os comportamentos e motivações associados ao diagnóstico. Uma questão crucial, para efeitos práticos da atividade médica, é a de quando deve cessar o processo interpretativo. Em termos fenomenológicos, trata-se de saber como é possível evitar o círculo de "interpretação das interpretações" que conduziria a interação médico/paciente a uma regressão ao infinito, o que terminaria por inviabilizar a própria interação. Minha hipótese é a de que este é um problema que é resolvido em contextos específicos de ação, mediante a adoção de práticas de glosa que estabilizam o sentido da interação para efeitos práticos (BEATO, 1994, p. 41).

Em casos de pacientes com risco iminente de morte, conforme elencado em tópico anterior, ele é direcionado à Sala de Reanimação localizada dentro da Sala de Politraumas. Ao chegar à sala, os médicos e enfermeiros já estão de prontidão para atender ao doente. Tudo é realizado muito rapidamente, começando pela colocação de aparelhos para medir sinais vitais, ingestão de drogas, etc. Percebi que as equipes atuam em sincronia. Há também um cuidado com o paciente no sentido de não deixá-lo exposto durante os procedimentos e exames, e, sempre que necessário, os biombo³⁹ eram colocados ao redor do paciente. A maioria dos pacientes que vi em situações limítrofes estava inconsciente, assim, o mecanismo do trauma sempre era perguntado a quem o socorreu, como policiais, médicos socorristas, familiares, etc. Percebi que o único tipo de lesão que o médico não procura saber muito a respeito é a perfuração por arma de fogo, já que o mecanismo do trauma é mais “evidente” para os médicos, diferentemente de uma queda, em que o médico precisa saber de algumas informações para fechar o prognóstico.

É necessário pontuar que, em casos de trauma, os médicos seguem alguns procedimentos mais técnicos e específicos para avaliar o quadro que está inserido no ATLS (Advanced Trauma Life, 1996) ou SAVT (Suporte Avançado de Vida no Trauma) em português. Tal protocolo surgiu devido ao alto índice de mortalidade em pacientes traumatizados e consiste num atendimento médico eficiente a fim de otimizar o prognóstico desses pacientes. Esse protocolo consiste em avaliar as condições do paciente rapidamente e com acurácia; ressuscitar e estabilizar pacientes de acordo com prioridades estabelecidas;

³⁹ Equipamento hospitalar composto por peças dobradiças, utilizado para isolar determinado espaço (Informação obtida na pesquisa de campo, a partir de depoimentos colhidos com os médicos).

determinar se as necessidades do paciente excedem os recursos do hospital ou a capacidade dos médicos; preparar adequadamente para transferência *inter* ou intra-hospitalar do paciente; assegurar que ótimo cuidado seja oferecido e que o padrão de cuidados não se deteriore em nenhum momento durante a avaliação, ressuscitação ou transferência⁴⁰. Tal protocolo obedece a cinco fases (ABCDE), descritas a seguir, que consistem na análise de situações que mais matam no trauma.

- a) Em primeiro lugar são examinadas as vias aéreas com proteção da coluna cervical, e o médico tende a conversar com o enfermo para verificar se há uma resposta verbal espontânea. Isso porque é um canal que mata mais rápido, é algo que pode obstruir a traqueia e dificultar a respiração. Além disso, é por meio da respiração que o organismo recebe o oxigênio que vai para o sangue que, por sua vez, é responsável pela circulação. Em seguida, o médico analisa a coluna cervical do paciente: pergunta se está sentindo dor no pescoço, faz uma apalpação por todo o corpo do paciente, toca os membros e pergunta se está sentindo o toque e se há alguma dor.
- b) Em segundo lugar é verificado o “som da respiração”, ou seja, se o ar está entrando nos pulmões e se a expansibilidade torácica está preservada; isso é verificado por meio do estetoscópio.
- c) Em terceiro lugar é verificada a circulação. O médico examina a frequência cardíaca, apalpa o abdômen do enfermo para verificar se este está sentindo dor.
- d) Em quarto lugar são realizados exames neurológicos com a definição do Glasgow do paciente, ou seja, seu nível de consciência e a formatação da pupila. É analisada a posição dos membros superiores do doente. Esse exame avalia o índice de gravidade acometido, a rotação interna dos membros superiores indica alto risco para coma profundo e estado avançado de lesão cerebral, denominada como descerebrar; já o contrário, a movimentação externa dos membros superiores, chamada de corpo hígido, revela funcionamento normal das atividades cerebrais sem déficit neurológico.
- e) E, por fim, é verificado todo o dorso do paciente, ou seja, todas as partes externas do corpo. Consiste numa avaliação completa do paciente: cabeça e couro cabeludo, face, pescoço, tórax, abdômen, períneo, reto, vagina, sistema músculo-esquelético, exame neurológico completo, radiografia, testes laboratoriais, “sondas e dedos” em todos os orifícios.

⁴⁰ Informações disponíveis no *site* Medlearn, disponível em: <http://www.medlearn.com.br/index.php/atls-introducao/> Acesso em: 25 de janeiro de 2013.

O ABCDE abarca as seguintes etapas: planejamento, triagem, avaliação primária, restabelecimento dos sinais vitais, avaliação secundária, reavaliação, tratamento definitivo, logo depois que o acidentado esteja estabilizado, com avaliações contínuas, até que se proceda, para cada caso e tipos de lesões encontradas. Tal critério se constitui a maneira mais eficaz para se evitarem mortes desnecessárias advindas de lesões curáveis:

No cuidado imediato do portador de trauma são abordados os cuidados com vias aéreas, com traumas raquimedular, de tórax, abdominal, de crânio, e de extremidades. Atenção especial deve ser oferecida aos queimados, à gestante e criança traumatizada. Após a estabilização da vítima de trauma, avalia-se a necessidade para tratamento definitivo. Nesse sistema de atenção, são estudados os mecanismos do trauma, além da escala de avaliação do trauma, que engloba a frequência respiratória, pressão arterial e escala de coma de Glasgow (SAVT, 1996, *apud* PIRES; STARLING, 2010).

Destaca-se que a morte no trauma obedece a três picos, constituindo-se como morte trimodal⁴¹:

- a) *Primeiro pico (morte imediata)*: ocorre dentro de segundos a minutos após a injúria. As mortes geralmente resultam de apneia devido a traumatismo crânio-encefálico ou trauma raquimedular em alto nível ou ruptura do coração, aorta, ou outros grandes vasos. Poucos desses pacientes podem ser salvos devido à severidade de suas lesões. Somente a prevenção primária pode reduzir significativamente este pico.
- b) *Segundo pico (morte prematura)*: ocorre dentro de minutos até várias horas após a injúria. As mortes decorrentes são normalmente devido a hematomas subdural e epidural, hemopneumotórax, ruptura de baço, laceração do fígado, fratura pélvica e/ou injúrias múltiplas associadas a perda significativa de sangue. Tal período engloba a “hora de ouro”. Tal conceito enfatiza a urgência necessária para o tratamento bem-sucedido do paciente traumatizado e não se refere a um período fixo de tempo de 60 minutos. Ao contrário, é a janela de oportunidade durante a qual a equipe médica pode ter impacto positivo na morbidade e mortalidade relacionadas ao trauma.
- c) *Terceiro pico (morte tardia)*: ocorre entre vários dias a semanas após a injúria inicial. Deve-se mais frequentemente a sepse e falência de múltiplos órgãos. O cuidado dispensado aos pacientes durante cada uma das fases anteriores tem impacto sobre o prognóstico neste estágio. O primeiro e todo profissional subsequente a cuidar do paciente tem um impacto direto sobre o prognóstico a longo prazo.

⁴¹ Informações disponíveis no *site* Medlearn, disponível em: <http://www.medlearn.com.br/index.php/atls-introducao/> Acesso em: 25 de janeiro de 2013.

Um médico no atendimento de emergência precisa avaliar a viabilidade do prognóstico do paciente assim que ele chega à unidade, para que recursos não sejam utilizados em um paciente cujo estado de saúde não lhe permita êxito no tratamento:

O médico que trabalha em atendimento de urgência, dentro do possível, deve municiar-se do máximo de informações disponíveis sobre o quadro clínico do paciente, para que possa adotar a conduta mais adequada, tendo em mente a noção de limitação do esforço terapêutico para que sua intervenção não sirva apenas para prolongar uma situação de sofrimento para o paciente e seus familiares. Quando presentes, os familiares devem ser orientados sobre os procedimentos e resultados nas manobras de ressuscitação cardiopulmonar, pois na atualidade são muito populares os programas e seriados de televisão que pretendem mostrar o funcionamento de hospitais e suas equipes. De maneira geral, o fazem de maneira estereotipada ou excessivamente glamourizada, apresentando altas taxas de sucesso em manobras de ressuscitação cardiopulmonar, que não encontram sustentação na realidade (LADEIRA, 2010, p. 951-952).

Todos esses procedimentos realizados pelos médicos em relação ao paciente grave com risco de morte podem ser definidos como processos rituais da prática médica num serviço de urgência e emergência. Segundo Peirano (2003), com base nas formulações postas por Stanley Tambiah, o ritual pode ser considerado como:

O ritual é um sistema cultural de comunicação simbólica. Ele é constituído de seqüências ordenadas e padronizadas de palavras e atos, em geral expressos por múltiplos meios. Estas seqüências têm conteúdo e arranjo caracterizados por graus variados de formalidade (convencionalidade), estereotipia (rigidez), condensação (fusão) e redundância (repetição). A ação ritual nos seus traços constitutivos pode ser vista como “performativa” em três sentidos: 1) no sentido pelo qual dizer é também fazer alguma coisa como um ato convencional (como quando se diz “sim” à pergunta do padre em um casamento); 2) no sentido pelo qual os participantes experimentam intensamente uma *performance* que utiliza vários meios de comunicação (um exemplo seria o nosso carnaval) e 3), finalmente, no sentido de valores sendo inferidos e criados pelos atores durante a performance (por exemplo, quando identificamos como “Brasil” o time de futebol campeão do mundo) (PEIRANO, 2003, p. 11).

E, de fato, ao acompanhar a rotina dos médicos do Pronto Socorro, suas práticas relacionadas ao saber biomédico, focado no restabelecimento da vida do paciente grave com risco iminente de morte, percebi que o ofício desses profissionais é encoberto por ritos, que são formalizados, estereotipados, condensados e redundantes. E todos esses ritos institucionais ajudam a compreender a forma como um médico de uma unidade de urgência e emergência lida com a morte, já que é por meio deles que tais profissionais canalizam seus esforços contra ela.

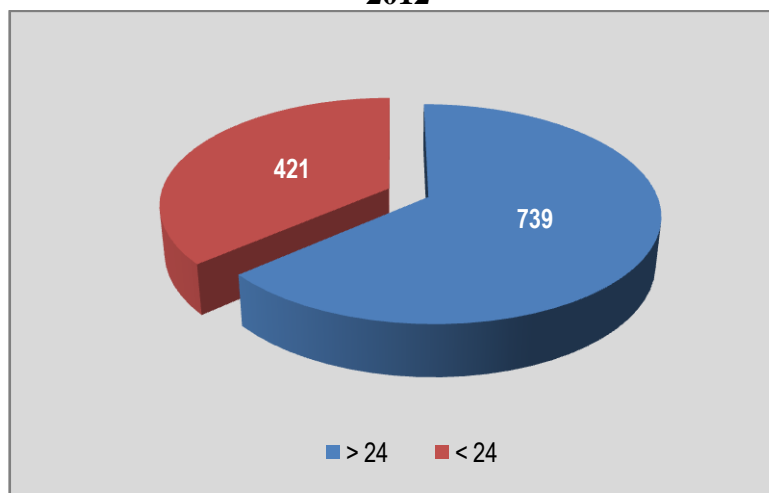
CAPÍTULO 3 - OS CONTEXTOS DE MORTE NUM PRONTO SOCORRO: AS ESPECIFICIDADES DE CADA SETOR

A morte parece nem escolher a hora nem a modalidade de que vai se revestir, acontecendo a moços e velhos, crianças e adultos, pobres e ricos, brancos e negros e dos modos mais variados, mortes naturais, acidentais, violentas, prematuras, exigindo do médico uma reflexão diferente em cada caso (CONSORTE, 183, p. 43, grifos meus).

No primeiro dia de campo, um psicólogo funcionário do hospital levou-me para conhecer toda a instituição, tanto sua estrutura física como organizacional. Foi uma longa caminhada pelos corredores imensos do hospital e, durante o percurso, pude perceber algumas *nuanças* que permeiam a rotina de um Pronto Socorro, especialmente no que se refere à morte.

Em geral, a morte ocorrida numa unidade de urgência e emergência resulta da ocorrência inesperada e súbita de um acidente ou do agravamento de enfermidades graves que requerem pronto atendimento especializado. Entretanto ela não se resume a isso. No JXXIII há mortes e mortes, desde o morrer mais vagaroso, ao morrer iminente. O fato, o incidente que leva uma pessoa a dar entrada num serviço de urgência e emergência, é que se configura como repentino; a morte em si mesma possui etapas e especificidades distintas dentro de um Pronto Socorro. Um dado que corrobora tal afirmativa se refere aos óbitos antes de 24 horas de ingresso ao hospital e os óbitos que ocorreram após as 24 horas. Conforme Gráfico 3, verifica-se que há predominância de óbitos após as 24 horas de entrada ao hospital, com 64% do total de óbitos e 36% de pacientes que morrem durante as 24 horas.

GRÁFICO 3 - Número de óbitos no intervalo de 24 horas de ingresso ao hospital em 2012

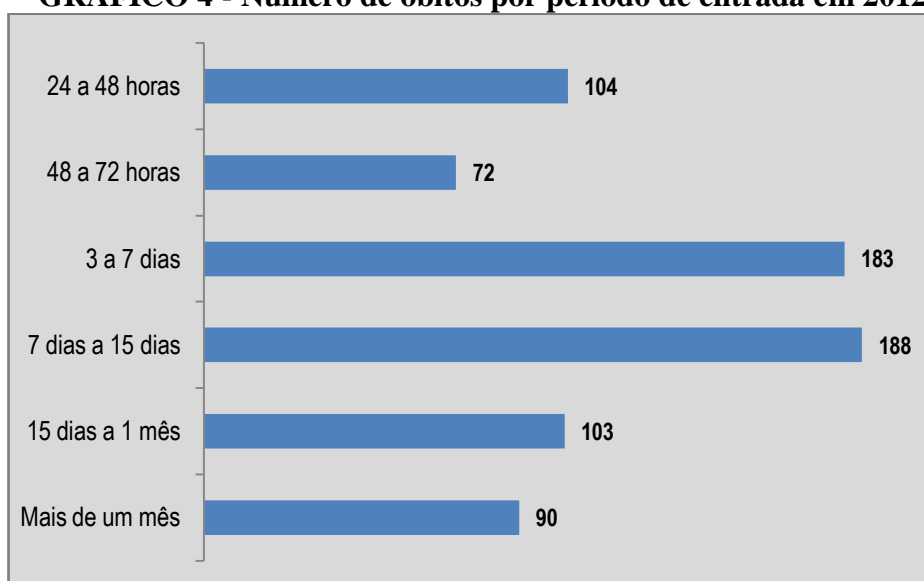


Fonte: CIHDOTT do Hospital João XXIII.

Nos momentos em que estive em campo, presenciei muitos óbitos antes das 24 horas de ingresso no hospital; os mais comuns eram: pacientes que foram submetidos a uma cirurgia complexa e morreram na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, no próprio bloco cirúrgico, na UTI e na Sala de Politraumatizados; pacientes que já chegaram com parada cardiorrespiratória, pacientes da “Onda Vermelha⁴²”, os chamados pacientes “*in extremis*”, com risco iminente de morte. Tais óbitos ocorriam no bloco horizontal que configura o setor da emergência.

Estratificada, a medida de tempo do óbito “mais de 24 horas” após ingresso no hospital indica os diversos tempos de morte, como mostra o Gráfico 4. O local desses óbitos, em grande parte, foram as enfermarias do bloco vertical, como a UCP (Unidade de Cuidados Progressivos), que é um CTI destinado a pacientes crônico-sequelados; o SEC (Serviço de Extensão de Cuidados), que também é um CTI; o SAV (Serviço de Apoio a Vida), destinado a pacientes com suspeita de morte encefálica; e a UTQ (Unidade de Terapia Intensiva de Queimados Graves). Ainda no Gráfico 4 verifica-se o registro de 90 casos em 2012 de pacientes que morreram após internação superior a 1 mês. Dentre esses, inclui-se o caso de um paciente vítima de acidente de moto, que esteve internado por um ano e três meses na enfermaria do SEC. A análise desses dados sugere que, no HJXXIII, a morte é uma questão de tempo. O exemplo acima confirma que o evento que leva um paciente a dar entrada num serviço de urgência e emergência se configura como repentino, já a morte depende de outros fatores, como a gravidade e as circunstâncias em que ocorre. A morte, em muitos casos, é certa num Pronto Socorro, como é afirmado pelos dados estatísticos, mas seu momento não, pois este é definido por algumas especificidades e *nuances*.

⁴² Maiores detalhes tópico 3.2.4.1

GRÁFICO 4 - Número de óbitos por período de entrada em 2012

Fonte: CIHDOTT do Hospital João XXIII.

Além disso, depois de algumas semanas observando praticamente todos os setores do hospital, percebi que não havia local onde a morte não ocorresse, como, por exemplo, um paciente em condições mais estáveis que estivesse internado numa enfermaria do bloco vertical poderia piorar por algum motivo e acabar morrendo, na maior parte dos casos, em setores da emergência, como Politraumatizados e UTI, especialmente. Conjugada a essas questões, segundo dados da CIHDOTT, no que diz respeito à distribuição de óbitos, destaca-se que a Sala 01 de Politraumatizados se configura como o local onde se concentrou o maior número de óbitos em 2012 (340 óbitos). Em seguida tem-se a UTI com 242 óbitos, o SAV com 114 óbitos e a Sala 07 com 111 óbitos. Locais com menor índice de óbitos foram algumas enfermarias de internação do bloco vertical, a saber: o 4º, o 7º e o 8º andar.

TABELA 1 - Número de óbitos por setores em 2012

Continua

Setor \ Meses	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Total
Sala 01 (Politraumatizados)	29	24	26	39	27	31	26	23	26	26	33	30	340
UTI	17	29	21	14	21	26	21	22	25	13	12	21	242
SAV	10	8	4	7	13	12	13	9	8	12	9	9	114
Sala 07 (Emergências Clínicas)	8	10	7	6	16	7	9	12	8	7	10	11	111
9º Andar (Unidade de Queimados)	8	5	11	7	5	4	11	7	7	11	4	7	87
SEC	11	5	11	7	4	2	8	8	7	8	7	2	80
Bloco Cirúrgico	8	4	4	5	7	7	3	6	3	12	14	8	81
3º Andar	3	4	2	2	10	8	3	6	4	2	5	5	54
6º Andar	3	1	3	3	4	1	3	4	2	3	4	2	33

TABELA 1 - Número de óbitos por setores em 2012

Continuação

Sector \ Meses	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Total
5º Andar	1	1	1	-	1	2	-	2	1	2	1	1	13
8º Andar	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
7º Andar	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
4º Andar	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Sala 03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Enfermaria Pediátrica	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Total	98	92	90	90	109	101	97	99	92	96	99	97	1.160

Fonte: CIHDOTT do Hospital João XXIII.

A partir dessas observações foi que percebi que, em alguns setores do HJXXIII, a morte se mostrava com mais frequência e com algumas especificidades. Defini essas especificidades a partir da seguinte classificação: em primeiro lugar “a morte enquanto possibilidade: a luta pela vida”; em segundo lugar, um caso singular que defini como “uma morte em vida”; e, por último, “a (quase) certeza da morte: o SAV uma morte que pode salvar vidas”. Quando iniciei a pesquisa, compreendi que o paciente grave que dá entrada a um serviço de emergência estará destinado a um local específico, conforme o quadro do trauma ou doença repentina.

A *Morte Enquanto Possibilidade: a luta pela vida* refere-se aos setores onde ficam os pacientes graves, que estão no limiar entre a vida e a morte, ou seja, onde há uma mobilização por parte da equipe médica e da instituição para lutar pela vida. Nessa categoria concentrei minhas observações como se segue: a emergência, localizada no subsolo, compreendendo as salas de Politraumatizados, Emergências Clínicas, UTI, Pós-Operatório e o Bloco Cirúrgico. Ainda nessa categoria, permaneci no SEC (Serviço de Extensão de Cuidados), localizado no 2º andar, e na UTQ (Unidade de Terapia Intensiva do Setor de Queimados), localizada no 9º andar. No que diz respeito ao setor que classifiquei como *Uma Morte em Vida*, um caso especial, situado no 3º andar, onde fica a Unidade de Cuidados Progressivos, este é destinado a enfermos que não possuem um prognóstico, ou seja, não há mais nada o que fazer para reverter o quadro clínico, pois são pacientes crônico-sequelados, encontram-se em estado vegetativo permanente e dependem de aparelhos e, conseqüentemente, sua “vida” está rompida de alguma forma, incluindo, especialmente, a morte social. E, por fim, tem-se o SAV (Serviço de Apoio a Vida), setor que defini como *Uma morte (quase) certa e que pode salvar vidas*. Denominei *quase*, porque são pacientes com suspeita de morte encefálica, que ficam nesse setor para realização de procedimentos para confirmação desse quadro e, somente após

o cumprimento de tal protocolo, é que a morte é ratificada. Assim sendo funciona como uma UTI para o potencial doador, ou seja, são ministrados todos os procedimentos com a finalidade de manter os órgãos em perfeitas condições para uma possível doação após a constatação da morte encefálica.

Partindo dessas tipologias - que foram construções conceituais a partir do trabalho empírico - neste capítulo busquei traçar como essas mortes acontecem, são percebidas e representadas pelos profissionais de medicina, levando em consideração esses diferentes espaços de morte dentro do João XXIII, ou seja, setores de atuações médicas distintas e com casos particulares de enfermidades. Neste tópico, as temáticas⁴³ abordadas ao longo da entrevista versaram primeiramente sobre o perfil dos entrevistados, em seguida, o envolvimento do profissional com a medicina, a escolha por esse curso, a opção em trabalhar num Hospital de Pronto Socorro e a relação do profissional com os tipos de morte que ocorrem em cada setor da instituição. A seleção dos entrevistados em cada setor foi feita por indicação de outros médicos pelo método conhecido como “bola de neve”, conforme já explicitado na metodologia.

3.1 Perfil e percepções dos médicos sobre sua atuação profissional

Foram entrevistados, no total, 43 médicos plantonistas, sendo estes 25 homens e 18 mulheres. Conforme o Quadro 3, todos os entrevistados possuem especialidade ou residência em alguma área, conforme o setor em que trabalham e, em alguns casos, possuem mais de uma especialidade. Além desses também entrevistei alguns que eram coordenadores de cada um dos setores nos quais permaneci, somado a diretores de dois setores fundamentais ao objeto do trabalho, a saber: diretor da emergência e o diretor do MG Transplantes.

⁴³ Ver Apêndice A - Roteiro de Entrevistas.

QUADRO 3 - Caracterização dos entrevistados

Continua

Setor	Sexo	Idade (Anos)	Especialidade	Tempo de formação	Instituição de formação	Função
MG Transplantes	M	53	Cirurgião Cardiovascular	30 anos	UFMG	Diretor do MG Transplantes
Diretoria Setor de Emergência	M	41	Cirurgia Geral	16 anos	Ciências Médicas (MG)	Diretor da Emergência do João XXIII
	F	42	Anestesiologia	20 anos	UFMG	Plantonista
Equipe de Anestesiologistas do Bloco Cirúrgico e Sala de Recuperação Pós Anestésica	F	33	Anestesiologia	10 anos	Universidade Federal de Juiz de Fora	Plantonista
	F	32	Anestesiologia	8 anos	Faculdade de Medicina de Barbacena	Plantonista
	M	33	Anestesiologia	7 anos	UFMG	Plantonista
	F	35	Anestesiologia	14 anos	UFMG	Plantonista
	M	58	Cirurgia Geral e Trauma	33 anos	UFMG	Coordenador Cirurgia Geral
	F	38	Cirurgia Geral e Trauma	8 anos	Ciências Médicas (MG)	Plantonista
	M	39	Cirurgia Geral	16 anos	Ciências Médicas (MG)	Plantonista
	M	39	Cirurgia Geral e Trauma	16 anos	UFMG	Plantonista
	M	64	Cirurgia Geral	não sabe	Ciências Médicas (MG)	Plantonista
	M	39	Cirurgia Geral e Trauma	13 anos	Ciências Médicas (MG)	Plantonista
Sala 01 Politraumatizado e Equipe de Cirurgiões que atuam no Bloco Cirúrgico	M	47	Cirurgia Geral e Trauma	24 anos	UFMG	Plantonista
	M	40	Neurocirurgia	17 anos	Ciências Médicas (MG)	Coordenador Neurocirurgia
	M	32	Neurocirurgia	8 anos	Universidade Federal de Sergipe	Plantonista
	F	39	Neurocirurgia	18 anos	Universidade Federal de Goiás	Plantonista
	M	34	Neurocirurgia	9 anos	Faculdade de Medicina de Barbacena	Plantonista
M	32	Neurocirurgia	9 anos	Faculdade de Medicina de Barbacena	Plantonista	

QUADRO 3 - Caracterização dos entrevistados (Continuação)

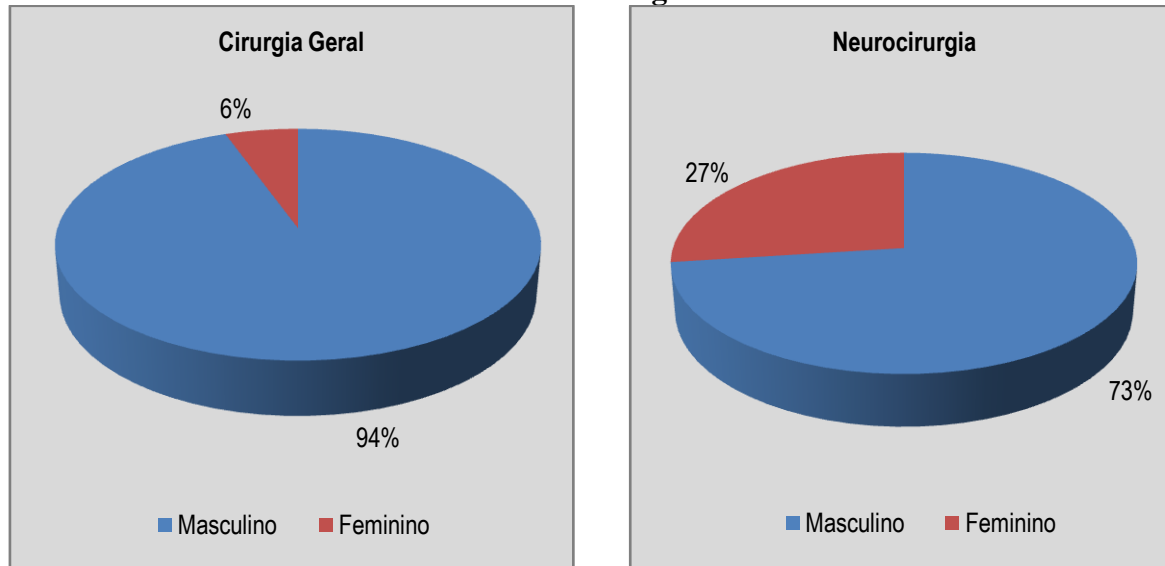
Setor	Sexo	Idade (Anos)	Especialidade	Tempo de formação	Instituição de formação	Função
Sala 07 Emergências Clínicas e Toxicologia	F	47	Clínica Médica	16 anos	UFMG	Plantonista
	M	34	Clínica Médica	8 anos	UFMG	Plantonista
	M	33	Clínica Médica	-	-	Plantonista
	F	57	Clínica Médica	33 anos	UFMG	Plantonista
	M	63	Cardiologia	39 anos	UFMG	Coordenador
SEC (Serviço de Extensão de Cuidados) e SAV (Serviço de Apoio a Vida)	F	56	Cardiologia, Clínica Médica e Terapia Intensiva	33 anos	UFMG	Coordenadora
	M	32	Clínica Médica, Cardiologia e Ecocardiologia	6 anos	UFMG	Plantonista
	M	34	Clínica Médica	11 anos	Faculdade de Medicina de Teresópolis	Plantonista
	F	49	Nefrologia e Terapia Intensiva	21 anos	UFMG	Plantonista
	M	63	Cardiologia	38 anos	UFMG	Coordenador
Unidade de Cuidados Progressivos	F	44	Clínica Médica e Oncologia	19 anos	UFMG	Plantonista
	M	58	Cardiologia e Clínica Médica	31 anos	UFMG	Plantonista
	F	56	Cardiologia e Clínica Médica	33 anos	UFMG	Plantonista
Unidade de Terapia Intensiva Adulto	F	34	Terapia Intensiva e Clínica Médica	9 anos	Ciências Médicas (MG)	Coordenadora UTI Adulto
	F	29	Clínica Médica	5 anos	UFMG	Plantonista
	M	69	Terapia Intensiva e Clínica Médica	39 anos	Faculdade de Ciências Médicas de Pouso Alegre	Plantonista
Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	M	46	Pediatria e Terapia Intensiva	21 anos	UFMG	Coordenador UTI Pediátrica
	F	58	Pediatria	34 anos	UFMG	Plantonista
	F	57	Pediatria e Terapia Intensiva	32 anos	Ciências Médicas (MG)	Plantonista
	F	58	Pediatria	35 anos	UFMG	Plantonista
UTQ - Unidade de Terapia Intensiva do setor de Queimados	M	29	Clínica Médica	4 anos	UFMG	Plantonista
	M	38	Clínica Médica e Nefrologia	14 anos	UFMG	Plantonista
	F	28	Clínica Médica	3 anos	UFMG	Plantonista
	M	42	Clínica Médica	18 anos	UFMG	Coordenador UTI de Queimados

Fonte: Dados da pesquisa, fevereiro de 2013.

No que se refere às instituições de ensino nas quais se formaram, a Universidade Federal de Minas Gerais e a Faculdade de Ciências Médicas aparecem em maior proporção. Em seguida vêm egressos das faculdades de Medicina de Barbacena, Ciências Médicas de Pouso Alegre (1) e Universidade Federal de Juiz de Fora (1). Apenas três entrevistados se formaram fora do Estado de Minas Gerais, na Universidade Federal de Sergipe, Universidade Federal de Goiás e Faculdade de Medicina de Teresópolis.

Na seleção da amostra optei por não classificar os entrevistados por gênero, uma vez que, na análise, tais diferenças não revelaram distintas representações sobre a morte. Com exceção dos setores de Politraumatizados e Bloco Cirúrgico que concentram mais homens, a equipe de Cirurgia Geral e Neurocirurgia, por exemplo, possuem respectivamente: 51 homens (de um total de 54 médicos) e 27 homens (de um total de 37 médicos), conforme ilustra Gráfico 4. Isso também ocorre com respeito à equipe de residentes. A neurocirurgia possui seis residentes, todos do gênero masculino, já a cirurgia geral possui dez residentes, oito do gênero masculino.

GRÁFICO 5 - Número de profissionais por especialidade de Cirurgia Geral e Neurocirurgia



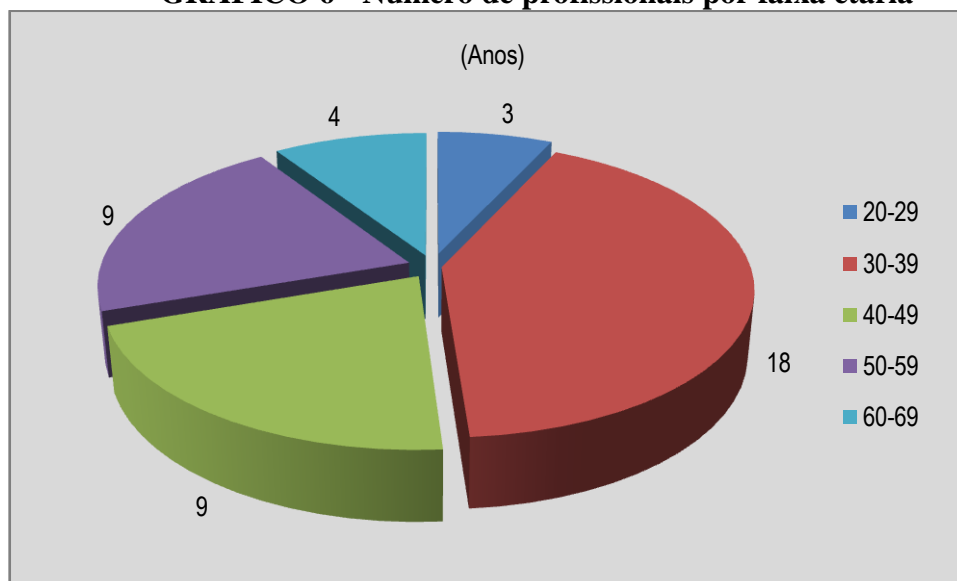
Fonte: Dados da pesquisa, junho de 2013.

Na fala de um cirurgião geral percebe-se essa diferenciação relacionada ao perfil das mulheres: *“Socialmente o cirurgião é considerado diferente do perfil das mulheres, ele é o cara firme, forte, seguro, viril, e ficar cabisbaixo, chorar, isso não se enquadra no perfil de um cirurgião, então ele procura segurar isso, não que ele seja, de fato, frio, coração gelado”* (Cirurgião Geral).

Em seu trabalho, Tânia Santos (2010) destaca que a profissão médica é marcada desde seu surgimento pela atuação prioritária de homens. O gênero, dessa forma, torna-se um fator que poderá definir a escolha pela especialidade médica, uma vez que existem áreas da medicina caracterizadas como mais masculinas ou mais femininas, atributos esses definidos socialmente e que delegam aos homens especialidades consideradas mais complexas que envolvem maior ousadia, virilidade e precisão no atendimento. Assim, quando o médico ressalta que a cirurgia está vinculada a um perfil viril, forte e seguro está diretamente relacionado à construção do que é ser homem e do que é ser mulher, o que também reflete na opção por uma determinada especialidade médica. Conforme Bruschini e Lombardi (2000), as especialidades em que há maior concentração de mulheres são pediatria, medicina sanitária, dermatologia, hemoterapia, patologia clínica, nefrologia, endocrinologia, fisioterapia e homeopatia. Por outro lado, em especialidades como cirurgia, cardiologia, medicina legal e ortopedia há incidência maior de homens em relação a mulheres.

A análise comparativa por faixa etária também não se mostrou como indicativo, já que, na amostra de entrevistados, ela variou e, na análise, essas diferenças etárias não revelaram diferenças de representação. Isso é interessante, pois mais idade implica mais tempo no enfrentamento da morte e proximidade com ela devido ao envelhecimento, porém isso não se mostrou um diferencial na percepção dos médicos.

De acordo com o Gráfico 6, evidencia-se que a idade variou de 26 a 69 anos e entre os entrevistados há maior concentração nas faixas de 30 anos de idade em diante - 18 pessoas (42%) possuem entre 30 e 39 anos, seguidas por 9 (21%) entrevistados entre 40 e 49 anos e 9 entrevistados entre 50 e 59 anos. As menores incidências recaem sobre os extremos: 4 entrevistados na faixa etária entre 60-69 anos e 3 entrevistados na faixa etária de 20-29 anos; esta última pode ser explicada pela duração do curso de medicina, que leva uma média de 8 a 10 anos junto com a residência médica para ser concluído. Além da duração, o vestibular para ingresso no curso é bastante concorrido, o que leva muitos candidatos a não passarem no concurso na primeira tentativa, de maneira que precisam fazer o exame mais de uma vez.

GRÁFICO 6 - Número de profissionais por faixa etária

Fonte: Dados da pesquisa, fevereiro de 2013.

Após a caracterização dos entrevistados, passei a fazer perguntas cujas temáticas versaram sobre a profissão médica, incluindo o porquê da escolha desse curso e a opção por trabalhar num serviço de urgência e emergência.

Quando questionados a respeito da escolha pela profissão de médico, é interessante destacar que os entrevistados reagiram à pergunta com certa surpresa, refletindo um tempo em silêncio e depois me confessando que nunca pararam para pensar no assunto. Em relação a essa questão, alguns entrevistados mencionaram interesse e encantamento pela profissão desde a infância:

Eu acho que eu já nasci médico. Porque eu me lembro de que, desde criança até brincadeira mesmo, eu gostava de coisas onde eu sempre era um médico, eu até tinha uma atração por certas coisas que normalmente assusta a criança, como ver sangue, ver as pessoas morrendo (Clínica Médica - M).

Por outro lado, percebi que, mesmo relatando um interesse intrínseco pela profissão, há uma gama de influências por detrás da escolha, como, por exemplo, a admiração por algum médico:

Na minha cidade tinha um médico que era uma referência para mim e para a nossa comunidade, e me chamava muito a atenção a postura dele, era um homem extremamente solícito, calmo, de um linguajar aconchegante; então ele era uma referência e eu prestava muita atenção no comportamento dele, na maneira como ele lidava com as pessoas, aquilo foi me envolvendo e, quando eu assustei, eu queria ser médico (Cirurgião Geral).

Destacaram, ainda, as experiências pessoais em hospitais, como, por exemplo, alguma doença que o colocava em contato direto com a rotina da profissão médica: “*O que me levou a escolher o curso foi um acidente que eu sofri, em que eu precisei ir várias vezes ao hospital; foi uma lesão cervical que eu tive, e comecei a tomar gosto pela profissão, eu via o dia a dia dos médicos*” (Anestesista).

A oportunidade de ajudar outras pessoas também foi um ponto ressaltado:

Eu nunca pensei em outra coisa. Eu sou de uma família... os meus avós são analfabetos, e eu tenho uma bisavó que era índia, e ela era uma mulher que benzia as pessoas, fazia chá, era parteira; a minha avó também tinha esse perfil de cuidar dos outros, ela cuidou da família inteira, fazia roupa para as pessoas, levava no médico, era uma pessoa do cuidado. Eu acho que eu fui muito motivada por essas mulheres da minha família, minhas avós que gostavam de cuidar dos outros (Clínica Médica - F).

Fatos que ocorreram ao longo da vida também se mostraram fatores que influenciaram a escolha profissional:

Quando eu tinha uns 16 anos, eu estava envolvido num acidente de ônibus que morreu muita gente e eu fiquei muito sensibilizado mesmo com a impotência de ver aquele tanto de gente grave e eu estava bem e não conseguia ajudar ninguém, morreram mais de vinte pessoas no acidente. Antes eu já falava em medicina, e nessa época do acidente eu falei: é isso que eu quero fazer (Neurocirurgião).

Dessa forma, a vocação está atrelada a um contexto mais amplo. Conforme Bourdieu (1996b), a vocação é comumente relacionada a um sentimento interno de estar destinado a alguma coisa, mas se refere à incorporação do *habitus*, entendido como um conjunto de predisposições e práticas de conduta que são internalizadas subjetivamente pelos indivíduos, tendo como base suas experiências socialmente contextualizadas por suas práticas exercidas no decorrer de sua vida. Quando os entrevistados sustentaram que a opção pela profissão de médico partiu de uma vocação, o que parece é que eles se valeram de suas experiências pessoais.

Foram citados alguns motivos pontuais pela escolha da profissão, como busca de garantia de emprego e *status* social, gosto por estudos na área da biologia, o lidar com os limites do corpo, da vida e da morte:

Essa estreita relação com a vida e com a morte. Esse trabalhar que envolve lutar contra a doença, aceitar a morte, e eu costumo dizer que devemos trabalhar para o bem das pessoas, tentando tratar as doenças. [...] Mas essa relação com vida, com as pessoas, com a intimidade das pessoas, com a morte e essa responsabilidade de lidar com isso me atraiu (Clínica Médica - M).

Os médicos também mencionaram realização pessoal pela profissão e completaram afirmando que não se arrependem da escolha: “*Se fosse para passar por tudo, eu passaria por tudo de novo, e volto a te falar: é muito sofrimento, mas vale a pena*” (Cirurgião Geral).

Sob outra perspectiva, uma médica relata os percalços pelos quais passou em virtude da escolha por essa profissão, dificuldades estas encontradas, principalmente, durante o curso acadêmico:

Tem uma pressão da sociedade de que a medicina é a ‘melhor das profissões’, como se fôssemos uma rocha de resistência para lidar com tudo. E eu vi muitos casos na faculdade de colegas deprimidos, há histórias de tentativas e efetivação de suicídio, uso de drogas, até porque temos mais conhecimento do que cada droga pode causar e tal, muito uso de anfetaminas para aguentar o ‘batidão’ (Clínica Médica - F).

Cerqueira e Lima (2002) sustentam que a escolha pela profissão de médico já evidencia, de imediato, alterações na vida do adolescente, pois ele terá de enfrentar precocemente a competição do vestibular dedicando-se a horas intensas de estudo, consoante a isso terá de renunciar a “desejos, prazeres, horas de lazer e a companhia de amigos e familiares, preparando-se para a competição por uma vaga na universidade”. Assim, é logo na escolha da profissão que se evidencia a deificação do profissional, pois as renúncias serão para o resto da vida. A ideia de que o médico necessariamente precisa passar por algum sacrifício tem origem na Mitologia Grega. Conforme Cassorla (1995), Asclépios, considerado a figura médica iniciante da medicina, foi resgatado do ventre de sua mãe, cujo corpo fora queimado. Assim, as dores que o acometiam no ventre de sua mãe o fizeram ter uma perspectiva compreensiva do sofrimento dos enfermos, de modo a conhecer os remédios para todo e qualquer tipo de enfermidade.

Além dessas questões, a indecisão de largar ou não o curso também foi um ponto levantado:

O estudo mesmo nem é tão puxado, mas a parte psicológica é muito mais pesada, ‘entrar no curso é difícil, mas sair é muito mais’ [...] os alunos ficam em dúvida se querem ou não prosseguir com os estudos, porque você acha que o aperto vai melhorar depois de mais tempo de estudo, e isso na maioria das vezes não é verdade. Muitos continuam na faculdade mais pela pressão da sociedade pelo status da medicina; embora a área da saúde não seja tão valorizada, ela ainda tem um peso grande na sociedade, e, se eu trabalho muito, eu ganho muito, muito mais do que a maioria da população brasileira. Eu acho que muita gente queria largar o curso, mas não largou devido a essas pressões (Clínica Médica - F).

Conjugado a essas questões, segundo Cerqueira e Lima (2002), nos primeiros anos do curso, o médico não encontra espaço para compartilhar e expressar suas emoções, tendo por vezes de camuflá-las e ocultá-las, temendo acusações de fragilidade. Isso também coloca em

questão sua identidade profissional, pois o que é prescrito pela sociedade no que se refere a sua conduta não será condizente com essa postura de demonstrar suas emoções diante do sofrimento do outro. O estudante de medicina, no início do curso, não deve demonstrar dúvidas quanto a sua opção profissional, pois desistir evidencia uma fraqueza do profissional. Dessa forma, cabe ao estudante criar um escudo para se defender diante de seus sentimentos e, conseqüentemente, da doença, dos doentes e da morte.

O ingresso na prática profissional também se mostrou, pelos relatos, uma etapa difícil para o recém-formado, principalmente devido às cobranças exigidas pela profissão:

Quando a gente entra na residência, o estudo e trabalho são muito puxados, você reside no hospital 60 horas semanais, o pessoal te xingando, cobrando o tempo todo, você ansioso, e fica aquela sensação: 'eu sou um idiota, estudei 6 anos e agora percebo que eu não sei nada'. Então você é pressionado, a população te trata mal, muitas vezes porque você é novo; eu achei a residência ruim nesse ponto, mas, ao mesmo tempo, a gente vai amadurecendo e endurecendo. A gente não come direito, não toma banho direito, o pessoal te xingando, você não tem tempo para estudar, porque quando você chega em casa você quer dormir (Clínica Médica - F).

Dessa forma, a idealização que a sociedade faz da profissão é desfeita quando o médico ingressa na prática profissional:

A medicina também finge esse status e não te conta que você vai ter que comer marmitta, dormir no descanso com um monte de gente roncando, que é o mercado de trabalho de todo mundo; então fica aquela coisa muito idealizada e, na hora que você entra no mercado de trabalho, isso pesa (Clínica Médica - F).

Quando perguntado o porquê da escolha pelo Pronto Socorro como área de atuação, todas as respostas versaram sobre o desafio pelo paciente agudo, grave, pela rapidez de resultados da intervenção e o imediatismo:

Eu não gosto de tratar do paciente razoavelmente doente, nesses casos eu não me sinto exercendo a medicina. Eu gosto do paciente que precisa de intervenções mais rápidas, eu sinto que eu cumpro meu objetivo realmente de médica. Eu não consigo lidar tipo: meu menino está com dor de barriga, o que você acha que é? Será que é verme? Eu não tenho paciência para essas coisas não, isso é fora do ritmo que eu gosto (Clínica Médica - F).

Outro ponto destacado pelos entrevistados foi a influência direta da conduta médica na recuperação do paciente e, ao mesmo tempo, o diagnóstico diferencial, ou seja, fazer as perguntas certas, no tempo certo, e implementar as intervenções também ao mesmo tempo. O dinamismo das situações também torna a atuação motivadora, pois no HJXXIII, diariamente, dão entrada pacientes com lesões das mais diversas. Todo esse aparato de práticas torna o atendimento de urgência e emergência atraente para o médico:

Tem que estar atento a todo instante, o paciente que está muito bem agora pode estar muito mal depois, e isso de certa forma, na época em que eu fui residente, me excitava e até hoje eu ainda gosto de lidar com esse tipo de paciente, e é extremamente gratificante você poder, obviamente, levar para o bloco o doente que chegou aqui agonizando e daí a poucos dias o paciente está indo embora para a casa; você salvou a vida dele, eu me sinto muito bem. A gente também aprende muito com o trabalho aqui. Então é esse desafio e dinamismo da urgência, da emergência, poderia dizer essa ‘adrenalina’ que me motivou mais (Cirurgião Geral).

Segundo estudos de Aredes (2010) com médicos de CTI, os profissionais de serviços de urgência e emergência consideram um desafio salvar o paciente em estado grave e, ao mesmo tempo, uma gratificação. Além disso, a instabilidade do paciente permite que o médico aprenda mais sobre esse contexto em que predominam as enfermidades graves e, através dessas experiências, que ele perceba que um simples procedimento pode trazer de volta a vida do paciente, e isso torna sua atuação mais eficaz.

Foi mencionada a particularidade de um pronto atendimento se comparado a outros tipos de atuação médica, como a ambulatorial:

Na medicina de urgência você tem um resultado rápido daquilo que você está fazendo, porque no consultório a pessoa chega e fala: Ah, eu estou com boca amarga e dor nas pernas. O que você vai fazer? É triste porque você tem que investigar e tal, e no serviço de urgência não, aqui o stress é muito maior, mas às vezes você sai do plantão todo aliviado (Clínica Médica - M).

Um entrevistado relata que seu interesse adveio da carência de estudo e prática médica na abordagem do paciente grave ao longo da formação acadêmica: “*Você tem que saber ou saber, se não o paciente vai falecer. E as outras áreas você tem tempo de estudar, tempo de se informar, mas na urgência não dá tempo de você fazer isso e você tem que saber o que fazer na hora*” (Clínica Médica - M).

Além dessas questões, ingressam no hospital muitos pacientes jovens, potencialmente recuperáveis, e para o médico é recompensador ver esse paciente retomando a vida após um grave trauma:

São pacientes jovens que até então estavam com suas vidas normais, e por um evento súbito, na maioria das vezes, um acidente, ele se viu com sua vida ameaçada, e ele entrega todas as suas confianças naquele médico que está atendendo; isso, quando você tem sucesso no seu tratamento é uma coisa muito confortante (Cirurgião Geral).

Um médico, em especial, pontua que sua escolha está intimamente ligada a um fato que ocorreu em sua vida pessoal, diretamente relacionado ao atendimento de emergência:

O meu pai morreu atropelado na minha frente e eu tinha 16 anos; eu nem tinha entrado no curso médico, mas já tinha definido que eu queria fazer medicina e cirurgia. Mas talvez isso... o fato de mexer com urgência, cada paciente que eu

estou salvando, inconscientemente eu poderia estar pensando: esse aí é o meu pai que eu estou salvando (Cirurgião Geral).

Outro médico disse que sua opção está atrelada a uma forma de preparo para lidar com a morte: *“Tem a ver com a questão ‘para ver como é que se morre’, ficar de frente com a morte, parar de fugir dela”* (Pediatra - M).

Quando questionados sobre religião, um grupo dos entrevistados respondeu que não possui nenhuma, porém neste grupo, ora alguns médicos são ateus confessos, ora outros não possuem religião, mas têm interesse sobre o assunto, ou seja, partilham de uma religiosidade: *“Eu não tenho religião não, mas sempre quando eu vou para uma cirurgia eu mentalizo que alguma ‘força’ superior me ajude a operar e me ilumine”* (Cirurgiã Geral).

Por outro lado, alguns médicos afirmaram que possuem, de fato, uma religião:

Eu uso esse amparo espiritual que adquiri na minha religião, nas cirurgias e nos atendimentos mais difíceis. Eu sempre tenho, na minha mente, antes da cirurgia, antes de começar a trabalhar, que eu consiga fazer as coisas da melhor forma possível, de forma racional, e que eu consiga usar tudo o que eu aprendi (Neurocirurgião).

Para os médicos que possuem religião, ora são católicos ora são espíritas:

Eu sou espírita, eu sempre uso minha religião na hora da minha atuação médica. Na sequência rápida da intubação⁴⁴, que se refere a administrar algumas drogas para entubar o doente, então você faz um analgésico, você faz um sedativo e você dá um relaxante muscular. A minha sequência rápida é: analgésico, sedativo, relaxante muscular, um pai nosso e uma Ave Maria. A gente tem sempre que estar com essa sintonia com Deus e com a espiritualidade (Clínica Médica - F).

3.2 A morte enquanto possibilidade: a luta pela vida

Como já foi dito, os setores aos quais defini como locais de possibilidade da morte foram: na emergência, as salas 01 (Politraumatizados), 07 (Emergências Clínicas) a UTI e depois o Pós Operatório; o SEC, localizado no 2º andar, que é um CTI; e o 9º andar que é uma UTI para vítimas de queimaduras graves. Tais locais são destinados a pacientes em estado grave, que estão no limiar entre a vida e a morte, onde as duas possibilidades existem e o papel institucional representado pelo médico é mobilizar toda a equipe em prol da vida do paciente, ministrando todos os recursos disponíveis e necessários.

⁴⁴ Procedimento para colocação de ventilação artificial (Informação obtida na pesquisa de campo, a partir de depoimentos colhidos com os médicos).

3.2.1 A Sala dos Politraumatizados e a Reanimação: o tempo como fator determinante

A abordagem do paciente politraumatizado é uma tarefa complexa que requer do médico um amplo conhecimento, habilidade técnica, capacidade de julgamento e de liderança. O paciente politraumatizado é diferente de qualquer outro tipo de doente, pelas próprias circunstâncias que originaram o seu estado; de um modo geral, era uma pessoa hígida e com saúde, até que, subitamente, devido a algum tipo de acidente, passou a se encontrar em estado grave, necessitando de assistência médica imediata, sem que se encontrasse preparado de maneira alguma para tal situação. Por outro lado, o paciente politraumatizado, exatamente por ser antes um indivíduo hígido, apresenta, caso seja salvo, uma grande possibilidade de ter uma vida normal, justificando o investimento de recursos na tentativa de salvá-lo (PIRES, 2010, p. 102).

Conforme já elencado em tópicos anteriores, a sala de Politraumas está localizada no térreo, inserida no setor de emergência; nela há cinco cirurgiões gerais, três neurocirurgiões, 1 R2⁴⁵ em cirurgia geral e 1 R3⁴⁶ em neurocirurgia. O número de leitos varia conforme a demanda de pacientes, mas a sala é bastante espaçosa e possui portas largas para facilitar a entrada das macas e propiciar agilidade no atendimento:

O dimensionamento adequado como também o número de boxes, para o atendimento de emergência devem estar de acordo com a demanda do serviço analisado a partir do seu caráter de abrangência (local/regional), referência em alta complexidade e por especialidades médicas disponíveis (GIACOMO, 2011, p. 167).

Além disso, muitos pacientes que demandam cuidados intensivos permanecem nesse local, devido à falta de vaga na UTI geral do hospital. No leito desses pacientes, há uma pequena UTI, conforme intitulam os médicos, que se compõe de aparelhos específicos desta unidade, em especial o monitor multiparâmetros, que mede a frequência cardíaca, a pressão arterial e a saturação (nível de oxigênio circulando no corpo). Segundo Giacomo:

Em muitos serviços de emergência, os espaços (boxes ou salas individualizadas) destinados ao atendimento imediato, muitas vezes, são ocupados por pacientes em observação, internados ou ainda em estado grave, o qual deveria ser encaminhado para as unidades adequadas. Nestes casos não há sincronia na liberação de leitos nas unidades de internação, ou UTIs para receber estes pacientes, e assim estes permanecem por tempo indeterminado na sala ou boxes de emergência a espera de um leito vago, reduzindo assim o número de leitos disponíveis ao atendimento de emergência e, conseqüentemente comprometendo a qualidade, resolutividade e eficácia do serviço (GIACOMO, 2011, p. 168).

Segundo um médico, a Sala de Politraumas é um local de passagem, porque ali o enfermo deve receber os primeiros atendimentos de urgência para depois ser transferido para

⁴⁵ R2: médico que está cursando o segundo ano de residência (Informação obtida na pesquisa de campo, a partir de depoimentos colhidos com os médicos).

⁴⁶ R3: médico que está cursando o terceiro ano de residência (Informação obtida na pesquisa de campo, a partir de depoimentos colhidos com os médicos).

os devidos setores, como a UTI e as enfermarias. Em geral, a Sala de Politraumatizados nem sempre funciona dessa maneira, pois, além de alguns pacientes permanecerem um longo período na sala, esta recebe pacientes com um quadro que não é considerável tão grave na perspectiva médica:

Essa sala na teoria deveria comportar pacientes graves, digo grave, no sentido literal da palavra, pois aqui recebemos o que chamamos de 'polirralados', porque a maioria tem pequenas lesões que poderiam ser solucionadas em UPAs e outras unidades. Além disso, aqui deveria ser uma sala de passagem, uma triagem médica, para encaminhamento a outros setores. Esses leitos ocupados que você vê aí não deveriam ser leitos de longa permanência, o doente aqui precisa ter um destino (Cirurgião Geral).

Dentro da Sala de Politraumas, há um pequeno compartimento ao canto, essa “mini sala” é a Sala de Reanimação, que possui dois boxes com um leito em cada um, mas é válido ressaltar que esse número de leitos varia conforme a demanda. Tal sala não é ocupada com pacientes comuns, uma vez que ela precisa estar sempre pronta para qualquer procedimento de reanimação cardíaca ou outro procedimento e avaliação primária a um paciente politraumatizado com risco de morte. Também há um aparelho de Raio-X móvel, utilizado em casos nos quais o paciente não suporte a movimentação, no caso, até a Sala de Raio-X do hospital. Nessa Sala de Reanimação, a qual intitulei “minissala”, há uma entrada direta para o Setor de Tomografia do Hospital. Destaca-se que essa arquitetura é estratégica: tanto o Raio-X móvel quanto a localização direta ao setor de tomografia visam encurtar os deslocamentos e reduzir o tempo, aliás, tal variável é utilizada por muitos profissionais envolvidos no setor, principalmente os médicos, porque qualquer minuto de atraso pode custar a vida do paciente. Segundo um médico, um paciente ao dar entrada à Sala de Reanimação, está no limiar entre a vida e a morte:

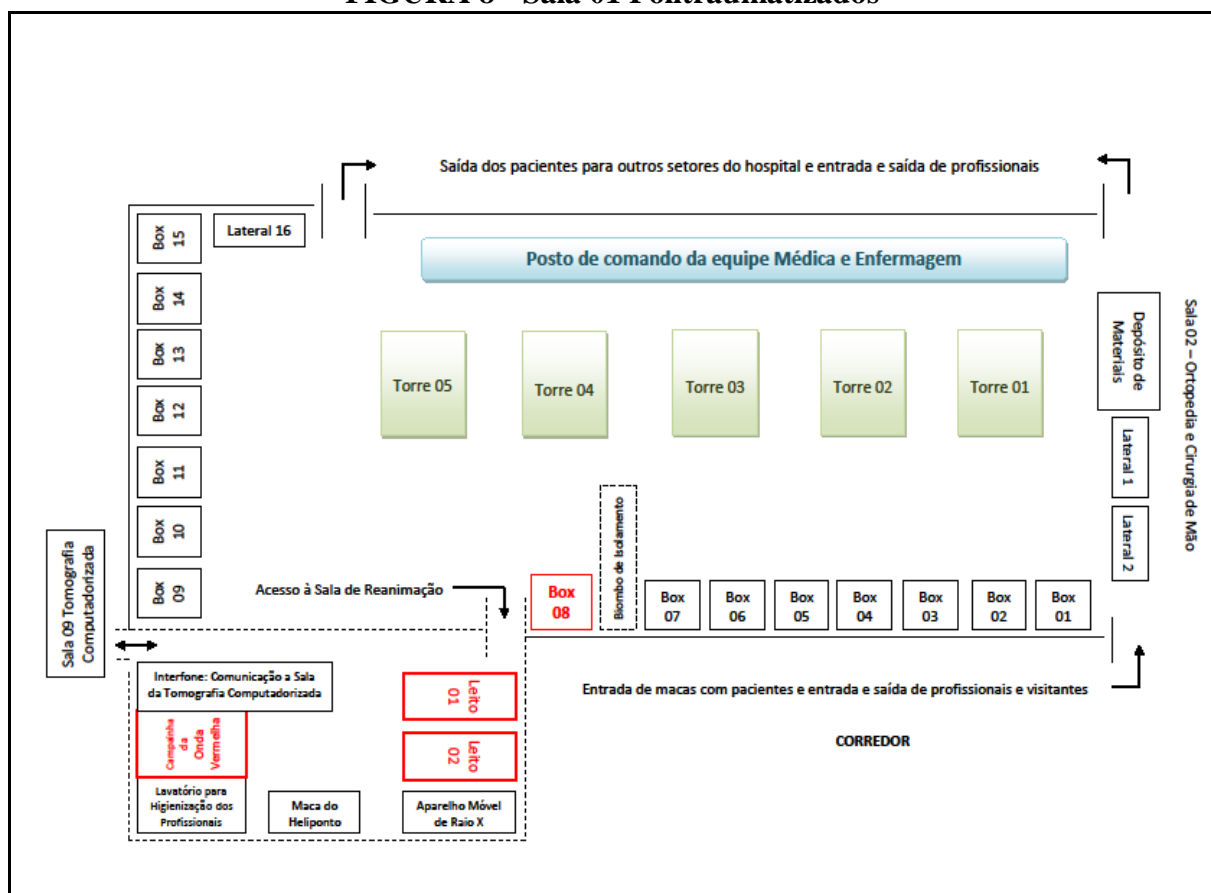
O paciente que entra aqui (na Sala de Reanimação) é um paciente muito grave, podemos até fazer uma analogia com um jogo de final de campeonato, onde está faltando poucos minutos para acabar e o time não está em condição favorável, ou seja, nós médicos já chegamos à Sala de Reanimação perdendo, e temos que correr contra o tempo para dar uma virada no jogo (Cirurgião Geral).

Um instrumento bastante utilizado nessa sala é uma campainha, cujo som serve para avisar aos médicos e demais profissionais que o paciente está em estado grave (*in extremis*) e precisa ir imediatamente para o bloco cirúrgico. Toda essa movimentação advinda da utilização dessa campainha chama-se “Onda Vermelha”. Segundo um médico, a maioria dos pacientes chegam a morrer na própria “Onda Vermelha”, uma vez que já dão entrada no hospital com risco elevado de morte. Outra campainha serve para avisar ao banco de sangue

(localizado dentro do hospital), para que este já esteja alerta para possíveis transfusões. Todos esses dispositivos permitem a agilidade no atendimento ao paciente grave.

A Sala de Politraumas (FIG. 8) comporta dezoito leitos (também conhecidos como boxes), sendo dezesseis fixos, localizados em dois “braços” da sala; e as Laterais 1, 2 e 16. Essas últimas são chamadas de laterais, pois se localizam próximas ao canto em pontos de aproveitamento da sala. O Box 8 é reservado para casos de emergência que colocam risco iminente à vida. Além de tais leitos, há também cinco torres, as quais estão equipadas com fios de conexão ligados a aparelhos instalados desde o teto até uma altura próxima a de uma maca. Tais torres servem para receber temporariamente os pacientes que vêm da triagem; ali eles recebem os primeiros atendimentos. Em casos de um grande volume de pacientes, as torres também são utilizadas como leitos para atendimento. O posto de comando das equipes médica e da enfermagem está localizado no centro da sala e permite a visualização de todos os leitos. Nesse posto, os médicos têm controle dos pacientes e dos aparelhos e conseguem perceber quaisquer alterações que possam ocorrer tanto nos equipamentos quanto nos pacientes. Isso nos remete ao *panóptico*, conceito formulado por Foucault (1988), que se refere a um modelo social que engloba características de controle, vigilância e punição, tudo isso também imbricado à disciplina existente na instituição hospitalar.

FIGURA 8 - Sala 01 Politraumatizados



Fonte: Figura elaborada pela autora / Pesquisa de Campo, dezembro de 2012.

A Sala de Reanimação também recebe pacientes, tanto os que tenham sido resgatados por helicóptero, e que dão entrada ao hospital pelo “Heliponto”, localizado rente ao quarto andar do edifício, como já explicitado em tópico anterior, como também pacientes resgatados pelo SAMU, Corpo de Bombeiros ou Polícia Militar. Os níveis de gravidade dos pacientes admitidos no setor enquadram-se na escala utilizada com as fitas laranja (mais próxima da urgência) e vermelha (mais próxima da emergência).

Primeiramente o paciente é avaliado pela equipe de Cirurgia Geral que define a necessidade ou não de atuação de outras especialidades. O paciente que chega, por exemplo, com a fita laranja, o médico vai examiná-lo, solicitar os exames necessários e analisá-los posteriormente. Já para o paciente com a fita vermelha que, pela coloração, já traz um indicativo de risco de morte, tudo é realizado de forma muito rápida. Ele é encaminhado diretamente ao boxe de emergência ou à Sala de Reanimação e, em seguida, é realizada a monitorização, com prioridade a disfunções que podem colocar em risco a vida do paciente, como, por exemplo, a oxigenação, a circulação, o controle da pressão arterial. Em seguida, após estabilizar o paciente rapidamente, ele pode ser encaminhado ou não para fazer

exames quando há tempo ou então ir diretamente para o bloco cirúrgico. Toda essa cronologia de fluxos, sinais e processos de comunicação é utilizada para se enfrentar a morte e lutar pela vida. Percebi que a cor da fita classificada na triagem torna-se um dispositivo importante para que a atenção seja direcionada a esse paciente com a prioridade necessária.

Os médicos que trabalham no setor - o cirurgião geral e o neurocirurgião - podem atuar tanto no bloco vertical, nas unidades de internação com pacientes em vias de sair de alta, quanto no bloco horizontal, na emergência. Mas, segundo relatos dos médicos que atuam na Sala de Politraumatizados, a emergência, a porta de entrada do paciente, é o local mais “cobiçado” por esses profissionais, onde há casos mais desafiadores, estimulantes, onde o cirurgião se realiza profissionalmente:

É o setor mais dinâmico do hospital, mais ligado ao papel real do cirurgião, que é o médico que está na linha de frente desse atendimento; o politraumatizado precisa passar em primeiro lugar pelo cirurgião, então a sala de emergência é como se fosse nossa casa (Cirurgião Geral).

No que se refere às dificuldades enfrentadas pelos profissionais no setor, destacam-se os entraves estruturais: *“Quando você está na sala de emergência e tem um número de doentes muito maior que a sua capacidade de atender, então, são coisas que podem interferir na qualidade do seu trabalho (Cirurgião Geral).*

Também há vantagens e prazer no trabalho como mostra o seguinte depoimento: *“Às vésperas do meu plantão aqui, eu já começo a pensar o que eu vou fazer, o que vou atender, eu começo a descansar para chegar aqui bem, porque é uma coisa que me dá muito prazer esse tipo de atendimento que eu faço há muitos anos” (Cirurgião Geral).*

Para alguns cirurgiões que atuam na Sala de Politraumatizados, a morte nesse setor é mais fácil de lidar se comparada a outros setores, como o bloco cirúrgico. Para os médicos quem morre na emergência ou é um paciente que não precisa ser operado porque não tem indicação, ou é um paciente tão grave que não há como fazer nenhuma medida maior por ele, ou seja, o paciente já chega agônico, numa situação que não há como reverter. Nesse aspecto, frustração ou culpa não é expressa pelos profissionais: *“O doente do ‘poli’ você não se sente culpado, foi o trauma que o matou, você fez o que tinha que fazer, ele já chegou com o trauma matando ele, você tentou, mas não deu” (Neurocirurgião).*

Se, por um lado, para alguns entrevistados isso ameniza o impacto da morte, para um médico se torna uma situação angustiante, porque o profissional, mesmo com seu conhecimento, nada pode fazer para alterar a situação:

O pior paciente que a gente tem é aquele, por exemplo, com uma fratura de bacia, porque você fica de mãos atadas, você vê o cara morrer na sua frente e não tem jeito de você fazer nada, não tem jeito de operar ele, porque gera um sangramento muito grande. Então é um paciente grave que eu vejo morrer na minha frente (Cirurgião Geral).

Um médico, em especial, destaca que a morte na Sala de Politraumatizados é uma morte que ocorre de forma rápida após intervenções invasivas realizadas assim que o paciente dá entrada no setor:

Eu pego uma veia, corro volume, dou remédio para tentar melhorar a pressão, dou oxigênio no paciente, faço a massagem cardíaca. Tentamos fazer o máximo possível, o que está no protocolo, mas o doente já chegou muito grave e em condições muito desfavoráveis para invertermos a situação (Neurocirurgião).

Ou seja, se a morte ocorrer, não foi por falta de intervenções médicas. Mas os depoimentos convergiram para uma morte em que o doente já chegou num estado muito grave, de modo que o trauma foi superior a qualquer esforço médico realizado. Sendo assim, nos depoimentos, os entrevistados pontuaram que essa característica faz da morte nesse setor algo despercebido pelo médico, no sentido de que ele não se sente afetado.

É interessante pontuar que a Sala de Politraumatizados, especialmente a Sala de Reanimação inserida em seu interior, foram os locais em que mais presenciei mortes e, de fato, estatisticamente são os locais do hospital onde ocorrem mais óbitos. Como tal setor se constitui a porta de entrada de qualquer paciente grave que dá entrada no hospital (com exceção dos casos de emergências clínicas), a morte nessa sala talvez seja mais comum. Digo comum em termos numéricos se comparada a outros setores, mas é importante lembrar que isso não faz dessa morte algo banal e corriqueiro para os médicos ali envolvidos. Embora em seus depoimentos os profissionais considerem tal morte menos impactante, isso não implica banalização da vida, ao contrário, na prática, mesmo diante de um paciente sem prognóstico, os médicos continuam intervindo e fazendo todos os procedimentos necessários como em um enfermo “recuperável”.

Na Sala de Reanimação, por exemplo, é comum dar entrada pacientes com parada cardiorrespiratória e, mesmo após várias tentativas de reanimação, inserida no protocolo de 15 a 25 minutos, presenciei casos de médicos insistindo em continuar a manobra ultrapassando esse limite e sabendo conscientemente da impossibilidade de um resultado favorável. Aqui vi conflitos entre o discurso e a atuação médica em relação à morte no setor, novamente remetendo a Leach (1995). Isso revela a tensão existente entre a representação exposta nos depoimentos e a ação dos médicos na prática profissional. Lembro-me de que, no início do trabalho de campo, havia um paciente na Sala de Reanimação com vários PAFs (perfurações

por arma de fogo). Havia uma equipe enorme ao redor dele realizando procedimentos, e um médico comentou comigo: “*Viu, não tem ninguém aqui chorando, se escabelando... a morte é supernormal pra gente, você vai perceber que a gente lida super bem com isso tudo aqui*” (Neurocirurgião). Entretanto, não é o choro, não é o ataque de nervos que vai determinar a forma como um médico lida e reage à morte. Esse paciente citado acima, por exemplo, os médicos já “sabiam” que ele estava morto, mas, mesmo assim, insistiram nos esforços.

Assim, a “luta pela vida” se sobrepõe a uma realidade de morte bastante presente. Em campo, percebi que nessa sala a mobilização para salvar o paciente é singular se comparada a outros espaços de morte nos quais também se trava uma “luta pela vida”. Chamei particular porque tudo ocorre com muita intensidade, afinal, é o local onde o paciente grave acaba de dar entrada, é o local onde o médico avalia o caso e decide o que fazer ou para onde encaminhar o doente. A Sala de Politraumatizados, igualmente, também se configura como um local das primeiras decisões médicas.

A morte num hospital de trauma não é nada agradável de ser vista, são pacientes que sofreram lesões que dilaceraram seus corpos. Talvez seja a forma de morrer mais impactante na perspectiva visual. Dessa forma, como a Sala de Politraumatizados é a porta de entrada do paciente “polifraturado”, conseqüentemente, ali a morte acontece de forma chocante e feia de ser vista. Possivelmente é isso tudo que torna esse local mais intenso, onde as equipes literalmente correm quando dá entrada um paciente que vai direto para a Sala de Reanimação, ou seja, paciente extremamente grave. Bem, percebe-se que a Sala de Politraumatizados possui “polissentidos”, variáveis de acordo com as funções da sala, com as percepções de quem observa e com os discursos dos profissionais diretamente envolvidos.

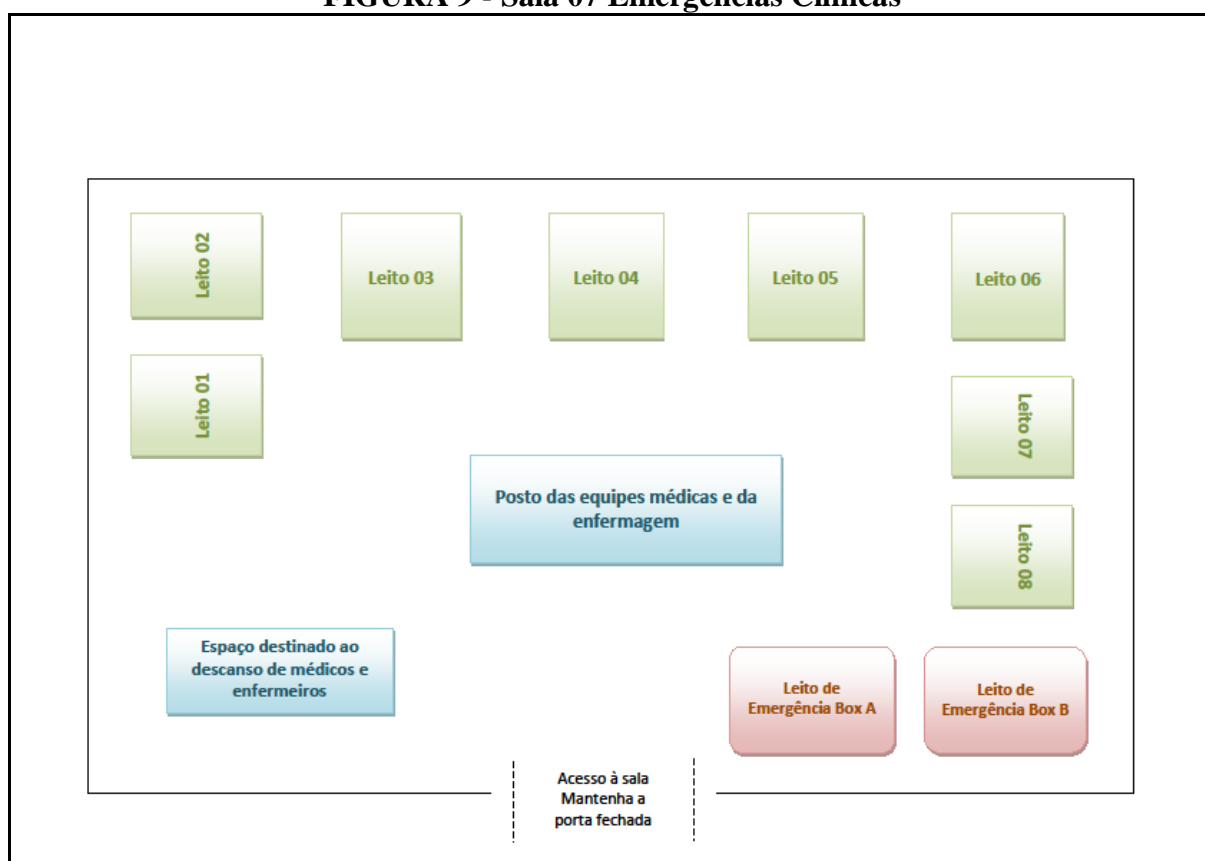
3.2.2 Sala 07: Emergências Clínicas

Como já foi dito em tópicos anteriores, para a sala 07, chamada de Emergências Clínicas, são encaminhados, principalmente, pacientes vítimas de mal súbito, como AVC, trombose, infarto, pneumonia, dentre outros. Essa sala também constitui a porta de entrada do paciente grave, porém restrita a casos clínicos, e compartilha os serviços do setor de Toxicologia, ou seja, diversos casos graves referentes a intoxicações, especialmente casos de tentativa de suicídio. Essa sala comporta oito leitos (FIG. 9), além de dois boxes (leitos), Boxe A e Boxe B (destinados a casos mais graves). Todos os pacientes que dão entrada a essa sala estão em estado grave, e esses dois boxes estão destinados a pacientes em estado mais

grave com risco de morte, por isso existe essa diferenciação com os outros leitos. Similar à Sala de Politraumatizados, a Sala de Emergências Clínicas conta com o ponto de apoio das equipes médica e da enfermagem, localizado no centro do ambiente, o que permite a visualização de todos os leitos.

Tal sala também recebe pacientes vítimas de outros tipos de ocorrências, como o trauma no qual a vítima sofreu alguma complicação clínica que é considerada mais agravante do que aquele. Também são admitidos pacientes de outros andares do hospital quando esses sofrem algum tipo de enfermidade clínica. É muito comum descerem pacientes por parada cardiorrespiratória e demais casos clínicos considerados graves. Nas palavras de um médico, a Sala de Emergências Clínicas é considerada uma Unidade de Terapia Intensiva de “porta aberta”.

FIGURA 9 - Sala 07 Emergências Clínicas



Fonte: Figura elaborada pela autora / Pesquisa de Campo, dezembro de 2012.

Quando indagados sobre quais eram as maiores dificuldades encontradas por eles ao trabalharem nesse setor, os médicos mencionam a superlotação que ocorre quando faltam vagas em outros setores para onde deveriam ser encaminhados após o atendimento recebido na sala 07: *“Quanto mais paciente a gente tiver que olhar, pior vai ser a qualidade do nosso*

trabalho, a sua atuação é muito melhor quando você dedica a maior parte do tempo ao paciente, seria perfeito se a gente não tivesse tanto entrave para exercer o nosso trabalho (Clínica Médica - M).

Na perspectiva dos médicos, a ocorrência de morte na sala de Emergências Clínicas pode ser precoce ou tardia. É considerada tardia a morte de um paciente que está internado há alguns dias, sem prognóstico e já se espera essa morte, seja pelo alívio do paciente, da família ou da equipe e para que o leito seja liberado para outro paciente. Já a morte precoce é aquela que o médico tenta evitar, mas não tem êxito. Segundo um médico são mortes distintas:

Você querendo ou não é diferente, olha só: um paciente idoso, com AVC, acamado, que está lá dando trabalho para a família que tem que dar banho, comida, cuidando de ferida e o paciente já está no fim do ciclo da vida dele. Esse paciente quando chega aqui grave, eu vejo como uma fatalidade, aquilo para mim não me comove, mas outra coisa é o cara de 30 anos de idade, que foi atropelado e chegou aqui, não sobreviveu ao trauma e morreu. Então essa é uma morte mais difícil de digerir. O paciente jovem que enfartou, você tentou reanimar, mas não conseguiu, e você tem que comunicar a família, esposa, filhos pequenos, o arrimo da família morreu, então é uma morte difícil de trabalhar (Clínica Médica - M).

A questão implicada aqui é muito mais complexa e ultrapassa a definição de uma morte tardia ou precoce. O depoimento é repleto de representações da morte que o emociona e que não o emociona, é como o médico projeta valores próprios. Tais representações que hierarquizam a morte podem se transformar em qualidade e prontidão de atendimentos diferenciados.

Outro ponto exposto pelos entrevistados se refere aos óbitos por tentativa de suicídio, que são bastante frequentes no setor, especialmente nos casos de envenenamento por chumbinho⁴⁷ e combinação de medicamentos: “Suicídio eu tenho muita dificuldade... eu nunca sei o que a pessoa está pensando, eu acho que a pessoa só pode estar fora de si, porque não sei como a pessoa tem coragem com sua mente sã” (Clínica Médica - F).

De acordo com um médico, a morte na Sala de Emergências Clínicas possui particularidades. Além das mortes súbitas por casos clínicos, como também o suicídio que se configuram como “repentinas”, há ainda mortes “previstas”, de modo que o paciente já apresentava sintomas anteriores da doença, sendo isso relatado pelos familiares na ocasião do atendimento. Isso também é outra particularidade dessa sala, onde na maioria dos casos o paciente dá entrada acompanhado por um familiar, o que a difere da Sala de Politraumas. O relato a seguir ilustra bem isso:

⁴⁷ Veneno para matar ratos.

A maioria dos casos daqui a gente já tem um contexto o familiar fala que o paciente não estava bem nos últimos dois dias, nas últimas duas horas, a família normalmente sai daqui sabendo que deixou o paciente aqui. Lá no politraumas é diferente, o paciente se acidenta na rua, a família não sabe de nada, o paciente não sabe onde está a família, o serviço social tenta localizar e quando a família chega o paciente já está no necrotério. O paciente daqui já vem passando mal, muitas vezes grave, mas já tem um histórico. Daí se a gente perguntar para a família quando que começou os sintomas, a família já se situa: 'mais ou menos semana passada que começou os sintomas, mas ele é teimoso, não gosta de ir ao médico (Clínica Médica - M).

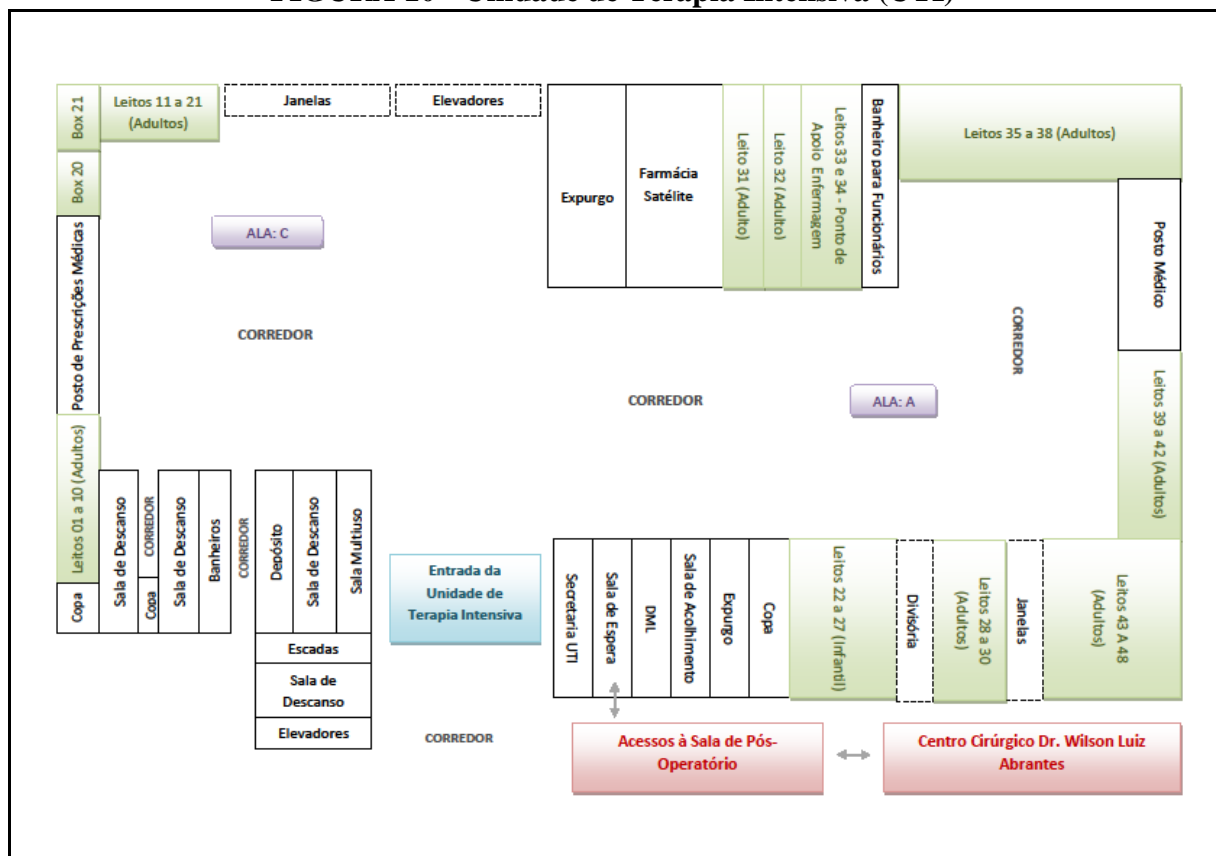
Percebi que a morte na Sala 7 é mais tranquila, mais amena, principalmente se comparada a outra porta de entrada que é a Sala de Politraumas. O corre-corre no Politraumas é mais intenso, toda a equipe quer participar, se inteirar do caso. Não que na sala 7 não tenha isso, ao contrário, todos os esforços são direcionados ao paciente grave que dá entrada no setor. Porém, há diferenças, a sala 07 é menor, há apenas um médico de plantão, a demanda, conseqüentemente, também é menor, e ainda há de se pontuar, conforme o depoimento do médico, que algumas dessas mortes não são tão inesperadas, por isso, talvez, o impacto não seja tão visível. Além do mais, o paciente não sofreu um trauma⁴⁸, intoxicações, infartos; e infecções generalizadas não carregam um apelo visual se comparadas às dos politraumatizados, por isso a tradução por uma morte mais serena.

3.2.3 A Unidade de Terapia Intensiva: monitoramento contínuo

A UTI possui quarenta e oito leitos, sendo onze infantis, que recebem pacientes de 0 a 19 anos incompletos⁴⁹, e trinta e sete leitos adultos. Em sua composição física há um acesso direto à sala de recuperação pós-anestésica (sala de recuperação), que, por sua vez, dá acesso ao bloco cirúrgico. Essa logística permite um encaminhamento direto dos pacientes da UTI ao bloco cirúrgico e vice-versa, conforme ilustra a Figura 10, que sumariza a organização física. A UTI divide-se em ala A, com os leitos 22 a 38, e ala C, com os leitos 1 a 21.

⁴⁸ Destaca-se que há ainda casos de pacientes politraumatizados que sofreram alguma complicação clínica, porém em proporção menor.

⁴⁹ Após receberem alta, os pacientes pediátricos são encaminhados para a ala destinada e disponibilizada aos pacientes do João XXIII no anexo CGP (Central Geral de Pediatria).

FIGURA 10 - Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Fonte: Figura elaborada pela autora / Pesquisa de Campo, dezembro de 2012.

O médico que trabalha em UTI é chamado de intensivista, porém conversando com a coordenadora do setor, médicos com especialidade em Clínica Médica também costumam atuar nessa unidade. Além dos médicos, o setor conta com outros tipos de profissionais, como enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e, ainda, outras especialidades médicas, como endocrinologista, cardiologista, neurologista, que são acionados conforme o tipo de enfermidade do paciente. A UTI comporta pacientes acometidos por diversos tipos de doenças, desde aqueles vítimas de algum trauma até os que são vítimas de um mal súbito. A maioria dos casos que dão entrada no setor é por causas externas, lesões pelo trânsito, atropelamento, agressões por arma de fogo e arma branca, queimaduras, intoxicações e, em sua minoria, casos clínicos. A UTI é destinada ao acolhimento de pacientes em estado grave com chances de sobrevivência. A função principal dessa unidade é dar suporte às funções vitais dos pacientes por meio de um monitoramento constante durante 24 horas.

O monitoramento realizado na UTI é constituído tanto por suporte técnico específico como também humano. O suporte técnico se refere à aparelhagem. Citei alguns equipamentos que encontrei nesse setor: oxímetro de pulso (cuja função é medir a oxigenação

no sangue); eletrocardiograma (cuja função é medir a frequência cardíaca e arterial); monitor de pressão arterial e cardíaca; sonda vesical (coletor de urina); máscara e cateter de oxigênio (que auxiliam na respiração); tubo orotraqueal (auxilia a respiração do paciente); e, um mais característico do setor, o ventilador mecânico, cuja função é a injeção e retirada do ar dos pulmões do paciente quando estes são incapazes de respirar sozinhos.

O que se vê são diversos profissionais realizando procedimentos, verificando o funcionamento dos aparelhos, discutindo os casos com outros colegas, dentre outros. Foi o setor em que percebi um número maior de funcionários, especialmente enfermeiros, para cada paciente, além de se constituir como um local de extrema organização e assepsia. Esse arranjo lembra as considerações de Foucault sobre a disciplina existente no hospital:

A disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos [...] (FOUCAULT, 2003, p. 107).

Para Foucault (2003), as relações existentes entre médicos e pacientes dentro de uma instituição hospitalar se constituem em relações de poder, mediadas pela disciplina existente na instituição. O hospital pode ser compreendido como um local de confinamento destinado à concentração, distribuição do espaço e ordenação do tempo. Ainda segundo esse autor, o corpo, durante a época clássica, passou a ser compreendido como algo objetivo e alvo de poder. O corpo se transfigurou, então, em um objeto que se pode manipular, modelar e, acima de tudo, em um corpo que obedece, se submete e responde, de modo a ser utilizado, transformado e aperfeiçoado, o que Foucault convencionou chamar de um “corpo dócil”. De acordo com Alves e Andrade (2007), a perspectiva do corpo como um objeto é sustentada pelos mecanismos utilizados na instituição hospitalar, a fim de que se mantenha a disciplina, como a identificação numérica do paciente (registro de prontuário) e a determinação da unidade específica para atendimento do caso conforme a doença. Isso pode ser verificado com mais nitidez nas Unidades de Terapia Intensiva.

Assim, a prática na UTI torna-se mais individualizada se comparada a outros setores do hospital. Os doentes são, em certa medida, vigiados e há o registro de tudo o que acontece com eles. Ao visitar o local, presenciei doentes com lesões sérias, umas reversíveis, outras não. São diversos equipamentos e profissionais para monitorarem os doentes e verem as possíveis evoluções do quadro clínico, as quais podem ser para melhora ou piora. Sá e Naves (2011) traduzem bem as características e funções da UTI:

Uma *Unidade de Terapia Intensiva* (UTI) moderna deixa marcas indeléveis em quem a visita. Ali se encontram doentes em estado crítico, que só estão vivos por estarem ali. Vivos, mas cercados de complexos aparelhos eletrônicos. São fios e tubos que entram e saem de orifícios, pontos na pele e cavidades do paciente. Respiradores e marca passos cardíacos continuamente ligados, com batidas na mesma cadência. Alguns indivíduos conscientes e outros inconscientes. Vários possuem lesões cuja seqüela se pode dimensionar além de quadros clínicos que inspiram cuidados diários: um dia os rins não funcionam bem, em outro o doente é acometido por inevitáveis infecções decorrentes da fragilidade do corpo, e assim por diante (SÁ; NAVES, 2011, p. 83 – grifos dos autores).

O paciente da UTI é totalmente dependente de aparelhos e dos profissionais. É o paciente em estado grave que precisa de suportes técnicos e humanos que só uma UTI comporta. São doentes que não saem da cama. O doente torna-se um dependente, e, mais uma vez retomando, a Sá e Naves:

Há casos de pacientes com lesões provenientes de doenças degenerativas, cujas curas não foram encontradas pela Medicina, e veem suas vidas se esvaindo, passo a passo, lentamente, em meio a perdas e retomadas de consciência. Em decorrência dessas mesmas doenças, passam, gradativamente, a depender da boa vontade de outrem, para que as representem ou as assistam, conforme o caso, sob o ponto de vista jurídico. Há situações que nem a assistência, nem a representação podem ser tidas como garantidoras de seus direitos (SÁ; NAVES, 2011, p. 83).

No que se refere à escolha por trabalhar nessa unidade, os depoimentos convergiram pela organização, por ser um setor fechado, restrito, com equipes direcionadas a um número específico de pacientes:

Você meio que entra numa zona de conforto na UTI, você tem uma estrutura pronta, você tem um técnico que sabe exatamente porque eu estou fazendo aquilo, eu tenho uma equipe multidisciplinar. Você para cuidar de um doente grave você não consegue fazer sozinho. No atendimento de porta é tudo mais solto, às vezes você tem que atuar mais sozinho e de forma desorganizada (Clínica Médica - F).

As dificuldades em trabalhar no setor expressas pelos profissionais dizem respeito ao convívio com equipes multidisciplinares, de áreas de atuação distintas. Além disso, a área física mostrou-se como outro dificultador já que sua formatação não permite uma visualização de todos os pacientes, como é comum em outras UTIs:

A dificuldade aqui é mais no que se refere a área física, você ter pacientes em quatro locais diferentes incomoda, pois eu não posso ter esses quatro locais por debaixo do meu olho. Eu preferiria trabalhar numa área circular que tem uma bancada no meio, de modo a ver todos os pacientes (Clínica Médica - F).

Isso pode ser mais bem visualizado na Figura 10, em que há agrupamentos de leitos divididos por setores, e o médico precisa visitar cada um sem que haja uma visão panorâmica de todos, o que, segundo eles, dificulta o controle de todos os doentes sob seus cuidados.

No que se refere às representações da morte, para o médico a UTI é o local para o restabelecimento da vida do paciente, ou seja, ele é encaminhado porque há chances de ele sobreviver, caso contrário, a vaga seria destinada a outro paciente. Aqui se tem uma ambivalência de sentidos da UTI para o senso comum e para o conhecimento médico profissional. É fato que a UTI engloba pacientes com enfermidades graves que coloca risco à vida, porém a UTI não é só um lugar para a morte, ou momentos finais. Essa unidade tem o propósito de restabelecer a vida do paciente e, em alguns casos, isso é alcançado. Ancorado a esses pontos, quando surge uma vaga na UTI, o médico de plantão faz uma “corrida” por setores determinados à procura “do paciente ideal”⁵⁰, aquele vai ocupar essa vaga. Segue, então, uma ordem de prioridade: primeiro, a sala de pós-operatório, em que, por ser um hospital de trauma, há muitos casos cirúrgicos e o fluxo é intenso, por isso a necessidade de sempre haver vagas nesse setor; segundo, a Sala de Politraumas, por ser a porta de entrada na emergência dos casos mais graves referentes a traumas; terceiro, a Sala 07 de Emergências Clínicas, por ser também uma porta de entrada e, geralmente, nela estão os casos de intoxicação exógena grave.

Como a UTI é tida como um local para “morrer” no senso comum, a morte é vista com mais naturalidade e mais previsibilidade pelos familiares, assim os médicos não têm muita dificuldade em deixar a família de sobreaviso em relação à gravidade do quadro do paciente internado, por isso também é uma morte mais aceitável para a família:

A UTI já é um lugar de morte, as pessoas não entendem a UTI como um ambiente de recuperação, mas um ambiente em que as pessoas estão “quase lá”; aqui a morte é mais aceitável, morrer no quarto, morrer sem ter passado por uma UTI é mais difícil. Aqui, quando o paciente sai, é uma vitória, por isso que às vezes a gente é muito agraciado pelas famílias, porque as notícias de morte elas são cotidianas (Clínica Médica - F).

É interessante pontuar que essa morte se torna mais fácil para a família e, conseqüentemente, mais fácil para o médico dar a notícia do óbito. A morte se dá num ambiente fechado e, depois de alguns dias ou semanas de abordagem junto ao familiar, porém, isso não faz dessa morte algo fácil de lidar para o profissional de medicina, segundo uma médica: “*Uma coisa é a facilidade para transmitir já que você percebe que o familiar foi se preparando; outra coisa é o impacto disso na gente, é aquela coisa de: ‘falar é fácil, mas na hora de agir e sentir é outra coisa’*” (Clínica Médica).

⁵⁰ Maiores detalhes tópico 4.3: “Tomada de decisões”, em que são explicados os critérios utilizados para a escolha do paciente que vai ocupar a vaga no UTI, haja vista a alta demanda e o pouco número de leitos disponíveis.

A morte na UTI também é surpresa já que, em alguns casos, o paciente chega muito grave, vai progredindo no tratamento e, subitamente, por alguma complicação clínica vem a falecer. Além disso, para alguns médicos, a morte na UTI, por ser invasiva, é difícil de ser vista: *“É uma morte triste, feia, porque é um paciente todo furado, sem dignidade, sem roupa, com um monte de desconhecido do lado, sem ter muito diálogo [...] é um paciente muito invadido, cheio de tubos, inchado, sem roupa, sem família por perto”* (Clínica Médica - F).

Além dessas percepções, houve uma definição específica para a UTI Pediátrica: *“É sempre horrível porque você não espera que a criança vá morrer. É angustiante, porque não é o fisiológico: nascer, viver, produzir e no final da vida morrer. E quando você perde uma criança é uma coisa completamente fora da lógica humana”* (Clínica Médica - F).

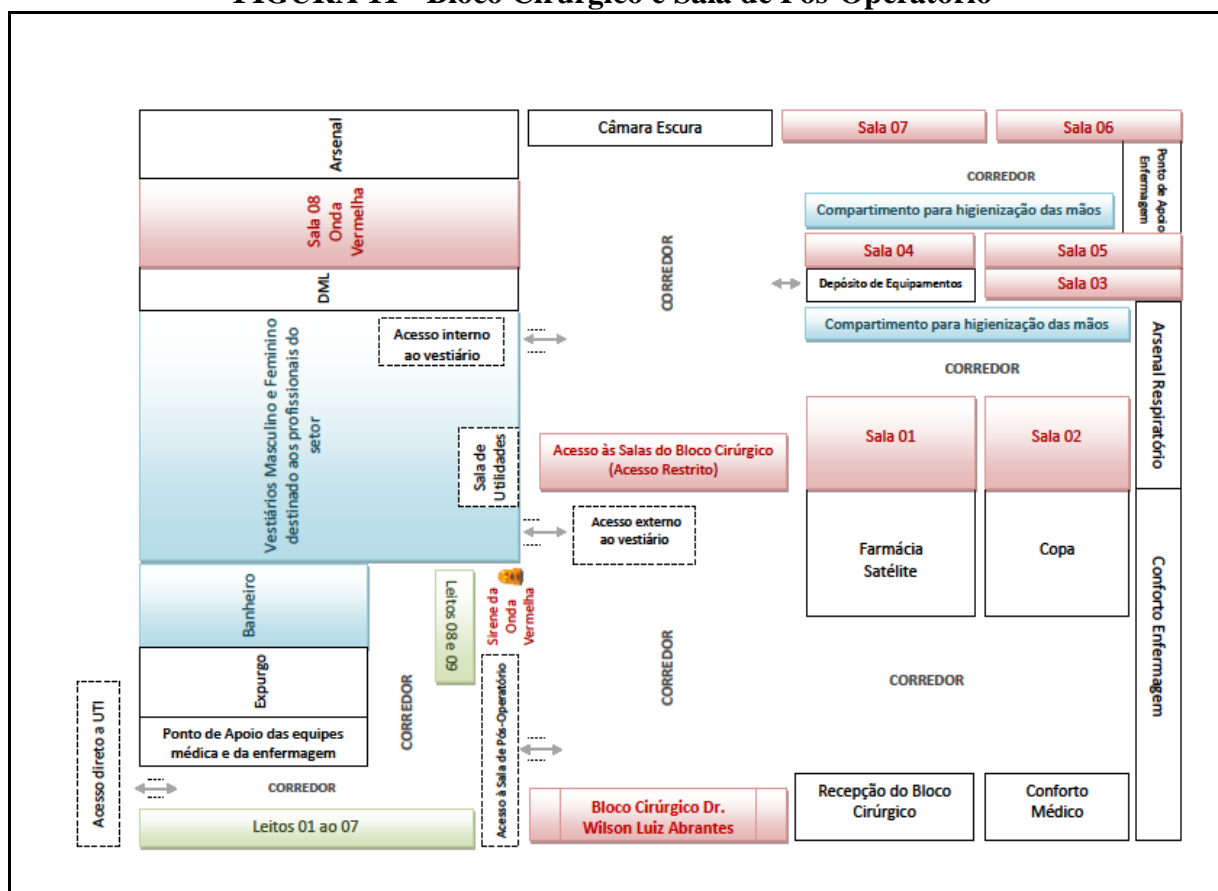
Segundo uma médica, a morte no Pronto Socorro por si só já é precoce por vitimar, na maioria dos casos, pessoas jovens, mas a morte na UTI Pediátrica torna-se mais precoce ainda, pois, como mostra o depoimento acima, é uma morte que rompe com a cronologia de um ciclo.

3.2.4 O Bloco Cirúrgico e a Sala de Recuperação Pós-Anestésica

O Bloco Cirúrgico possui oito salas (FIG. 11). Todas recebem qualquer tipo de intervenção cirúrgica (não são divididas por especialidades médicas) e uma delas destina-se ao protocolo “Onda Vermelha”⁵¹, a Sala 08. Essa última não é utilizada para demais cirurgias, sendo exclusiva para casos inseridos no protocolo, pois conta com uma organização dos equipamentos de modo que, ao ser acionada a sirene da Onda Vermelha, tudo já está pronto para o uso, diferentemente das demais salas, onde os instrumentos e materiais são organizados minutos antes da cirurgia. A pré-organização permite a agilidade dos procedimentos uma vez que recebe pacientes graves, para os quais o tempo se torna fator essencial para o restabelecimento da vida desses pacientes.

⁵¹ Vide tópico a seguir.

FIGURA 11 - Bloco Cirúrgico e Sala de Pós-Operatório



Fonte: Figura elaborada pela autora / Pesquisa de Campo, dezembro de 2012.

No bloco cirúrgico acompanhei várias cirurgias de pacientes em estado grave, com risco de morte: eu seguia o paciente desde sua chegada ao hospital até sua entrada e saída do bloco, e em casos em que o paciente sobrevivia, eu até procurava ter notícias desse paciente depois. Quando um paciente vai para o bloco fazer uma cirurgia – exceto casos de Onda Vermelha – os médicos fazem alguns procedimentos quase que ritualísticos. Primeiramente, vendo que é necessária intervenção cirúrgica, o médico faz contato com o bloco para disponibilizar a sala, enquanto isso a equipe de enfermagem vai preparando o paciente para encaminhá-lo ao bloco cirúrgico. Terminado esse preparo com o paciente, este é direcionado ao bloco acompanhado pelos cirurgiões, geralmente um cirurgião já formado acompanhado por um residente. Ao chegarem, ambos vão para o vestiário colocar as “roupas do bloco⁵²”, e, em seguida, realizam o procedimento de higienização das mãos, que consiste na lavagem das mãos com uma solução à base de iodo, com auxílio de uma escovinha, por um período de cinco minutos cronometrados. Enquanto isso o paciente já está na sala, sendo higienizado pelos enfermeiros, conforme a área da cirurgia, e o anestesista já está ministrando drogas no

⁵² Consiste em calças e capotes na coloração verde bandeira.

doente. Após a higienização, os cirurgiões colocam as luvas esterilizadas e começam a separar os materiais necessários. Com todo esse material em mãos, é que se começa a cirurgia.

O que percebi é que o Bloco Cirúrgico parece uma “comunidade à parte” do hospital. É uma unidade fechada, com rotinas rígidas. Para a entrada nesse setor é preciso cumprir regras específicas e, qualquer deslize, o funcionário ou visitante é repreendido. Minha sorte foi que já conhecia todos os cirurgiões, pois todos eles ficam de plantão na sala 01 de Politraumatizados, e eles foram grandes parceiros durante todo o acompanhamento de cirurgias no setor, pois me orientaram sobre as regras, as roupas e demais procedimentos que eu teria de cumprir ao entrar no setor. O cuidado com a higiene é de fundamental importância para a permanência no ambiente, a fim de se protegerem os pacientes e o próprio profissional. Outra singularidade é a relação do anestesista com o enfermo: o que parece existir é um contato do profissional com os equipamentos que monitoram esse paciente, além disso, depois de terminado o serviço, ele não tem contato nenhum com o paciente, muito menos com os familiares, tarefa conferida ao cirurgião. Entretanto, mesmo não tendo esse contato interpessoal com o paciente e com o familiar, não implica que o anestesista tenha uma indiferença em relação ao caso e até mesmo ao incidente que ocasionou o ingresso do paciente ao hospital⁵³.

Por todas as características elencadas acima, o centro cirúrgico difere-se de outros setores do hospital, inclusive setores também fechados como a UTI. Uma singularidade, talvez a crucial e que engloba todas as características desse local, refere-se a sua importância para o restabelecimento da vida do paciente com os complexos casos cirúrgicos, o que também foi verificado nos estudos de Stumm, Maçalai e Kirchner, que caracterizam o setor como:

No centro cirúrgico a dinâmica de trabalho, aliada ao relacionamento entre os profissionais que atuam na referida unidade, deve acontecer de forma harmoniosa. Para tanto, torna-se indispensável um trabalho integrado, com profissionais capacitados e preparados, favorecendo o enfrentamento das exigências impostas pelo referido ambiente, visando segurança e bem-estar do paciente. A unidade ocupa lugar de destaque no hospital, considerando-se as finalidades e a complexidade dos procedimentos nela realizados visando o atendimento de pacientes, tanto em caráter eletivo, quanto de urgência e/ou de emergência (STUMM; MAÇALAI; KIRCHNER, 2006, p. 465).

Percebi, entretanto, que no referido setor, em alguns casos, há um clima tenso entre a equipe formada por diversos profissionais: enfermeiros, cirurgiões, anestesistas, dentre outros. Na maioria dos episódios, os procedimentos precisam ser realizados rapidamente e, em

⁵³ Ver depoimentos dos anestesistas no Capítulo 5.

algumas situações, não há uma sintonia entre as funções de cada profissional, o que gera situações de estresse. Isso também já foi verificado nos estudos de Caregnato e Lautert:

O relacionamento interpessoal conturbado gera conflitos, discussões e desrespeito entre os integrantes do grupo e é evidenciado pela falta de coleguismo a qual [...] deixa transparecer que a equipe cirúrgica é formada por nichos independentes. Não existe a troca de saberes que caracteriza uma equipe interdisciplinar, mas sim uma equipe multiprofissional, onde cada grupo tem poder e interesses diversos (CAREGNATO; LAUTERT, 2005, p. 549).

Para os cirurgiões essa especialidade exige muita técnica e habilidade do profissional: *“É uma especialidade que você tem que pensar muito, a cirurgia pode dar muito certo como pode dar tudo errado”* (Neurocirurgiã).

Para um cirurgião a morte num bloco cirúrgico se configura como a pior morte que esse profissional pode presenciar. Segundo relatos, o paciente que morre no bloco é um enfermo com indicação de tratamento cirúrgico, e, quando há esse indicativo, implica que há condições de reversão do quadro e possibilidade de cura. Claro que a cirurgia não possui a finalidade única da cura, mas, se relacionada ao contexto do bloco cirúrgico a pacientes com risco de morte, para o médico ela se constitui como a última alternativa. Somado a isso, é fato que toda categoria médica espere que seu tratamento desfaça algum dano e traga resultado favorável, e isso não é muito diferente para o cirurgião, especialmente porque para ele:

É uma questão de cronologia, no bloco cirúrgico você já está numa fase um pouco mais a frente, você está tentando um procedimento invasivo, uma cirurgia, o doente que você indica uma cirurgia você já está naquela expectativa que essa cirurgia possa trazer algum benefício imediato (Cirurgião Geral).

Inseridos nesses pontos, os médicos consideram uma frustração perder o paciente na mesa: *“É como se perdesse a graça. E dar a notícia para a família é muito mais difícil ainda, porque você está cansado, frustrado e ainda tem que falar que o ente dessa família faleceu na mesa cirúrgica”* (Neurocirurgião).

O contexto de uma morte na mesa cirúrgica infere que o médico esteja direcionado ao problema do paciente, como se a capacidade de resolução da enfermidade estivesse apenas na mão - de forma literal - do médico:

A morte no bloco cirúrgico, o paciente está vivo e você está dentro dele, é como se você estivesse dentro do paciente, então eu estou agora de cara com o problema, ele está em minhas mãos. Na hora que morre na tua mão, cara... isso para mim é o mais difícil, eu abaixo a cabeça (Neurocirurgião).

De fato, uma cena difícil de ser vista é o momento em que o paciente morre durante uma intervenção cirúrgica. Ao longo do trabalho de campo presenciei várias dessas cenas. As

narrativas dos médicos convergem para uma morte muito difícil de ser enfrentada pelo cirurgião:

Eu perdi quatro pacientes na mesa, eu lembro a circunstância e o nome dos quatro. E aqui a gente perde milhares e eu nunca lembro, mas perder o doente na mesa é algo que te marca muito. Você fechar a cabeça de um paciente que você já sabe que ele morreu é uma angústia indescritível (Neurocirurgião).

Para os cirurgiões o fato de que o paciente está num quadro muito grave não justifica sua morte durante a intervenção: *“Perder o doente na mesa é muito ruim. E às vezes a gente usa o trauma ou a gravidade dos doentes que chegam aqui como uma cortina, morreu você fecha a cortina e ninguém pode te questionar, foi baleado, ele já estava grave mesmo”* (Cirurgião Geral).

Isso para os médicos discursivamente não é uma justificativa (ao contrário da Sala de Politraumas, também área de atuação dos cirurgiões), mesmo porque um paciente só é encaminhado para cirurgia quando há indicação, ou seja, possibilidade de reversão do quadro. É uma situação complexa porque o médico está fechando um corpo morto, ou seja, contrário ao propósito que o fez entrar e continuar na cirurgia, somado ao fato de ser oposto a seu ofício enquanto médico: lidar com vidas. Além do mais ele permanece na sala sozinho, porque toda a equipe sai, uma vez que não há mais nada a fazer. Aqui cabe pontuar a definição de corpo pela medicina. De acordo com Perosino (2012), a medicina considera o corpo como algo fragmentado, mas a definição do corpo como algo incompleto não implica a exclusão de suas partes constituintes, seus órgãos em termos de anatomia e, sim, a ausência de vida. Ou seja, a partir do momento em que se destrói o corpo, há uma destruição da vida. Nesse aspecto, a morte é vista enquanto um processo de destruição do corpo vivo e envolve, para além da esfera biológica, aspectos simbólicos, abstratos e subjetivos:

[...] concepto cuerpo-muerto implica aspectos no solo biológicos sino también abstractos, simbólicos y subjetivos. Señalar de alguien que es un “cuerpo muerto” aleja al individuo de la cosificación para, por el contrario, subrayar sus aspectos más humanos ya que cuerpo como concepto es utilizado comúnmente en relación con la persona. Aludir al cadáver como cuerpo muerto encierra la posibilidad de subjetivarlo, evitando aspectos cosificantes, poniendo a la persona en él. También permite una visión más comprensiva que la meramente biológica. Como propuesta, una sucinta definición de cuerpo muerto: “dícese del cuerpo sin vida que involucra tejidos blandos y/o restos óseos, en sus aspectos biológicos, diagnósticos y simbólicos (PEROSINO, 2012, p. 193).

Talvez esse seja o motivo - a destruição da vida - pelo qual os médicos tenham certa dificuldade em lidar com corpos mortos dentro de um hospital. Claro que aqui é válido destacar o contexto desse tipo de atuação médica, que diz respeito a uma atuação curativa; um

médico legista, por exemplo, tem como uma de suas funções a atuação em um corpo já sem vida.

A frustração quando ocorre a morte mostrou-se bastante recorrente nos relatos e, para amenizar isso, os médicos começam a rever todos os procedimentos realizados, fazendo a si mesmos uma série de perguntas, a fim de procurar alguma falha, algum deslize nas intervenções realizadas por ele:

Passa um milhão de coisas na sua cabeça: será que eu não deveria ter operado? Será que eu deveria ter feito algo diferente? Será que eu não controlei a hemorragia? Passa um filme na sua cabeça desde a hora em que o doente chegou até a cirurgia: será que eu fiz o acesso certo? Então você sempre se sente culpado” (Neurocirurgião).

Além disso, outra estratégia que os médicos utilizam é já fechar o paciente logo quando se detecta que a intervenção não trará uma ação curativa eficaz. Assim, com essa ação ágil, dá tempo para o médico encaminhar o paciente a outros setores e ele não morrer sob seus cuidados. Tal atitude é uma forma de resistir à morte:

E a gente até faz uma coisa: quando o doente começa a descompensar demais e você sabe que ele vai morrer, às vezes a gente para a cirurgia onde está e fecha para ele não morrer com a gente. Pronto! Acabei a cirurgia e ele vai para o CTI. Ele pode morrer cinco minutos depois, mas não foi culpa minha, ele não morreu em minhas mãos (Neurocirurgião).

Lembro-me de um paciente que deu entrada na Sala de Reanimação, vítima de um acidente com moto. Ele estava com uma lesão séria na bacia, com exposição de vísceras. Chegou falando, conversando, queixando-se de dor, me lembro do seu pedido suplicante: “*Dr. me salva*”. Como estava consciente, conversando, queixando-se de dor, mesmo com uma lesão grave, a equipe nutriu uma expectativa de que ele iria se recuperar com a intervenção cirúrgica, conforme a médica que o atendeu: “*Você viu, ele chegou conversando... nos mobilizamos para levá-lo ao bloco, chegando lá ele teve duas paradas, tentamos, mas não deu. É muito difícil para a gente... porque a pessoa chega falando, expressando vida e, de repente, isso é rompido*” (Cirurgiã Geral).

Apenas um médico relatou que a morte “na mesa cirúrgica” é mais fácil, justamente porque o médico tentou resolver o problema: “*O paciente que morre, mas pelo menos eu o abri e tentei*” (Cirurgião Geral). Com esse depoimento percebe-se que o singular não é que o paciente seja perdido na mesa de operação, mas que a cirurgia não foi suficiente para mudar o quadro de morte. A frustração é pela incapacidade da técnica, da competência dos envolvidos na cirurgia em alterar o quadro.

A Sala de Pós-Operatório ou Sala de Recuperação Pós-Anestésica, cuja função é esperar os efeitos da anestesia até encaminhar para outros setores conforme a enfermidade, possui nove leitos e está localizada no interior do bloco cirúrgico (FIG. 11). O responsável pela sala é o anestesista, e, segundo uma médica desse setor, este é um local de grande possibilidade de óbito:

Todos os pacientes que passam por intervenção cirúrgica vêm para cá, desde uma cirurgia ortopédica mais simples até casos complexos. Aqui também é um local com um índice de óbitos consideráveis, e acho um dos piores locais para dar notícia aos familiares. Aqui não tem uma estrutura para um acolhimento dessas famílias, a gente dá a notícia meio que no leito do paciente. Como você pode ver, a sala é estreita, aqui deveria ter alguma salinha ao lado para esse tipo de acolhimento. Muitas vezes os familiares estão no horário de visitas e de repente um paciente ao lado tem uma parada cardíaca, morre, há toda aquela movimentação da equipe, e é um desconforto para todos. Fora os casos em que o paciente morre no horário da visita (Anestesista).

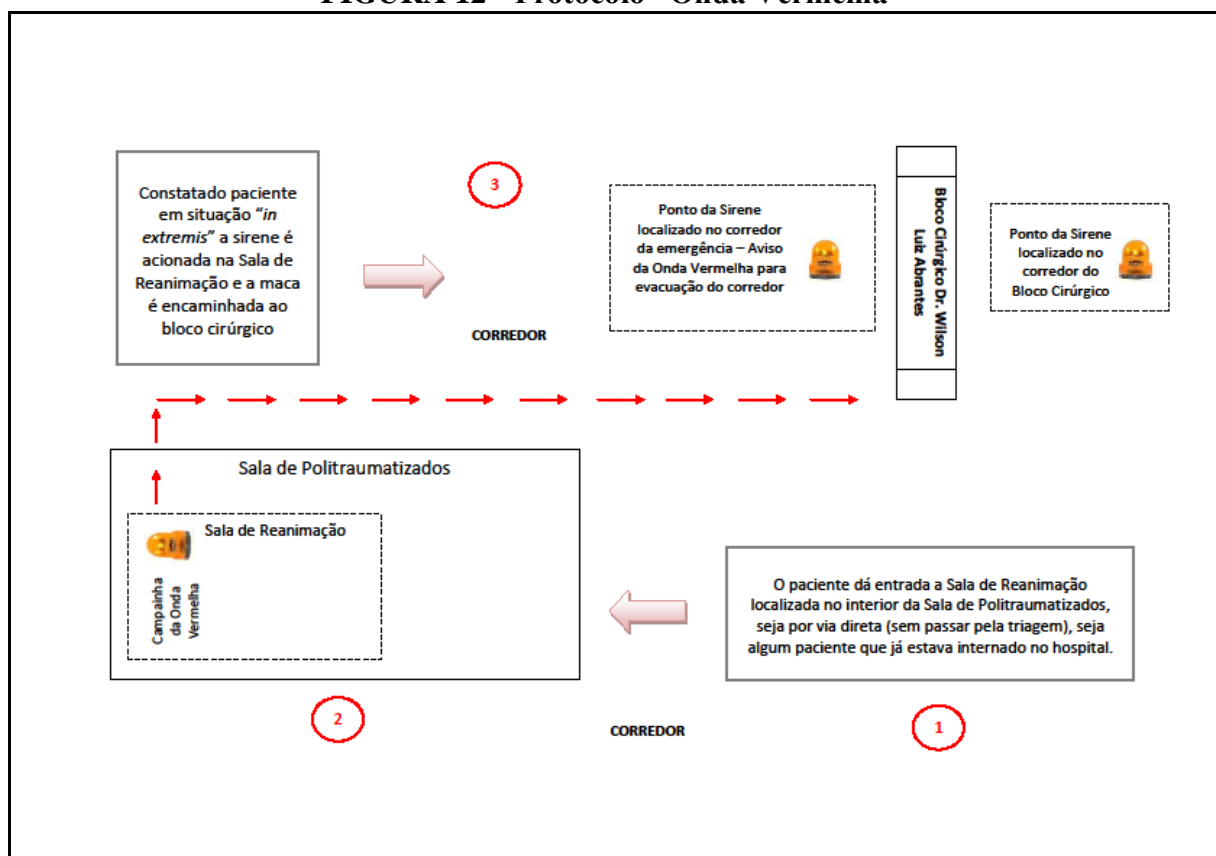
Por outro lado, como os pacientes dessa sala são muito graves, os médicos consideram que é uma morte mais fácil, porque, em muitos casos, já houve um contato com a família que já está informada de que a cirurgia não foi bem-sucedida, ou ainda, tudo o que podia ser feito pelo paciente já foi realizado na mesa cirúrgica:

Eu acho que pelo menos quando eu consigo tirar o paciente do bloco, mesmo muito grave, você cria uma falsa esperança de que ele ainda tinha um fio de chance de sobreviver. Já aqui na sala de recuperação você já sabe que foi feito de tudo para ele sobreviver, mas mesmo assim foi um curso natural, foi pela gravidade da lesão que o paciente tinha (Anestesista).

3.2.4.1 Quando a sirene toca: A Onda Vermelha

Era uma madrugada no mês de maio, ouve-se uma sirene vinda do corredor da emergência. Médicos e enfermeiros saem da Sala de Reanimação às pressas empurrando uma maca pelo corredor com destino ao bloco cirúrgico que já está com as portas abertas para receber o paciente. É um cenário de muita emoção não só para quem vê como para os profissionais ali envolvidos. É um corre-corre em prol da vida, não importa o nome, não importa a idade, a cor, a procedência: todos que ali dão entrada são vítimas, são doentes em busca de ajuda médica. Tudo é realizado muito rápido e de forma intensa, uma orquestração de manobras, em que cada profissional sabe exatamente o que fazer. Esses são os procedimentos realizados no protocolo Onda Vermelha, conforme figura abaixo:

FIGURA 12 - Protocolo “Onda Vermelha”



Fonte: Figura elaborada pela autora / Pesquisa de Campo, dezembro de 2012.

Diferentemente de casos cirúrgicos urgentes e não emergentes, na Onda Vermelha o tempo é fator determinante, procedimentos habituais da prática profissional, como higienização das mãos, colocação de luvas especiais, são utilizados apenas quando há tempo. Os médicos entram com a roupa que estão e com a mesma luva que recebeu esse paciente (sem ser a luva cirúrgica), porque cada segundo é precioso, como me disse um médico:

Aqui nossa prioridade é resgatar o enfermo que está 'parado', é preciso fazer a massagem cardíaca para ontem. Então entramos sem nem mesmo vestir a roupa do bloco, só colocamos a máscara bem rápido e a touca e já começamos a abrir o doente para fazer a massagem cardíaca. Veja só o meu tênis: está coberto de pingos de sangue, nem deu tempo de colocar o protetor de sapatos, pois temos que cortar rapidamente o doente para fazer a massagem e a vida dele é que é o crucial nesse momento. Se houver infecções decorrentes dessa não proteção, iremos nos preocupar depois, certamente elas serão menos graves do que o quadro que temos agora (Cirurgia Geral).

Na maioria dos casos que presenciei, as pessoas morreram, mas há casos de sobrevivida. Lembro-me de um rapaz vítima de acidente de moto que estava com uma grave hemorragia interna e foi levado ao bloco para tamponamento do sangue. Correu tudo bem na cirurgia, mas os cirurgiões sempre reforçam que o pós-operatório é arriscado. Outro caso foi de um travesti e seu companheiro que haviam levado facadas: o primeiro levou uma no coração e não

resistiu dentro do bloco, e o último havia levado uma no abdômen próximo ao coração, porém a equipe conseguiu estabilizá-lo no bloco cirúrgico e, em seguida, foi para a Sala de Recuperação. Aqui merece uma nota, pois são muitos os casos de sujeitos marginalizados que dão entrada a um serviço de urgência e emergência. Nesse caso, o casal de travestis havia sofrido uma agressão dentro de um bar na Praça da Estação, em Belo Horizonte. O companheiro do travesti que faleceu não soube explicar o motivo da briga e o porquê da agressão. Fato é que na sociedade ocidental aquelas pessoas que não correspondem ao modelo heteronormativo são marginalizadas e alvo de constrangimentos e violência, assim, a morte e a forma de morrer também depende de quem morre.

Segundo o diretor do MG transplantes, fundador do protocolo da Onda Vermelha⁵⁴, sempre foi preocupação dos médicos que trabalham no ambulatório de emergência os pacientes na chamada situação “*in extremis*”, ou seja, aquele paciente vítima de trauma que vai sofrer uma parada cardíaca iminente em consequência desse seu trauma. Esses pacientes apresentavam um índice de mortalidade alta e era muito utilizada a “Manobra de Mattox⁵⁵” direcionada aos pacientes “*in extremis*”. Tal manobra consiste na chamada Toracotomia de Reanimação, isto é, abrir o tórax do paciente, cortá-lo ao lado esquerdo, entre a quinta e a sexta costela, de modo a acessar o coração e a aorta; então, é colocado um clampe na aorta, suspendendo a circulação para o abdômen, a parte debaixo do corpo. Dessa forma, o paciente fica com pouco sangue circulando, ficando este restrito ao coração, pulmão e cérebro, de modo que seja possível realizar a massagem cardíaca. Então, a Toracotomia de Reanimação salvou muitos pacientes, era uma manobra realizada em trauma penetrante, como tiro, facada, ou qualquer objeto perfurante. Entretanto:

Só que essa manobra de Mattox no João XXIII foi extremamente frustrante, não mudou nada, morria todo mundo do mesmo jeito. Aí nós fomos saber por que: uma mortalidade de quase 99% e um risco elevado de contaminação da equipe, e a gente via que era diferente, apesar de alguns lugares como nos EUA a mortalidade ser muito elevada, essa chamada toracotomia de reanimação ela tinha em alguns lugares uma sobrevivência de apenas 4%. E, um dia, sentando com o próprio Mattox, ele estava falando sobre outro assunto, ele é do Dalas no Texas e ele falou que no Texas você chamar um radiologista no meio da noite para ir ao hospital é a coisa mais difícil do mundo. Isso me impressionou de duas maneiras: primeiro o Texas não ter radiologista no hospital, o mundo inteiro seguia ele e no João XXIII tinha dois radiologistas de plantão permanente; e em segundo lugar eu comecei a pensar assim: como será esses hospitais de trauma no Texas? E quando eu fui ver a sala de emergência do Texas onde ele propunha fazer a Toracotomia era uma sala quase igual a um bloco cirúrgico, você atendia o paciente com material de radiologia e tudo, e o movimento deles era um, dois politraumatizados por fim de semana.

⁵⁴ Protocolo fundado no ano de 2004.

⁵⁵ Cirurgião norte-americano cujo nome é Kenneth L. Mattox, criador da chamada Manobra de Mattox, que consiste na toracotomia de reanimação.

Enquanto o nosso chegava 40, 50 e a sala de emergência no João XXIII antes da reforma era uma sala extremamente cheia de gente, confusa (Diretor MG Transplantes).

O hospital, dessa forma, não tinha um ambiente favorável para fazer a toracotomia de reanimação e, muitas vezes, o procedimento era realizado dentro da Sala de Politraumas, não havia uma sala exclusiva no bloco. O paciente era levado para o bloco e tinha de esperar a preparação da sala e acabava morrendo no meio do caminho, antes da cirurgia se viabilizar, em consequência da desorganização. Quando o então diretor do Hospital João XXIII viu como era a sala de emergência dos outros países, ele percebeu que eles utilizam esse procedimento porque lá não tem o movimento que tem aqui.

O bloco cirúrgico do João XXIII está localizado a 30 segundos da sala de emergência com todas as condições de se fazer o procedimento de forma melhor do que na sala de emergência. Foi nesse contexto que se criou a Onda Vermelha. Ela consiste em levar o paciente para um ambiente cirúrgico, ao mesmo tempo em que se aciona o banco de sangue, que já desce com duas amostras de sangue O-, assim o paciente já recebe o sangue antes mesmo de colher a tipagem sanguínea, ou seja, um atendimento rápido. Há ainda um anestesista e uma sala cirúrgica disponíveis, um acionamento que consiste na campanha clássica da Onda Vermelha. Nesse momento não há nenhuma ação que possa se suplantar a essa. Com esse procedimento, conseguiu-se sobrevida das melhores do mundo para pacientes em situações “*in extremis*”. No primeiro trabalho realizado, a sobrevida estava acima de 20%, no mundo todo era uma sobrevida de 15 a 16%, segundo seu fundador:

Isso é a prova de duas coisas: primeiro, a gente tem que saber adaptar as coisas ao ambiente que a gente está; segundo, que o João XXIII é um hospital de trauma com expertise que pode estar competindo com os melhores hospitais do mundo e nós criamos uma solução própria e hoje o que aconteceu com a Onda Vermelha? Antes ela era feita na sala de emergência sem condição nenhuma, então ela começou a ser feita de uma forma inteligente, nós treinamos a enfermagem, as equipes cirúrgicas, os anestesistas, banco de sangue, enfermagem do bloco cirúrgico e ela passou a ser feita com esse acionamento dos anestesistas, da sala do bloco, do banco de sangue, e essa sala já estava pronta com o material de toracotomia de reanimação pronto (Diretor do MG Transplantes).

Sobre o nome Onda Vermelha, segundo o criador do protocolo: “*O nome Onda Vermelha é porque está ligado ao sangue e, na verdade, é uma onda, a gente coloca um nome assim porque é um nome sugestivo e ele pegou para o que se presta, é a onda vermelha mesmo, sangue, é uma onda aquilo ali*” (Diretor do MG Transplantes).

Atualmente a Onda Vermelha foi um pouco desvirtuada no que se refere a seu objetivo inicial, porque ela passou a ser utilizada não só como um protocolo de atendimento ao

paciente com traumatismo perfurante, mas se estendeu a todo paciente de emergência: “*Isso é o João XXIII, ele encontra os caminhos em determinadas situações, mas eu gosto de afirmar que o resultado da Onda Vermelha seguindo o seu protocolo, em trauma perfurante, sempre será melhor que os outros casos*” (Diretor do MG Transplantes).

E, de fato, hoje são atendidos via Onda Vermelha todo paciente “*in extremis*”. Um caso que presenciei e que se tornou um clássico para a equipe do hospital foi a realização de uma cesariana de emergência. A mãe havia levado um tiro na cabeça e chegou praticamente morta ao hospital. Os médicos acionaram logo a campanha para tentar salvar a criança e, de repente, sai um bebezinho com vida de dentro do ventre de uma mãe morta. Segundo os médicos foi um ato heroico realizado dentro do hospital. Assim, a Onda Vermelha, um protocolo criado para pacientes com risco iminente de morte, também pode ser utilizada em ocasiões de manifestação do surgimento de uma vida, como o nascimento de um bebê.

Durante todo o período de campo, presenciei diversos casos em que a campanha da “*Onda Vermelha*” foi acionada. Essa campanha, como já foi dito, está localizada no interior da Sala de Reanimação no Politraumas e serve para avisar ao bloco cirúrgico que imediatamente haverá entrada de um paciente em estado grave, além disso, tem a finalidade de avisar aos demais profissionais a ajudar a evacuar o corredor para facilitar a agilidade no trajeto até o bloco. Por isso a campanha possui dois pontos: um no corredor que dá acesso ao bloco e outro dentro do bloco. Como já dito no início do tópico, quando a Onda Vermelha é acionada, tudo é feito muito rápido, os médicos e enfermeiros conduzem a maca da Sala de Reanimação até o bloco cirúrgico correndo mesmo e, ao passarem pelo corredor, este já está evacuado e as portas do bloco cirúrgico já estão abertas. Todo esse cenário é bem emocionante, são vários profissionais correndo contra o tempo em luta contra a morte. Em todos os casos que presenciei, tive de ser bem ágil para acompanhar a equipe, ir direto para o vestiário localizado dentro do setor, vestir a “roupa do bloco”, que consiste numa calça e camisa largas de cor verde escuro, distinta dos uniformes de outros setores, além de touca, protetor facial e de calçado. Ao chegar ao bloco, a maca entra na Sala 08 destinada à Onda Vermelha e já começam a ser realizados todos os procedimentos cirúrgicos.

Além dessa movimentação intensa, a sala fica repleta de vários médicos, enfermeiros, medicamentos e instrumentos espalhados (mas, de forma ‘organizada’, já que os profissionais sabem localizar cada um), sangue no chão, dentre outros. Destacam-se os vários casos de pacientes que dão entrada na Onda Vermelha e morrem na própria “mesa” cirúrgica. Os médicos dizem que o tempo de resgate é fundamental para salvar a vida do paciente:

Muitas vezes o resgate demora a chegar ao local do incidente e nisso o paciente já perde muito tempo. Em casos de parada cardíaca o atendimento tem que ser o mais breve possível. Muitas vezes, se o paciente tivesse chegado poucos minutos antes conseguiríamos salvar sua vida. Esse caso aqui, por exemplo, quando o abrimos quase não havia sangue em seu coração, assim, a massagem interna já não é suficiente, o coração já está quase vazio, isso significa que o atendimento foi vagaroso, o paciente demorou para ser resgatado da cena do acidente (Cirurgião Geral).

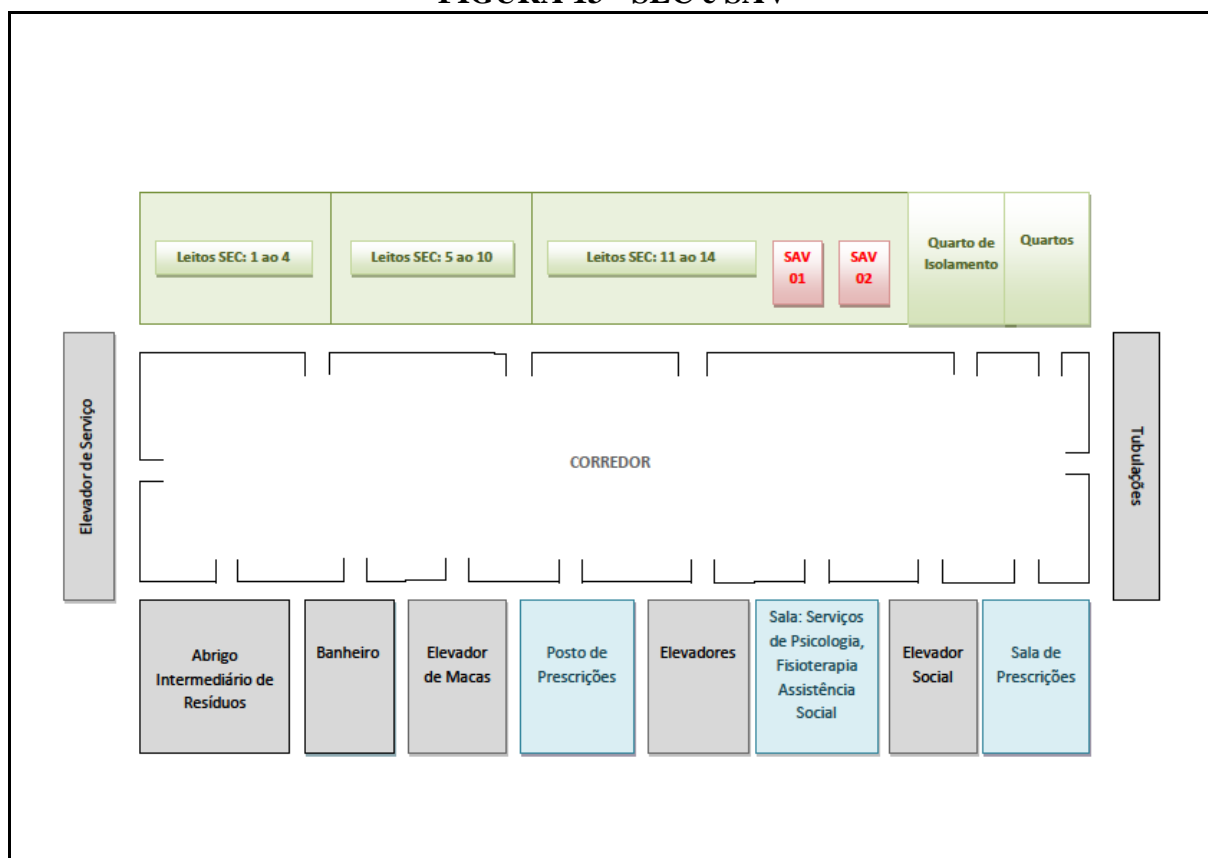
Esse é um ponto interessante ressaltado por muitos médicos: a mobilização em prol do restabelecimento da vida do paciente começa durante o resgate. Dessa forma, esse primeiro atendimento que inclui, principalmente, a agilidade para chegar ao hospital, torna-se determinante para o sucesso de todo o serviço. Ou talvez, pensando por outro ângulo, esta seria uma justificativa que os médicos utilizam em casos de não superação da morte.

3.2.5 O SEC (Serviço de Extensão de Cuidados)

O SEC, Serviço de Extensão de Cuidados, está localizado no 2º andar do prédio e configura-se como um CTI. Possui três enfermarias, totalizando quinze leitos, sendo dois destes específicos do SAV⁵⁶ (FIG. 13). Há alguns anos, o SEC funcionava como uma unidade de porta aberta no setor de emergência, mas, com a crescente demanda de leitos de Terapia Intensiva, o SEC tornou-se um setor fechado, um CTI. Isso porque a UTI geral do hospital, localizada na emergência, tem como principal função a drenagem dos pacientes da Sala de Politraumatizados e bloco cirúrgico, com crescente demanda, por isso a necessidade de criação de uma nova unidade fechada.

⁵⁶ Maiores detalhes Tópico 3.4.

FIGURA 13 - SEC e SAV



Fonte: Figura elaborada pela autora / Pesquisa de Campo, dezembro de 2012.

São admitidos, no SEC, pacientes de diversos tipos de enfermidade, cujo acompanhamento clínico deve ser contínuo. Segundo uma médica, o SEC é um CTI diferenciado, porque recebe mais pacientes idosos com doenças crônicas; é considerado um setor do hospital destinado a pacientes graves de longa permanência. Pelos depoimentos, há pacientes que permanecem internados por mais de 1 ano.

Uma dificuldade em trabalhar no setor expressa por alguns profissionais refere-se ao desgaste emocional. Segundo relato de uma médica, há profissionais que conseguem se blindar e colocar uma barreira para não se envolverem com as histórias, com os pacientes, mas isso não acontece com todos os médicos:

Eu não consigo fazer isso muito bem, então eu me envolvo muito com as histórias dos pacientes, com as famílias, e isso me desgasta muito. Tem dia que eu saio daqui e parece que eu levei uma surra, e o plantão nem foi tão pesado em termos físicos de desgaste, é emocional mesmo, e fico dois, três dias pensando no paciente, naquela história, o que aconteceu, como está. E aqui com esses dois leitos de SAV é mais complicado ainda (Clínica Médica - F).

Alguns médicos consideram que a morte nesse setor é aquela que o profissional quer evitar a todo custo, mesmo se tratando de pacientes graves, mas no SAV isso não ocorre, pois os pacientes graves desse setor não são recuperáveis:

O doente da SEC é sempre um doente recuperável em princípio, não importa a gravidade do quadro, é um doente que nós não queremos que ele morra, e nós sabemos que ele é recuperável, apesar da gravidade. O outro, do SAV aqui do lado, com toda sua gravidade ele não é recuperável (Clínica Médica - M).

Sob outra perspectiva, em alguns casos, é também uma morte mais fácil de lidar, pois são pacientes de longa permanência e não só o médico mas também as famílias já estão mais cientes do quadro clínico:

Tem alguns casos que são mortes esperadas, que se desenvolve num tempo, o paciente fica aqui, dois, três meses, e tem alguns que são inesperados, o trauma por exemplo. Um paciente que vem evoluindo bem e, de repente, ele tem uma complicação por causa de infecção fulminante, tem uma embolia pulmonar, então eu acho que tem um pouco das duas coisas aqui, tanto a morte que a gente já sabe que vai ocorrer mesmo e já vem preparando a família e a gente mesmo vai acostumando com a ideia, e tem as mortes que são surpresas, eventos agudos que ninguém espera (Clínica Médica - F).

Um médico, em especial, definiu que a morte no setor é a consequência de procedimentos não realizados em outros setores do hospital:

A morte no SEC muitas vezes é a consequência, tem paciente que vem para cá já com baixa possibilidade de recuperação. Muitas vezes é uma condição que poderia ter sido evitada. Por exemplo, esse paciente que teve uma hemorragia intracraniana, devido a trombose e embolia pulmonar. Deu embolia porque ele ficou na cama durante várias semanas esperando a cirurgia. Então a morte aqui é isso, é uma coisa que ela é iminente, nós temos pacientes que têm possibilidade iminente de morrer o tempo todo. Tem o paciente terminal, tem o paciente que é recuperável, mas que está em condição crítica que pode ter complicação e falecer (Clínica Médica - M).

A morte no SEC, segundo os depoimentos, é uma morte contraditória e dúbia de sentido, pois o tipo de paciente é variável. Há casos de mortes esperadas, que se desenvolvem num determinado período, pois o paciente permanece no setor dois, três meses e até 1 ano; e há aquelas mortes inesperadas, a de um paciente que vem se recuperando bem e, repentinamente, tem uma complicação devido a uma infecção fulminante, por exemplo.

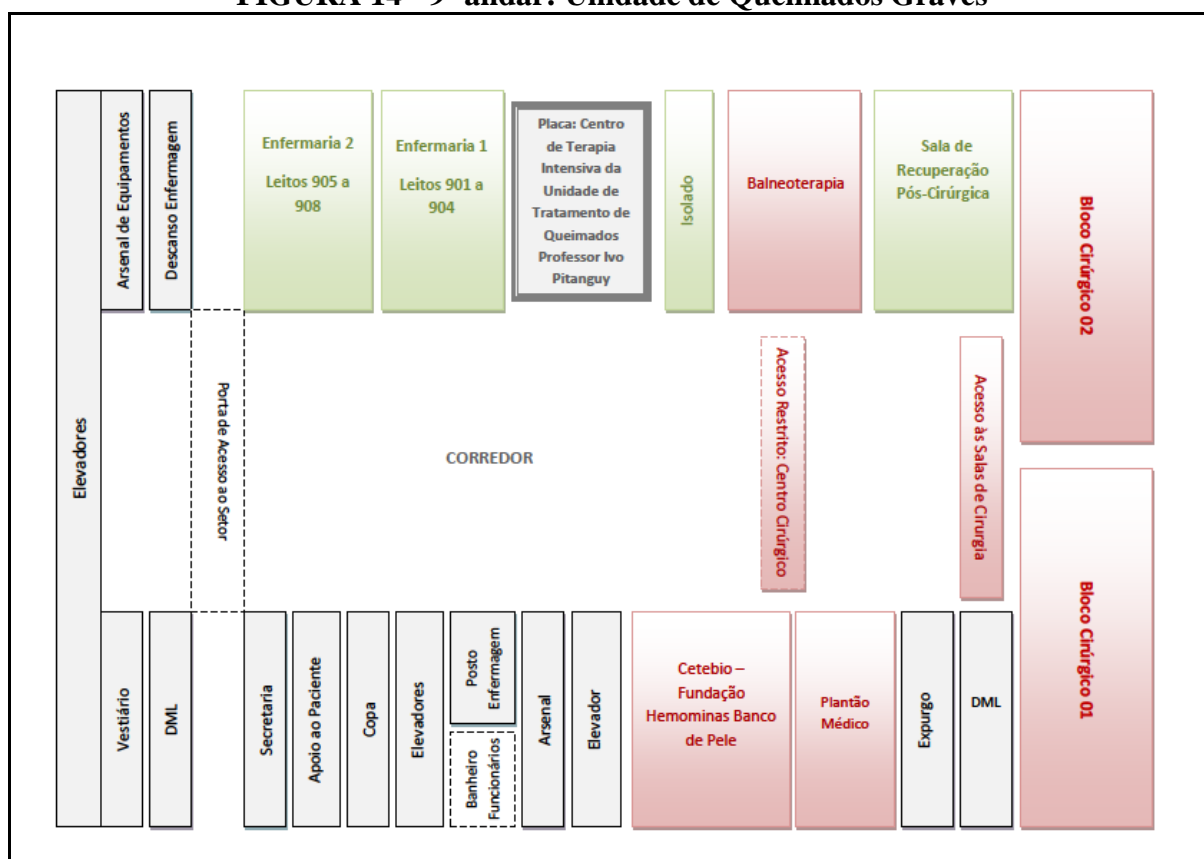
Pela observação no setor, não há como desvincular a morte no SEC com a morte no SAV (que será discutido em tópico separado). Neste último, por exemplo, a família é liberada para ficar como acompanhante do doente durante todo o período do protocolo para confirmação da morte encefálica. Dessa forma, no horário de visitas, percebem-se familiares de pacientes do SEC de um lado, recebendo notícias boas ou ruins dos médicos, mas com a diferença de que as notícias ruins podem mudar, a morte, nesse caso, é uma possibilidade. Do outro lado, no SAV, isso não ocorre, pois o doente desse setor não é potencialmente recuperável, ao contrário, ele está naquele leito para confirmar uma morte. Esse confronto de

sentidos faz do setor um misto de sentidos da morte: seja ela como possibilidade no SEC, seja ela como “quase certeza” no SAV.

3.2.6 O 9º andar - A UTI dos Queimados Graves

A Unidade de Queimados Graves (UTQ) possui uma UTI e um bloco cirúrgico, e, além de clínicos, atuam cirurgiões plásticos, que realizam procedimentos de recomposição da pele. É uma Unidade de Tratamento Intensivo e funciona como uma UTI normal: engloba pacientes com risco elevado de morte, que possuem alguma instabilidade e precisam de cuidados médicos por 24 horas. O setor conta com nove leitos, divididos em duas enfermarias, e um leito de isolamento; um banco de pele, além do setor de balneoterapia, procedimento que consiste na retirada da camada de pele lesada, conforme ilustra a Figura 14.

FIGURA 14 - 9º andar: Unidade de Queimados Graves



Fonte: Figura elaborada pela autora / Pesquisa de Campo, dezembro de 2012.

Para trabalhar nesse setor, é necessário que o médico tenha experiência e formação em Clínica Médica, Cirurgia Geral, Anestesia ou Nefrologia, e, de preferência, que tenha a especialidade em Terapia Intensiva. Há algumas particularidades no tratamento do queimado,

que são sanadas e esclarecidas num pequeno treinamento realizado com o médico que trabalhará no local.

O tratamento do queimado não é só o primeiro desbridamento (realizado no bloco cirúrgico do setor de emergência), que consiste numa limpeza das lesões, retirada da pele necrosada (lesada) e bolhas. Depois desse processo são necessários ainda outros desbridamentos, realizados agora na UTQ, como a colocação do enxerto, que consiste na remoção de pele de uma parte sadia do corpo e sua alocação para a área queimada, a fim de que se inicie o processo de cicatrização. O bloco cirúrgico do andar é destinado para todas essas intervenções. Os pacientes que dão entrada a essa unidade são oriundos de três tipos de demanda: acidental, agressão e tentativa de suicídio:

Há muito acidente de trabalho, explosões, eu já peguei explosão de barril de cachaça, posto de gasolina. Quando é autoextermínio⁵⁷ (suicídio,) a maioria é ateando fogo no próprio corpo, explosões com churrasqueira, botijão de gás, caldeira; às vezes a pessoa está trabalhando e a caldeira vira em cima da pessoa. Essa é do adulto porque a gente tem a parte infantil também que é mais acidente doméstico (Clínica Médica - F).

Segundo Dias (2010), são atendidos cerca de um milhão de pacientes queimados no Brasil. Aproximadamente 85% dos acidentes envolvendo queimaduras ocorrem em domicílios, especialmente nas cozinhas. As principais vítimas são crianças de 0 a 14 anos de idade, e a causa mais comum são os líquidos quentes (como água, leite, café, chá, sopa, etc.). No que se refere aos adultos, a queimadura mais comum é com gordura quente e álcool incandescente. Comumente os líquidos provocam queimaduras de 1º e 2º graus, tidas como mais brandas. No que diz respeito às queimaduras de 2º grau profundo e 3º grau, elas normalmente são ocasionadas por gordura quente e álcool. Provocam ainda destruição parcial ou total das camadas da pele e deixam cicatrizes permanentes. As queimaduras de 3º grau são as mais graves:

As queimaduras de 3º grau são de grande gravidade, pois, com a destruição de todas as camadas da pele, são necessários enxertos autólogos (tecido do próprio paciente) para recompor a pele destruída. As causas mais comuns de lesões de 3º grau são provocadas por fogo, combustíveis inflamáveis como álcool, gasolina, querosene, óleo, diesel, etc., acontecendo também como resultado de explosão de gases, fogos de artifício, acidentes com ácidos, bases, descarga elétrica, dentre outros agentes (DIAS, 2010, p. 94).

Tais queimaduras também se associam a grandes acidentes envolvendo traumas torácicos, abdominais, neurológicos, fraturas e lesão de vias respiratórias, por inalação de produtos da combustão. Como critérios para admissão hospitalar, os queimados são

⁵⁷ Termo utilizado pelos médicos para se referir a casos de suicídio.

classificados em grande queimado e médio queimado. O grande queimado é o paciente que possui queimaduras superiores a 30% da superfície corporal em adultos e 20% em crianças. Geralmente é o paciente vítima de queimadura por descarga elétrica, queimadura de vias respiratórias, queimaduras em regiões nobres, como face, olhos, mãos, áreas genitais e pés. Já o médio queimado se refere a pacientes adultos com queimaduras entre 15% e 30% da superfície corporal e crianças entre 10% e 20% de área corporal queimada. A gravidade de uma queimadura é determinada pela extensão da superfície queimada, pela profundidade das lesões e demais lesões associadas, e se houver comprometimento, por exemplo, de vias aéreas, dependendo do mecanismo do trauma.

Foi o local em que tive mais dificuldade para permanecer. Em primeiro lugar, precisei vestir roupas específicas, uma touca, máscara facial, capote e luvas cirúrgicas, uma vez que o risco de contágio é elevado. Os médicos me explicaram que, como a pele é a primeira camada de proteção, quando ela sofre uma lesão, fica susceptível a várias bactérias multirresistentes, por isso é fundamental a proteção dos profissionais e visitantes para proteger os pacientes. Por essa razão, eu ficava com receio de frequentar as enfermarias e causar algum “dano”, mesmo estando devidamente paramentada. Senti isso como um entrave físico mesmo, diferentemente do bloco cirúrgico do setor da emergência, no qual há cuidados melindrosos com a higiene e proteção dos pacientes e profissionais, mas a UTQ tem sua singularidade, talvez pela perspectiva visual e do drama que envolve os casos que dão entrada no setor. Em segundo lugar, foi complicado pelo lado psicológico, pois são pacientes com deformidades e o horário de visita é regado a choros dos familiares em cada leito. Inclusive foi o local em que percebi maior descontrole dos familiares no horário de visitas. Mesmo o paciente estando sedado, foi comum presenciar cenas de familiares pedindo desculpas para o paciente, perguntando o porquê de tal atitude, pedidos de perdão e orações. Também percebi maior dificuldade do médico para conter os prantos dos familiares/acompanhantes no momento da notícia sobre o paciente, mesmo em casos de sobrevivência, o que também pode ser visto no relato de um médico:

Aqui o horário de visita tem muito choro, pode ter relação com a dor física do paciente que está queimado, às vezes o familiar se coloca no lugar dele. Há casos de culpa também, principalmente em casos de suicídio, às vezes o familiar acha que houve alguma influência na tomada de decisão do paciente (Clínica Médica - M).

Segundo um médico, o 9º andar possui um índice de morte elevado. Como já foi dito, tal característica se refere à vulnerabilidade do corpo para infecções bacterianas, uma vez que a pele é a primeira camada de proteção e, quando lesada, facilita a proliferação de outras

enfermidades. Uma peculiaridade é que a maioria dos casos que dão entrada a esse setor se refere à tentativa de suicídio. De acordo com um estudo realizado por residentes desse setor:

Queimaduras são traumas potencialmente graves, com elevados índices de morbimortalidade, constituindo um importante problema de saúde pública. As tentativas de autoextermínio (suicídio) por queimaduras têm aumentado muito nos últimos anos, devido a inúmeros fatores, como depressão, desesperança, desamparo e desespero [...]. A maioria dos pacientes (61,9%) pertencia ao sexo feminino, com idade média de 38,9 anos. O álcool foi responsável por 80% dos casos. A mortalidade foi de 44,5% e a superfície corporal queimada média foi de 41,3% (OLIVEIRA; ANDRADE; LEAO, 2012, p. 125).

Segundo profissionais do setor, a incidência de casos de suicídio é mais elevada nos finais de ano, período em que há festividades de confraternização. Fui visitar o setor em 2 de janeiro de 2013 e, conversando com um médico, ele me disse:

Você pode ver que no final de ano isso aqui enche de casos de autoextermínio. A pessoa que é deprimida, triste com a vida, parece que não consegue lidar muito bem com essas datas. Veja só: todos os casos da enfermaria 02 são autoextermínio, ou seja, 4 casos, somados aos 3 casos da enfermaria 01. Levando em consideração que temos 9 leitos nesse setor, 7 para autoextermínio é um número muito elevado. Conversando com familiares sempre descobrimos que o enfermo não estava muito bem com a vida, a maioria sofre de depressão, desestruturação familiar, envolvimento com drogas. É triste, porque a queimadura dói muito, a gente fica pensando: 'uma pessoa para fazer isso deve estar sofrendo demais, a ponto do seu sofrimento emocional ser maior que a dor física de uma queimadura'. Depois de vir para cá e presenciar esses casos, percebo que o autoextermínio é caso de saúde pública, as pessoas sofrem caladas e precisam ser ajudadas (Clínica Médica - M).

Além disso, em vários depoimentos, fica nítida a forma subjetiva como os médicos constroem sua perspectiva de ver a morte no setor, especialmente em casos de suicídio:

Agora, alguém que tenta autoextermínio (suicídio) com fogo, uma autoimolação, isso tem um significado muito particular, então, é um suicida diferente dos outros, que não quer só se matar, mas ele quer causar comoção, provocar alguém ou muitas vezes ele quer se autopunir e chamar atenção. A gente vê pacientes que possuem muitas culpas, muitos problemas, por exemplo, o fim de um relacionamento, uma frustração profissional, pessoal. O que eu vejo mais frequente é a pessoa que perde o sentido de viver e quer causar um impacto, quer uma morte que seja impactante, a ponto de causar, talvez, culpa em alguém; isso acontece muito em desavenças amorosas, conflitivas, e usa a deformidade física para sustentar isso, tipo: 'olha o que você fez comigo; olha só o que você me fez fazer comigo' (Clínica Médica - M).

Aqui é bom pontuar que isso é a forma como um médico pensa essa realidade em seu ambiente de trabalho. Em várias situações de campo, presenciei os médicos discutindo entre si sobre o motivo como ocorreu o incidente que levou a pessoa a colocar fogo no próprio corpo. Esse confronto de subjetividades está baseado em fragmentos de relatos que os familiares e/ou acompanhantes trazem sobre o incidente. Ora, dizer que o paciente “queria chamar atenção”

ou “provocar alguém” é um posicionamento bastante subjetivo, até porque só o paciente poderia realmente dizer a razão pela qual ele tentou contra a própria vida.

Além do suicídio, são comuns os acidentes domésticos com álcool, que acometem principalmente crianças, explosões em veículos ou outros locais em que há produtos inflamáveis. Em muitas situações tem-se a metade dos casos referentes a suicídio e a outra metade a acidentes que são os mais variados, talvez por isso o suicídio chame mais atenção, pois os acidentes se diluem de várias formas.

Os médicos não apontam dificuldades em trabalhar no setor justamente por ser uma UTI, onde o paciente é monitorizado, com drogas disponíveis, um setor fechado, com um número limitado de pacientes e organizado de modo que o médico tem um controle sobre o paciente. Além disso, a UTQ possui uma singularidade referente à hierarquia no setor:

Aqui é um setor que não tem muita diferença entre as equipes. Em outros setores aqui do hospital tem o coordenador, o chefe, o médico, a enfermeira e o técnico de enfermagem. Aqui na equipe está todo mundo junto, não tem muita diferença de hierarquia, aqui todo mundo tem um único objetivo, que é cuidar do paciente, então, todo mundo sabe do seu papel, são papéis diferentes, mas nenhum é mais importante que o outro. Todo mundo faz o seu trabalho com muita tranquilidade e serenidade, o que faz o ambiente de trabalho muito agradável (Clínica Médica - M).

Sob outra perspectiva, uma médica considera como dificuldade lidar com o paciente na hora do banho, ocasião em que são trocadas as faixas que encobrem as lesões e o médico precisa sedar o paciente para evitar dores:

Às vezes, o paciente acaba sentindo dor, você dá remédio, dá anestesia, o paciente fica consciente e é difícil você saber até que ponto ele está sentindo dor. Muitos não sentem a dor, mas continuam conscientes e conversando com você. Então ele sente mexendo e a gente fica se perguntando: ‘Será que ele está sentindo dor mesmo ou só o contato’. Para mim o banho é a hora mais angustiante do dia (Clínica Médica - F).

A morte na UTQ é um processo lento. Nesse setor não é muito comum um paciente dar entrada e morrer no mesmo dia; por mais grave que seja seu quadro, ele sempre fica mais tempo:

É uma morte que vai arrastando, é um processo que você vai vendo que tudo que você está tentando fazer não está dando certo, o paciente só vai complicando. Diferente da morte da UTI lá de baixo (UTI Geral) que o paciente chega e em 5 horas ele já está morto, são duas Unidades de Terapia Intensiva distintas, a morte varia conforme o tipo de enfermidade. Aqui a morte é mais vagarosa porque a lesão da queimadura demora a matar (Clínica Médica - F).

Conforme depoimentos dos entrevistados, a morte na UTQ é sempre uma possibilidade, pois são admitidos pacientes de extrema complexidade e gravidade:

Há sempre uma probabilidade dela (a morte) acontecer no nosso dia a dia. A morte, na verdade, vem como um lucro, ou seja, ela entra como uma consequência, claro que você não pode pensar muito nela, você tem que pensar mais na doença, tratar a doença. [...] O ideal seria o seguinte: a gente não só focar na morte, começar a pensar na reabilitação desses pacientes no dia a dia e minimizar os impactos psicológicos. Então, a morte entra como um lucro, mas um lucro que, se a gente pensar muito nela, a gente não trabalha bem (Clínica Médica - M).

Percebe-se, nesse relato e em muitos outros colhidos em campo, que o médico lida com a morte no setor com certo alívio, já que seus esforços contra a doença não foram suficientes para detê-la. Notei, ainda, que a percepção dos médicos em relação à morte na UTQ é paradoxal. Os relatos apontam para uma presença constante da morte, uma realidade do setor, e, de fato, é, pois os índices de sobrevivência são baixos. Entretanto, mesmo a morte sendo uma ocorrência concreta, há uma mobilização por parte da equipe médica para a reabilitação do enfermo, um paciente cujo prognóstico não é favorável. E é isso que faz desse espaço uma possibilidade de morte, já que recursos ainda são utilizados mesmo diante de um quadro clínico estatisticamente incompatível com a vida. Há uma “luta constante pela vida”, mesmo diante de uma possibilidade iminente de morte.

3.3 Uma morte em vida: a Unidade de Cuidados Progressivos (UCP)

Não tenho medo da morte, mas sim medo de morrer.
Gilberto Gil

Há casos no HJXXIII que me chamaram a atenção por três características: pela ininterrupta dependência de aparelhos e de ajuda humana; pelo isolamento social no qual os pacientes se veem inseridos; e, por fim, pela resistência dos médicos em se envolverem com esse contexto. São pacientes que tiveram sequelas⁵⁸ oriundas de algum tipo de enfermidade, como AVC, traumatismo craniano, parada cardiorrespiratória, dentre outros, e, por não terem possibilidade de reversão do quadro clínico, são tidos como pacientes potencialmente “morredores”. Tal termo, “morredor”, é utilizado literalmente pelos médicos para adjetivar esses pacientes acometidos por uma enfermidade que os privarão de atividades físicas e sociais e cujo teor de gravidade levará esse paciente a óbito (muitas vezes, em períodos previamente estipulados pela equipe médica). Segundo um médico, “São pacientes

⁵⁸ Sequela: trata-se de uma alteração fisiológica que causa disfuncionalidades totais ou parciais, sendo causada por algum trauma ou doença. Dependendo da gravidade pode ser permanente (sem possibilidade nenhuma de cura) ou reabilitável, de modo que com a ajuda de alguns tratamentos, como fisioterapia e terapia ocupacional, o paciente pode recuperar alguns movimentos e retomar algumas atividades (Informação obtida na pesquisa de campo, a partir de depoimentos colhidos com os médicos).

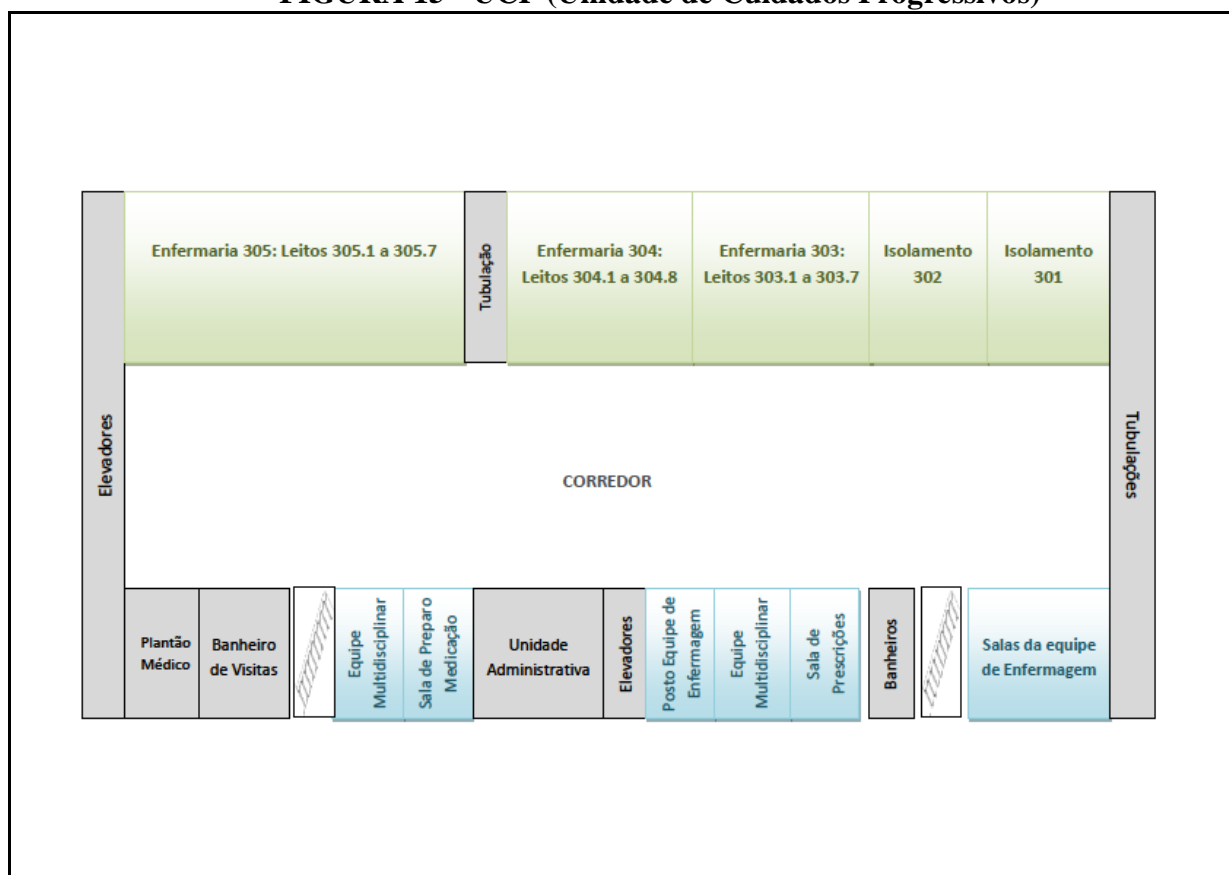
morredores, que estão mais para o lado da morte do que para o lado da vida” (Clínica Médica – M). Em suma, um médico também traduziu o setor como “a sala de espera da morte” e, de fato, para quem o visita uma das impressões que fica é essa.

De um modo geral, este é um setor com internações de longa permanência, e que, em função da gravidade das sequelas, demanda equipamentos, cuidados contínuos de uma equipe multidisciplinar e medicamentos onerosos, cujas famílias, em grande parte, não têm condições de arcar, o que inviabiliza os cuidados no próprio domicílio. Pode-se dizer que a maioria desses pacientes permanece internada no setor até a consumação total da morte biológica. O perfil dos pacientes inclui jovens e adultos. Esses pacientes, depois de diagnosticada a irreversibilidade do quadro, são direcionados ao 3º andar, também conhecido como UCP, Unidade de Cuidados Progressivos, que é uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) para o paciente crônico-sequelado.

Foi o local em que percebi a dubiedade de uma morte em vida, que é tanto social como física. A maioria dos ali internados não retoma suas atividades anteriores, sejam atividades que envolvem ora sistema locomotor, neurológico, ora atividades sociais, como trabalhar, estudar. E, caso venham a receber alta, os pacientes precisam criar outro “espelho de si”, já que, necessariamente, sairão com sequelas e a cura não será total. A imagem que o paciente tem de si precisa ser ressignificada diante dessa nova condição física que irá privá-lo de algumas atividades realizáveis antes do acometimento da doença. Assim, pode-se dizer que há um ritual de passagem entre o antes e o depois do trauma e/ou enfermidade, o que nas palavras de Van Gennep (1977, p. 57-58): “[...] Viver é continuamente desagregar-se e reconstituir-se, mudar de estado e de forma, morrer e renascer. É agir e depois parar, esperar e repousar, para recomeçar em seguida a agir, porém de modo diferente. E sempre há novos limiares a atravessar [...]”.

No que se refere à descrição física, o setor conta com três enfermarias, totalizando vinte e sete leitos e mais dois quartos de isolamento. A unidade possui ainda um posto de enfermagem, salas de medicação e equipe multidisciplinar, que engloba os serviços de psicologia, serviço social, fisioterapia, e algum outro conforme a necessidade do setor. O croqui abaixo traça a composição física da unidade:

FIGURA 15 - UCP (Unidade de Cuidados Progressivos)



Fonte: Figura elaborada pela autora / Pesquisa de Campo, dezembro de 2012.

Para ser admitido nesse setor há uma seleção dos pacientes com lesões graves. Esses pacientes são acompanhados por cerca de dois meses para constatação do tipo de seqüela, se é recuperável ou não. A maioria dos pacientes é vítima de seqüelas neurológicas sem possibilidade de reversão: “Os pacientes daqui são aqueles que sofreram alguma lesão no tecido nervoso. Esse tecido não regenera, uma vez lesado ele permanecerá lesado, as células do cérebro não se reconstituem. Aqui esses pacientes têm uma morte lenta” (Clínica Médica – F).

Entretanto, há situações em que o paciente pode ter ‘certa’ melhora e receber alta. Mas, no caso específico da UCP, são casos raros:

Há seqüelas neurológicas que podem melhorar. Isso só o tempo diz. Mas, embora haja essa recuperação, o paciente não volta a ter uma vida normal: ele (o paciente) pode melhorar, por exemplo, um tetraplégico pode recuperar algum movimento nos braços e até voltar a trabalhar, mas ele necessariamente vai precisar de uma cadeira motorizada, terá limitações; a recuperação não é completa. Aqui tivemos um caso desses em que o paciente voltou para sua cidade como prefeito. Então é uma recuperação parcial, mas que o indivíduo pode recuperar de certa forma a sua vida, ainda que não seja como a vida anterior à seqüela (Clínica Médica - M).

Muitos casos são pacientes que ficaram com alguma deficiência motora, como tetraplégicos (vítimas de acidentes) e paraplégicos. Todos são dependentes de aparelhos para sobrevivência, especialmente o ventilador artificial, e não possuem um prognóstico, ou seja, não há condições para mudar o quadro clínico, são considerados pacientes crônicos e FPTC (Fora de Possibilidade Terapêutica de Cura). Esses pacientes dificilmente voltam para casa, como já dito anteriormente, devido à falta de condições da família para mantê-los. Segundo um médico: *“Muitos ficam aqui anos. Como a família não possui suporte, digo suporte de aparelhagem que só um hospital comporta, eles vão ficando aqui até morrer ou ser transferido para outra unidade de saúde. Alguns são até abandonados pela família”* (Clínica Médica - M).

Isso remete às considerações postas no Capítulo 1 sobre a migração da morte para os hospitais vinculada ao abandono dos pacientes terminais pela família. Inserido nesses pontos, Elias (1982) destaca que várias pessoas se esforçam, em todos os aspectos, na tentativa de ajudar o moribundo no alívio de sua dor e na garantia de seu bem-estar físico. Até as famílias também se sentem constrangidas ao oferecer ajuda a um paciente terminal: *“Nem sempre é fácil mostrar aos que estão para morrer que eles não perderam seu significado para os outros”* (ELIAS, 1982, p. 75). Ainda sob essa perspectiva, o autor destaca também que esse sentimento de reserva e isolamento não pode se restringir somente na relação dos vivos com os pacientes terminais. Muitas vezes a solidão dos moribundos está vinculada a sua própria estrutura de personalidade: *“Seria incorreto falar de rejeição e reserva, induzidas pela civilização dos vivos em relação aos moribundos em sociedades como a nossa, sem indicar ao mesmo tempo o possível embaraço e reserva dos próprios moribundos em relação aos vivos”* (ELIAS, 1982, p. 68).

Destaca-se que pacientes crônico-sequelados, devido à fragilidade física, estão vulneráveis a diversos tipos de infecções, que podem agravar o quadro clínico, potencializando a necessidade de intervenções médicas mais invasivas, mas não visando à reversibilidade e cura das sequelas. Após a admissão do paciente, são realizados os procedimentos médicos cabíveis à moléstia e, se depois de algum tempo, for constatado que o tratamento não está proporcionando resultado, o paciente não responde às intervenções e enquadra-se num estado vegetativo permanente, inicia-se a discussão sobre a decisão ou não de se limitar a terapia ministrada. Essa deliberação, que requer algum tempo, é tomada por uma equipe de médicos que seguem critérios multifatoriais, como o tipo de lesão, trauma e sequela. Além disso, a família e o paciente (quando possível) também participam dessa

conversa. Quando há a limitação do tratamento, isso é registrado no prontuário e, a partir daí, são tomadas medidas paliativas (mais conhecida como Cuidados Paliativos⁵⁹), que visam dar conforto ao paciente, como alimentação, sedação, ventilação mecânica, higiene. Segundo um médico do setor, a família sempre é avisada sobre esse procedimento: “*Nós repassamos isso para a família de uma forma diária no horário de visitas. A família também vai percebendo, pois o quadro não muda*” (Clínica Médica – M).

Essa prática de limitar o tratamento, chamada “Limitação de Esforço Terapêutico (LET)”, também conhecida como ortotanásia, destina-se a qualquer paciente cujo tratamento proposto seja considerado fútil, ou seja, nos casos em que não se pode alterar o curso da doença em termos de cura. A regulamentação da LET ocorreu em novembro de 2006 pelo Conselho Federal de Medicina, com a Resolução CFM n. 1.805:

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no *caput* deve ser fundamental e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar (CFM, 2006).

Como já dito, para os pacientes inseridos na LET⁶⁰ são ministrados apenas os Cuidados Paliativos⁶¹, que visam dar conforto, e não intervenções médicas consideradas invasivas que não trarão resultado favorável no que se refere à cura da sequela. Segundo o coordenador da UCP, uma das finalidades do setor é dar um suporte mais humanizado a tais pacientes:

Em qualquer sequela, a dignidade tem que prevalecer. Temos que cuidar desse paciente para que ele não sinta frio, para que ele sinta-se bem. Limitar o Esforço Terapêutico, não significa abandonar o paciente. Ou seja, mesmo sabendo que ele

⁵⁹ Maiores detalhes Capítulo 1.

⁶⁰ Para compreensão da LET, um exemplo: o paciente contrai uma infecção de urina e opta-se pela não utilização de drogas contra a infecção. Já que se considera esse tratamento apenas um sofrimento a mais para o paciente, uma vez que a sua sequela e demais complicações advindas dela não cessarão. O princípio da LET é manter o que já foi feito pelo paciente sem acrescentar novas intervenções invasivas (Informações obtidas durante a pesquisa, a partir de depoimentos colhidos com os médicos).

⁶¹ É importante pontuar a diferença entre tratamento e cuidado; o primeiro se refere ao combate à doença, com drogas e demais procedimentos invasivos; já o segundo visa ao bem-estar do doente, por exemplo, não deixar que o doente sinta frio, aplicar medicamentos para alívio de dores, oferecer acompanhamento psicológico, dentre outros (Informações obtidas durante a pesquisa, a partir de depoimentos colhidos com os médicos).

não vai melhorar, nós, profissionais aqui do setor, temos que dar um mínimo de conforto a esse paciente (Clínica Médica - M).

Assim, o Cuidado Paliativo visa dar conforto ao paciente e não intervir de forma invasiva, isso porque o paciente com sequela grave não possui perspectiva de evolução positiva do quadro, por isso não há tratamento para doenças que vêm como intercorrências. Segundo um médico:

Não podemos desenvolver um esforço inútil. Tem uma senhora aqui que há um ano não ministramos nenhum antibiótico nela, pois ela não responde positivamente ao tratamento. Nosso objetivo é trazer um mínimo de conforto a esses pacientes. Essa senhora, por exemplo, não há necessidade de fazermos procedimentos, desgastando-a fisicamente e emocionalmente, pois não há prognóstico. Temos é que dar uma morte digna a esses pacientes sem que eles sofram (Clínica Médica - M).

Para os médicos, a LET é uma decisão necessária num contexto em que não há uma reversão do quadro clínico:

Nós temos que entender que a medicina e o médico chegam num certo ponto em determinadas patologias que não têm como... Não há o que fazer. Você fez tudo o que tinha que ser feito, você faz uma análise retrospectiva daquilo que foi feito, chega à conclusão de que prospectivamente não tem mais o que se fazer (Clínica Médica - M).

Inserido nesses pontos, um médico me relatou a dificuldade relacionada à tomada de decisões referente ao tipo de tratamento ministrado a pacientes com traumatismo raquimedular de faixas etárias distintas e com histórias de vida distintas:

Eu sempre me faço várias perguntas sobre o paciente com TRM. São pacientes vítimas de uma lesão complicada, pois ela ‘rompe’, de certa forma, o curso da vida deles. E são pacientes tão distintos... me pergunto sempre: como limitar o esforço terapêutico num TRM jovem? É um paciente que você vê uma vida toda projetada, ele é jovem, porém meu esforço terapêutico não vai ajudá-lo a se curar... por outro lado, como investir num paciente idoso, abandonado pela família? É justo investir nele, já que depois ele vai ficar desamparado? A gente meio que fica se perguntando o tempo todo, tentando ser juiz e isso é muito difícil. (Clínica Médica - M).

Nesse conflito de decisões percebe-se que os pacientes sem prognóstico suscitam questões éticas envolvendo a atuação médica. Mas há pontos de tensão na LET, pois, embora ela seja ampliada a todos os pacientes sem prognóstico, na prática, parece existirem alguns conflitos em relação às decisões referentes a qual paciente será inserido na LET. Um exemplo se refere ao caso dos tetraplégicos⁶². Em informações exploratórias obtidas durante a

⁶² “As tetraplegias levam à perda de controle motor e sensibilidade dos membros superiores e inferiores e do tronco, podendo afetar de maneira significativa a musculatura respiratória. Após uma lesão medular completa, os membros afetados deixam de receber qualquer tipo de estímulo. A pessoa acometida perde também, na maioria dos casos, o controle das suas necessidades fisiológicas” (ABC MED, 2013).

pesquisa, foi constatado que muitos pacientes são tetraplégicos, com limitação expressiva dos movimentos e outros problemas decorrentes da lesão e, conseqüentemente, são um FPTC (Fora de Possibilidade Terapêutica de Cura). Entretanto, esses pacientes estão conscientes e, no setor, apenas os pacientes inconscientes⁶³ são inseridos na LET.

Com relação aos tetraplégicos percebe-se que a questão é complexa e a LET não é aplicada “apenas” baseando-se na lesão medular e em seus agravos, mesmo que alguns pacientes expressem opção por ela e sustentem que seu sofrimento não justifica mais intervenções invasivas, o que ocorre em alguns casos. A partir disso, surgem questões: a quem cabe o controle da vida, ao médico ou ao paciente? Será o nível de consciência um dos fatores que vai definir quem vai continuar vivendo à custa de aparelhos e drogas, mesmo num quadro sem prognóstico? Caberia a continuação de um tratamento - considerado ineficaz pela ciência na perspectiva da cura - mesmo contra a vontade do paciente consciente? A ética profissional e as práticas científicas que permitem uma prolongação da vida se sobrepõem à autonomia do paciente? Há de se pontuar, sobretudo, dois dilemas éticos: que se refere ao gasto público e o cuidado com o paciente que está vivo, mas que não tem chance de se curar. Isso nos remete à própria discussão de qual é o sentido da vida.

Além de todas essas questões, os médicos criam um vínculo, uma relação mais duradoura com familiares/acompanhantes dos pacientes do setor, por ser este uma unidade de internação de longa permanência. Certo dia, eu estava conversando com uma enfermeira e uma senhora pediu para falar com o médico de plantão para saber sobre o estado de saúde de sua irmã que estava internada. Ao chegar, o médico diz:

Sua irmã está com uma lesão neurológica muito grave e não há nenhuma perspectiva positiva de reversão do quadro em função dessa lesão. Ela já está entrando num quadro vegetativo permanente. Como esses pacientes necessitam de aparelhos, como no caso dela que precisou de uma traqueostomia, ela fica vulnerável a infecções, sua saúde fica muito frágil, mesmo com todas as condições de higiene. Infelizmente queria te dar uma notícia boa, mas.. (Clínica Médica - M).

Conversando com os médicos, eles consideram que é preciso um preparo emocional ainda maior e diferenciado por parte dos profissionais desse setor para lidar com tais enfermos:

Esse andar é muito triste... acho que o pior do hospital. Aqui as pessoas deixam de ser pessoas... não podem ter uma vida normal. A maioria sofre de sequelas graves, tem os tetraplégicos, que acho o pior de todos, pois o enfermo fica muito dependente. Certa vez uma paciente durante uma conversa pediu para que eu

⁶³ Tais pacientes se encontram em estado vegetativo permanente, ou seja, não possuem percepção nem de si, nem do outro (Informações obtidas durante a pesquisa, a partir de depoimentos colhidos com os médicos).

coçasse a sua bochecha. Veja bem: você chegar num ponto que não pode nem coçar parte do seu corpo, um ato tão simples e quase automático... passa a depender até desse ato que fazemos quase instintivamente, até sem perceber... aliás, são enfermos que necessitam de uma percepção mais aguçada que a nossa... isso é muito triste (Clínica Médica - M).

Além disso, a relação com os familiares também se torna difícil, conforme relato de um médico; as notícias no horário de visitas são sempre as mesmas, porque são pacientes com pouco ou nenhuma possibilidade de melhora. Como não muda o quadro, os familiares começam a pesquisar na internet, buscam informações com outras pessoas e começam a questionar aos médicos o quadro clínico do paciente:

Os familiares, como todo dia a notícia é igual, começam a desconfiar do prognóstico e pesquisam sobre o estado clínico do paciente. Isso é ruim, pois na maioria das vezes eles chegam com informações que não são confiáveis e nutrem uma esperança de que, nós, médicos, tenhamos nos enganado com o quadro (Clínica Médica - M).

Um médico ressaltou que o horário de visitas no setor é a parte mais difícil do trabalho, porque é preciso lidar com as demandas da família, expectativas, ansiedade e com o próprio sofrimento deles.

A maioria dos pacientes que estão conscientes passa por momentos que traduzem sua relação com a enfermidade e sua condição de um doente sem perspectiva de melhora. Tais fases são descritas por Kübler-Ross (1998) como: Negação ou Isolamento; Raiva; Negociação; Depressão e Aceitação. A negação se refere a um mecanismo de defesa que os enfermos utilizam a fim de minimizar o impacto da notícia. No estágio da raiva, o enfermo já assimilou seu prognóstico, mas se revolta por isso e tenta achar algum culpado pelo fato. A negociação se constitui por uma tentativa de barganhar o prazo de sua morte por meio de promessas e orações. Nesse estágio, o paciente já aceita sua condição, mas tenta adiá-la. Na fase da depressão, o enfermo permanece quieto e pensativo e faz uma retrospectiva de toda a sua vida. E, por fim, a aceitação, momento em que o doente já está convencido e aguarda a evolução natural de sua doença; em alguns casos, ele chega a nutrir alguma esperança de sobreviver, mas com calma e tranquilidade.

No período em que permaneci em tal setor, presenciei essas fases com uma moça que chamou a atenção de toda equipe por sua beleza e juventude. Além da observação, estabeleci conversas com ela e com a equipe sobre como ocorreu o incidente e como ela reagiu a ele e às mudanças que ocorreram em sua vida. A garota de 26 anos sofreu um acidente de carro que a deixou tetraplégica. Na ocasião, ela estava acompanhada de seu namorado, proprietário do veículo, que a deixou dirigir por algum tempo. Ele nada sofreu com o acidente. A jovem

passou por momentos difíceis no início, devido ao tratamento e sua condição física; chegou a contrair várias infecções, incluindo uma grave pneumonia que a deixou muito debilitada. As quatro primeiras fases (negação, raiva, negociação e depressão) descritas por Kübler-Ross (1998) foram as mais difíceis, principalmente o estágio da depressão em que ela quase não conversava com ninguém e chorava muito.

Por todo o tempo, seu namorado estava a seu lado, um relacionamento recente de três meses até a data do acidente. Em nenhum momento, ele se afastou dela, preferiu largar seu trabalho e suas atividades para ficar a seu lado. Depois de dois meses, ela chegou à fase de Aceitação, em que ela já havia se convencido de seu estado, e estava disposta a fazer todos os tratamentos cabíveis para uma possível recuperação. Digo possível, porque, segundo os médicos, era sua esperança que a nutria. Na verdade, para ela sua recuperação era certa, e seu namorado também reforçava isso, mesmo ele sabendo que ela nunca mais iria voltar a recuperar todos os movimentos. Tudo isso eu percebi durante as observações e conversas com ela e seu namorado. Durante essa fase, a jovem conseguiu recuperar um pouco as células sensoriais no peito de seu pé esquerdo. Uma sensação quase indiferente para uma pessoa “saudável”, para ela se configurava como uma luz no fim do túnel e nutria sua esperança a cada dia. Segundo seu médico:

Essa ilusão, essa esperança que ela tem é que a mantém viva. Se não fosse por isso ela já teria entrado num quadro de depressão grave e morreria mais rápido por uma infecção qualquer. É triste, porque sabemos que ela não vai se recuperar e que seu caminho depois do leito é para a morte. Mas, não podemos destruir essa luz nos seus olhos, pois é sua forma de ‘vida’ (Clínica Médica - M).

Os médicos da unidade consideram que a morte no setor é um descanso para esses pacientes que são crônicos, pois, depois de algum tempo, percebe-se que não há mais recurso e o paciente morre por alguma razão, principalmente por uma infecção que não há como controlar. Esse alívio também é expresso pelos familiares. Conforme os relatos, quando o paciente dá entrada a essa unidade, os familiares fazem visitas contínuas, mas, depois de um tempo, eles começam a não frequentar mais o hospital, retomam suas vidas, como trabalho e estudo. Entretanto é preciso comunicar a família quando há alguma melhora, quando há condições para o paciente sair do hospital:

De repente você chama eles aqui e fala que o paciente está de alta, aí eles chegam e vê um ‘sequeladão’ de todo tamanho; aí tem família que foge mesmo, isso assusta. E a maioria não tem condições, são pacientes que demandam muito. Então, a assistente social vai até a casa dessas pessoas e às vezes tem seis pessoas dormindo num cômodo só, como eles vão acolher o sequelado? Às vezes, o familiar chega aqui e fala com a gente que o paciente está deprimido, mas ele tem que estar mesmo, é até uma defesa natural do organismo, até mesmo para ele ficar quietinho

e absorver a situação, porque a questão dele é o tempo (Clínico Geral – coordenador).

A morte na unidade também é vista pelos médicos como uma consequência do que é feito em outros setores, ou seja, tudo o que se podia realizar em outros lugares foi concretizado, os pacientes são encaminhados para o setor a fim de receber conforto, assistência médica, alimentação e fisioterapia. E, ainda, torna-se uma morte arrastada, pois o estado de um paciente sequelado ou em estado vegetativo, embora seja o caminho para a morte, isso não é imediato.

Por fim, os médicos consideram que, no setor, mais complexo do que essa “morte física” é a “morte social”, isso porque é difícil avaliar o sofrimento psíquico do paciente sequelado ou em coma. Além disso, nesse tipo de morte:

A pessoa perde a capacidade de fazer as atividades diárias dela, tomar banho, comer, que é algo tão básico. Ficar dependente, não poder trabalhar, não poder estudar, não poder amar, não poder ter filhos ou não poder cuidar dos filhos, não poder ter uma vida social, eu acho essa morte mais doída do que a morte mesmo (Clínica Médica - F).

Isso remete ao conceito de morte social discutido no Capítulo 1, um tipo singular de morte que ocorre antes do morrer biológico. Conforme Gurgel a morte social:

Compreende-se que a ‘morte social’ está intimamente ligada às fases da vida, como rituais de passagem implicando perdas e papeis. Pode-se somar a essa dimensão socioantropológica da ‘morte social’ outras mais políticas e econômicas, dentre as quais, a assistência à saúde e a medicalização da vida (GURGEL, 2007, p. 02).

Além disso, a morte social possui características próprias para o sujeito vivo:

La muerte social del vivo implica ocultamiento, desconocimiento, ausencia de derechos fundamentales y elementales, refiere a la deshumanización, implica pérdida de individualidad, comprende violencia contra la integridad, compromete la desapropiación del nombre propio, la desaparición del tejido social (PEROSINO, 2012, p. 136).

Ortiz (1999) faz uma alegoria do conceito de morte social a partir do significado de morte biológica:

A morte não é um acontecimento puramente de ordem física; ao destruir um ser humano ela elimina um ser social. O mundo a que pertence este indivíduo automaticamente atingido, e deve então ser regenerado. Por isso, os rituais funerários se assemelham aos rituais de criação. À exclusão de indivíduo deve suceder-se um processo de integração da alma do morto no mundo dos mortos. A morte é uma passagem de uma sociedade visível a outra invisível (ORTIZ, 1999, p. 7).

A morte social também se atrela ao que a sociedade do consumo pressupõe, e quem não desempenha os papéis postulados por ela torna-se marginal, o que é bem explicado por Kamal:

Na sociedade de consumo, o trabalho, a compra e o lazer são elementos-chave, e quem não consegue participar nesse circuito sofre uma morte social. O ritmo de vida não pode diminuir e não há tempo nem lugar para aqueles fora do circuito, que não são só abandonados, mas, o que é pior, esquecidos (KAMAL, 1983, p. 202).

Nesse contexto, a morte social está vinculada ao estigma da doença que, segundo Goffman (2004), pode englobar tanto os aspectos físicos, comportamentais, morais ou de filiação. O estigma se refere a uma característica pejorativa que desqualifica determinada pessoa ou grupo social, impossibilitando-os de um convívio social pleno. Conjugada ao conceito de morte social e estigma, é válido atribuir ao paciente da UCP a ideia de indivíduo anormal, formulado por Foucault (2000), uma vez que tal paciente é demarcado socialmente por sua deficiência física:

O indivíduo anormal do século XIX seguirá marcado - e muito tardiamente, na prática médica, na prática judicial, tanto no saber quanto nas instituições que o rodearão - por essa espécie de monstruosidade cada vez mais difusa e diáfana, por essa incorrigibilidade retificável e cada vez mais cercada por certos aparatos de retificação. E, por último, está marcado por este segredo comum e singular que é a etiologia geral e universal das piores singularidades (FOUCAULT, 2000, p. 65).

É importante pontuar a resistência dos profissionais de medicina de outros setores do hospital, especialmente a emergência, em lidar com esse contexto. Durante a pesquisa de campo sempre algum médico comentava sobre o 3º andar: *“Você já foi lá?”*, *“É o lugar mais triste desse hospital... me recusaria trabalhar por lá”*, *“Você pode ver os residentes fogem de lá”*, *“Aquilo não é vida...”*.

Quando um paciente dá entrada ao setor de emergência de uma Unidade de Pronto Socorro, todos os esforços são direcionados à garantia da cura do paciente, e, acima de tudo, deve ser feito todo o possível para manter o paciente vivo. Mas, por outro lado, um serviço de urgência e emergência também pode ser tido como um local onde a morte, considerada limite da atuação médica, é visível em maior ou menor grau em praticamente todos os seus espaços. Em conversas com médicos do setor de emergência durante a pesquisa, pude perceber que a UCP gera certo temor para esses profissionais e muitos chegam a se recusar a trabalhar no local. Mas, por que a UCP é tão temida? Por que o médico possui resistência a esse setor onde há um paciente ainda vivo e consciente? O discurso médico a favor da cura, visível especialmente na porta de entrada da emergência, encontraria sua negação na UCP? O setor, por sua exclusão e resistência de muitos em frequentá-lo, seria uma unidade de “descarte” do

paciente crônico-sequelado, aquele paciente em que já foram realizados todos os procedimentos cabíveis contra a enfermidade, porém sem resultado favorável (em termos de cura) e não vítimas de uma doença passível de reversão do quadro clínico?

3.4 A (quase) certeza da morte: o SAV uma morte que pode salvar vidas

*A morte é a cessação dos atos vitais, mas faz necessário saber que esses [sic] atos tão diversos não cessam todos de uma vez. A morte não é um momento, mas um verdadeiro processo. Em que instante, pois, se coloca o que vulgarmente se chama de morte? Na prática, e com a lógica, admite-se que a vida cessa quando a respiração e a circulação definitivamente se extinguiram: a ação cardíaca sobrevive, em geral, à ação respiratória [...]. Por mais lógica que pareça, esta concepção não é exata: um indivíduo pode estar morto e o coração ainda em movimento (THOINOT *apud* FÁVERO, 1991, p. 431).*

O SAV (Serviço de Apoio à Vida) possui dois leitos e está localizado no 2º andar do prédio do HJXXIII, inserido junto ao SEC (Serviço de Extensão de Cuidados – FIG. 13). O SAV está destinado aos pacientes com “suspeita” de morte encefálica que, na maior parte dos casos, é confirmada. Nesses dois leitos são realizados alguns exames clínicos para confirmar a morte cerebral. Tais procedimentos fazem parte de um protocolo que os médicos obrigatoriamente precisam realizar para ratificar que o cérebro do paciente já não responde a estímulos⁶⁴. Quando fui conhecer o local pela primeira vez, perguntei ao médico de plantão porque esses dois leitos são chamados de “Serviço de Apoio a Vida”, já que se trata de um paciente com uma morte “quase certa”. Daí vem a segunda função do SAV, cuidar e monitorar o paciente de forma intensa para que ele seja um potencial doador, ou seja, o SAV está diretamente vinculado à doação de órgãos que, por sua vez, está vinculada ao MG Transplantes, cuja sede é no hospital. Segundo o diretor do MG Transplantes, os dois leitos de SAV foram criados para dar um suporte adequado ao paciente em morte encefálica para uma possível doação. Assim, no SAV há uma dubiedade de sentidos, pois sua função é confirmar uma morte e, ao mesmo tempo, tentar salvar outras vidas.

Em caso de doação de órgãos, depois de concluído o protocolo, o paciente é encaminhado para o bloco cirúrgico para retirada dos órgãos, e, se não for doador, o médico está amparado por lei a desligar de imediato os aparelhos. De acordo com uma médica, a hora de interromper o funcionamento dos aparelhos é a mais difícil para o profissional:

Esse momento é muito difícil, porque às vezes ele demora muito entre você desligar o respirador e o coração parar de bater. Já aconteceu comigo de demorar 27

⁶⁴ Ver “Termo de Declaração de Morte Encefálica” em Anexo A.

minutos. Eu fico sentada ao lado, eu desligo e sento do lado e fico lá, olhando para o monitor, com a mão no pulso do paciente e é um momento difícil, parece que é o instinto vital do paciente insistindo para que ele não morra (Clínica Médica - F).

É necessário ressaltar que muitos profissionais optam por desligar todos os aparelhos de uma só vez. Entretanto isso não é compartilhado por toda a equipe. Alguns médicos preferem o “desligamento progressivo” dos aparelhos, ou seja, interromper os dispositivos com intervalo de tempo entre um e outro. Segundo um médico: “*Há profissionais que desligam todos os aparelhos de uma vez. Eu não, enquanto há sinais vitais consideráveis eu vou diminuindo aos poucos, isso me ameniza um pouco, fica uma morte mais suave, e não abruptamente concretizada*” (Clínica Médica - F).

Para outros médicos isso é indiferente, pois, nas duas formas, o enfermo vai morrer em algum momento. Nesse setor, o assunto mais frequente é a possibilidade de doação de órgãos: “*Nós ficamos naquela expectativa de poder ajudar outra pessoa. O próprio nome já diz ‘serviço de apoio à vida’, aqui mantemos essa vida para tentar dar outra vida a outra pessoa*” (Clínica Médica - M).

Assim sendo, uma vez confirmada a morte cerebral, o médico preocupa-se com as várias vidas que dali se podem gerar.

Outro ponto diz respeito à emissão do atestado de óbito em casos de doação. Como o procedimento para retirada dos órgãos depende do funcionamento do coração, o paciente precisa ir ao bloco cirúrgico com o coração ainda batendo. Perguntei a um médico qual o horário que eles colocam no atestado de óbito, já que depois de encerrado o protocolo o paciente se dirige para o bloco ainda “vivo”. Nesse caso, o médico pondera que, se o horário da morte fosse atestado após a retirada dos órgãos, não se caracterizaria e atestaria “a morte de um corpo”:

Isso é uma questão interessante, mas o fato é que o momento da morte é quando se finaliza o protocolo, ou seja, definimos o horário após cumprir todos os exames prescritos no protocolo ainda aqui no SAV. E tem outra questão: como poderíamos definir a morte de um corpo sem todos os seus órgãos, ou seja, com seus órgãos incompletos?!

Para os médicos do setor, o doente já chega ao SAV manifestando mais morte do que vida, ele não está ali para se tratar, para ver se vai melhorar, ele é direcionado para o local a fim de confirmar se está ou não morto. Nesse aspecto, para os médicos, a morte nesse setor é mais fácil de lidar, porque o paciente já chegou com quase certeza de morte. O doente que vai para o SAV é o doente sem nenhuma perspectiva, com uma lesão neurológica irreversível que vai morrer em um intervalo maior ou menor de tempo. São realizados testes para constatar se

esse paciente pode ser um doador de órgãos, antes que se perca o restante de todos os órgãos, porque o cérebro é o primeiro órgão a falecer e depois se instala a morte de todo o resto do organismo; além disso: *“Cérebro morto é igual à morte, o coração ainda bate, mas daí a pouco ele vai parar de bater, muitas vezes é a gente que sustenta esse paciente artificialmente”* (Clínica Médica - F). Entretanto, embora seja uma morte relativamente mais fácil para os médicos, ela se torna mais difícil para a família:

O SAV é o principal lugar onde a família nega a morte, porque olha só: você vê o seu familiar pela manhã e a tarde alguém te liga, você vem para o hospital e fica sabendo que ele não vai viver mais. Mas, só que tem alguns pacientes que ficam no SAV onde o trauma que o lesou não machuca muito externamente, só machuca internamente, então o paciente não tem um arranhão, aí você vê a pessoa quase que viva do jeito que você a viu pela manhã, porém os médicos te falam que ela está com suspeita de morte cerebral, isso é muito difícil (Clínica Médica - M).

Nesse setor, a notícia clínica que os médicos dizem para a família é que o enfermo está em coma profundo, em estado grave, com suspeita de morte encefálica, e que ele será submetido a exames só para confirmação: *“Não podemos dizer que ele já ‘morreu’, temos que dizer sobre o óbito quando ele for decretado cientificamente, mesmo sabendo da sua quase certeza”* (Clínica Médica - M). Para a família, esse tipo de notícia gera certa esperança de que o paciente se recupere do quadro grave, e uns até criam fantasias em torno do doente. O que percebi foi que, no período de protocolo, os familiares sempre perguntavam ao médico: *“E aí? Ele está bem hoje, Dr?”*, *“Ontem ela estava meio caidinha, hoje ela está melhor?”*.

Em algumas situações, na ocasião do desligamento dos aparelhos, em caso de não doação, o paciente ainda tem alguns reflexos medulares quando começa a faltar oxigenação na medula. Às vezes ele sofre algumas descargas elétricas e o paciente pode contrair a musculatura toda e sentar-se na cama, é o chamado reflexo de Lázaro⁶⁵, como se ele estivesse “ressuscitado” da morte cerebral: *“A enfermagem assusta muito, acha que o paciente está vivo e tenta ligar os aparelhos, daí a gente tem que explicar que são apenas reflexos, que o paciente já está morto”* (Clínica Médica - F).

Diante dessas questões cabe pontuar que todos esses procedimentos técnicos para confirmação da morte cerebral e as *nuances* que a encobrem, como visto no Reflexo de Lázaro, mostram que o instante da morte é difícil de ser determinado. Isso afirma que a morte é um processo, mesmo sendo uma realidade concreta, como no caso da morte encefálica, tão presente no HJXXIII.

⁶⁵ Remete a passagem bíblica do profeta Lázaro que foi ressuscitado por Cristo.

No SAV, o paciente está em estado limiar, ele está vivo e morto ao mesmo tempo. Nesse aspecto, pode-se inserir o conceito de liminaridade proposto por Arnold Van Gennep (1977) e Turner (1974), quando se referem aos ritos de passagem, que se caracterizam pela demarcação de toda mudança de lugar, estado ou posição social de idade. Nesse aspecto o paciente do SAV se caracteriza por um ser em fase limiar, que, segundo Turner (1974), nessa etapa, adquire características ambíguas: o “transitante” não possui – ou possui pouco – os atributos do passado ou do futuro. A ambiguidade prevalecente junto ao estágio limiar refere-se, necessariamente, à condição de não pertencimento à rede de classificações convencionais que definem a localização de estados e posições num espaço cultural. Assim, o sujeito limiar está entre as posições atribuídas e ordenadas pela lei, pelos costumes, convenções e cerimonial.

Os pacientes internados no SAV podem ser caracterizados como seres híbridos, um corpo morto, inserido num corpo vivo, ou ainda, um cadáver que ainda está vivo. Ainda nessa perspectiva Le Breton considera:

Seu cérebro em sono, ou destruído, permite destituí-lo de toda dignidade. O homem se desvanece numa poeira de componentes, a morte não altera mais seu rosto nem seu corpo, ninguém sabe mais onde ele está, se ele está ainda em vida ou em morte, presente ou ausente, e seus parentes ignoram se devem chorar ou esperar mais. A linguagem fracassa em dar conta de uma pura criação da modernidade tecnológica que subverte as antigas definições do homem, para realizações que estão longe de obter unanimidade, mas que erigem o médico em senhor do tempo que declara e decide a morte (LE BRETON, 1995, p 61-62).

Destaca-se que a duração dos testes para confirmação da morte encefálica varia de acordo com cada paciente e depende de algumas condições, a saber: o paciente tem de estar com a temperatura equilibrada, em condições hemodinâmicas e ventilatórias adequadas, pois no teste o paciente é retirado do ventilador por dez minutos para se verificar se há ou não movimentos respiratórios, então é preciso que tenha essas condições mínimas. O primeiro teste é realizado pelo médico plantonista do setor, na maioria das vezes da especialidade de Clínica Médica, depois de seis horas o neurologista realiza outros testes. Então há pacientes que chegam pela manhã e à noite já estão com o diagnóstico definido de morte encefálica e há pacientes que ficam até cinco dias, isso porque, enquanto há algum sinal que indique reflexo cerebral, os médicos não podem fechar o protocolo. Nesse setor, a família é liberada para permanecer junto ao enfermo como se fosse uma visita permanente, mas nos momentos dos exames comprobatórios e o momento de desligar os aparelhos é solicitado que a família não fique próxima ao leito:

Às vezes é um luto prolongado, é um luto que começa aqui ainda com o paciente 'quase morto, ainda vivo', é um paciente que a família sabe que vai morrer e fica sofrendo porque a gente não consegue fechar o protocolo. É um velório com o paciente ainda vivo, em função de aparelhos, da tecnologia (Clínica Médica - M).

Diante dessas considerações, o que se percebe nos dois leitos do SAV é uma relação entre natureza e cultura - homem e máquina - alicerçada pelo advento de novas tecnologias biomédicas:

Um ciborgue é um organismo cibernético, um híbrido de máquina e organismo, uma criatura de realidade social e também uma criatura de ficção [...]. O ciborgue é uma matéria de ficção e também de experiência vivida [...]. Trata-se de uma luta de vida e morte, mas a fronteira entre a ficção científica contemporânea está cheia de ciborgues – criaturas que são simultaneamente animal e máquina, que habitam mundos que são, de forma ambígua, tanto naturais quanto fabricados. A medicina moderna também está cheia de ciborgues, de junções entre organismo e máquina... (HARAWAY, 2000, p. 40).

Ressalta-se que, nesse contexto de morte encefálica exposto no SAV, também permeiam questões que ultrapassam os aspectos técnicos e biológicos. Isso porque, mais uma vez retomando Mauss, a morte se constitui como um Fato Social Total. Nas palavras de Macedo (2008):

As principais funções da morte encefálica são a doação de órgãos e a desocupação de leitos de pacientes que não tenham mais perspectivas de reversão do seu quadro clínico. Sendo assim, a morte encefálica não é definida apenas pelo critério biológico ou técnico, mas também envolve outras dimensões, tais como a econômica (as escassas e caras vagas em Unidades de Terapia Intensiva), morais (a decisão de desligar os aparelhos do paciente que é declarado como morto, e a noção que os atores envolvidos nessas decisões têm sobre o que pode ser considerado como uma pessoa e como vida) e sociais (a forma como a sociedade responde a todas estas questões) (MACEDO, 2008, p. 21).

Ainda inserido nesses pontos, é preciso levar em consideração que vida e morte são representadas de formas distintas variando conforme o grupo social:

Segundo Locke (2001, 2002), para os intensivistas americanos, um paciente em morte cerebral é um corpo sem vida, mas não mais uma pessoa; enquanto no Japão, cada entidade é ao mesmo tempo vida e pessoa, mesmo após vários dias transcorridos da declaração de morte. Isto porque, no caso japonês, a identidade social de um paciente em morte cerebral permanece intacta, um corpo em morte cerebral não pode ser facilmente transformado em objeto e continua sendo investido de direitos humanos. Ao contrário do que acontece nos Estados Unidos, onde este paciente torna-se um potencial doador de órgãos e pode “dar a vida” (LOCKE *apud* MACEDO, 2008, p. 21).

CAPÍTULO 4 - O MÉDICO E A MORTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO HOSPITAL JOÃO XXIII

No capítulo anterior pontuei como a morte é vista na perspectiva médica nos vários espaços e contextos do João XXIII. A proposta deste capítulo é apresentar como a instituição hospitalar e seus profissionais enfrentam a morte, como também demais sujeitos participantes nesse enfrentamento, como os familiares. Para tanto, foram utilizados alguns casos narrativos presenciados em campo.

4.1 Os *patterns*⁶⁶: decifrando a linguagem médica

De início senti-me perdida em meio aos tantos “códigos” (verdadeiros enigmas para quem não é da área) utilizados pelos profissionais da saúde. Reconhecendo-me completamente leiga na cultura médica peculiar à emergência hospitalar, tratei de pesquisar a terminologia e fui aprendendo aos poucos o que significava cada uma. Como já elencava Geertz (1989), uma das funções essenciais da etnografia está na interpretação daquilo que está sendo analisado. Dessa forma, estava imersa num Pronto Socorro, onde a comunicação é feita utilizando uma linguagem específica - a dos profissionais de saúde. Assim sendo, tive de estudá-la para penetrar no universo de seus códigos e significados a fim de entender toda a dinâmica da prática médica. De forma resumida: tive de aprender a língua nativa. Defino essa língua nativa valendo-se dos *patterns* propostos por Coulon (1995), que os define como padrões restritos a um grupo específico que, entre eles, não precisa ser explicado. Trata-se de uma análise da conversação, pois se refere ao “estudo das estruturas e das propriedades formais da linguagem”, o sentido é contextualizado e intersubjetivado pelos *patterns*. Assim, o senso comum do médico é outra forma de racionalidade que obedece a outra lógica, sendo ainda, fundamentado pela instituição médica na qual estão inseridos.

Essa linguagem, longe de ser simplesmente um jargão, ao mesmo tempo abrevia, especifica e define os termos, reduzindo as margens para desentendimento. O Apêndice B sumariza os termos mais utilizados. Era muito comum, durante os plantões, ouvir frases como: “Pegue um jelco 14, por favor?”; “Ele está chocado, temos que levá-lo à sala de reanimação”; “Me vê uma SNG, por favor”; “Ela sofreu duas PCRs e um TCE, vamos levá-la para a TC”; “A criança está com Glasgow 3, ela piorou”; “Vamos encaminhá-lo ao SAT”;

⁶⁶ Aqui, aplico *patterns*, referindo-se aos padrões subjacentes que estão subtendidos para aquelas pessoas que não os compartilham, ou seja, restrito ao grupo a que pertencem (COULON, 1995).

“Trata-se de uma vítima com vários PAFs”; “Ele parou! Vamos abrir aqui, bisturi, por favor. Jelco 14. Punciona norodrenalina nele! Ele voltou!”; “Ele chegou falando, com respiração superficial, Glasgow 14, agitado, retirando todos os acessos. Nós o entubamos, estava com frequência de 40, chocado o tempo todo, fez TC e constatou lesões no baço e nos rins”; “Isso é ‘crise conversiva’, ela não está passando mal”, dentre outros termos. Lembro-me da primeira madrugada que passei no hospital e vi quando dois enfermeiros chegaram às pressas empurrando uma maca em direção à Sala de Reanimação falando para a equipe: “É PAF, É PAF!!⁶⁷”, e os médicos seguiram, de forma bem ágil, para a Sala de Reanimação. Nesse dia senti-me completamente perdida, a última coisa que me ocorreu foi que o PAF consistia em um tiro.

Nas trocas de plantão, os médicos que saem ‘passam’ cada caso para o próximo plantonista, a fim de que este tome conhecimento do quadro clínico de cada paciente a seu encargo. Isso é realizado tanto verbalmente quanto por meio de ficha médica que descreve a evolução clínica de cada paciente. Nessa ‘passagem’, o médico relata apenas o quadro clínico não entrando em detalhes de como ocorreu o fato, o que o desencadeou, dentre outros, assim o texto da ficha é independente do contexto em que foi gerada, a partir do relato do paciente. A linguagem é restrita à prática médica, que Beato (1994) define como práticas de glosa:

Isso é possível somente em virtude de práticas de glosa (*glosses practices*) utilizadas pelos plantonistas nas descrições de seus pacientes e realizadas por intermédio das fichas médicas. Um plantonista não tem que dar esclarecimentos constantes aos outros membros da comunidade profissional sobre o sentido das afirmações contidas nos relatos. Pelo contrário, os contextos em que as descrições surgem não são informações relevantes a serem levadas em consideração por outros plantonistas. Raramente é necessário explicitar as circunstâncias em que os relatos foram produzidos para que seu sentido seja compreendido por outros membros da comunidade. O suposto é o de que *ali está encoberta uma série de práticas que são do domínio comum dos membros do Serviço*, de tal forma que detalhes indíceis são abstraídos. Podemos dizer que as práticas de glosa se constituem em formas abreviadas para o reconhecimento e compreensão do que, como, por quem e para quem é dito. São, portanto, métodos para compreendermos eventos como observáveis e reportáveis, isto é, como *relatos* (BEATO, 1994, p. 44).

Penso que muitas das categorias nativas mostram-se reveladoras. O termo autoextermínio, por exemplo, é utilizado para se referir a um paciente que tenta o suicídio, mas, por que não falar suicídio? O autoextermínio é para encobrir algo, já que no senso comum ele ainda é considerado um tema tabu? Presenciei, ao longo do campo, a entrada de pacientes diversas vezes por tentativas e efetivação de suicídio, sempre enunciado como tentativas de autoextermínio. Esse fato observei no uso de termos como “prognóstico

⁶⁷ PAF: Perfuração por arma de fogo.

sombrio”, “prognóstico reservado”, para se referir a um paciente sem perspectiva de cura, ou seja, “a caminho da morte”. Aliás, a própria palavra “morte” é evitada e, em muitos momentos, substituída por óbito. A palavra “*ressuscitar*” também era bastante referenciada para aqueles pacientes com parada cardiorrespiratória que precisam de massagem cardíaca. Esse termo somado ao “*Reflexo de Lázaro*”⁶⁸ remete a passagens bíblicas, talvez na tentativa de mostrar que só um milagre poderia trazer de volta a vida do paciente, além de servir para mostrar efetivamente que o paciente já está morto e suas condições clínicas não condizem com a vida. Assim, é necessário destacar a linguagem profissional que os médicos⁶⁹ utilizam quando querem se referir a casos que remetem à morte de pacientes, diferentemente daquelas utilizadas no senso comum. Durante o campo, percebi isso em diversas situações. Segundo Saloum e Boemer (1999):

É interessante observar que a palavra morte não é verbalizada pelos residentes; entretanto, quando mencionam que com menor tempo o trabalho é mais eficiente [referindo-se às equipes de reanimação cardíaca], está implícito que se trata de vencer uma luta contra a morte. Isto nos remete à questão da negação da morte nas instituições hospitalares, negação essa que se inicia pela não verbalização da palavra (SALOUM; BOEMER, 1999, p. 112).

A morte e demais assuntos referentes a ela estão encobertos por *nuances*. Pude perceber que há uma resistência em relação à morte, velada nas interações que ocorrem entre os profissionais, especialmente os médicos, numa instituição hospitalar.

4.2 O que é um paciente grave?

O relógio apontava 3h11, na madrugada de 6 de abril de 2013. O coordenador do plantão chegou à Sala de Politraumas e avisou aos médicos e enfermeiros que, em 20 minutos, chegaria um paciente via heliponto, oriundo de uma cidade do interior de Minas Gerais, com um quadro grave. Uma equipe saiu às pressas da Sala de Reanimação (localizada no interior da Sala de Politraumas, que, por sua vez, está localizada no setor de emergência), com uma maca direcionada para o ponto de pouso. A equipe era composta por uma enfermeira, o coordenador do plantão, um técnico de enfermagem e um cirurgião geral. Ao chegarem ao ponto de pouso, viu-se um foco de luz no céu em meio à escuridão noturna. O helicóptero se aproximou e ouviu-se um barulho intenso de hélices sobrevoando a pista de pouso. Ao aterrissar, foi retirada uma maca da aeronave trazendo um rapaz de aproximadamente 30 anos

⁶⁸ Reflexo medular (movimento como se fosse se sentar) em pacientes com morte encefálica. Maiores detalhes, tópico 3.4.

⁶⁹ Incluindo médicos, residentes e demais profissionais de saúde.

que havia sofrido uma colisão moto x cavalo. Ele já chegou entubado⁷⁰, com grave trauma de face, e foi direcionado à Sala de Politraumas para receber os atendimentos.

Num hospital de Pronto Socorro de trauma, o mais comum é encontrarem-se pacientes que dão entrada no hospital em estado grave, como narrado o exemplo acima; aliás, nos setores em que permaneci, estive em contato direto com esses pacientes. Os médicos classificam os pacientes segundo o estado de gravidade em que se encontram, o que possui algumas definições. A mais recorrente se refere ao risco iminente de morte, cuja variável tempo é fator determinante para salvaguardar a vida do paciente. Geralmente é a morte que define a gravidade, é sua proximidade ou não que determina se um paciente é grave ou não:

No nosso caso que trabalhamos com trauma, com emergência cirúrgica, é um paciente que tem a vida dele em risco, ele depende de medidas e manobras rápidas, decisões rápidas, que se não forem tomadas ou se forem tomadas de formas inadequadas ou atrasadas podem colocar a vida dele em risco (Cirurgia Geral).

O paciente grave é definido por uma conjunção de fatores, do ponto de vista médico, técnico e científico. Grave é o doente que está geralmente instável do ponto de vista hemodinâmico, usando drogas vasoativas, necessitando de ventilação mecânica e com comprometimento de órgãos vitais:

É o paciente que vai evoluir potencialmente para óbito. Seja pela instabilidade hemodinâmica, pelo quadro respiratório, pela disfunção renal, ou seja, é o paciente que está com falência de órgãos. Alteração de nível de consciência importante, mesmo que ele esteja estabilizado. Eu considero um paciente potencialmente fatal aquele que você precisa fazer terapia intensiva para que ele não evolua a óbito, esse é o paciente grave (Clínica Médica - M).

O quadro de gravidade possui também variações, como, por exemplo, os doentes graves que apresentam risco iminente de morte, no qual o médico não tem controle sobre o quadro dele. Há ainda os doentes potencialmente graves, cujo estado pode evoluir para alguma complicação. Para alguns médicos, enquanto o paciente estiver dentro de um hospital, ele é potencialmente grave, ou ainda: “Se você está com uma infecção de garganta, você não é grave, há um controle sobre o seu quadro; agora, se virou uma sepse⁷¹, pode ser grave ou muito grave” (Clínica Médica - M). É preciso ainda saber distinguir o paciente grave do paciente instável:

Às vezes o paciente grave se confunde com o paciente instável, e este é um paciente que pode mudar o quadro a qualquer hora, então, todo paciente instável é grave, mas nem todo paciente grave necessariamente é um paciente instável. Por exemplo,

⁷⁰ Paciente com ventilação mecânica.

⁷¹ Infecção generalizada (Informação obtida na pesquisa de campo, a partir de depoimentos colhidos com os médicos).

pacientes que têm doenças crônicas graves, mas que está num processo de estabilidade (Clínica Médica - M).

O estado grave, além das questões elencadas acima e, sobretudo, a relação com o risco iminente de morte, também está vinculado ao risco do paciente ficar com alguma seqüela ou evolução para um quadro vegetativo⁷², por exemplo, pacientes que correm o risco de ficarem tetraplégicos ou perder a consciência de si e dos outros. Ou ainda, o paciente pode ser grave de maneira subjetiva e, em alguns casos, também é grave a ponto de causar dano aos outros ou a si mesmo:

Às vezes o cara é um psicopata, é um paciente grave que pode matar alguém, pode suicidar. Ele é grave e em alguns casos nem aparenta. Você pode ver que a morte sempre está presente quando falamos no paciente grave. O paciente, às vezes, é grave também porque ele está com muita dor, a dor é algo que a gente tem que tirar, ele vai ser grave enquanto ele tiver dor. Então tem essa questão subjetiva e também tem a questão técnica da gravidade (Clínica Médica - M).

Alguns médicos consideram que, pelo fato de lidarem rotineiramente com pacientes graves, acabam desconsiderando algumas doenças mais “amenas”:

Essa questão de lidar com tanta coisa grave aqui dentro que, às vezes lá na sua casa, sua filha, sua esposa reclamam de alguma coisa, às vezes cortou o dedo, um corte pequeno, torceu o pé e está com dor no tornozelo e, normalmente, a gente fala que não é nada não e que vai melhorar. Porque a gente está acostumada a ver tanta coisa mais grave que a gente acaba banalizando a queixa de outras pessoas (Cirurgião Geral).

Para um médico, em especial, o paciente em estado grave pode ser definido por três aspectos: primeiro, quando a doença é muito ruim e não adiantam todos os recursos da medicina, pois o paciente vai evoluir inexoravelmente para o óbito, ou seja, apesar da medicina, ou sem a medicina, ele vai evoluir a óbito; segundo, quando a medicina é mais forte que a doença; e, por último, quando há um equilíbrio de forças por parte da medicina e da enfermidade.

Entretanto, durante o campo e em vários depoimentos, percebi que o termo “paciente grave” gera certa dúvida junto aos médicos, e sua definição é bastante paradoxal diante da forma como os médicos lidam na prática com o paciente grave com risco de morte. Como estava buscando pacientes com risco de morte, eu ficava sempre procurando e fazendo perguntas, como: “*Esse paciente está muito grave?*”, “*O estado é muito crítico?*”, “*A cirurgia é arriscada?*”. Os médicos sempre ficavam um pouco na dúvida ao responderem, pois um

⁷² Estado Vegetativo: preservação da relação sono-vigília com perda das funções cognitivas, preservação dos movimentos respiratórios e função motora espontânea (PIRES; STARLING, 2010, p. 800). O estado vegetativo permanente é confirmado após três meses das condições citadas acima.

paciente que vai para uma cirurgia que não é tão grave pode piorar e falecer na mesa cirúrgica: *“Olha, pode ter um paciente com um quadro clínico estável e se tornar um paciente grave no bloco cirúrgico”* (Cirurgião Geral).

Percebi que esse é um receio bastante presente. O que parece é que se o médico afirmar que o paciente não é grave e ele evoluir de forma contrária, ou seja, piorar, isso sugere certa incompetência do profissional perante outras pessoas, especialmente familiares. Assim, os médicos são cobrados para “acertar” sempre, e, dessa forma, as eventualidades que possam vir a acontecer não podem estar no roteiro do atendimento. Nesse aspecto, o discurso médico precisa ir ao encontro do extremo do que pode acontecer com o paciente, neste caso, a morte. Assim, sua competência profissional permanece salvaguardada. Aqui vi tensões entre o que é dito pelo médico e o que de fato ocorre; ora, posso dizer que, todos os casos que presenciei em campo em que um paciente realizou uma cirurgia de um caso visivelmente simples, mas considerado pelos médicos discursivamente como um paciente grave, tiveram ótima recuperação. Além disso, o agir diante de um paciente grave com risco de morte possui um diferencial nítido na prática médica: a mobilização, a correria, os procedimentos realizados sincronicamente pelas equipes, o que não ocorria nos “casos simples”, mas considerados nos discursos médicos como “casos graves”.

4.3 Tomada de decisões diante do paciente grave com risco de morte

Num Pronto Socorro são muitas as decisões que um médico precisa tomar em relação ao tratamento do paciente. Uma vaga na UTI, por exemplo, torna-se rara, o que se contrapõe com o número de pacientes que precisam de um leito na unidade. Pensa-se que o leito da UTI é muito nobre, muito importante, então quem “merece” esse leito é aquele que possui uma melhor condição de ter uma recuperação, que tem uma perspectiva após a alta hospitalar de voltar a ser uma pessoa produtiva, apta para viver a vida dela normalmente. Conforme depoimentos, isso é um padrão utilizado mundialmente pela categoria médica.

Segundo os médicos, dois critérios são fundamentais para encaminhar um paciente para a UTI: a idade e o prognóstico. Se pensarmos bem, seria mais justo avaliar pelo tempo de chegada, ou seja, quem está esperando mais tempo é que deveria ir primeiro, mas não é assim que funciona. Teoricamente quem está esperando mais tempo por uma vaga possui uma doença mais estável, em muitos casos porque suportou a espera; em contrapartida, em boa parte dos quadros agudos, há uma instabilidade que coloca em risco iminente a vida. Escolhe-

se o paciente que tem mais chances de se sair bem, somada sua idade: quanto mais jovem, maior é a chance de conseguir a vaga. É um paciente em que uma intervenção da terapia intensiva vai influenciar no prognóstico:

Se eu tiver dois pacientes da mesma idade, com mesmo tempo de espera, e um com edema cerebral e o outro com lesão acional difusa, o de edema cerebral ele ganha, pelo fato da intervenção médica influenciar no prognóstico dele. A lesão acional difusa tem que esperar o paciente acordar, às vezes ele nem acorda, então a idade e o prognóstico são as coisas que a gente mais avalia (Neurocirurgião).

Mas tal decisão, embora alicerçada em preceitos científicos é sempre angustiante para o médico:

Isso é uma coisa às vezes difícil de ser falada, porque o outro paciente (que não foi 'selecionado'), também, é lógico, que ele tem família, lógico que se ele pudesse escolher ele gostaria de estar numa condição melhor para se recuperar, isso para o médico também é uma decisão muito difícil. Mas se você tem, por exemplo, um paciente de 80 anos de idade, com um trauma gravíssimo, que eu sei que a chance dele morrer é enorme, e eu tenho um jovem com o mesmo trauma grave, que a chance de se recuperar é muito maior, se eu tiver que decidir eu vou optar pelo jovem, mas isso gera conflito, não é fácil nem para nós, nem para o médico do CTI, nem para o chefe de plantão. Muitas vezes a gente é obrigada a tomar esse tipo de decisão (Cirurgião Geral).

Há decisões que envolvem diretamente o risco de morte. Na tarde de 15 de janeiro de 2013, deu entrada na Sala de Politraumas um paciente de 22 anos, cuja profissão era de gari. Fora esmagado por um caminhão de lixo e passou a ser chamado de “o gari”. Na ocasião, ele estava apoiado nas alças do caminhão, que é onde os garis se apoiam, e escorregou. O motorista não viu e arrancou o caminhão que passou por cima dele. Conversando com a família do rapaz, um primo disse que ele tinha um grupo de *funk* e que já estava ensaiando para o carnaval. Um médico comentou: “*Pô! O cara trabalhando e acontece isso com ele. Cheio de planos e aventuras. Músico e dançarino, levando sua vida normalmente e acontece isso....*” (Cirurgião Geral).

Ele chegou ao hospital ainda consciente. Os exames detectaram uma grave lesão no fígado, o que gerou uma extensa hemorragia interna. Os médicos se questionavam, o tempo todo, sobre o que fazer: se o levavam para o bloco cirúrgico ou se aguardavam um possível tamponamento natural da lesão. Perguntei ao médico porque eles não fariam a cirurgia de imediato e um médico me respondeu:

Ele está numa situação complicada, e a nossa posição como médicos é mais complicada ainda: se realizarmos a cirurgia, ele corre o risco de sangrar muito e 'parar' na mesa; se deixarmos ele como está, uma vez que o sangue ainda está com vazão, ele vai morrer em poucos minutos. Ou seja, a possibilidade da morte está presente nas duas alternativas (Cirurgião Geral).

Porém, depois de passadas algumas horas, os médicos decidiram, em conjunto, levá-lo para o bloco, pois ainda que houvesse risco de morte, ela ainda era menos provável do que deixá-lo seguindo com a hemorragia. Acompanhei a cirurgia. Ao abri-lo, os médicos se surpreenderam com a quantidade de sangue e colocaram diversas gases no abdômen do rapaz, procedimento chamado laparotomia, para conter a hemorragia. Ao contrário do que os médicos esperavam, o procedimento foi realizado com sucesso, mas o paciente ainda corria risco de contrair alguma infecção ou complicações advindas da cirurgia. Depois de corridos alguns dias, passei na UTI acompanhando um médico, e, por incrível que pareça, “o gari” já estava muito bem e até conversando. Fui dar essa notícia aos médicos que o atenderam na emergência e eles ficaram surpresos com a notícia: *“Nossa! ‘O gari’ é muito forte. Seu quadro era muito instável e, mesmo com a cirurgia, ele poderia contrair alguma infecção grave. Eu poderia jurar que ele tivesse falecido lá na UTI. Fico feliz com a notícia, optamos por uma alternativa que salvou a vida dele”* (Cirurgião Geral).

Parecido com essa situação, houve o caso de um paciente que desceu de uma enfermaria com hemorragia digestiva alta, devido a uma ingestão de soda cáustica havia onze dias. O próprio endoscopista optou por não fazer uma endoscopia, pois disse que nada poderia ser feito. Nos três últimos plantões, a equipe de cirurgia geral também optou por não fazer nada. Entretanto, um cirurgião geral, em especial, tinha uma opinião contrária a de seus colegas e me disse:

Eu estou extremamente desconfortável com esse doente, porque ele está extremamente grave. Se a gente não fizer nada, ele vai morrer, mas se a gente optar por fazer alguma coisa, eu acho que ele vai morrer também na mesa cirúrgica, tamanha a gravidade dele. Mas, ainda assim, eu acho que, principalmente em relação a sangramento, meu dever é tentar resolver o problema cirurgicamente. Se o doente vai aguentar ou não aquela situação é outra coisa. Eu posso ser questionado por alguns colegas se eu levá-lo para o bloco: ‘Pô, o doente não tinha prognóstico nenhum, estava morrendo, você levou para o bloco e ele morreu lá na mesa!’. Mas eu posso ser questionado por outra pessoa: ‘Pô, você não é Deus, você não sabe se você operasse quem sabe ele sobreviveria?’ (Cirurgião Geral).

No caso acima, para esse cirurgião, independente se o doente fosse sobreviver ou não, ele teria que cumprir seu papel como médico: controlar a hemorragia. Além desses aspectos descritos, tomar decisões sobre determinados problemas dentro de um hospital envolve uma gama de subjetividades:

[...] a minha impressão sobre uma doença, um paciente, não é a mesmo que o meu colega vê. Nós não temos modelos, às vezes temos que pedir opinião a vários colegas sobre um caso e muitas vezes não chegamos a um acordo, há casos que colegas falam para delegar o procedimento para a família [...] (Clínica Médica - M).

Na rotina de um Pronto Socorro, esses conflitos de subjetividades, de quais procedimentos médicos devem ser ministrados, qual o diagnóstico correto, insere no que Bonet (2004) chamou de ‘social dramas’ existentes na prática médica. Segundo o autor, o ‘social dramas’ se refere à manifestação de tensões entre os médicos, oriunda, principalmente, da dúvida sobre o diagnóstico; isso porque em algumas situações, os vários profissionais diante de um só caso tomam posições distintas, o que gera um conflito sobre qual procedimento adotar em relação ao doente.

Outro caso que envolve conflito de decisões se refere à hemotransfusão em pacientes adeptos à religião “Testemunhas de Jeová”. Sabe-se que os fieis a essa religião têm como um de seus princípios a recusa incondicional à autorização para hemotransfusão (transfusão de sangue), crença esta baseada em fundamentos bíblicos, e isso é negado mesmo em risco de morte do paciente. Fato é que num Hospital de Urgência e Emergência, cujo atendimento se restringe a traumas advindos de acidentes e lesões das mais diversas, é muito comum encontrarem-se pacientes que, necessariamente, precisarão de hemotransfusão. Tive contato com vários desses casos e digo que o assunto é bastante polêmico entre os atores diretamente envolvidos: médicos, pacientes e familiares.

Presenciei um caso na UTI Pediátrica de uma criança que havia sofrido um grave acidente de moto e precisou ser transfundida. A médica me disse que a família toda era adepta a essa religião e que eles foram bem claros que não queriam a transfusão, mesmo colocando em risco a vida da criança. A criança havia perdido muito sangue em uma cirurgia na perna e precisava repor esse sangue urgentemente. A médica de plantão me disse que o procedimento, nesses casos, é ligar para o Juizado da Infância e Adolescência, que o juiz libera a hemotransfusão, ficando o médico autorizado judicialmente sem correr risco de futuros processos. Porém, não foi possível o contato com o juiz e a médica optou pela transfusão: *“Fizemos um juramento pela vida dos nossos pacientes, não posso deixar uma pessoa morrer, sabendo que eu poderia ter feito alguma intervenção. Eu prefiro ser processada por ter salvado a vida de uma pessoa do que ser processada por omitir atendimento”* (Pediatria).

A transfusão foi comunicada aos familiares da criança que disseram: *“Para nossa religião isso é impuro. Se ele (criança) ficar sabendo não vai nos perdoar”*. A médica disse aos pais que ele estava sedado e que as bolsas de sangue estavam tampadas, assim, mesmo quando acordasse ele não iria perceber nada. Ela ainda me relatou que faz o possível, dentro do limite da prática profissional, para respeitar a religião do paciente, especialmente para que ele não venha, futuramente, sofrer com a intervenção tomada pela equipe médica.

Como no caso acima, a família ou o paciente geralmente avisa aos médicos sobre a religião antes do atendimento, mas isso é feito apenas em casos mais brandos, pois muitas são as situações em que os pacientes já chegam em estado iminente de morte, inconscientes, e os médicos já ministram os procedimentos cabíveis a sua função sem consultar a família, e a comunicação sobre a transfusão sanguínea só é realizada após o atendimento. É compreensível a posição do médico, que está alicerçada no modelo biomédico característico da cultura ocidental moderna, devido a seu controle sobre o corpo e a doença. Ora, o paciente chega em condição agônica dentro de uma instituição hospitalar, e a função médica é, pois, salvar a vida do paciente:

Quando o paciente chega aqui muito grave, com grande perda de sangue, o nosso foco é salvar a vida dele, independente de outros contextos. Eu respeito a opção de algumas pessoas por essa religião, mas eu simplesmente não posso deixar o paciente morrer na minha frente sabendo que foi por algo que deixei de fazer como profissional, esse é o meu trabalho (Cirurgião Geral).

Aqui se veem conflitos e limites entre a autonomia médica e a autonomia do paciente. O médico se depara com uma tensão entre a ética profissional, cujo princípio é salvar a vida, e o respeito a uma liberdade religiosa, que é uma garantia constitucional, porém o direito à vida também está prescrito na constituição. Assim, respeitar um desejo do paciente pode levar o médico a participar de uma situação que pode culminar na morte do paciente. Mas, a quem pertence a vida afinal? Cabe ao médico decidir e ficar acima da escolha do paciente? E a autonomia de todos os cidadãos que se diz salvaguardada por uma sociedade plural? Além disso, como garantir o respeito à diferença num Sistema de Saúde que é Único para todos, mesmo recebendo pacientes de grupos socioculturais dos mais diversos? Penso que esse assunto envolve diversas esferas, e a proposta aqui, longe de se esgotar, é trazer uma reflexão sobre um tema muito frequente nos hospitais públicos, a qual envolve direitos constitucionais, o respeito à liberdade religiosa, a ética do profissional de medicina e o sistema de saúde para o qual ele presta serviços.

Como visto em todos esses exemplos citados acima, a medicina é uma prática profissional que envolve decisões complexas, principalmente no que se refere ao risco de morte. Consoante a essas questões, conforme os estudos de Menezes (2000) com médicos de CTI, de forma sintética, ao profissional de medicina são conferidas responsabilidades sobre decisões alicerçadas em perspectivas técnicas, sociais e morais.

4.4 O resgate dos “quase” sem vida: a maratona pela vida contra a morte

O relógio marcava 6h15 da manhã de 15 de dezembro de 2012. O enfermeiro do setor da triagem me diz: *“Olha só, tá chegando dois esfaqueados, um em estado gravíssimo, e pode ser que ele chegue aqui já sem vida, se prepare”*. Daí eu perguntei *“Como sabe que vai chegar?”* Ele responde: *“A polícia liga pra gente avisando para já ir preparando a equipe”*. Em instantes, ouve-se uma sirene estridente da viatura da polícia militar. Eles dão entrada no hospital carregando um rapaz de 20 anos, quase desacordado que levou uma facada profunda na perna direita e, para evitar maiores perdas de sangue no trajeto até o hospital, os policiais improvisaram um torniquete⁷³ no corte. O paciente estava muito pálido, a ponto de se pensar que não havia sangue circulando em seu corpo. Ao som da sirene, os enfermeiros já preparam a maca para buscá-lo e tudo foi feito muito rapidamente. O paciente foi encaminhado diretamente à Sala de Reanimação, e fui seguindo os profissionais quase que correndo. Lá os médicos já estavam de prontidão para socorrê-lo. Fiquei receosa ao entrar, pois tinha medo de atrapalhar os procedimentos. Um enfermeiro me deu um sinal para entrar, fiquei bem no cantinho da sala, ainda muito preocupada em não prejudicar o atendimento. Depois de alguns instantes, perdi um pouco esse receio já que os médicos tinham coisas mais importantes a fazer e não iriam prestar atenção em mim que estava devidamente camuflada⁷⁴ entre eles; a vida do paciente é que estava em jogo naquele momento.

Os enfermeiros fizeram todos os procedimentos com as medicações. Na sala havia dois médicos, um tentou reanimá-lo já que o paciente estava sofrendo uma parada cardíaca. Após duas tentativas, ele voltou ao normal, porém com os batimentos cardíacos ainda lentos. O paciente estava quase sem vida, literalmente, e os médicos presentes já estavam numa “quase certeza” de morte. Devido à alta perda de sangue, uma médica solicitou urgentemente uma transfusão de sanguínea. A campanha (cuja finalidade é avisar ao banco de sangue para realizar todos os procedimentos) foi acionada, porém, houve certo atraso e a médica disse em tom jocoso: *“Quando demora muito é porque tem alguma ‘Testemunha de Jeová’⁷⁵, impedindo a transfusão”* (risos). O sangue chegou, logo foi realizada a transfusão e, em poucos instantes, o paciente começou a reagir. A médica disse: *“Aqui acontecem certos milagres. Tem certas coisas que acontece aqui que não dá para explicar. O paciente está*

⁷³ Dispositivo utilizado para impedir a circulação sanguínea numa área do corpo que sofreu alguma lesão ocasionando hemorragia grave (Informação obtida na pesquisa de campo, a partir de depoimentos colhidos com os médicos).

⁷⁴ Camuflada no sentido de portar um jaleco branco, assim como a maioria dos profissionais.

⁷⁵ Os adeptos da religião Testemunhas de Jeová proibem a transfusão de sangue.

quase vendo a luz e parece que a gente puxa o pé dele”. O paciente começa a acordar dizendo: “Estou com muita dor na perna, me ajude”. A médica respondeu: “Agradeça por estar sentindo dor, levando em consideração o estado que você chegou aqui era para você estar morto”. O paciente também reclamou do oxigênio colocado na boca; a médica respondeu: “Se você tirar, você morre!”. Uma enfermeira comentou: “Às vezes é preciso esse choque psicológico para contê-los” (risos). A cor começou a voltar em sua pele, sua frequência cardíaca voltou ao normal: o paciente já estava estabilizado. Os médicos comemoraram. Foi muito interessante observar as expressões de alívio e alegria que eles expressaram, pareciam atletas vencedores em um jogo de final de campeonato.

Frequentemente, pacientes trazidos por viaturas policiais, muitas vezes, chegam em estado mais grave porque, diferentemente do SAMU e do Corpo de Bombeiros, esses pacientes não recebem os primeiros atendimentos. O que os policiais fazem em caso de muita perda de sangue é improvisar um torniquete para tamponar o sangramento. Perguntei ao policial que acompanhava esse paciente o que havia acontecido; ele me disse que os dois rapazes estavam no centro da cidade quando foram abordados por *skinheads* (2012)⁷⁶, que começaram a mexer com os dois. Estes revidaram a ofensa e começou uma briga; os *skinheads* fugiram em seguida e a Polícia Militar foi acionada.

Os pacientes muitas vezes são referidos com determinados termos pelos profissionais que remetem à história que os levou ao hospital. Lembro-me de um senhor que foi soterrado pelo desmoronamento de um “cupim”, e ele era chamado de “o paciente do cupim”. Cuspei a entender o que era esse cupim. Pensei no ninho de cupim, inseto mesmo, mas depois os enfermeiros me explicaram que o cupim é um monte de terra, tipo barro mesmo, utilizado em obras. O paciente estava observando uma obra, quando o “cupim” caiu em cima dele, e chegou em estado grave ao hospital. Depois de vários procedimentos, os médicos conseguiram estabilizá-lo. Porém, no dia seguinte, à noite, ouve-se uma campainha, era a “Onda Vermelha”⁷⁷. Esse paciente piorou, e os médicos se mobilizaram para socorrê-lo,

⁷⁶ “*Skinheads* é uma subcultura juvenil que possui tanto aspecto musical como também estético e comportamental. Os *skinheads* se originaram na década de 1960, no Reino Unido, constituído em sua maioria por brancos e negros (imigrantes jamaicanos), reunidos pela música (*ska*, *reggae*, *rude boys*, etc.) [...]. Apesar de a expressão *skinhead* ser traduzida como ‘cabeça pelada’, há *skins* que não seguem esse estereótipo ...]. A cultura *skinhead* sofreu grandes mudanças; a principal delas foi a fragmentação da cultura em diversos submovimentos, pois, nesse período, com a infiltração da política dentro da cultura *skin*, integrantes do movimento passaram a promover o racismo contra negros, a xenofobia, a homofobia e a cultivar as ideologias neonazistas. Por esse motivo, hoje tem-se *skinheads* de todos os estilos, há *skinheads* que curtem a vida sem manifestar preconceito para com seu semelhante e os que demonstram uma animosidade extrema para com aqueles que se diferem de alguma forma, como a cor da pele” (SKINHEADS, 2012).

⁷⁷ Como visto no Capítulo 3, consiste num procedimento em que é acionada uma sirene que serve para mobilizar a equipe a fim de encaminhar o paciente diretamente para o bloco cirúrgico. Maiores detalhes no tópico 3.2.4.1.

porém, sem sucesso, pois o paciente veio a falecer na Onda Vermelha, ou seja, no bloco cirúrgico. Lembro-me que, na madrugada desse dia, após algumas horas do falecimento, eu estava na Sala de Politraumatizados e um médico entrou na sala perguntando a outro médico: *“E o paciente do cupim? Se recuperou?”*; o outro médico responde com um sinal com a cabeça que ele faleceu; seu semblante era um misto de tristeza e derrota. Destaca-se que, no bloco horizontal, ou seja, na emergência, o médico não tem um contato linear e constante com o paciente já que este, na maioria dos casos, depois dos primeiros atendimentos, é transferido para outros setores, mas, mesmo sem esse vínculo prolongado com o paciente, o médico procura saber a evolução do caso e a situação do doente.

Outro caso relevante, digno de nota, foi o de uma senhora com deficiência mental que engasgou com um pedaço de carne e chegou “quase sem vida” ao hospital pelo SAMU. A senhora estava literalmente roxa e o pedaço de carne estava parado na garganta. Ela foi levada imediatamente para a Sala de Reanimação e os médicos já não acreditavam que iria sobreviver. Em instantes, um grande pedaço de carne foi retirado de sua traqueia com sucesso, porém a paciente “não voltava” e agora aparentava uma cor pálida, parecia que não havia sangue correndo pelo corpo. Depois de alguns outros procedimentos, ela começou a voltar e os médicos comemoram. Foi interessante notar a alegria e a satisfação destes, evidentemente porque sentiram haver cumprido seu papel e salvo a vida da paciente, afinal, nenhum médico deseja que seu paciente morra. Depois de passados a correria e o susto, os médicos brincavam que não iriam mais comer “carne de panela” e que era melhor investir no ovo. Um médico comentou *“Ainda bem que como devagar e mastigo várias vezes, isso também serve como lição”*.

Alguns médicos ficam nervosos quando pacientes com risco de morte dão entrada no HJXXIII e que as intervenções na Sala de Reanimação ocorrem vagarosamente ou são mal sucedidas. Lembro-me de uma vez em que um paciente, vítima de “*paf*” no peito, deu entrada no HJXXIII. Ele estava em estado grave e o médico que tentava reanimá-lo estava bastante tenso e dizia: *“Anda gente! Ele está morrendo... me dê uma seringa pelo amor de Deus! Preciso fazer algo”*. Outro médico veio dizendo-lhe: *“Não adianta você fazer esses procedimentos, esse paciente é da Onda Vermelha, ele precisa ir direto para o bloco cirúrgico”*. O médico continuou intervindo no paciente alegando que: *“A gente tem que tentar de tudo... não dá para acionar a sirene da ‘onda’ imediatamente. Vamos gente! Ande logo com a seringa, o paciente está morrendo!”*. Assim, o médico continuou realizando os procedimentos até que se convenceu de que o paciente precisava mesmo ser levado para o

bloco cirúrgico. Momento em que acontece um caso como esse, a sirene da “onda” é acionada.

Referente a esse tópico, há de se destacar a ocorrência de conflitos também entre os médicos. Certo dia fui surpreendida por uma pequena discussão no corredor da urgência. Um médico passou nervoso pelo corredor e disse para outros dois médicos que lá estavam: *“Pedi ajuda a vocês... Vocês estavam ocupados, eu sei... mas... agora é tarde... a criança morreu”*. Os outros dois respondem: *“Estávamos resolvendo vários outros casos e também não era a nossa área de atuação, como poderíamos te ajudar?”*. O caso era o de uma criança de 10 anos, vítima de afogamento, cujo quadro havia piorado e precisava de intervenção cirúrgica com urgência. Porém, como era noite de Natal, muitos profissionais haviam faltado, por isso o médico solicitou ajuda a outros colegas, que alegaram não ser sua área de atuação.

Era domingo, 12 de maio de 2013, final de campeonato mineiro, com um jogo de Atlético e Cruzeiro. Também era Dia das Mães. Exatamente às 22h04, deu entrada um senhor de 46 anos, vítima de um atropelamento por moto, acompanhado por um sobrinho. Foi trazido pelo SAMU já com as duas pernas e os dois braços enfaixados. A equipe o examinou e encontrou duas fraturas, uma em cada perna e outra no braço. Quando o técnico de enfermagem estava seguindo com a maca até a sala de RX, um médico interpela e, olhando fixamente para o doente, disse: *“Espera! Espera! Ele não está bem! Levem-no à Sala de Recuperação”*. Surpreendi-me com a cena e percebi que era como se o médico, ao olhar para o paciente, já definisse toda a gravidade do quadro. O paciente que havia chegado consciente, em poucos minutos já não respondia aos comandos e transpirava muito. Lembro-me que seu sobrinho sem entender muito bem o que estava acontecendo me perguntou o que ele fazia naquele momento, se podia entrar na sala. Respondi que o acesso era restrito e que ele podia aguardar no corredor, pois alguém lhe daria notícias. Assim que o paciente chegou à Sala de Recuperação, ele “chocou”. Foram 15 minutos de manobras, associadas ao uso de norodrenalina⁷⁸ e várias bolsas de sangue. O que causou isso tudo foi a fratura da perna esquerda, exatamente no joelho que lesionou um vaso com fluxo alto de sangue. Certamente ele havia perdido muito sangue ainda na cena do acidente. O ortopedista e o cirurgião vascular foram acionados para avaliar o caso e o médico que o atendeu primeiramente diz: *“Ele estava perdendo muito sangue isso é caso de amputação”*. O ortopedista responde: *“Mas não é um caso de amputação”*. O médico novamente interveio: *“Mas é a vida dele que está em jogo, é preferível perder uma perna a perder a vida”*.

⁷⁸ Substância que ativa a pressão sanguínea e a mantém em níveis normais (Informação obtida na pesquisa de campo, a partir de depoimentos colhidos com os médicos).

Em seguida, esse mesmo médico responsável pelo caso solicitou que alguém procurasse o acompanhante e lhe perguntasse qual o nível de consciência do doente, se ele falava normalmente, conversava ou se tinha algum retardo mental. Ninguém que estava na sala conhecia o acompanhante, exceto eu, que me dispus; fui lá e fiz as perguntas a ele que estava em prantos no corredor falando ao celular. Ele disse que o paciente tinha um retardo bem leve, mas tinha uma vida normal. Agradei e voltei à sala, relatei isso para o médico. O fato era que o paciente ainda estava perdendo muito sangue e ainda “chocado”. O médico disse: *“Levem-no nessas condições, se ele ficar aqui ele vai morrer em poucos minutos”*. O paciente foi levado ao bloco. Segui os ortopedistas que iriam realizar a amputação do membro. Durante a cirurgia, discretamente perguntava ao anestesista como ele estava e ele sempre me respondia que ele não estava nada bem. Aquilo tudo, de alguma forma, mexeu comigo, eu o vi consciente, tinha um semblante sereno. A cirurgia terminou no início da madrugada, ele foi encaminhado à Sala de Recuperação, ainda em estado muito grave. Saí do bloco e fui para a Sala de Politrauma, meio cabisbaixa, e os médicos me perguntaram: *“E aí? Como ele está? Você está com uma cara...”*. Respondi que ele não estava bem.

Fui à Sala de Recuperação duas vezes; fazia um sinal positivo para o médico apontando para o doente e ele me respondia com um sinal negativo. No corredor, ao me dirigir à Sala de Politraumas, discretamente olhava para seu sobrinho, cabisbaixo, chorando e ainda sem entender a rapidez de tudo. Às 3h25 da madrugada, estava eu cochilando em uma cadeira na Sala de Politraumas e o ortopedista que fez a cirurgia me chamou e disse que ele havia morrido havia cinco minutos atrás (3h20). Acompanhado da assistente social, o cirurgião deu a notícia do óbito para o sobrinho. Depois que saiu todo mundo, dei meus pêsames a ele, que respondeu: *“Você não sabe como ele era querido, todo mundo lá do bairro gostava dele, era uma pessoa muito boa (choro)”*.

Esses casos aqui relatados mostram a mobilização da equipe médica em prol do restabelecimento da vida do paciente e, ao mesmo tempo, uma luta constante contra a morte. Percebi que, na emergência, todos os esforços são canalizados na tentativa de manter o paciente vivo. Embora a morte seja uma realidade tangível no setor, ela é sempre percebida (quando o é) como uma visita desagradável. Digo, “quando o é”, porque há uma resistência em relação à morte num hospital, porque o foco do ofício médico é a vida e ele direciona o seu olhar para esta. Mas isso não significa uma indiferença desse profissional em relação à morte quando ela ocorre, muito pelo contrário. O médico resiste à morte, porque a profissão exige que ele lute pela vida, mas sua reação diante dessa morte expressa, em alguns discursos

e até mesmo em algumas reações, demonstram envolvimento e afetividades para além de uma relação estritamente técnica e profissional⁷⁹.

4.5 O médico diante das várias circunstâncias de morte no Pronto Socorro

O relógio marcava 14h14, de 11 de abril de 2013, quando uma viatura da polícia militar estacionou na porta do hospital com a sirene acionada. Os policiais retiraram de dentro desta, às pressas, um jovem de 21 anos, natural do Espírito Santo, vítima de múltiplas facadas, e o encaminhou para a Sala de Reanimação. Em sua maioria, as agressões que dão entrada no HJXXIII se enquadram nesse perfil, incluindo discussões entre familiares, brigas entre pessoas alcoolizadas e com envolvimento com o tráfico de drogas. O volume de entradas no HJXXIII por espancamento também é significativo e o cenário é visualmente pesado; em boa parte dos casos, que presenciei o enfermo evoluiu a óbito. A alegação das tentativas de homicídio mais comum diz respeito a brigas entre traficantes e a “acerto de contas”. Segundo um médico, o índice de meliantes que dão entrada no hospital é muito elevado e pouco benéfico para a sociedade: *“Aqui o nosso objetivo é salvar a vida desses pacientes, qualquer um, sem diferença, mas, ao mesmo tempo, estamos oferecendo um ‘desserviço’ para a sociedade, pois resgatamos a vida deles e, quando recuperados, na maioria das vezes são reincidentes no crime”* (Cirurgião Geral).

É interessante notar que nessa fala há uma contradição, ora, o médico ressalta seu papel enquanto profissional, ou seja, tratar o paciente sem distinção de qualquer natureza, mas paralelamente a isso, ele também emite juízos de valores contrários aos postulados de uma prática médica imparcial.

Entretanto juízos de valor e demais comentários como o referenciado acima não implica uma diferenciação ou negação de atendimento. Certo dia estava acompanhando os primeiros atendimentos a um paciente que havia acabado de assaltar dois motéis. Ele estava quase “parando” - ou sofrendo uma parada cardiorrespiratória - e havia uma total mobilização para salvá-lo, assim como outro doente qualquer que estivesse naquela situação. Lembro que uma acadêmica em medicina disse durante o atendimento: *“O cara assalta dois motéis... sacanagem isso. Sei lá... não devia nem estar aqui”*. O médico responsável pelo caso diz: *“Aqui todos são vítimas. Não podemos negar atendimento a ninguém”*. Esse é um ponto que merece destaque, pois, embora alguns profissionais comentem os casos, façam juízos de

⁷⁹ Maiores desdobramentos desta discussão, ver Capítulo 5.

valores em algumas situações, o atendimento médico prestado é igual para qualquer pessoa, não há prioridade ou classificação.

Voltando à violência urbana, Echeverri (1994) a classifica em três tipos: violência pessoal (contra si próprio), violência interpessoal (contra outras pessoas) e violência coletiva (intergrupala, definindo o espaço público a rua e o espaço privado o domicílio). Questões de ordem social estão implicadas nos mais diversos casos que dão entrada no hospital: violência interpessoal familiar, praticada contra algum membro da família, como mulher, marido, irmãos, pais, filhos, vizinhos, ambiente de trabalho, lazer e entretenimento, crimes passionais, dentre outras. Conforme Brito *et al.* (2004), a violência torna-se uma constante nos serviços de saúde pública:

No Brasil, a violência é apontada, desde a década de 1970, como uma das principais causas de morbimortalidade, despertando, no setor de saúde, uma grande preocupação com essa temática que, progressivamente, deixa de ser considerada um problema exclusivo da área social e jurídica para ser também incluída no universo da saúde pública (BRITO *et al.*, 2004, p. 144).

Em abril de 2013, deu entrada à Sala de Politraumas uma jovem de 17 anos, vítima de um tiro na cabeça. Ela veio transferida de uma UPA da cidade de Ouro Preto, onde foi deixada por um homem que não quis se identificar. Ele apenas havia dito na recepção que ela havia tentado suicídio. A garota estava em coma e passou por uma longa e arriscada cirurgia. Segundo o médico que a operou: “*A bala percorreu todo o cérebro dela, ela está em um quadro grave e se sair terá muita seqüela*”. No dia seguinte, o caso foi noticiado em vários telejornais: o agressor foi quem a deixou na UPA, um homem de 40 anos, delegado da Polícia Civil, que mantinha com a vítima um relacionamento amoroso. Ele teve o mandato de prisão decretado, principalmente porque, após as perícias, conclui-se que não se tratava de suicídio e, sim, tentativa de assassinato. A jovem permaneceu internada por cerca de sessenta dias, mas sofreu uma parada cardíaca, não resistiu e morreu. A mãe dela já tinha relatado à imprensa que a garota já havia sido agredida pelo delegado várias vezes e que, recentemente, registrara queixa contra ele na delegacia; possivelmente isso foi um dos motivos pela tentativa de assassinato. Esse é apenas um exemplo, ao longo do campo. Presenciei diversos casos de violência especialmente contra mulheres que, em sua maioria, foram vítimas de agressões por seus parceiros, como o caso acima. A violência contra a mulher pode ser definida como:

Sofrimentos e agressões dirigidos especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres. Como termo genérico, agora para referir à situação experimentada pelas mulheres, quer remeter também a uma construção de gênero, isto é, se em primeiro lugar evidencia uma dada ocorrência sobre as mulheres, também quer significar a diferença de estatuto social de condição feminina, diferença esta que faz parecer

certas situações de violência experimentadas pelas mulheres – especialmente a violência que se dá por agressores conhecidos, próximos e de relacionamento íntimo, como experiências de vida usuais (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999, p. 14).

Outro tipo de morte bastante comum se refere ao suicídio. O tema do suicídio foi foco de estudos do sociólogo Émile Durkheim. Para esse autor: “Chama-se suicídio todo o caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado” (DURKHEIM, 1982, p. 16). Ele provou que, para além de um ato pessoal, o suicídio resulta de forças sociais que agem sobre os indivíduos e são as causas desse ato; assim, pessoas fortemente integradas aos grupos sociais estão menos predispostas a cometê-lo. O autor divide o suicídio em três tipologias: suicídio egoísta, suicídio anômico e suicídio altruísta. O suicídio egoísta atinge pessoas frágeis de laços sociais; o suicídio anômico ocorre em situações de anomia, quando as pessoas perdem a dimensão normativa devido a uma rápida mudança ou instabilidade na sociedade e; por fim, o suicídio altruísta que ocorre devido a uma alta integração do indivíduo à sociedade, de modo que ele valoriza mais a sociedade que a si próprio. Presenciei diversas tentativas de suicídio “mal sucedidas” e várias outras que resultaram em óbito, conforme os relatos dos profissionais que lidam diretamente com tais casos. Estes se enquadram nas tipologias de suicídio egoísta, especialmente em casos de depressão, e o suicídio anômico, formulado por Durkheim (1982). A seguir citarei alguns exemplos de casos com os quais tive contato.

Em meu segundo dia de campo, presenciei um caso de tentativa de suicídio de uma senhora de 53 anos. Ela havia ingerido soda cáustica, com alguns medicamentos controlados, e apresentava sonolência. Acompanhei a médica que foi conversar com ela e a mulher relatou:

Estou com sono e enjoo... fiz isso porque (começa a chorar)... minha filha é acompanhante de executivo e na noite passada apanhou muito de um cliente; não aguentei e fiz isso para fugir da situação. Não é a primeira vez que tento. Faço tratamento com um psicólogo no Posto de Saúde, mas não está resolvendo muita coisa.

Depois de seu relato, regado a lágrimas, sua médica atendente não teve muito o que falar com ela, afinal era uma situação extremamente difícil que só ela sabia o quanto estava sofrendo. Os médicos do setor de Toxicologia chegaram e iniciaram os primeiros atendimentos. Depois disso me dirigi a outro setor, e não a vi mais, certamente se recuperou daquele incidente.

Certo dia estava na sala de Emergências Clínicas e chegou uma paciente de 30 anos que havia tentado suicídio ingerindo alguns remédios para dormir. Ao examiná-la, fazer o exame de fundo de olho e analisar seus reflexos, dois médicos perceberam que a mulher

estava fingindo estar desacordada. Um médico olhou para o outro e fez um sinal de que ela estava bem. Neste momento, o pai dela chegou e disse para os médicos que era uma de suas “frescuras”. Outra médica me disse que, nesses casos, o paciente está com “*chilique*”, aliás, esta é uma palavra muito utilizada pelos médicos, quando estes percebem que o paciente queria apenas chamar atenção da família. Após muita resistência, a mulher decidiu conversar com a psicóloga e esta me disse, depois, que se tratava de um quadro de depressão:

Ela me disse que a vida estava sem graça, sem sentido e estava muito triste em relação à realidade, disse ainda que não queria se matar queria apenas dormir para esquecer os problemas e a tristeza. Ela era professora de uma escola pública num bairro muito violento e estava tentando ‘salvar’ as crianças das drogas e da prostituição sem muito sucesso.

Muitos médicos consideram tais situações como “*pitch*” do paciente para tentar chamar atenção de alguém.

Houve o caso de um paciente que sofreu um acidente de carro, cujo motorista era seu amigo. Este estava querendo suicidar devido ao sentimento de culpa por ter ferido o colega. Segundo o médico: “*Diz a ele que a chance dele sobreviver é muito maior do que a de morrer. Fala com ele para ficar quietinho, porque se não ele vai acabar sendo direcionado para cá dando trabalho para a gente (risos)*”.

Outro caso foi de um senhor que ingeriu soda cáustica, mas não queria morrer: “*Queria era assustar minha mulher. Dra., por favor, me salve...*”. A médica responde: “*Nós não temos controle nem da vida e nem da morte, vamos fazer o possível para você melhorar. Estou cuidando de você, fique calmo, não se agite senão teremos que tomar providências que poderiam ter sido evitadas*”.

Embora a maioria dos casos de tentativas de suicídio que dão entrada ao HJXXIII seja “mal sucedida”, há também vários casos de óbito, principalmente entre homens. O paciente dá entrada ao hospital em estado grave e evolui a óbito. As causas são múltiplas: quedas provocadas, ingestão voluntária de comprimidos ou venenos, enforcamento (nesses casos alguém chega a socorrer antes da efetivação da morte), arma de fogo, etc.

Na manhã de domingo (16 de dezembro de 2012), um homem de 33 anos, boa aparência, de classe alta, empresário, pulou de cabeça do 2º andar de um motel onde estava acompanhado por dois travestis e sob o uso de cocaína. Na queda, ele sofreu um edema no cérebro e já chegou ao hospital com suspeita de morte encefálica. Esse caso, em especial, abalou muito a equipe de politraumas por suas características: a vítima era um homem com ótima condição financeira, residia num dos condomínios mais luxuosos da capital, boa

aparência física, tinha uma namorada e, nesse caso, a equipe não entendeu o porquê de toda aquela situação, não sabia a causa, o que o levou a estar num motel na companhia de dois travestis, os quais, em geral, são sujeitos marginalizados pela sociedade. Parece ser essa a condição para que uma pessoa seja feliz e realizada no senso comum, assim a causa, embora desconhecida, não justifica o ato. Os comentários e juízos de valor versavam sempre a respeito da cocaína, dos travestis e do suicídio, que não condizia com a imagem do rapaz. Ninguém procurou saber de fato o que houve, qual a história por detrás desse incidente. Embora o hospital não faça distinção no atendimento entre pacientes por classe social, ao ouvir os comentários dos funcionários, percebe-se que o nível socioeconômico aparece velado na instituição; ora, o rapaz chamou a atenção justamente por seu nível socioeconômico, pois são vários os casos de suicídio que dão entrada semanalmente ao hospital e não ficam tão evidentes; este, em especial, teve sua marca.

Conversando com a psicóloga de plantão ela disse que a família relatou a ela que o paciente era portador de depressão bipolar, ou seja, alternâncias de estado de humor, ora muito agitado e autoconfiante, ora estado de tristeza profunda, considerado o transtorno psiquiátrico que mais causa suicídios⁸⁰. Depois, ainda conversei com o médico responsável e ele me relatou que a situação era muito mais complexa, principalmente porque envolvia difíceis mediações entre diversos atores, assim ele deveria ser cauteloso nos diálogos que ultrapassavam sua atuação enquanto profissional:

Os familiares costumam ocultar o comportamento das vítimas, afinal, não é legal ficar falando 'mal' de uma pessoa num estado clínico tão grave. Mas, para nós profissionais, é difícil, nesse caso, por exemplo, referente ao exame sorológico, que detectou hepatite e sífilis eu tive que falar do resultado, principalmente para a sua namorada que não sabia do seu comportamento promíscuo, e ela conseqüentemente, estava contaminada com as duas doenças. A gente meio que fica na corda bamba (Clínica Médica - M).

Na noite de Natal de 2012, deu entrada uma paciente de 29 anos em estado grave devido à ingestão de vários medicamentos combinados, cerca de 300 a 400 drágeas. Conforme relato da acompanhante, ela não estava atendendo ao telefone, então foi até sua casa e ela já estava desmaiada e supostamente os remédios já tinham sido absorvidos. Lembro-me que, quando ela chegou à sala, sofreu duas paradas cardíacas seguidas, e a médica responsável já não tinha muitas esperanças. Após a reanimação, a paciente foi “entubada”⁸¹ e,

⁸⁰ Segundo um médico, portadores de depressão bipolar quando na fase de euforia (mania) tem desejos compulsivos, há uso abusivo de drogas, são ninfomaníacos (em alguns casos mesmo sendo heterossexuais não conseguem discernir um sexo do outro) e demais comportamentos fora da rotina.

⁸¹ Ou seja, conectada a aparelhos para auxiliarem na respiração.

no dia seguinte, foi para UTI. Depois de uns três dias queria saber sobre a paciente e, ao chegar à UTI, ela estava aparentemente bem. O médico me disse que ela teria 95% de chance de sobreviver. Porém, em 8 de janeiro de 2013, eu estava fazendo uma passagem pela UTI, quando presenciei a morte da paciente. O médico disse que ela estava evoluindo bem, mas nas últimas horas piorou o quadro.

A médica de plantão foi quem deu a notícia do falecimento ao pai e eu a acompanhei. O pai ficou um pouco paralisado na hora, mas parecia ter aceitado a notícia. Acompanhei-o junto com o assistente social para o necrotério e no caminho fomos conversando e ele me disse:

Ela era minha filha adotiva, uma pessoa simples e muito boa. Ela já tinha tentado (o suicídio) outras vezes... Estava fazendo tratamento psiquiátrico, mas parece que não adiantou muito... Ela também tinha muitos problemas, coitada... tentou engravidar várias vezes e, quando conseguiu, perdeu o bebê; em seguida seu irmão faleceu e o relacionamento com seu companheiro não era muito bom. Deus sabe o que faz.

Em seguida me deu um abraço agradecendo a companhia e deu continuidade aos procedimentos funerários. Conversando com uma psicóloga, ela me disse que, na maioria das vezes, nos casos de tentativa de suicídio, o paciente sofre de depressão e não é compreendido seja por familiares, seja pelos próprios profissionais de saúde; isso faz com que o paciente tente o suicídio várias vezes até concretizá-lo.

Ocorrem ainda os inúmeros casos de suicídio em pacientes psiquiátricos, principalmente os portadores de esquizofrenia. Segundo uma enfermeira: “*Muitos pacientes sofrem surtos, como no caso da esquizofrenia, e pulam de algum lugar dizendo que ‘uma voz pediu para que eu pulasse’; isso é muito comum*”.

Há ainda o suicídio infantil. Presenciei casos de crianças que se atiraram na frente de carros, pularam de viadutos, tomaram medicamentos, dentre outros. Lembro-me de uma criança com nove anos de idade que havia tentado se matar se enforcando com um cinto; a irmã o encontrou no quarto já inconsciente. A criança frequentemente fazia brincadeiras relacionadas à morte. A irmã chegou a comentar com o médico que essas brincadeiras talvez fossem uma forma de chamar a atenção dos pais, já que eles eram pouco presentes em consequência da dependência do crack. Foi diagnosticado na criança quadro de estado vegetativo permanente⁸². Ela permaneceu internada na UTI Pediátrica por quase três meses e faleceu.

⁸² Quadro em que o paciente não tem percepção nem de si e nem dos outros (Informação obtida na pesquisa de campo, a partir de depoimentos colhidos com os médicos).

Como visto, há um vasto mosaico de situações de morte que ocorre numa unidade de Pronto Socorro, situações das mais diversas que o médico precisa enfrentar nas salas de emergência que constituem a linha de frente de todo o serviço. A maioria desses casos envolve questões de ordem social das mais diversas. Na pesquisa de campo percebi que isso suscita envolvimento dos médicos diante desses contextos, principalmente no que se refere a posicionamentos subjetivos ante os casos.

4.6 A relação com o paciente e com os familiares nas unidades de emergência

Nós últimos anos, experimentamos um grande número de modalidades de atendimentos de urgência. Ao lado das formas tradicionais e consagradas, como as unidades de emergência, consolidam-se como formas frequentes a atenção pré-hospitalar e domiciliar. Deste modo, o médico tem diante de si o desafio de cuidar do paciente; muitas vezes, fora do ambiente a que está habituado e com um suporte inadequado. Estas situações impõem que o médico esteja atento às necessidades do paciente e priorize as ações dirigidas à preservação da vida do paciente, sem, no entanto, relegar a um plano secundário alguns preceitos básicos do relacionamento médico-paciente. Devem ser considerados, nas situações de urgência/emergência, o medo, a ansiedade e as frustrações do paciente e também do próprio médico, impedindo que se produza um contato centrado exclusivamente na existência ou não de uma lesão orgânica detectável. Esta atitude mais abrangente é condição essencial para melhorar a qualidade da nossa relação com os pacientes que nos procuram (LADEIRA, 2010, p. 950).

Uma peculiaridade que percebi no Pronto Socorro é que o vínculo do médico com a família é mais fluido, mas com os pacientes essa relação tem contornos simbólicos e emocionais muito próprios. A relação com os familiares na urgência e emergência é diferenciada entre os médicos conforme os setores do hospital. Os médicos que estão na emergência, na chamada “linha de frente”, atendem ao paciente numa situação tão grave que, muitas vezes, precisam entrar direto para o bloco cirúrgico e nem dá tempo para conversar com a família. E, como a emergência é um local de “passagem”, esse paciente é encaminhado para outros setores. Assim sendo, os médicos que a ele atenderam na entrada já não terão mais contato com este nem com sua família. Além disso, na emergência dão entrada pacientes a todo o momento, a dinâmica é intensa, por isso os médicos não podem se prender a um só caso. Isso se difere, por exemplo, nos casos de setores fechados, como a UTI, onde o médico possui um contato mais prolongado com a família e com o paciente:

Eu tenho os pacientes que estão acordados e que estão interagindo. Eu gosto muito de conversar, brincar, eu faço muita questão de guardar o nome, chamar a pessoa pelo nome, porque isso passa para a pessoa de que ela está sendo bem cuidada e tendo atenção. Toda família que está com um paciente grave, com risco de morrer, o que eles mais precisam é de acolhimento, não é de informação técnica, porque isso eles não têm nem capacidade de entender muitas vezes. Mas acho que não é

todo mundo, só quem trabalha em setor fechado que tem esse papel, quem trabalha na linha de frente eu acho que não consegue ter nada, porque é tudo muito rápido e corrido (Clínica Médica - F).

Conforme relato de um médico da emergência, isso ocorre de fato, embora se faça o possível para dar um suporte à família:

O Pronto Socorro muitas vezes é tão cheio, e eu olho um, olho outro, opero, muitas vezes eu não consigo fazer isso, porque eu tenho uma coisa muito mais importante para fazer com relação a outro paciente grave. Então a gente tenta dar esse amparo, essas notícias na medida do possível (Cirurgião Geral).

Por outro lado, para alguns médicos, o vínculo com os familiares se dá de forma independente do setor em que atendem. A relação varia de médico para médico:

Eu vejo alguns colegas de trabalho muito sensíveis e bem solidários com os familiares, sabem lidar com eles, sabem conversar, explicar o caso, têm aquela empatia com os familiares. [...] Pelo menos eu procuro tentar ser assim. Mas eu vejo muitos colegas em que a presença de um familiar é incômoda, é irritante, então eles tratam super mal (Clínica Médica - M).

Embora alguns médicos expressem em seus depoimentos que o vínculo é de acordo com cada profissional, independente do setor, é perceptível que, na emergência, a relação é mais fugaz e, de fato, difere de outros espaços da instituição. Isso mostra a diferença entre o que é representado no discurso e o que de fato ocorre na prática cotidiana do serviço.

De uma forma geral, a relação envolve três atores: o médico, o paciente e a família do paciente. Veja-se cada um desses atores. Conforme Ladeira (2010), o médico de Pronto Socorro exerce sua função em regime de plantões intensos e desgastantes, muitas vezes associados a outras atividades, como atendimentos ambulatoriais em outros hospitais. Os serviços de urgência e emergência compõem-se por uma equipe multidisciplinar, devido à complexidade dos casos e traumatismos, entretanto tal característica possui dois lados: ora promove uma visão mais precisa do estado do paciente, ora dilui a responsabilidade junto ao doente, assim:

É muito comum encontrarmos pacientes avaliados por vários médicos sem que nenhum deles tenha efetivamente assumido a condução do tratamento. Além disso, o médico que atende urgências lida com doentes graves, fato que o mobiliza profundamente, dificultando o estabelecimento de vínculo com esses pacientes. Devemos reconhecer por último que, no ambiente acadêmico, o médico recebe pouca ou nenhuma formação na área de psicologia médica, acarretando uma ausência de capacidade de identificar e tratar problemas relativos a esta área (LADEIRA, 2010, p. 950).

O segundo ator é o paciente que, em grande parte das vezes, é vítima de traumatismos ou doença clínica aguda, geralmente é um adulto jovem em idade produtiva. Um paciente que,

antes de dar entrada ao hospital, era hígido – há em alguns casos em que pacientes nunca precisaram de cuidados médicos - agora se encontra num quadro grave e requer cuidados especiais. Claro que existem casos de indivíduos que já sofriam algum tipo de enfermidade crônica, cujo quadro se alonga.

Segundo Ladeira (2010), o terceiro ator diz respeito à família do paciente. A conversa com a família torna-se importante para compreender melhor a situação do paciente:

Mesmo que em algumas situações esta conversa seja desgastante, através deste contato podemos perceber o tipo de relação existente entre o paciente e seu núcleo familiar e, quase sempre, captar a existência de sentimentos de culpa, raiva ou chantagem emocional nesta relação. Essa atitude permite ao médico uma melhor escolha da estratégia terapêutica a ser realizada. Além disso, o médico cumpre sempre a função de esclarecer o quadro real do paciente, para que sua família saiba como se conduzir futuramente e tome as providências necessárias ao caso (LADEIRA, 2010, p. 951).

Em muitos casos não há relação nem com o enfermo nem com a família:

Há situações em que o paciente dá entrada ao hospital, vem direto para a Sala de Reanimação e já morre aqui. Eu nem sei seu nome, quem é ele. Daí, corro para procurar a família no corredor e vou dar a notícia de que o paciente morreu, e eu nem sei 'quem' é esse paciente... fica uma notícia difícil de dar (Cirurgião Geral).

Por outro lado, há situações de envolvimento médico-paciente, mesmo o médico não tendo relação nem com a família e nem com o paciente. Isso ocorre porque muitos médicos se sensibilizam com a história por detrás do incidente envolvendo a vítima:

Muitos pacientes que chegam aqui estão com a marmitta dentro da bolsa... são mortes surpresas. Ele estava vivendo, trabalhando como qualquer um de nós e, de repente, acontece algo que rompe isso tudo. Você está caminhando numa rua, um carro te pega; você está na construção civil trabalhando e sofre uma queda; um motorista alcoolizado te atropela, nada disso estava previsto no seu dia (Clínica Médica - M).

O suicídio ainda considerado tabu incita questionamentos por parte de muitos médicos, como mostra o depoimento a seguir:

O suicida também tem uma história... não é um acidente, claro, porque ele quis fazer tal ato, mas ele o fez por um motivo que, para ele, fazia sentido, muitos aqui julgam esses pacientes... é claro que tem uns que é 'chilique' mesmo... você vê que o paciente, na maioria adolescente queria era chamar atenção. Mas há casos sérios, como a depressão que não deve ser negligenciada, ele é um doente, sofre de uma enfermidade como qualquer outra, não podemos julgá-lo... ao conversar com a família vemos que as coisas não estavam indo muito bem com ele. As histórias são várias e não há como se emocionar. Teve uma que tentou e conseguiu o autoextermínio na semana passada que me deixou bastante sensibilizado. Ela havia perdido os pais num acidente quando criança, foi criada com os avós. Segundo eles, ela depois das mortes ficou uma pessoa isolada e que só estudava, aliás, era uma pessoa culta, já com PHD aos 30 anos e muito bonita. Só que os avós disseram que ela era muito só, ela fazia tratamento psiquiátrico desde que foi diagnosticada a

depressão, mas não surtia efeito; de uns meses para cá ela se definiu e não conseguia mais sair do quarto. Ela era acompanhada por um dos melhores psiquiatras aqui de BH. Ele ficou arrasado quando ficou sabendo da morte dela... mas, de fato, é uma frustração para o profissional que estava tratando uma pessoa para que ela voltasse a viver normalmente, afinal buscar resguardar a vida é o nosso ofício. Ela ingeriu muito chumbinho e, como era comum ela se trancar no quarto, os avós acharam normal o seu sumiço até que, depois de passado muito tempo, resolveram arrombar a porte e ela já estava desacordada. Ela chegou aqui bem mal, ficou na UTI um tempo, mas não resistiu. Então a gente fica pensando muito na história que os familiares contam para a gente, e o sofrimento deles... esses avós, por exemplo, já com bastante idade ter que aguentar um 'baque' desses. Uma moça bonita, inteligente, mas com uma tristeza que a levou a dar cabo a sua própria vida. Ela buscou ajuda, se empenhou no tratamento, mas nada deu certo (Cirurgião Geral).

Alguns médicos consideram que, por se tratar de um Pronto Socorro, a relação com os familiares torna-se mais difícil ainda, pois, raramente, o que aconteceu ao paciente foi algo esperado, e sim um fato agudo quase sempre imprevisto, especialmente nos casos de acidentes. Também, quando as vítimas são jovens ou crianças, os familiares são mais ansiosos e há dificuldade no que se refere à abordagem com a família:

A relação é tensa, às vezes a história é confusa, às vezes é conflitante, muitas vezes policial, às vezes entra a polícia no meio, porque a gente já teve atendimento de pacientes na emergência e o acompanhante foi tão agressivo que foi preciso chamar um policial, muitas vezes você lida com o acompanhante que está drogado, bebe, ou é histérico (Clínica Médica - F).

Durante o período de campo, presenciei algumas cenas de ameaças contra os médicos por parte de alguns familiares. Segundo um médico, tais situações ocorrem num contexto que ultrapassa a atuação do profissional, no entanto a culpa sempre recai sobre o médico:

O médico já erra, a enfermeira pode errar também, e a responsabilidade já não é médica, então o paciente que fica esperando isso e morre lá fora é a sensação total de desassistência, ele vai em cima de quem? Claro que é do médico, ele que é o culpado. Então você vê muito hoje a questão da agressão, mudou porque antes o paciente tinha um respeito pelo médico, então eu acho que é uma relação muito conflituosa, a gente conversa com um médico de emergência hoje e ele tem medo, isso não existia (Clínica Médica - M).

A relação também se torna conflituosa notadamente nos casos em que os familiares não respeitam determinadas regras do hospital, especialmente no ambiente das salas de emergência:

Pode chegar alguém arrebatado e a pessoa até desmaiar, isso já aconteceu muito. Às vezes eles acabam mexendo em aparelhos de outros pacientes e a gente acaba não tendo muito controle porque é uma sala muito grande. Eu até entendo a ansiedade da família, mas... (Clínica Médica - F).

Além disso, as notícias só são dadas no horário de visitas a um familiar indicado que a repassa a outros familiares, entretanto todos os familiares em visita exigem que a notícia seja dada, a qualquer hora, pelo médico:

O familiar muitas vezes exige um excesso de cobrança em cima da gente, principalmente na hora da visita. Você dá a notícia para mãe sobre o caso de uma criança, daí eu dou a notícia e falo para ela dar a notícia para os demais parentes que foram visitar a criança, aí depois chega o irmão. Então é interessante, eles não aceitam que um familiar diga a notícia, eles querem escutar do médico, e isso muitas vezes acaba tumultuando o serviço (Neurocirurgião).

Os médicos precisam lidar com uma gama de emoções segundo o perfil de cada paciente e de seus familiares, desde os ansiosos, obsessivos, histéricos aos deprimidos. Alguns médicos consideram que é necessário ser compreensivo e respeitar as diferenças: “*Temos que entender esse momento da pessoa. Uma coisa que também acho é que não devemos ‘pregar’ as nossas convicções para a família, cada um precisa do seu espaço*” (Clínica Médica - F). Muitos familiares usam diversos tipos de autodefesa diante do incidente: geralmente sentem frustração por não terem conseguido evitar o ocorrido, eles procuram falhas em suas condutas como forma de explicar a condição do filho. Em alguns casos, não podendo lidar com a frustração sentida, procuram transferir a responsabilidade para o médico. Em campo, vi casos nos quais um familiar pediu para ver o prontuário do paciente para saber se ele estava sendo bem assistido pelos médicos. Segundo Ladeira (2010), há também diversas situações extremas nas quais o médico precisa lidar, como, por exemplo, atendimentos a suicidas, indivíduos alcoolizados e agressivos, sendo também frequentes casos de infratores da lei. Estes nem sempre são conduzidos ou encaminhados por agentes da lei, há relatos de meliantes atendidos que ainda não haviam sido “capturados” pela polícia. Assim:

Além das preocupações habituais, ele deve estar atento para preservar sua própria integridade física, da equipe e também de seu paciente. Nessas horas, uma atitude firme e equilibrada pode garantir um bom atendimento. Os atendimentos pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes em vias públicas, nos quais é muito comum o acúmulo de transeuntes, também demandam que o médico assuma uma postura de comando no local e, se preciso, peça auxílio à força policial para garantir as melhores condições de ação (LADEIRA, 2010, p. 951).

O encontro do médico com o paciente também envolve sentimentos diversos; às vezes, o indivíduo encontra-se numa situação aguda, inesperada:

O medo da morte, a vivência da dor e a ansiedade gerada pela admissão em um hospital são eventos que desestabilizam seriamente o equilíbrio interno da pessoa. No hospital, ela, agora paciente, será submetida a uma série de exames e tratamentos que, aos seus olhos, podem parecer mais agressivos do que a própria condição que motivou o atendimento. Cabe ao médico, nesse momento, priorizar suas intervenções, no sentido de remover qualquer fator que ameace a sobrevivência do

paciente. Ele não pode, entretanto, esquecer-se de que está diante de um ser humano carente de segurança e em dúvida sobre o que lhe vai acontecer. É bom lembrar que, em situações de extrema urgência ou quando em coma, o paciente não possui meios de fazer prevalecer seus desejos e, invariavelmente, está à mercê das decisões médicas. Nesta hora, para evitar danos maiores, é importante que o médico tenha conhecimento dos limites de sua capacidade e controle sobre sua onipotência (LADEIRA, 2010, p. 951).

Perguntei aos médicos se há algum critério preestabelecido de prioridade no atendimento dos pacientes, ou seja, se o caráter sociocultural e/ou econômico interfere na atuação:

Não há uma discriminação aos pacientes [...] Se o assaltante precisar ser operado, ele vai ser operado. Nunca um cirurgião do hospital vai deixar de levar um paciente para o bloco cirúrgico, porque ele era assaltante, bandido. A gente não pode fazer esse tipo de julgamento, mesmo porque eu aqui dentro eu não sei o que está acontecendo lá fora, eu não sou delegado, eu não sou juiz, eu não conheço a vida da pessoa para julgar, eu não sei se ele já foi julgado ou condenado, eu não sei se o que o policial me falou é verdade; então, aqui dentro, ele é um paciente, todos são pacientes, independente de ser o bandido, de ser a pessoa que foi assaltada, de ser uma pessoa que tem distúrbio psiquiátrico que tentou se matar; ele deve ter a oportunidade de ser tratado [...] (Cirurgião Geral).

Percebi, de fato, que, ao longo da atuação, não há mesmo uma diferenciação no que se refere ao atendimento, embora haja conversas informais baseadas em juízos de valor sobre o paciente, especialmente entre meliantes. Segundo alguns médicos, é feito todo o possível para que não se crie um vínculo com a história do paciente. O que eles procuram saber é como aconteceu o acidente bem como o mecanismo do trauma, mas em alguns casos não é possível manter-se isento, imparcial:

Tem algumas histórias que a gente acaba se envolvendo, pois é importante que o médico conheça o histórico do paciente, até mesmo todas as coisas que desencadearam a internação do paciente e muitas vezes vem na 'garupa' a história familiar, a história social do paciente, com todas as desavenças que eles têm, todos os problemas, e você acaba se envolvendo. Eu olhava para os 'bandidos' que apareciam aqui e falava assim: eu nunca vou trabalhar nesse hospital, porque eu não sirvo para cuidar de gente ruim não, gente que não presta, esse povo merece mesmo é se 'foder', e que morra. Mas na hora que ele chega aqui, é um corpo de uma pessoa que ainda está viva precisando daquela mãozinha do médico ali para poder tratar e resolver o problema. Independente se for bandido ou mocinho, eu vou fazer o que eu tenho que fazer para tratá-lo, ainda que eu descubra que essa pessoa não merecesse isso. [...] Mas eu trato com muito mais carinho e empenho aquele que é o mocinho da história, aquela pessoa de bem; o bandido eu não maltrato, mas também não fico naquela coisa de carinho e tal (Clínica Médica - M).

Na fala acima, é perceptível que a técnica a favor do restabelecimento da vida é utilizada de forma indiscriminada e independente de “quem” seja o paciente. Entretanto o vínculo e a relação com o paciente tornam-se diferenciados a partir do momento em que o

médico descobre a procedência do doente. Assim, técnica e relação são duas ações apostas num atendimento de urgência e emergência.

Além dessas questões, o médico na prática profissional exerce um papel investigativo que envolve percepções sensoriais para fechar o diagnóstico. Essas percepções relacionam-se à história do paciente por meio do relato do familiar:

O paciente estando inconsciente, você vai ver a história desse paciente com o familiar, você vai ver o exame físico desse paciente, de cada detalhe desse paciente, o exame inicial, como estava a pupila dele, o cheiro que ele exalava. Igual um dia teve um paciente que chegou inconsciente, mas ele exalava cheiro de inseticida que eu já havia sentido outras vezes em outros pacientes (Clínica Médica - F).

Isso remete à fenomenologia, assim, a *anamnese* está vinculada ao experienciar médico e não apenas ao caráter racional e técnico. Como mostra Merleau-Ponty (1999), a percepção na perspectiva fenomenológica está relacionada à ação corpórea, pois a apreensão do sentido ou dos sentidos se traduz pelo corpo. Assim, para se compreender um fenômeno, é preciso levar em consideração a perspectiva sensorial, ultrapassando as dicotomias clássicas pautadas no racionalismo. O sentido e o significado, dessa forma, são atribuídos na relação, na multiplicidade de experiências e sentidos culturais, portanto a experiência não é pré-cultural ela está imbricada na cultura:

O mundo fenomenológico é não o ser puro, mas o sentido que transparece na interseção de minhas experiências, e na interseção de minhas experiências com aquelas do outro, pela engrenagem de umas nas outras; ele é, portanto, inseparável da subjetividade e da intersubjetividade que formam sua unidade pela retomada de minhas experiências passadas em minhas experiências presentes, da experiência do outro na minha (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 18).

É interessante notar que esta pesquisa constitui uma abordagem mais abrangente sobre como ocorreu o trauma, que vai aprofundando os detalhes ou pormenores do acometimento físico propriamente dito e proporciona outra forma de atendimento do profissional de medicina. Digo isso, com base no relato de uma médica do serviço de toxicologia sobre um caso bastante curioso, segundo o qual uma jovem havia dado entrada ao hospital em coma, num quadro irreversível. Ela deu entrada no Pronto Socorro depois de ter passado por um primeiro atendimento em outro hospital, no qual se havia descrito o quadro como tentativa de suicídio, pois se considerou que os sintomas eram similares à ingestão de chumbinho⁸³.

A equipe do Pronto Socorro, ao investigar com a família os antecedentes do ocorrido, verificou que a alegada tentativa de suicídio não era condizente com a história relatada pelos familiares, porque ela estava numa fase boa da vida, havia acabado de tirar carteira de

⁸³ Veneno para matar ratos.

habilitação e não revelava nenhum sinal de algum suicida em potencial. Esses relatos dos familiares incitaram aos médicos aprofundar uma “investigação” do que ocorreu clinicamente com a jovem. Depois de algumas conversas com a família:

Nós descobrimos que ela havia confessado para uma amiga que tinha tomado um remédio para fazer a prova de direção e a história era que ela tinha começado a ficar com falta de ar porque era asmática [...]. Então, a gente queria provar que não era tentativa de autoexterminio; nós fizemos os exames e constatamos que ela não tinha tomado o remédio, porque eu acho que foi muito importante ela morrer sem o estigma de ter tentado suicídio. Para ela, para a família e para o filhinho dela, isso iria fazer muita diferença saber que ela morreu por um erro de diagnóstico? Por uma fatalidade? Não sei. Mas não foi um suicídio, não foi o inseticida que estavam dizendo que ela tinha tomado e isso a gente conseguiu provar. Então, isso não tinha importância para a sobrevivência dela, mas para a imagem dela e para a família dela foi importante, porque o suicídio é estigmatizante ao extremo. Todo paciente que tentou suicídio ele é visto como um psicótico, um doido que não pensa nos outros (Clínica Médica - F).

O relato acima reforça o que já foi dito sobre o fato de que a atuação médica ultrapassa a um atendimento restrito à doença e torna-se um papel social; somado a isso, o trabalho investigativo, que consiste na *anamnese*, não se restringe apenas ao mecanismo do trauma ou como o incidente ocorreu, ele atua em outras esferas da vida do paciente.

Bonet (2004), baseado em alguns conceitos formulados por Turner, entende o diagnóstico como um “símbolo dominante de um processo social ritualizado”. Isso implica dizer que, considerando-se o diagnóstico como símbolo dominante, ele é constituído por dois polos de sentido, que seriam o polo ideológico e o polo sensorial: “Estabelecendo-se as diferenças entre os polos no ‘diagnóstico’, pode-se dizer que, no ideológico, encontram-se os temas referentes às técnicas e ao saber biomédico; e, no sensorial, aqueles sentimentos e desejos que se associam a essas técnicas e a esse saber” (BONET, 2004, p. 89-90).

No exemplo citado anteriormente, pude compreender justamente que a médica se alicerçou em ambos os polos para tentar compreender o que havia acontecido com a garota. Com referência a esses pontos, o relato a seguir mostra o quanto é ampla a atuação médica e o poder que ela tem na vida das pessoas:

Tive um paciente de 16 anos. Eu o conheci durante minha residência. Ele tinha um tumor na coluna, então eu o operei como residente, ele era paciente do meu chefe. Eu o operei em 2006, 2007, 2009, tudo vinculado ao tumor. Essa última em 2009 foi antes de sair do Brasil. Eu passei um tempo fora, e ele ficou super bem depois dessa cirurgia, aí, quando eu voltei em 2012, ele foi operado novamente por um colega, e quando ele teve que ser operado de novo, ele sabia que eu já tinha voltado e falou: ‘eu queria que você me tratasse’. E foi minha primeira vez como o cirurgião responsável, porque antes eu era residente e meu chefe era quem respondia pela cirurgia. Então eu o operei de novo e dois meses depois, o tumor cresceu e estava tudo de novo lá. Aí eu sentei com a família e falei: ‘Olha, a gente tem que saber a hora de parar, não tem jeito, nós o operamos cinco, seis vezes, isso não vai parar

nunca. Não tem o que fazer'. E foi muito difícil porque ele estava totalmente consciente e nisso ele já estava parapléxico. Aí eu lembro que ele falou: 'Ó Dr., eu estou sentindo muita dor, me opere logo, me opere pela última vez, para eu poder casar'. Ele estava com o casamento marcado e queria casar. Eu o operei, ele me convidou para o casamento, eu não quis ir, ele me convidou para ser padrinho inclusive e eu não quis isso. Eu falei: 'Olha Átila, eu te agradeço muito o convite, eu não vou a seu casamento, porque eu estou de plantão, inventei umas coisas e tal, porque eu não queria ir ao casamento'. Aí ele casou e três semanas depois ele morreu. E esse foi um caso que me marcou muito, porque foi nessas circunstâncias (Neurocirurgião).

Como visto, o médico acaba por realizar desejos do paciente que extrapolam uma intervenção clínica, contemplando o caráter social, os sentimentos e pedidos subjetivos do paciente. Sob outra perspectiva, os médicos destacam que todos os casos (e, por extensão, as histórias) devem ser tratados com respeito, dignidade e neutralidade, pois muitas vezes os detalhes do fato que levou esse paciente ao hospital podem interferir na atuação do profissional, como, por exemplo, infratores, agressões interpessoais:

Numa situação de urgência o que se recupera não é o paciente, recupera-se aquele indivíduo da doença dele, porque o trauma é uma doença, então, é uma doença aguda, que sangra, que deixa sequela, que mata. Então o que fazemos? Nós resolvemos a fase aguda do problema, mas a relação médico-paciente ela tem essas restrições na urgência. Diferente daquele paciente de consultório que te procura, que você vai prepará-lo para uma cirurgia eletiva, é outro cenário totalmente diferente (Cirurgião Geral).

Entretanto, embora nas entrevistas alguns médicos tenham me dito que não procuram saber detalhes do evento, em campo percebi que isso nem sempre ocorre exatamente assim, observei que tanto eles procuram saber como comentam entre si. Durante o campo ouvi frases como estas: “O cara trabalhando e acontece isso” “Uma família foi destruída nesse acidente, o que vai ser dessa criança agora”; “O cara fugindo da polícia atropela e mata essa senhora que não tinha a ver com nada”; “Esse bandidão leva 30 tiros e não morre, um pai de família leva um tiro e morre”.

Aqui, cabe destacar que os médicos são treinados para lidar com a doença, mas e o doente, como fica nessa história? Claro, que a prática médica não se restringe ao trato de uma moléstia física, afinal, os médicos também têm um corpo que sente a dor e também reage a ela. Eles são seres no mundo, são afetados pelas situações que vivenciam na prática profissional. Isso mostra que uma suposta atitude *blase*⁸⁴, entendida como uma indiferença em relação ao outro, sustentada tanto pelo ensino médico quanto pelo senso comum, não é uma

⁸⁴ Tal termo foi utilizado por Simmel (1987) para se referir ao homem metropolitano que está exposto a muitos estímulos, mas não consegue reagir a todos com a energia apropriada. Isso gera uma maior objetividade e racionalidade, na medida em que se preserva a vida subjetiva e pessoal. É o estar “próximo fisicamente e distante mentalmente”.

posição permanente para o médico. Afetividades, sensibilidades, juízos de valor e envolvimento também se imbricam na atuação profissional.

Discorrendo a esse respeito, Bonet (2004) destaca que o ingresso na prática médica envolve uma tensão estruturante entre os domínios do *saber e do sentir*: o primeiro vinculado ao saber racional e científico, e o segundo às emoções. Conforme o autor, tal tensão resulta do modelo biomédico⁸⁵, característico da cultura ocidental moderna, devido a seu maior grau de legitimidade e sua constituição enquanto saber científico:

A delimitação do ‘profissional’ e do ‘humano’, ou do saber e do sentir, como dois conjuntos de representações separadas, se manifesta em forma permanente nas práticas cotidianas do serviço. A biomedicina, baseada na construção dualista que derivou no que chamamos de tensão estruturante, para sua constituição como um campo de saber ‘científico’ dividiu três totalidades: o médico, o paciente e a relação entre eles. *Deslocou para o subconsciente aqueles aspectos dessas totalidades que não se encaixavam nesse discurso criado sobre o processo de saúde-doença. Mas, cotidianamente, isso que foi reprimido encontra uma brecha que possibilita sua manifestação, fazendo sentir seus efeitos na prática biomédica cotidiana* (BONET, 2004, p. 118, grifos meus).

Outro ponto diz respeito às formas de comunicação, ou melhor, às formas como os profissionais se expressam no ambiente de trabalho. Segundo um médico:

Aqui você precisa ter um jogo de expressões, você não pode deixar transparecer certas coisas para os familiares e para o doente. Se, por exemplo, o paciente está muito mal, a gente não pode expressar agonia, desespero, indiferença, tudo isso a família percebe, e o paciente, quando consciente, também (Pediatra - M).

E, muitas vezes, os pacientes questionam: “*Ah, Dr., fiquei preocupada com a ‘cara’ que você fez... meu quadro é muito grave?*”. Nesse aspecto, os profissionais precisam utilizar uma linguagem não verbal entre eles, além de ter de administrar suas próprias emoções:

Certamente, vários fatores (senão todos) em um pronto socorro desfavorecem uma abordagem ampla do paciente, começando pelo excesso de ruídos, passando pela falta de privacidade e culminando com a necessidade de atendimentos rápidos. Mas, embora nem sempre seja possível diagnosticar corretamente a condição psicológica do paciente, sempre é possível dar atenção e consideração à pessoa que nos procura, fato que, por si só, serve para diminuir seu sofrimento. Ao atender um paciente em regime de urgência, não basta ao médico ter senso apurado para diagnóstico e habilidade técnica para a realização de procedimentos propedêuticos e terapêuticos. *É necessário, também, ter habilidade, sensibilidade e conhecimento para lidar com os sentimentos do paciente e os de sua família, além de lidar com suas próprias emoções.* Afinal, o fato de o diagnóstico ser um infarto do miocárdio ou uma crise de pânico é importante, mas não é tudo, pois o paciente interessa realmente ser ouvido, compreendido e ajudado (LADEIRA, 2010, p. 952- grifos meus).

⁸⁵ Conforme Dumont (1987) a consolidação da medicina enquanto um saber científico está vinculado ao individualismo preponderante na cultura ocidental moderna. Ancorando nesse aspecto, Bonet (1999) ressalta que o indivíduo se configura com um valor absoluto, e o corpo torna-se um agente de individualização: “transformação fundamental para que a biomedicina se cristalice como um modelo sobre o corpo e a doença” (BONET, 1999, p. 125).

Há também que se destacar que os médicos interpretam as doenças a partir das informações – das narrativas – que os pacientes trazem. Nesse sentido, embora a enfermidade esteja na esfera biológica, o homem também a percebe sob outras dimensões e seu significado surge por meio de uma narrativa individual, partindo-se de percepções pessoais. Nesse sentido, conforme Hunter citado por Grossman e Cardoso (2006), a medicina torna-se uma “ciência de indivíduos”, não se ancorando somente em meios científicos mas também na prática cotidiana com os pacientes, posto que o paciente vai trazer sua subjetividade, sua singularidade e suas formas de perceber (narrar) a doença. “As narrativas de pacientes abordam aspectos da vida, discussões sobre a doença e desequilíbrios por ela impostos e, especialmente, são apresentados depoimentos sobre as capacidades individuais de agir para transformar essas novas realidades” (GROSSMAN; CARDOSO, 2006, p. 8).

Ao narrarem, os pacientes contextualizam sua enfermidade e atribuem sentido a ela, no como falar e no como apresentar sua doença. O prontuário se refere à primeira narrativa médica, posto que é nele que estão inseridas as primeiras informações sobre o paciente e sua doença. Conforme estas autoras, desde a época de Hipócrates, o conhecimento médico é tido por meio de “relato de casos”: “Na acepção da epidemiologia contemporânea, são conceituados como apresentações detalhadas de um único caso ou de poucos casos, e representam uma forma importante de trazer doenças, especialmente aquelas mais raras, ao conhecimento médico” (GROSSMAN; CARDOSO, 2006, p. 10).

Conforme Hunter (1991), pode-se fazer uma analogia entre medicina e literatura: assim como a literatura diz respeito a seres humanos, suas histórias, concepções e valores culturais, assim também é a medicina. Esta não pode ser considerada somente como uma ciência mas também como uma prática interpretativa, uma vez que o médico, em seu exercício profissional, precisa interpretar os relatos do paciente e seus prontuários. Conforme Verguese, citado por Grossman e Cardoso:

Ao procurar um médico, o paciente vive o seu drama particular, tem o desejo de não escutar más notícias e, invariavelmente, sente medo. As narrativas médicas, portanto, mais do que traduzirem um conflito e sua resolução, devem abarcar uma epifania e, última instância, sua razão de existir. Afirma que o grande desafio do médico é comprometer-se com o paciente e sua família e encontrar esta ‘revelação’, mesmo que ela seja simplesmente o entendimento de que não há nada mais a ser feito sob o ponto de vista da medicina (VERGUESE *apud* GROSSMAN; CARDOSO, 2006, p. 10).

Aqui, não poderia deixar de registrar as demonstrações de agradecimentos que os pacientes davam aos médicos. Presenciei várias cenas em que o paciente chegava num quadro

grave suplicando ajuda ao médico e, após a intervenção, eles agradeciam comovidos: *“Obrigado Dr., o senhor salvou a minha vida”*, *“Obrigado, estava sentindo tanta dor...”*. De fato, quando procuram um hospital, as pessoas estão num momento de extrema fragilidade física e emocional, e os enfermos acabam confiando ao médico sua vida. A reação dos médicos, em geral, mostrou-se um misto de timidez e alegria diante do agradecimento: *“Você não precisa me agradecer, esse é o meu trabalho”*, *“Estamos aqui para isso”*. Em casos de óbito, por outro lado, alguns médicos se sentem incomodados quando os familiares lhe agradecem. O relato de um caso a seguir ilustra bem isso: *“Nós temos casos de pessoas que morrem e a família vem nos agradecer. Eu fico me perguntando: agradecer o quê? Eu não salvei a vida dele, embora tenha feito de tudo o que estava ao meu alcance, mas eu não salvei, ele morreu”* (Neurocirurgião).

Percebe-se que, mesmo fazendo todo o possível para restabelecer a vida do paciente, o médico entende que um “agradecimento” só é merecido se ele tiver evitado a morte.

4.7 “Fizemos o possível”: momentos melindrosos do horário de visita e a hora da notícia

A notícia dada para informar aos parentes ou responsáveis se refere tanto à situação clínica do doente quanto à notícia do óbito, cabíveis apenas ao médico. O aviso do quadro clínico do paciente é realizado no horário da visita, já a notificação do óbito é feita num local específico: a sala de acolhimento localizada no subsolo, que é a mais utilizada (porém, há casos em que a notícia é dada no leito do paciente ou no corredor, dependendo das circunstâncias da situação). Nessa sala ficam o médico, um psicólogo e uma assistente social, e as duas últimas são responsáveis pelo suporte à família após a notícia dada pelo médico.

Como já foi dito, a notícia do quadro clínico ocorre no horário de visitas no momento em que os médicos passam em cada leito a fim de situar a família sobre estado de saúde do paciente. Trata-se de notícias como: *“Ele está se recuperando aos poucos, em breve poderá voltar para casa”*; *“Olha só: o quadro dele piorou muito nas últimas horas, tivemos que fazer uma cirurgia às pressas. Ele sofreu duas ‘paradas’ e o seu estado é bem grave”*; *“Fizemos o possível, mas infelizmente não há como reverter o quadro”*. Nesse último caso, embora o médico esteja ciente da grande possibilidade de o paciente vir a óbito, ele nunca fala para a família que ele vai morrer: *“A gente não pode ir de cara falando que o paciente vai morrer, temos também que pensar na família. A gente meio que diz: o gato tá subindo no telhado, mas*

em hipótese alguma falamos a palavra morte ou ele vai morrer” (Cirurgião Geral). Outra estratégia utilizada pelos profissionais é dizer: “Ele não vai morrer, é possível que ele morra”. É interessante que os acompanhantes ou familiares, em casos graves, sempre perguntam ao médico: “Dr., ele (a) vai morrer?”. Eu mesma me peguei várias vezes diante de um paciente sem prognóstico perguntando ao médico se ele iria morrer; é uma pergunta quase que automática que se faz ao médico. Claro que o profissional tem condições de avaliar um quadro clínico e dizer se o paciente tem chances ou não, mas dizer se ele vai morrer confere ao médico certa autoridade e responsabilidade de que eles se esquivam e se defendem: “Olha, eu não posso te dizer se ele vai morrer ou não, a medicina não é exata, eu já me surpreendi com alguns casos e fazer uma afirmação dessas exige muita responsabilidade” (Cirurgião Geral).

Por outro lado, caso o paciente tenha uma melhora, porém seu quadro ainda permanece grave, os médicos também não dizem para a família que ele está evoluindo bem:

Não podemos dizer que o paciente grave evoluiu para um quadro mais brando, pois ele pode piorar, e a família fica naquela expectativa e ‘cria’ uma certeza de cura. Dizemos que estamos fazendo o possível, mas o quadro é grave. Infelizmente, ou felizmente a família só vê o lado da melhora, o que é perfeitamente compreensível, porém, para nós médicos, o paciente pode piorar e não temos um controle ‘total’ sobre isso, especialmente os pacientes que dão entrada em estado grave. Então, mesmo ele estando bem, optamos, de certa forma, pela má notícia, pois aí se ele piorar a família não nutriu nenhuma expectativa (Neurocirurgião).

Um termo muito comum utilizado no horário da notícia seja do quadro clínico, seja do óbito é: “Fizemos o possível”. Essa frase é utilizada, especialmente quando não há um prognóstico favorável e o paciente ora se encontra em estado grave, ora evolui a óbito. Percebi que os médicos a empregam como uma forma de se justificar perante a família, que eles utilizaram todos os recursos disponíveis – tanto técnicos como humanos – para mudar o quadro, mas que, fatalmente, não foram suficientes. De fato a frase “Fizemos o possível” poderia ser estendida para “Fizemos o possível e o impossível”, porque, em muitos casos, os médicos, já tendo conhecimento de um resultado desfavorável, mesmo assim dão prosseguimento em intervenções no paciente; essa situação ocorre principalmente nos casos de reanimação cardíaca.

Há ainda a notícia dada para um paciente que ficará com sequelas neurológicas. Nesses casos, a maioria se refere a pacientes vítimas de TRM (Traumatismo Raquimedular) que, necessariamente, vão ficar paraplégicos ou tetraplégicos. Segundo um médico: “A gente chega a nem dar a notícia de cara, o paciente vai percebendo que ele não está sentindo os

membros. Eles geralmente perguntam para a gente: ‘E aí Dr.? Tenho chance de me recuperar?’. Nós falamos mais é com a família” (Neurocirurgião).

Dessa forma, para o paciente o médico não dá notícia de forma clara, apenas diz que ele deixou de mover as pernas, os braços, mas que é preciso esperar para avaliar por quanto tempo isso durará. As notícias deterministas não são utilizadas, pois, por se tratar de pacientes em estado agudo, os médicos preferem que o paciente perceba aos poucos sua situação.

Em muitos casos, necessariamente, o doente precisa de uma intervenção cirúrgica, dependendo da fratura. Segundo uma médica:

São realizadas cirurgias em pacientes que possuem uma lesão instável, ou seja, uma fratura que corre o risco de dano neurológico. É uma cirurgia para fixar a coluna, para reabilitar o doente. É para torná-lo, vamos dizer, “funcional”, como por exemplo, poder sentar numa cadeira de rodas, se é que podemos utilizar a palavra funcional, uma vez que o paciente não vai recuperar os movimentos (Neurocirurgiã).

Para a família desse paciente, a notícia é dada com muita clareza. Mesmo sendo esclarecido que tal cirurgia não tem a função de recuperar os movimentos, alimenta certa esperança nos familiares e no enfermo:

Com a família eu sou um pouco mais real, eu tenho tipos de conversa completamente diferente com a família e com o paciente. A família alimenta a esperança que a cirurgia vai resolver o problema. E eu meio que mando um balde de água fria: ‘Olha, a cirurgia não tem nada a ver com a função motora dele, então nós não vamos nem melhorar e nem piorar, pode, inclusive, até piorar. Mas o objetivo da cirurgia é estabilizar a coluna para ele sentar na cadeira de rodas e fazer a fisioterapia, porque do jeito que a coluna está nem sentar ele pode’ (Neurocirurgião).

De acordo com alguns médicos, mesmo que eles tenham de dar uma notícia ruim de forma racional, ou seja, falar que o enfermo não vai recuperar os movimentos, os médicos não podem tirar a todo custo a esperança do doente, pois isso muitas vezes é que ajuda o doente a ter uma qualidade de vida melhor. Além disso, os médicos ressaltaram que a medicina não é uma ciência exata e que muitos casos os surpreendem:

Eu nunca posso dizer a palavra nunca na medicina; esse determinismo às vezes nos pega de surpresa, já vi casos inexplicáveis, eu nunca digo ‘vai ficar tetraplégico’, porque eu já vi gente desenganada e voltar a caminhar, claro que com limitações, mas recuperou boa parte dos movimentos (Neurocirurgião).

No que se refere à comunicação aos familiares em casos graves, quando em campo, aparentemente alguns médicos não expressaram dificuldade, entretanto há uma ambiguidade, pois, quando perguntei a eles sobre isso nas entrevistas, eles disseram como é ruim, por exemplo, dizer para uma mãe que seu filho pode morrer. Conforme os relatos, primeiramente

é necessário ser o mais claro possível, se fazer entender pelo familiar, isso porque em sua maioria são leigos e não compreendem os termos técnicos. Assim, é preciso falar da forma mais compreensiva sem nunca tirar completamente a esperança da família, por mais grave que seja a doença, mas, ao mesmo tempo, deixar claro ao familiar o quadro do paciente:

Eu acho que o médico nunca deve ser um agenciador de uma fala sem esperança, o médico nunca deve tirar a esperança; eu sou a favor das palavras mais amenas, confortáveis, aos familiares. Eu acho que é preciso dissecar toda a verdade, aos pacientes com situações desfavoráveis. Nós jamais devemos mentir, mas não precisamos falar toda a verdade, para não sermos agenciadores do sofrimento, porque a própria situação em si é um sofrimento; eu gosto muito quando o doente me vê como uma esperança. Se eu não souber trabalhar com essa ideia eu vou destruir, na cabeça desse indivíduo, toda a sua esperança e isso não é o trabalho do médico. O trabalho do médico é se colocar numa posição de sempre representar a esperança e o conforto (Cirurgião Geral).

Os médicos ressaltam dois casos nos quais têm dificuldade para dar notícia ao familiar, posto que, como um hospital de Pronto Socorro funciona em regime de plantão, em alguns setores os médicos não têm um contato linear com a família: *“Eu não gosto pelo seguinte: justamente por não saber o que o meu colega do plantão anterior falou para a família e discutiu o caso. Aquela condução diária dos casos, de como está o paciente, se puder não ser eu, eu prefiro”* (Clínica Médica - M).

Há de se considerar ainda que a notícia num serviço de urgência e emergência, no qual, em sua maioria, os casos se referem a traumas, possui uma característica peculiar e mais difícil para o profissional, pois são mortes ou lesões que ocorrem de forma abrupta e inesperada e, por esse motivo, sobrevêm antes que o médico tenha tempo para estabelecer um vínculo tanto com o familiar quanto com o enfermo:

Aqui, por ser uma morte ou um incidente inesperado, exige um pouco de jogo de cintura do profissional. Não conhecemos a família, não sei de onde veio esse doente, sua história. Tudo isso dificulta a relação na hora de dar a notícia, tanto de um óbito como de alguma sequela. Essa última ainda é pior, porque é um trauma difícil para o paciente e para a família, e se tivéssemos uma relação de algum tempo, isso amorteceria o impacto da notícia (Cirurgião Geral).

Segundo estudo realizado por Fallowfield e Jenkins (2004), tal situação é extremamente estressante para o profissional: *“Staff in accident and emergency departments frequently have to tell families bad news and the experience can be especially stressful for all concerned since there is little or no opportunity to develop a trusting relationship with the family”* (FALLOWFIELD; JENKINS, 2004, p. 315).

Mas, segundo uma médica, no contexto de um Pronto Socorro, sua dinâmica inviabiliza um contato mais próximo com o enfermo e é exatamente dessa situação que os médicos fazem uso para se protegerem:

O médico de Pronto Socorro coloca um escudo na frente dele, que é o escudo da urgência e da emergência. A gente transforma tudo em emergência em relação à família, ou seja: eu não tenho tempo de conversar com você. Mas é o escudo, é para não se expor, para não perder tempo, para não se desgastar, não sofrer, para deixar as suas questões de morte guardadas (Clínica Médica - F).

Os familiares muitas vezes solicitam ao médico para não revelarem ao paciente seu real estado clínico, que, na maioria das vezes, corresponde a um estado grave, sem prognóstico. Percebi que tal ocultamento, de alguma forma, nutre a esperança no enfermo de que ele vai se recuperar, o que segundo Leal traz consequências danosas tanto para a família quanto para o doente:

Devemos tentar demonstrar aos familiares a tensão que a conspiração do silêncio pode provocar na relação familiar, chamando-lhes a atenção para o fato de que entre o diagnóstico e a morte irão ocorrer situações de completo fingimento. A família finge que nada sabe e que nada de mal está a acontecer e o doente finge que está tudo bem e que nada sabe para não preocupar a família, impedindo assim que se solucionem casos por resolver, que se façam despedidas e, por vezes, impedindo a morte em paz (LEAL, 2003, p. 40).

4.7.1 A notícia fora de hora⁸⁶: comunicação do óbito

A perda de uma pessoa querida é uma das experiências dolorosas mais intensas que qualquer ser humano pode sofrer, e não é só dolorosa como vivência, mas também dolorosa de ser testemunhada, apenas pelo fato de sermos impotentes para ajudar.
(J. Bowlby)

Na noite de Natal de 2012, enquanto um cirurgião realizava um pneumotórax⁸⁷ num paciente na Sala de Reanimação, ele me contou a dificuldade que teve para relatar aos familiares do paciente que este veio a falecer, remetendo a um óbito que o marcou muito:

Lembro-me de um momento da minha trajetória profissional que não consigo esquecer. Estava de plantão aqui no hospital e minha mulher me ligou pedindo para que eu pegasse um resultado de teste de gravidez logo aqui perto. Eu ainda não tinha sido pai. Chegando ao hospital abri o envelope e deu positivo, fiquei muito feliz na hora. Em seguida fui ver uma criança que havia dado entrada no hospital vítima de um acidente de bicicleta; fui ver como ela estava e fiquei sabendo que ela havia falecido há poucos minutos. Fiquei desconcertado e não sabia como falar

⁸⁶ Utilizei esse título “notícia fora de hora”, pois é um termo muito comum utilizado por alguns médicos na ocasião da comunicação do óbito para a família que, num contexto de Pronto Socorro, na maioria das vezes, é surpreendida pela notícia.

⁸⁷ Acúmulo de ar entre o pulmão e a pleura, membrana que reveste internamente a parede do tórax. O procedimento do pneumotórax consiste na retirada desse ar através de uma mangueira conectada a pleura (Informação obtida na pesquisa de campo, a partir de depoimentos colhidos com os médicos).

para a família. E o mais engraçado de tudo é que eu já havia dado muitas notícias de óbito, mas nessa eu travei e até hoje a lembrança desta me afeta. Tudo parecia uma ironia do destino: eu acabava de saber que seria pai e, ao mesmo tempo, teria que dar a notícia a um pai que o seu filho havia falecido. Isso bateu de frente com a minha própria vida e me abalou muito (Cirurgião Geral).

Ao relatar o ocorrido acima, percebi que o médico relacionou o fato automaticamente a sua experiência de vida. Pude compreender, pelos depoimentos médicos, que há sim uma continuidade entre sua condição de sujeito e de profissional diante da morte, não há uma separação delimitada de ambas as esferas.

Além dessas questões, presenciei alguns casos que me chamaram muito a atenção: eram pacientes que vieram a óbito no horário de visitas, causando uma surpresa desconcertante, tanto para os familiares quanto para os próprios médicos, pois para muitos desses pacientes, embora estando em quadro grave, ainda havia esperanças de uma possível melhora. Nessas situações percebi que era muito difícil para os médicos dizerem aos familiares que o paciente ‘parou’, pois era uma situação inesperada para todos.

No que se refere à notícia de óbito, quando o paciente já se encontra num quadro grave, a comunicação torna-se mais fácil, já que o familiar estava de “sobreaviso” de que o paciente estava em quadro ruim e que havia riscos de ele morrer. Mas, quando o paciente estava indo bem e, de repente, morreu inesperadamente, essa notícia torna-se difícil, por isso alguns médicos fazem uso da seguinte estratégia:

Porque para eles (familiares) é assim: ‘Ah, a última notícia que eu recebi era que ele estava ótimo. Como que agora ele está morto?’ Por isso que enquanto o paciente está internado, eu já deixo claro para a família que o paciente ainda corre riscos, porque a gente nunca sabe o dia de amanhã. Então não tem como a gente saber o que vai acontecer com o paciente daqui a pouco. Vai que amanhã acontece alguma coisa e o paciente morre? (Clínica Médica - M).

Por outro lado, por se tratar de um regime de plantão o médico, não sabe o que seu colega do plantão anterior comunicou à família sobre o quadro clínico do paciente:

Você tem um paciente que não está evoluindo bem, mas seu colega pode não ter uma visão igual a sua. E isso te dá vários problemas porque o colega falou: ‘Não, está tudo certo. Ele vai passar por isso mesmo’. Aí o paciente vai e falece no seu plantão, o familiar vem em cima de você. Porque para ele a informação que vale é aquela que diz que o paciente vai melhorar, então daí eu falo que ele está numa situação ruim? (Clínica Médica - M).

Outra estratégia muito comum utilizada pelos médicos em caso de óbito é fazer um apanhado detalhado de toda a evolução clínica do paciente desde o incidente que o levou ao hospital, as manobras utilizadas para salvar a vida do paciente até o desfecho final. Isso é destrinchado pelo médico. Percebi que esta parece ser uma forma que o profissional de

medicina encontra para convencer a família de que foi feito todo o possível para salvar a vida do paciente; um médico denominou tal estratégia como “*matar devagarzinho o paciente*”. Primeiramente, o médico procura saber da família o que ela sabe a respeito do caso, a partir disso é explicado exatamente tudo o que aconteceu de forma cronológica da forma mais compreensiva possível, dado que muitas famílias são leigas e com pouca instrução:

Eu falo o que aconteceu, a magnitude do problema, e digo que ele é incompatível com a vida. Mas a postura do médico, a serenidade dele ao transmitir uma notícia, eu acho que interfere muito na confiança, porque você pode adquirir confiança em minhas palavras na maneira como eu te transmito uma ideia, então uma fala serena, uma fala clara, sincera, garante cumplicidade. Então os familiares devem saber detalhes de uma ocorrência desfavorável. Eu geralmente uso o termo ‘nós perdemos o paciente’ (Cirurgião Geral).

Percebi que, nesses casos, a família escuta atentamente os dizeres do médico e, na maioria das vezes, o interrompe com comentários convictos de que o paciente vai sobreviver: “*O acidente foi grave, mas ela estava consciente, Dr., tenho certeza que ela vai sair bem*”; “*Ele já tomava remédios para hipertensão, mas é um homem muito saudável e forte*”. Tais “esperanças” dos familiares, que expressam uma negação da morte, deixam o médico desconcertado e sem jeito e dificultam ainda mais a notícia porque, afinal, tais comentários dos familiares não condizem com suas palavras finais: a morte.

Essa estratégia utilizada pelos médicos de deixar bem claro tudo o que eles fizeram e que estava ao alcance deles para resguardar a vida do paciente também os coloca numa posição de culpado, por não ter evitado a morte: “*Olha, nós perdemos. Infelizmente nós estávamos numa luta danada para mantê-lo vivo, mas nós não conseguimos e ele morreu. O grupo que estava olhando o doente também está pesaroso, não se isentando daquela situação*” (Clínica Médica - F).

Um médico ressalta que ele sempre pede desculpas para os familiares não no sentido de culpa, mas pelo fato de que esses familiares acreditaram nele:

Eu sei que eu não sou Deus e nem destemido, mas eu sempre acho que poderia ter feito algo mais. Isso não significa que faltou alguma coisa, eu sei que eu fiz o máximo, mas eu sempre acho que eu podia ter feito mais, acho que uma cobrança interna. É como se eu dissesse para a família: perdão, eu tentei de tudo, fiz o possível (Neurocirurgião).

Uma médica que atua também no SAMU, em especial, me relatou que caso tenha um óbito na rua e a família não esteja esperando, ela procura, mesmo sem indicação, tentar a reanimação do paciente, mesmo sabendo que ele não vai sair daquela condição. Tudo isso é feito para que o familiar tenha certo conforto vendo que a equipe tentou.

Em alguns casos, entre o início da conversa e o final, o familiar vai percebendo a gravidade da situação de modo que, pelo meio do enunciado, ele já sabe que o paciente morreu e só espera a confirmação do médico. Mas essa não é a estratégia de alguns médicos que preferem ir direto ao assunto: “*Eu procuro ser rápida e objetiva, eu não gosto de ficar pintando e florindo nada não*” (Clínica Médica - F). De forma objetiva ou indireta, o fato é que os médicos não se sentem confortáveis para dar notícia de óbito:

Não acostumo mesmo, toda vez que, no nosso serviço, falece algum paciente, eu fico angustiado por ter que dar a notícia. Essa parte é a mais triste, é a pior hora do plantão médico, da atuação médica, da nossa profissão. Dar essa notícia me deixa sempre muito chateado (Clínica Médica - M).

Conforme os depoimentos, essa é a hora em que o médico se depara com a negação de todos os esforços que ele fez pelo restabelecimento da vida do paciente. Casos em que o paciente dá entrada ao hospital em estado grave e o médico já sabe que a possibilidade de um desfecho desfavorável é alta, os médicos já preparam os familiares relatando a gravidade do quadro:

Quando eu estou pressentindo que o paciente vai evoluir mal, em geral eu peço para chamar todos os familiares que tiver, que venham ao hospital fora de horários confusos como o horário de visitas, coloco o biombo para dar um mínimo de privacidade para aquela família. Converso com a família, com um mínimo de privacidade possível, tentando esclarecer as dúvidas. Num dos cursos de tanatologia que eu fiz, descobri que, quando o familiar se despede do ente querido, ele consegue elaborar melhor o luto (Anestesista).

Ou ainda:

Uma coisa que a gente faz aqui é deixar a família ao lado do doente enquanto ele está morrendo, enquanto a gente está reanimando, porque isso facilita para que a família elabore o luto. Esse conjunto de coisas que a gente pode fazer para preparar a família para a morte é muito bom, as pessoas se sentem amparadas, confortadas, é algo transparente (Pediatra - M).

Entretanto, em um Pronto Socorro isso nem sempre é possível, pois muitas vezes o paciente morre minutos ou horas depois de dar entrada ao hospital e, nesses casos, a notícia é ainda mais difícil de dar. Conforme os relatos, por mais grave que seja o quadro, as pessoas - tanto o paciente como o familiar - na maioria das vezes consideram a morte pouco provável. Segundo os médicos, em situações de trauma, é muito complexo e difícil para o familiar e para o paciente absorver todos os acontecimentos no mesmo dia. Ou ainda, há setores no hospital onde o paciente permanece por um tempo mais duradouro, ou seja, a morte súbita é mais rara. Na UTQ (Unidade de Terapia Intensiva do setor de queimados), nesse aspecto,

embora o paciente esteja num quadro grave, a família sempre espera uma possibilidade de melhora:

A morte súbita aqui é rara. Por exemplo, uma parada cardíaca por uma razão qualquer, essas geralmente são muito mais difíceis. Eu já gaguejo mais para dar a notícia. Aquele parente que já chegou com a expectativa que o seu parente está melhor, isso gera dificuldade, aí você já tem que usar uma criatividade, não tem uma receita (Clínica Médica - M).

O interessante é que, para minimizar o impacto da notícia, alguns médicos explicam aos familiares a condição que o paciente iria ficar caso sobrevivesse, ou seja, com prognóstico ruim dependente de aparelhos:

Eu sempre tento jogar o outro lado: se ele tivesse sobrevivido ele iria sobreviver vegetando. Eu sempre jogo esse outro lado porque traz certo conforto: 'Deus sabe o que faz'. Para ele é melhor ir do que vegetar, mas normalmente eu faço isso, deixo claro que a gente fez o que tinha que fazer, e se ele sobrevivesse ele iria sobreviver às custas de sequelas irreversíveis, e eu vejo os familiares se apegando muito nisso: 'Ah... é Dr.? Então se ele sáísse ele iria sair vegetando?' (Neurocirurgião).

Mesmo com todas essas “táticas” utilizadas pelos médicos para minimizar o impacto da notícia, presenciei diversos casos de negação por parte do familiar, de modo que o médico, após explicar detalhadamente o fato, utilizando todos os termos necessários para dizer que o paciente morreu, o familiar continua indagando sobre as condições de saúde do paciente como se não estivesse escutado os dizeres do médico. Os termos mais comuns que presenciei foram: “Mas, e aí Dr.? Quando ela vai receber alta?”; “Dr., ele vai demorar muito para acordar?”. Segundo relato de uma médica, isso é comum, porque a morte num Pronto Socorro é muito inesperada e súbita:

Uma vez chegou uma mulher, e a acompanhante dela me falou que o filho dessa mulher havia morrido e eles tinham acabado de dar a notícia a ela. A mulher me disse: 'eu estou meio tremendo por dentro, mas também eles me falaram que meu filho havia morrido (risos), vê se isso é coisa que se fala para uma mãe, que mentira absurda?!' E ela ficou rindo durante muito tempo (Clínica Médica - F).

Outro aspecto se refere à pressão que os familiares depositam no médico. Em todo o período de campo, presenciei cenas de ansiedade dos familiares para saberem notícias do enfermo. Em casos de óbito, presenciei súplicas mesmo, o que, segundo um médico, geram consequências danosas para o profissional:

Teve um caso de um médico que tinha uma paciente de 24 anos com crise asmática e ela foi piorando e foi para o CTI. Os familiares pressionaram tanto que uma hora ele tão sufocado falou: 'Gente, calma! Asma não mata ninguém não'. Ele estava falando isso e ela estava morrendo no CTI com PCR, e a família queria mesmo agredi-lo. Quer dizer, um vacilo, uma pessoa muito boa, na hora ele ficou pressionado e soltou isso (Clínica Médica - M).

Perguntei aos médicos qual termo eles utilizam na ocasião do óbito. O mais comum utilizado é a palavra “*faleceu*”, ou as expressões “*não resistiu*”, “*o coração parou de funcionar*”, “*ele infelizmente partiu*”, “*ele lutou, nós lutamos, mas a doença foi muito mais forte que o doente*”. Como se percebe os médicos fazem uso de eufemismos a fim de atenuar o impacto da notícia. É interessante que a palavra “morte” só é utilizada quando os familiares não entendem, de fato, o que houve, especialmente famílias mais humildes, ou que negam o ocorrido. Percebi isso, mais uma vez, como uma forma de se resistir à morte, como se ela não fizesse parte do serviço e, na ocasião de sua presença, é preciso fazer uso de termos mais sutis a fim de não evidenciá-la. Pode-se dizer ainda que esse ocultamento da palavra “morte” revela uma aversão em relação a ela pelos profissionais de medicina, mesmo diante do fato de pronunciar um fato concreto: “*O paciente morreu*”. Conforme alguns relatos, a utilização de frases metafóricas serve para minimizar o impacto da notícia. Segundo um médico, tal notícia é como se o médico estivesse atestando seu fracasso enquanto profissional: “*Agradável não é, eu preferiria não fazer, eu preferiria que ninguém morresse no meu plantão, mas eu não sou mágico para conseguir isso*” (Cirurgião Geral).

Outra dificuldade exposta pelos médicos é explicar para a família que o paciente está em morte encefálica e seu organismo só está funcionando em função de aparelhos:

É extremamente difícil para nós profissionais. O coração na linguagem popular é tido como o órgão que ‘representa’ a vida, então dizer para a família que seu ente está com o coração batendo, porém seu cérebro não está funcionando é complicado. Muitas vezes, os familiares dizem: ‘Ah! Mas ele ainda está quentinho, ele não parece morto. Parece que está dormindo... eu sinto seu coração’ (Neurocirurgião).

Nesses casos surge outra dificuldade para médicos e familiares que se refere à comunicação sobre a possibilidade de doação de órgãos:

Isso é pesado (comunicação da possibilidade de doação). O paciente morreu, já temos que dar essa notícia para a família e ainda falar de uma possível doação. A doação é muito importante para outras pessoas, uma possibilidade de continuidade da vida, mas temos que falar sobre isso numa situação na qual a família já está fragilizada, nas circunstâncias nas quais ocorre o óbito e isso dificulta um pouco (Neurocirurgião).

Segundo estudos de Fallowfield e Jenkins:

Another example of a delicate situation in which good communication is essential is the seeking of permission from recently bereaved families for organ donation. A request for a postmortem has to be made at a time when relatives will be in the acute phase of grieving, displaying emotions such as shock, denial, and anger. Asking for donation requires personal insight into and awareness of the needs of bereaved relatives as well as good communication skills (FALLOWFIELD; JENKINS, 2004, p. 315).

Em 12 de janeiro de 2013, houve um acidente na Rodovia 040, na altura da cidade de Itabirito. Dois automóveis colidiram em um acidente muito grave e as vítimas foram socorridas pelo SAMU. A que estava em estado mais grave foi trazida pelo helicóptero do Corpo de Bombeiros. Ainda na cena, uma vítima passou por tentativas de reanimação cardíaca, realizaram pneumotórax, porém ela veio a óbito antes mesmo de chegar ao hospital. Ela estava em um dos automóveis com seu namorado, que a levava para o trabalho, e ele, quem dirigia o veículo, sofreu apenas algumas escoriações. No outro veículo havia uma senhora de 69 anos que dirigia o carro sem acompanhantes, indo visitar a filha em um condomínio em frente à cena. Essa senhora estava em estado grave, com várias fraturas e havia sofrido várias paradas cardíacas. Já chegou ao HJXXIII “parada”, foi encaminhada diretamente a Sala de Reanimação dos politraumatizados.

Uma equipe grande de médicos e enfermeiros se mobilizou para ligar os aparelhos, enquanto três médicos se revezavam na massagem cardíaca que exige certo preparo físico. Tentaram de tudo, mas a senhora faleceu. É interessante ressaltar a ansiedade da equipe para salvar a paciente. Nesse caso, a Sala de Reanimação ficou pequena para tantos profissionais. Chamou-me a atenção a equipe do resgate (Corpo de Bombeiros e SAMU) que ficou de prontidão na sala para saber notícias, mesmo sabendo que suas funções enquanto profissionais já haviam terminado. Quando perceberam que ela veio a óbito, o semblante era de um trabalho realizado sem sucesso. O que se percebe é que toda aquela correria, mobilização e cuidado foi em vão, pois o que estava em jogo, a vida da paciente, não fora resgatada. Segundo o médico do SAMU:

Essa senhora deu um trabalho danado... tivemos que parar no trajeto até aqui para pegar um acesso central⁸⁸, injetamos várias drogas, o Corpo de Bombeiros teve muita dificuldade para tirá-la das ferragens. Nos esforçamos para chegar até aqui e ela ‘para’ de vez... é muito frustrante tudo isso.

Encontrei com a assistente social no corredor e ela me disse que a família já estava na sala de acolhimento para saber as notícias: “Fui lá e havia umas sete pessoas que vieram, a sua filha está mais atordoada. Temos que ver alguém para reconhecer o corpo, mas sem a filha saber, pois está muito nervosa e não tem condições para suportar”. No grupo de familiares, havia uma amiga da família que saiu da sala para tomar água e a psicóloga aproveitou para solicitar a ela o reconhecimento do corpo. Ela aceitou e foi encaminhada à Sala de Reanimação. Ela reconheceu o corpo e voltou para junto dos familiares.

⁸⁸ Técnica de punção de veias.

Em seguida, o médico plantonista foi acionado para dar a notícia aos familiares. No caminho ele comentou comigo: *“Não gosto de dar essas notícias de mortes tão violentas, além disso, eu nem sei o nome dessa senhora, não tive uma relação médico-paciente com ela, fico mesmo sem jeito na hora de abordar a família”* (Cirurgião Geral).

Ao chegar à sala cumprimentou a todos e, repentinamente a filha da senhora disse: *“Ela está bem, né, Doutor? Ela estava conversando quando cheguei ao local do acidente...”*. O médico ficou um pouco desconcertado e logo começou seu enunciado da notícia. É válido destacar que, ao longo do pronunciamento do médico, a filha sempre o interrompia com frases esperançosas de que a mãe estava bem:

Vocês sabem que ela sofreu um acidente muito grave, os veículos colidiram-se de forma muito intensa. Além dela, houve mais três vítimas graves, sendo que uma veio a óbito no local. Sua mãe sofreu politraumatismos, com várias fraturas expostas, em especial uma lesão no abdômen que gerou uma exposição externa das vísceras. Isso foi ocasionado pelo cinto de segurança que, com o impacto, prendeu ainda mais sua mãe, uma força contra a outra. Ela sofreu uma parada cardíaca na cena e outra dentro do helicóptero no trajeto até aqui. Quando chegou, ela ainda estava ‘parada’, a equipe fez várias massagens cardíacas, injetamos várias drogas para reverter o quadro, nos mobilizamos. Fizemos todos os procedimentos possíveis que estavam ao nosso alcance, mas infelizmente, ela não resistiu e faleceu (Cirurgião Geral).

Depois de ter dito isso, todos os familiares e demais acompanhantes começaram a chorar, e sua filha em especial estava transtornada dizendo o tempo todo que a culpa era dela: *“Eu que sou a culpada dessa tragédia. Minha mãe tinha ido me visitar na minha casa, ela ia me ver. Se não fosse isso ela estaria aqui agora”*. O médico deu os pêsames à família e se retirou imediatamente após seu enunciado. Os profissionais que permaneceram na sala foram a assistente social e a psicóloga.

Pelos relatos dos socorristas e do rapaz sobrevivente, tudo ocorreu por causa de uma garota que entrou repentinamente na rua e, com isso, foi também atropelada. Essa garota estava em estado grave e foi encaminhada para uma cirurgia na cabeça, e ainda não tinha sido identificada. Esse trabalho de identificação é de responsabilidade do serviço de assistência social em parceria com a polícia civil. Os familiares da outra vítima que veio a óbito também foram ao hospital e ficaram sabendo da notícia do acidente pelo rádio, porém não sabiam do óbito. Aliás, ficaram sabendo de uma forma bastante incomum: a tia entrou em várias salas da urgência e, quando chegou à Sala de Politraumatizados, suspendeu o lençol e a viu. Os técnicos de enfermagem disseram que não conseguiram detê-la. A vítima era do interior de Minas Gerais, morava na casa de sua tia e veio para a capital para trabalhar, segundo sua tia: *“Ela veio para trabalhar e ter uma renda melhor. Ela estava namorando esse moço que a*

levava para o trabalho, quando tudo aconteceu. Ela disse que estava muito feliz com ele, mas olha só no que deu... mas, Deus sabe o que faz, né, minha filha?”.

Outro caso foi de uma senhora atropelada na rodovia MG 381. Um meliante estava numa caminhonete em alta velocidade numa perseguição policial, a senhora estava antes do acostamento e foi atingida pela caminhonete. Ela foi resgatada por via aérea e já chegou ao hospital ‘parada’. Os médicos a levaram imediatamente à Sala de Reanimação e tentaram reanimá-la várias vezes. Havia dois médicos na sala, um já estava tirando as luvas e disse para o outro: *“Eu desisto, estamos tentando reanimar uma alface”*. O outro responde: *“Eu vou continuar...”*. A senhora começa a voltar da parada, e o médico que ficou na sala fica esperançoso e comenta com a enfermeira: *“Olha só, ela voltou! Suas pupilas e cor até melhoraram! Vamos continuar monitorando”*.

Porém, depois de 25 minutos entre “paradas e voltas”, o médico sai da sala tirando as luvas sem dizer nada. As enfermeiras começam a desligar os aparelhos. Depois disso, não vi mais esse médico, o outro, que saiu anteriormente, teria de dar a notícia para a família. Só sua filha estava à espera de alguma informação, ela foi chamada e esse médico disse a ela:

Sua mãe chegou aqui ‘chocada’, com uma fratura exposta na perna esquerda, um traumatismo craniano, a bacia estava quebrada, enfim, ela estava muito grave. Fizemos várias tentativas de reanimação, injetamos várias drogas, mas ela não resistiu e veio a falecer (Cirurgião Geral).

A filha começa a chorar e pede para ver a mãe. Depois de passados esses fatos, outro médico de plantão me disse: *“Essa é a hora mais difícil. Dar uma notícia dessas é muito complicado. Tenho uma netinha de 1 ano e fico imaginando se algo desse tipo acontecesse com ela, nem sei como reagiria”*. É interessante que os médicos evitam o momento da notícia. Quando fui perguntar ao médico que saiu primeiro da sala quem iria dar a notícia, ele disse: *“Isso é com ele que ficou na sala, não é comigo, não”*. Mas ele já sabia que o outro médico havia ‘desaparecido’ após constatar o óbito e acabou que ele teve de dar a notícia. Observei que, após as notícias de óbito que acompanhei, na maioria dos casos, depois de dada a notícia, o médico some por algum tempo da sala onde ele atua e só depois retorna. Talvez ele também precise de um tempo para absorver o impacto da notícia, assim como os familiares.

É válido ressaltar que o procedimento de reanimação do doente (massagem cardíaca) em parada cardiorrespiratória segue um protocolo que tem um tempo máximo de 20 minutos, ou três ciclos de 5 minutos, segundo um médico: *“Nós interrompemos a massagem depois de concluídos esses 20 minutos, que é um protocolo geral, e também desistimos a partir do*

momento em que o sofrimento do enfermo não justifica mais intervenção, pois não teremos resultado favorável com os procedimentos” (Cirurgião Geral).

Entretanto, conforme visto na descrição acima, nem sempre isso ocorre, alguns médicos, mesmo diante de uma situação irreversível, continuam intervindo, massageando o paciente (já em óbito) na tentativa de salvá-lo da morte. Aqui, cabe pontuar que, em algumas conversas com os médicos, eles me disseram que, durante as aulas de anatomia na faculdade, eles tinham uma indiferença aos corpos que eles estudavam. Mas, na academia, o médico não viu o “antes”, ou seja, o paciente com sinais vitais, ele já se deparou com um corpo sem vida, ao contrário de um contexto de Pronto Socorro, onde o paciente dá entrada ainda vivo.

Na maioria dos casos, os familiares se desesperam diante da notícia. Houve um episódio em que deu entrada um homem vítima de diversas perfurações por arma de fogo que já chegou com parada cardíaca ao hospital. Ele foi um paciente da *Onda Vermelha*, em que foram realizados os procedimentos cabíveis, mas não resistiu. O médico que deu a notícia disse:

O paciente sofreu uma agressão grave por arma de fogo. Ele teve uma perfuração próxima ao coração e na região pélvica, que foi a lesão maior. Fizemos duas intervenções cirúrgicas para conter o sangramento volumoso, fizemos massagem cardíaca por 20 minutos, mas, infelizmente, ele não resistiu e faleceu (Cirurgião Geral).

A irmã transtornada voltou-se para o médico, ajoelhada e em prantos: *“Pelo amor de Deus, Dr., faça alguma coisa pelo meu irmão. Qualquer coisa, mas traga ele de volta! Como vou dar essa notícia para o meu pai...?”*. O médico um pouco sem jeito e sem reação, diz para ela ficar calma e pede licença para se retirar.

É interessante destacar que, mesmo recebendo a notícia do óbito, na maioria dos casos os familiares insistem para que o médico faça algo, traga a vida do paciente de volta como se ele tivesse esse poder em mãos. Presenciei um caso de um jovem, morador de rua, que tinha um relacionamento com um travesti. Este sofreu uma perfuração no coração por arma branca e morreu na *“Onda Vermelha”*. Quando o médico foi dar a notícia, ele se ajoelhou em prantos: *“Dr., Pelo amor de Deus! ‘Ela’ é tudo pra mim, não tenho ninguém, moro nas ruas. Fala a verdade! Ela não morreu... Costura o coração dela, Dr, faz qualquer coisa... mas traga-a de volta!”*. Além disso, fazem perguntas sobre possibilidades, como: *“Dr., se ele ‘escapasse’, iria ficar com alguma sequela? Ele tinha alguma possibilidade de melhora?”*.

Vale ressaltar casos peculiares que são as notícias de óbito transmitidas na passagem de plantão. Nesse caso, o médico que acompanhou o paciente não dá a notícia:

Na passagem de plantão que é o mais complicado. O pessoal logicamente quer ir embora, já que seu horário foi cumprido. Porém, joga o pepino para o outro profissional que está entrando no plantão seguinte. Esse profissional não acompanhou o doente, não sabe direito sua evolução clínica e precisa abordar a família para dizer que o paciente morreu. Isso é muito difícil, fica uma notícia solta e a gente fica com dificuldade para abordar a família (Clínica Médica – M).

A notícia do quadro clínico também se torna complicada para o médico:

Uma dificuldade dos serviços de urgência é essa rotatividade: cada dia é um plantonista. Então, eu chego aqui hoje e não sei, por exemplo, o que foi dito para a família sobre o caso no plantão anterior. Minha estratégia é ir conversando com os familiares para sentir o que o meu colega do plantão anterior falou para eles (Clínica Médica – M).

De acordo com Leal (2003), a forma de transmitir más notícias de maneira mais amena e acolhedora perpassa as seguintes fases: preparação e escolha do local adequado; perceber o que é que o doente já sabe; saber o que o doente quer saber; dar a notícia; responder às emoções e às perguntas do doente; propor plano de acompanhamento e encerrar o comunicado. Além disso, criar um vínculo de solidariedade com a família e com o enfermo abrandando o sofrimento advindo da notícia:

Creating bond of compassion with patients and families is an effective tool in guiding them through difficult times. Empathetic communication is the method of creating this bond. There are common misconceptions among physicians with regard to the communication of bad news to patients and their families. The most important problem is mistaking sympathy for empathy. Knowing what the patient and family are feeling is the goal, and this often requires the physician to avoid focusing on his or her own feelings. Expressing an understanding of the patient's or the family's feelings is much more important than sharing personal sorrow. The belief that their feelings are understood and acknowledged by the physician is the basis for this bond of compassion. Experience, in the absence of training, makes acquiring this skill a hit-or-miss process. Many physicians remain uncertain about their effectiveness in this setting and eagerly incorporate lessons learned from the few studies that focus on patient and family attitudes toward giving bad news. The need for a systematic approach to educating physicians in effective communication is immediate and compelling (SISE *et al.*, 2006, p. 216).

Segundo Fallowfield e Jenkins (2004), a forma de comunicação da notícia tanto para pacientes como familiares deve ser abordada na formação do profissional de medicina:

The delivery of sad, bad, and difficult news will always be an unpleasant but necessary part of medicine. In the past decade recognition has grown of the need to integrate appropriate communication skills teaching into undergraduate and postgraduate education. Research has shown that if bad news is communicated badly it can cause confusion, long lasting distress, and resentment; if done well, it can assist understanding, acceptance, and adjustment. Training health-care professionals how to do the task more effectively will produce benefits for them as well as their patients, but this training needs to be based on sound educational principles, informed by evidence, and assessed and monitored adequately (FALLOWFIELD; JENKINS, 2004, p. 317).

4.8 O ritual do óbito: procedimentos burocráticos

Estava no meu terceiro dia de campo. Depois de presenciar agressões, quedas, tentativas de suicídio, infarto, dentre outros, fui surpreendida por gritos e choros no corredor da emergência, mais precisamente próximo à sala 07 de Emergências Clínicas. Duas senhoras, acompanhantes de um paciente, foram visitá-lo e este faleceu diante delas no horário de visita. Segundo uma enfermeira, parecia que ele estava esperando a família para se despedir. Havia mais familiares no local, porém as duas senhoras que presenciaram a cena estavam mais exaltadas; ambas foram acolhidas por uma psicóloga. Foi o médico de plantão quem avisou a família⁸⁹ que o coração do paciente havia parado às 16h18 de 12 de dezembro de 2012: *“Foi uma tarefa difícil, os familiares ficam muito nervosos, pedindo para fazermos algo, como se pudessemos resgatar a vida do paciente e, além disso, como ele sofreu um trauma, ainda tive que avisá-los de que o corpo teria que passar pelo IML”* (Clínica Médica - M).

Esse é um ponto interessante, a maioria dos pacientes que dão entrada no HJXXIII é vítima de causas externas. Nesses casos, quando há o óbito, o corpo precisa necessariamente ir até o IML, para que os médicos legistas façam a necropsia e a determinação da *causa mortis* para o atestado de óbito. Como já foi dito em tópicos anteriores, uma das funções do Plantão Policial é acionar o rabecão para buscar o corpo.

Inserido nesses pontos, é válido ressaltar que corpos não identificados⁹⁰ (ou corpos desconhecidos) também são encaminhados ao IML para investigação pericial, logo após a assistente social verificar que o corpo não possui nenhuma identificação, casos em que não há presença de nenhum documento. Tais situações são comuns no Pronto Socorro, principalmente no que se refere a vítimas encontradas nas ruas. Rezende (2012) define os “corpos desconhecidos” como:

Um cadáver desconhecido pode ser entendido como um “desencontro”, ou como a descontinuidade da correspondência entre essas duas supostas “naturezas”: em termos práticos, implica que alguém está “atrasado” para a própria morte. Em termos jurídicos, implica que uma personalidade civil que deveria ser extinta continua existindo. Em termos judiciais, implica a possibilidade de possíveis delitos, sejam eles passados (como um assassinato) ou futuros (fraudes). E em termos antropológicos, esses desconhecidos podem ser vistos como os “mortos sem lar nem lugar” [...]. O trabalho realizado pelos peritos pode ser tomado, a partir desta perspectiva, como um conjunto de ritos fúnebres técnicos e burocráticos que

⁸⁹ Na maioria dos casos os familiares não estão presentes no momento do óbito, assim, a assistente social liga para a família comparecer ao hospital, mas não diz que o paciente veio a óbito. A “notícia” é sempre dada no hospital pelo médico de plantão.

⁹⁰ Corpo não identificado não necessariamente é de um morador de rua, pode ser alguém de outro Estado, alguém que abandonou a família dentre outros.

permitted a “passagem” desses mortos para fora do mundo dos vivos. Identificar, dar “nome” a esses corpos, é terminar mortes até então incompletas (REZENDE, 2012, p. 51).

O referido paciente havia sofrido uma queda há onze meses (primeiro evento, causa para ida ao hospital), fraturando o fêmur; primeiramente foi internado no HJXXIII e depois encaminhado para o hospital de suporte Amélia Lins, mas acabou por voltar ao JXXIII em 10 de dezembro de 2012. O paciente estava com uma infecção no joelho (membro fraturado pela queda), com miíase⁹¹, seqüela neurológica, escaras e ainda teve que amputar a perna. Segundo o médico, a perspectiva de melhora de seu quadro estava, de certa forma, assegurada pela cirurgia, porém a intervenção não foi suficiente e o paciente não resistiu vindo a falecer em decorrência de um choque séptico (infecção).

Após o falecimento é realizada a Rotina Administrativa de Óbito⁹², que se refere à comunicação do óbito, às providências a serem tomadas quanto ao corpo e à comunicação com os familiares. Os profissionais e setores envolvidos nessa rotina são: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, serviço social, setor de internação e funerária. Cabe ao enfermeiro observar o tempo máximo de 40 minutos para comunicação do óbito ao setor de internação, bem como orientar, supervisionar e acompanhar o procedimento.

Decretado o óbito, os técnicos de enfermagem checam a notificação do óbito no prontuário, em seguida já preparam o corpo para que este siga ao necrotério. Tais procedimentos consistem na retirada da roupa do paciente, retirada de tubos e demais equipamentos, higienização, contenção dos pés e mãos com crepom, criação de duas identificações do paciente (interna: fixar no peito e externa: fixar no saco de óbito) contendo nome completo, número de registro, horário do óbito e data e, caso necessário, fazem alguns tamponamentos nas vias abertas para evitar a saída de secreções e também a colocação de faixas na mandíbula para que não fiquem soltas. Esses procedimentos evitam que o corpo não se decomponha até aguardar a chegada do rabeção para enviá-lo até o IML. Enquanto isso, o médico plantonista faz a chamada “evolução do óbito”, descrevendo o que ocasionou a morte na ficha/prontuário do paciente. Em seguida, a enfermeira liga para o necrotério do hospital para que o “movimentador”⁹³ venha buscar o corpo.

⁹¹ Doença manifesta pelo alojamento de larvas e moscas numa ferida ou em outros tecidos do corpo (Informação obtida na pesquisa de campo, a partir de depoimentos colhidos com os médicos).

⁹² Inserida no POP (Procedimento Operacional Padrão) Nº 06 Data da emissão: 03/01/2010 – 1ª Revisão: 05/03/2013 (Informação obtida na pesquisa de campo).

⁹³ Movimentador: profissional responsável pelo deslocamento do corpo internamente (ao necrotério), ou seja, nos limites do hospital. Esse profissional fica no necrotério do hospital.

Ao chegar ao necrotério, o corpo é alocado dentro de um saco de cor azul com zíper longitudinal, e em casos de mau cheiro ele é direcionado para a geladeira. Paralelo a esses procedimentos, a assistente social entra em cena e é ela quem registra o óbito no “*Livro de Registro de Óbito*”⁹⁴, que fica localizado na UAP (Unidade de Apoio ao Paciente), setor integrante ao Serviço Social. Essa profissional liga para o Banco de Olhos para avisar o óbito e o diagnóstico para que eles avaliem uma possível doação de córnea. Nesses casos, a família ainda não é avisada da possível doação, primeiro é preciso certificar se o órgão (ou órgãos) tem condições para ser doado. Tal avaliação é feita a partir do diagnóstico da doença. Na referida situação não foi possível a doação, uma vez que o paciente teve uma grave infecção, com risco de contágio. Feito isso, a assistente social vai até o setor de internação, laudos e alta, onde uma profissional também faz o registro do óbito e a guia de necropsia, que é levada para o médico assinar. Após a assinatura, a guia é encaminhada ao plantão policial, localizado no hospital, para que este acione o IML para o rabeção buscar o corpo; além disso, é comunicado à enfermagem do setor para buscar o prontuário com a guia de necropsia ou atestado de óbito. Cabe à assistente social, ainda, a interlocução da família com o médico para que este dê a notícia do óbito. A função do serviço social é localizar a família para a notícia. Há casos em que a família não é localizada, porém o corpo é identificado através da papiloscopia realizada pela Polícia Civil. Nessas situações, o corpo fica alocado no IML até que a família dê conta do desaparecimento do familiar. Caso ninguém o procure dentro de trinta dias, o corpo é enterrado como indigente. Os demais procedimentos, como ida ao cartório para baixa do corpo e definição da funerária, são encargos da família.

Casos em que o paciente venha a falecer por causas naturais, o médico do hospital é quem faz a Declaração de Óbito e ela é providenciada pelo setor de internação. Essa possui três vias: a 1ª é uma via branca encaminhada para a Secretaria de Saúde; a 2ª via é rosa e fica arquivada no hospital; e a 3ª via é amarela que é encaminhada ao cartório que registra o óbito. Uma cópia da certidão é arquivada no necrotério, mesmo em casos que a família opte por outra funerária fazer o serviço.

4.8.1 A doação de órgãos: a morte que pode salvar

Morte só existe uma, mas ela pode ter dois sobrenomes:
por parada cardíaco-respiratória ou encefálica.

R. Boni

⁹⁴ Nesse livro a assistente social registra a data do falecimento, número de registro, diagnóstico e demais informações do paciente.

Há duas possibilidades para doação de órgãos e tecidos: por morte encefálica⁹⁵ ou parada cardiorrespiratória. Na morte encefálica, há possibilidade de doação de múltiplos órgãos, já na parada cardiorrespiratória só pode haver a doação de córnea, e esta só é possível até seis horas depois de declarado o óbito. No caso do diagnóstico de morte encefálica, conforme já elucidado no tópico referente ao SAV (Serviço de Apoio à Vida), são realizados procedimentos técnicos, que é o Termo de Declaração de Morte Encefálica⁹⁶. Tal termo é realizado pelo médico responsável através de vários exames clínicos para constatação oficial da morte encefálica.

Os exames são alicerçados em normas médicas e incluem testes clínicos para determinar que não há mais reflexos cerebrais, e, portanto, o paciente não respira sem a ajuda de aparelhos. Destaca-se que tais testes são realizados repetidamente em intervalos predeterminados, de acordo com a faixa etária do potencial doador, a fim de se garantir um resultado mais exato. São realizados ainda exames do fluxo sanguíneo (angiograma cerebral) ou um eletroencefalograma, para confirmar a ausência de fluxo sanguíneo ou da atividade cerebral. Ao longo da realização desses testes, o potencial doador é colocado numa máquina que respira por ele (ventilador mecânico). Esse aparelho ajuda o cérebro a enviar sinais para que o corpo respire. Também é possível a utilização de medicamentos especiais para ajudar na manutenção da pressão sanguínea e outras funções do corpo. Esse termo faz parte de um protocolo que abarca diagnósticos clínicos e gráficos. Após a confirmação, o médico⁹⁷ tem total autoridade para desligar os aparelhos do doente; tal conduta está amparada por lei⁹⁸. Tais procedimentos compartilham com a Declaração de Sidney, elaborada pela Associação Médica Mundial:

Uma dificuldade é que a morte é um processo gradual, a nível celular e que a capacidade dos tecidos, para suportar a falta de oxigênio, é variável. Sem embargo disto, o interesse clínico não reside no estado de conservação das células isoladas, mas no destino da pessoa. Em decorrência, o momento da morte de diferentes células e órgãos não tem tanta importância, como a certeza de que o processo tornou-se irreversível, quaisquer que sejam as técnicas de ressuscitação que se possam aplicar. Esta conclusão se deve basear no juízo clínico, complementado, caso necessário, por diversos instrumentos auxiliares de diagnóstico, dos quais o mais útil é atualmente o eletroencefalógrafo. Em qualquer caso, nenhuma prova instrumental isolada é inteiramente satisfatória no estado atual da medicina nem qualquer método pode substituir o ditame global do médico (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, 1968, p. 133).

⁹⁵ Morte encefálica é uma lesão irreversível e irreversível no cérebro (Informação obtida na pesquisa de campo, a partir de depoimentos colhidos com os médicos).

⁹⁶ No Anexo A segue cópia do termo utilizado.

⁹⁷ Médico que acompanha o paciente e não o médico pertencente ao MG Transplantes, pois este eticamente já está envolvido com a doação.

⁹⁸ Resolução CFM Nº 1.826/2007

Também há dois tipos de doadores: o vivo e o não vivo. Os órgãos que podem ser doados em vida são: um dos rins, parte do pulmão, parte do fígado e medula óssea. Já os órgãos e tecidos que podem ser doados após a morte são: rins, pulmões, coração, válvulas cardíacas, fígado, pâncreas, intestino, córneas⁹⁹ (pode ser retirada com até 6 horas após o falecimento e armazenada por até 14 dias), ossos, cartilagem, tendão, veias e pele. A faixa etária para doação de córnea é entre 2 a 79 anos, e para a doação de múltiplos órgãos é de 2 a 65 anos.

Logo depois de decretado o falecimento (após a conclusão do protocolo), a equipe da CIHDOTT¹⁰⁰ (Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos) é avisada. Essa equipe é responsável pela primeira abordagem à família sobre a possibilidade de doação de órgãos. Depois desse primeiro contato, a equipe do MG Transplantes é notificada, especificamente no setor GAV (Grupo de Apoio a Vida). Ressalta-se que a sede do MG Transplantes está localizada no 1º andar do HJXXIII e só nessa sede existe o GAV; em outros hospitais há CIHDOTTs, pertencentes ao hospital que recebem treinamento do MG Transplantes. O GAV é composto por seis psicólogas que trabalham em regime de plantão visando estar disponíveis à entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos para transplantes ininterruptamente. Esses profissionais buscam trabalhar com agilidade e precisão e conversar com a família a fim de esclarecer dúvidas e mitos, principalmente no que se refere à morte encefálica.

Em alguns hospitais não há tais equipes e nesses casos uma equipe do MG Transplantes vai até o local acompanhar a doação. No caso do falecimento advindo de morte encefálica, os procedimentos são realizados logo em seguida ao diagnóstico de morte encefálica. O sistema de transplantes no Brasil segue a seguinte organização conforme Macedo (2008):

A instituição responsável pela organização dos transplantes de órgãos no Brasil é denominada Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, subordinada ao Ministério da Saúde. Todas as diretrizes sobre o assunto e autorizações para a realização de transplantes derivam dela. Ao Sistema Nacional de Transplantes estão subordinadas as Coordenações Estaduais de Transplantes, que organizam toda a logística da doação de órgãos, que, por sua vez, compreende a inserção de pacientes em lista de espera, a notificação de morte encefálica e a distribuição dos órgãos captados. No entanto, esses órgãos não realizam todas as tarefas necessárias para a doação de órgãos. Assim, cada hospital com mais de oitenta leitos deve possuir uma equipe multidisciplinar para realizar a captação de

⁹⁹ O procedimento para retirada das córneas no HJXXIII é realizado no necrotério do hospital.

¹⁰⁰ Portaria 2.600/2009

órgãos, denominada como “equipe intra-hospitalar de captação de órgãos” (MACEDO, 2008, p. 35).

É válido ressaltar que todos esses trâmites são concretizados antes da comunicação com a família sobre a possibilidade de doação. Isso ocorre porque antes é preciso verificar se há condições para doação e, dessa forma, não criar nenhum tipo de expectativa para a família. Essa possibilidade está condicionada ao perfil clínico do paciente, ou seja, verificação das condições dos órgãos. Pacientes com doenças infectocontagiosas, por exemplo, não podem ser doadores. Embora o médico que acompanha o paciente avalie o potencial doador, a equipe do MG Transplantes também possui médicos que realizam a chamada busca ativa, que consiste em rodar pelos hospitais à procura de potenciais doadores.

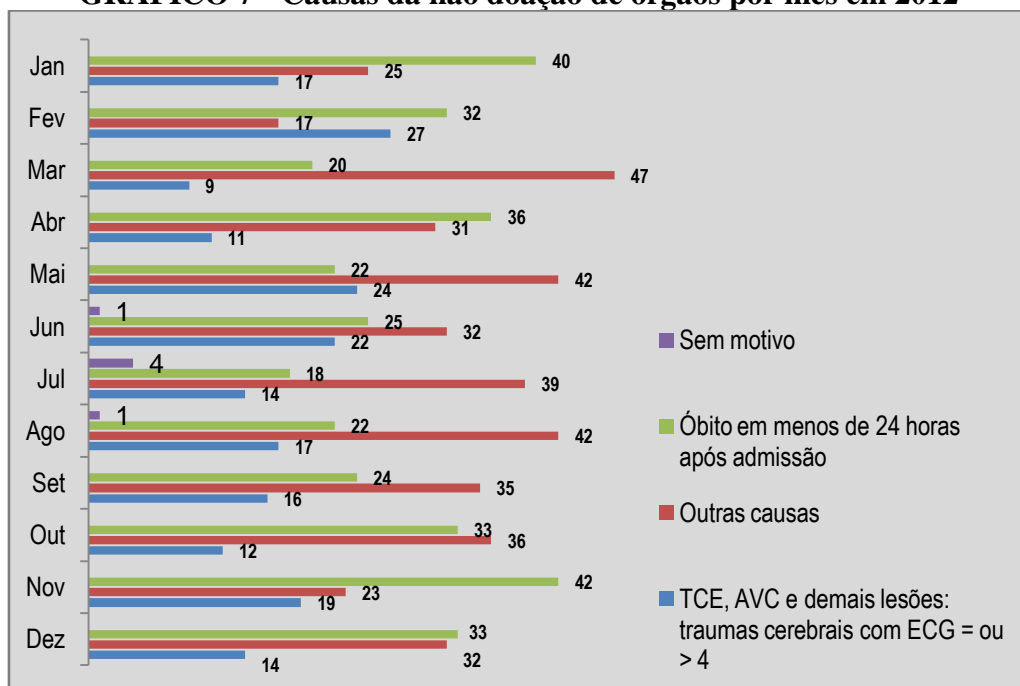
Dos óbitos ocorridos em 2012 (1.160), 204 foram de pacientes potenciais doadores, ou seja, teriam condições de doar os órgãos após fechamento do protocolo. O Gráfico 7 mostra as causas da não doação classificada por mês. O item “Outras causas” supera os demais, representando 401 pessoas que não puderam doar os órgãos. Os motivos incluem comportamento promíscuo, doenças infecciosas, motivos religiosos, dentre outros. Conforme estudos Moraes e Massarollo (2009), os motivos para não doação incluem: (a) crença religiosa; (b) espera de um milagre divino que faça o paciente voltar a viver; (c) não compreensão do diagnóstico de morte encefálica e a crença na reversão do quadro; (d) medo da reação de outros familiares contrários à doação; (e) inadequação na informação e a ausência de confirmação da morte encefálica; (f) desconfiança na assistência e o medo do comércio de órgãos; (g) inadequação no processo de doação quando, por exemplo, a equipe médica solicita a doação dos órgãos antes da confirmação do diagnóstico; (h) desejo do paciente falecido, manifestado em vida, de não ser um doador de órgãos; (i) medo da perda do ente querido; (j) e, por fim, a não aceitação da manipulação do corpo, por entender que ele é sagrado e intocável. Esse último motivo também pode estar relacionado à proteção do corpo morto, embora o processo de retirada dos órgãos não implique mutilação, mas no imaginário dos familiares isso é possível, por isso a negação da doação, justificada pela tentativa de conservar o corpo morto e não deixar marcas que lembrem a morte:

Cuando las personas se obstinan en retener y conservar ese cuerpo para honrarlo o prepararlo para la eternidad, se trata en ambos casos de preservarlo del deterioro para mantener, reencontrar y aun embellecer la imagen del muerto. Lo que se pretende es hacer volver cuerpo el cadáver. El arreglo de los muertos anuncia la preocupación por protegerlo; protección física para retrasar la putrefacción haciendo desaparecer las primeras manifestaciones de la misma, protección moral mediante el lavado de la impureza del muerto y protección social para conservarlo de alguna manera vivo en la comunidad. Actualmente la preservación del cuerpo se relaciona con la negación de la muerte, pero en el mero sentido biológico o al menos con un

desplazamiento de la negación: si la muerte no puede ser eludida, por lo menos se pueden eliminar sus marcas repugnantes (PEROSINO, 2012, p. 192).

Voltando a análise do Gráfico 7, em segunda proporção têm-se os óbitos que ocorreram em menos de 24 horas após admissão (347 casos), o que impossibilita a doação. Causas por TCE, AVC e demais traumas cerebrais também possuem um número significativo com 202 casos.

GRÁFICO 7 - Causas da não doação de órgãos por mês em 2012



Fonte: CIHDOTT do Hospital João XXIII.

Caso o paciente tenha condições de ser um doador, inicia-se o processo para possível doação. Primeiramente a família do potencial doador é abordada por um psicólogo e um médico para obtenção de seu consentimento para a doação dos órgãos. Nessa ocasião, a presença do médico é de fundamental importância para que a família entenda o processo da enfermidade e da irreversibilidade do quadro clínico. Segundo a psicóloga do MG Transplantes: “O médico é mais do que essencial, pois no imaginário das pessoas ele tem o ‘poder’ ele cria uma espécie de efeito placebo onde as pessoas passam a dar credibilidade e competência a tudo o que ele diz”. O médico, dessa forma, esclarece todas as dúvidas e passa segurança para a família. Ainda segundo a psicóloga, o diagnóstico por morte encefálica ainda é um complicador a mais:

Explicar para a família que o paciente morreu, mas seu coração ainda pulsa, é uma tarefa extremamente difícil. Pois ele é um ‘quase morto’. E também, muitas vezes, pacientes continuam com alguns reflexos medulares (que não estão vinculados ao

funcionamento do cérebro), e a família ao ver tais reações acredita piamente que o paciente está vivo. Além disso, caso opte pela doação, algumas famílias criam fantasias de que a pessoa doou os órgãos, mas poderia estar viva na ocasião. Nesse ponto, o médico precisa cientificamente provar para a família que o paciente não tem condições nenhuma de sobreviver, e também precisa ter um cuidado emocional com a família, de modo a confortá-la (Psicóloga MG Transplantes).

Nas situações em que a família opte pela doação, toda a equipe é mobilizada para agilizar o processo para que a doação seja realizada. O médico responsável pelo paciente liga para vários setores do hospital, para que cada especialidade médica compareça ao bloco cirúrgico para verificar a viabilidade de doação de cada órgão, por exemplo, um alcoólatra possui um fígado danificado, logo não pode doá-lo, mas pode ser que outros órgãos sejam viáveis, por isso a necessidade de uma equipe médica multidisciplinar. Em casos de morte por causas externas, o corpo necessariamente precisa ser encaminhado ao IML¹⁰¹ para necropsia, após o ato cirúrgico para retirada dos órgãos¹⁰². Ressalta-se que a equipe do MG Transplantes conta com um médico legista que realiza uma necropsia indireta no corpo. Nesse sentido, a família já recebe a Declaração de Óbito emitida por esse médico legista a fim de agilizar o processo para liberação do corpo.

São necessários esses procedimentos para que haja a manutenção dos órgãos a serem doados. Tais procedimentos visam manter as funções orgânicas dos órgãos e, quando necessário, evitar as disfunções orgânicas que possam inutilizar esses órgãos. O período necessário à efetivação de todos os processos burocráticos é o período de 12 a 24 horas. Tal tempo deve ser o mais breve possível, pois a família sempre quer o corpo de volta para realizar o velório e demais procedimentos funerários. São necessárias até 12 horas para liberação do corpo no bloco cirúrgico. Segundo a psicóloga do MG Transplantes, a maioria das famílias que optam pela não doação se arrepende depois. Há casos ainda em que o paciente pode “parar¹⁰³” no percurso até o bloco cirúrgico, ou ainda, pode não haver vagas no bloco cirúrgico. Nesses casos, o paciente “com vida” tem prioridade no atendimento. Muitas vezes os familiares costumam dizer que “não era para ele doar. Deus não quis”. Após coletado

¹⁰¹ Segundo Rezende (2012), o IML de Belo Horizonte “figura, em conjunto com o Instituto de Identificação e o Instituto de Criminalística, entre as instituições técnico-científicas da Polícia Civil de Minas Gerais. No IML são realizados perícias e exames médicos em pessoas vivas (casos de lesão corporal, estupro, atentado violento ao pudor, embriaguez e/ou uso de drogas ilícitas, laudos de erro médico, verificação de sanidade mental entre outros) e mortas (determinação da *causa mortis* através de necropsia; exame de arcada dentária, coleta de impressões digitais, exames de ossada e DNA com fins de identificação). São realizadas diariamente cerca de 50 perícias em vivos e cerca de 20 necropsias, das quais cerca de três em cadáveres desconhecidos” (REZENDE, 2012:26-27).

¹⁰² A retirada consiste em um procedimento cirúrgico e não causa mutilação ao corpo.

¹⁰³ Sofrer uma parada cardiorrespiratória.

os órgãos “viáveis”, a equipe do MG Transplantes faz a chamada “roda no *ranking*”, para obter a listagem da fila de espera dos transplantes e possíveis receptores.

Segundo a psicóloga do MG Transplantes, a função deste é fazer uma interlocução com a família referente ao potencial doador, de modo a não forçá-la a doação: “*A nossa equipe não tem o objetivo de fazer a pessoa doar a qualquer preço, é preciso respeitar a decisão da família*”. Destaca-se ainda que a definição desse novo critério de morte advém da necessidade de vários fatores, incluindo a desocupação de leitos e investimentos desnecessários a pacientes fora de possibilidades terapêuticas, além, principalmente, de viabilizar a realização de transplantes. A morte encefálica então surgiu:

[...] devido à evolução das técnicas de reanimação, de suporte ventilatório e hemodinâmico nas unidades de cuidados intensivos. Surge pela noção de futilidade dos cuidados prestados a corpos sem viabilidade, dada a necessidade de liberar ventiladores para quem deles precisasse. Ao surgir, permitiu equacionar a doação de órgãos e a realização de transplantes (PITTA; CARMONA, 2004, p. 72).

Há ainda casos em que, mesmo o paciente tendo condições de doar, esta não é autorizada. Os motivos são vários, citarei alguns: recusa dos familiares, desacordo familiar, paciente optante em vida pela não doação, motivos religiosos, presença apenas de familiares indiretos no momento da abordagem para doação.

CAPÍTULO 5 - A MEDICINA E OS MÉDICOS: A MORTE ENTRE OS DISCURSOS E PRÁTICAS

As questões que permeiam esse capítulo consistem em compreender, basicamente por meio das entrevistas, como o médico de um Pronto Socorro define e convive com a morte especialmente na esfera profissional. Para tanto, me ancoro na forma como esse profissional foi preparado para lidar com a morte, como a medicina prevê a atuação do médico e, a partir dos relatos, compreender como esses médicos elaboram suas formas de lidar com a morte, especialmente, no âmbito profissional.

5.1 A morte está presente na formação profissional?

Muito embora, do ponto de vista da ciência médica, vida e morte sejam fenômenos da mesma esfera, a biológica, e nela tendam a se esgotar, a recusa da morte introduz na prática médica uma separação radical entre estas duas realidades, como se assim fazendo, fosse possível anulá-la e suprimi-la. As únicas circunstâncias em que os médicos admitem a morte na sua intimidade são as salas de Anatomia e de Autópsia, porque somente ali ela se coloca como algo a serviço da vida (CONSORTE, 1983, p. 41).

Muitas são as lacunas apontadas pelos médicos em relação à abordagem da morte durante o ensino acadêmico de medicina. Observei nas entrevistas quase uma unanimidade de depoimentos nos quais se queixaram da falta de preparo acadêmico em situações de morte. Apenas duas médicas¹⁰⁴, formadas em universidades distintas da maioria dos entrevistados, disseram que receberam uma preparação para situações de morte. Segundo relatos, na academia, os médicos são preparados para sempre evitar a morte e buscar a cura das doenças em seus pacientes: *“A gente foi preparado para aprender a ser o super-herói, o salvador, o vencedor da morte. Eles nunca falam para você: você vai perder. Você vai perder muitas vezes, isso eles não te ensinam não, você aprende apanhando mesmo”* (Clínica Médica - F). Os depoimentos apontaram que é na vivência prática que os médicos se preparam para lidar com situações de morte: *“Na faculdade ninguém te prepara para lidar com a morte, na faculdade eles te ensinam tudo o que você precisa fazer para manter o doente vivo, até o dia que seu doente morre. Aí você tem de lidar com a primeira frustração de sua vida”* (Cirurgião Geral).

A esse respeito, Martins (1991) sugere que é de extrema importância preparar o estudante para as reais situações com as quais se confrontarão no decorrer de seu exercício

¹⁰⁴ Universidade Federal de Juiz de Fora e Universidade Federal de Goiás.

profissional, visando a que ele não se idealize enquanto profissional e sofra alguma frustração na ocasião de algum óbito, com o que certamente se deparará muitas vezes em sua vida profissional.

Conforme alguns depoimentos, ao longo da graduação, há certas abordagens em relação à área de formação biológica, como dissecar um cadáver, por exemplo. Foi relatado por alguns entrevistados que a única disciplina que tem abordado um pouco a temática é a de Psicologia Médica, normalmente lecionada no início do curso, quando o interesse por esse assunto ainda não foi devidamente despertado, justamente porque estes ainda não tiveram um contato prático com a morte na esfera profissional:

Eu acho que deveria ser um assunto melhor abordado durante a formação médica [...]. É uma matéria (Psicologia Médica) normalmente inserida no início do currículo, e que não desperta muito interesse nos acadêmicos, principalmente porque eles ainda não foram para a prática, mas depois que já estamos mais experientes a gente vê a importância dessa disciplina que deveria estar ao final do curso (Cirurgião Geral).

Segundo uma médica, notam-se alguns residentes, por exemplo, que não gostam de ficar em locais do hospital onde há pacientes sem prognóstico, como a Unidade de Cuidados Progressivos, destinada a pacientes crônicos, vítimas de algumas sequelas:

Nós somos preparados para prolongar a vida, agora para lidar com a morte... você nota com os residentes que eles não gostam de ficar aqui (Unidade de Cuidados Progressivos), porque eles ficam pensando: 'Nossa, que negócio chato... todo mundo morrendo', então ninguém quer ficar nessa parte não, próxima da morte (Clínica Médica - F).

Pelos depoimentos, o preparo vem com a prática profissional “dando cabeçadas”, como me disse um médico; assim, torna-se um preparo individual, mas, como apontado por eles, nunca é um preparo completo. Ainda que a missão dos médicos seja salvar vidas, pelos relatos as escolas de medicina deveriam ter um papel importante, no sentido de preparar o futuro profissional para situações de morte:

O que a medicina deveria passar para todos os profissionais em termos de formação profissional é que a função do médico é sempre: aliviar e curar quando possível. Aliviar o sofrimento das pessoas isso nós podemos fazer, às vezes só com uma conversa, ou com os vários medicamentos que nós temos pode aliviar o sofrimento, mas curar é só quando possível, a cura não é 100% (Clínica Médica - M).

Com referência a essa questão, os entrevistados sugeriram a criação de disciplinas voltadas à temática morte, especialmente a partir da metade do curso ao final, quando o médico já começa a ter um contato prático com a profissão. Os entrevistados também

apontaram nos depoimentos o interesse de acadêmicos sobre o tema, quando estes vão fazer algum estágio no hospital:

Eu senti falta. A gente vê que os estudantes, os acadêmicos de hoje sentem mesmo falta disso, eles vêm loucos atrás de mim quando eu vou dar a notícia de morte para algum familiar, querendo saber como é que faz. Isso é muito interessante porque mostra que a gente sente falta dessa abordagem na graduação. Então eu tento passar para eles que o que eles vão ver é 50% do meu jeito de dar a notícia e 50% da minha experiência que eu posso passar para eles. Mas isso a gente aprende com a vida, olhando alguém depois de formado, mas que faz falta na nossa formação isso faz. Tinha que ter uma cadeira para te mostrar o que é a morte, o que ela é para você, como você pode lidar com ela, como você vai lidar com os familiares, então, eu acho que não faltaria assunto nessa abordagem, e isso faz falta, a gente sente na pele (Neurocirurgião).

Por outro lado, alguns médicos sustentaram que esse interesse dos acadêmicos gera constrangimento aos profissionais que vão dar as notícias:

[...] É um olhar do outro que incomoda, o médico é um ser extremamente vaidoso, então o olhar do outro sobre ele incomoda, a ponto de, às vezes, não conseguir pedir ajuda para o colega, então você colocar um acadêmico para ver você dar a notícia é uma exposição, ele pode te questionar sobre alguma coisa que você tem que estar pronto para responder (Clínica Médica - F).

Ainda nesse aspecto, também não há um preparo para dar notícia ao familiar; isso é aprendido na prática pessoal de cada um, como disse um médico:

Uma coisa é você estar presente na hora em que o seu preceptor ou professor está dando essa notícia; nesses casos você não se sente responsável pela notícia; muitas vezes a gente aprende observando, mas aprendido mesmo é você aplicando, você de cara com o problema (Clínica Médica - M).

A relação humana no atendimento emergencial, o vínculo tanto com o familiar como com o doente, também se torna deficitária, especialmente nas unidades de urgência e emergência:

Nos bancos da escola não há tempo suficiente para você receber todas as informações que são necessárias para o dia a dia do médico. Então a escola nos ensina muito sobre a doença, a vida é que nos ensina sobre o doente, são duas coisas diferentes: a doença e o doente. Eu sempre parti da premissa que é fundamental na formação do médico um alicerce para que ele possa compreender melhor o ser humano, isso incluindo a relação com o familiar e com o doente (Cirurgião Geral).

Os relatos apontaram que o ensino prepara o médico para a competência técnica no que se refere ao trato da doença, mas a relação que o médico irá desenvolver na profissão paciente-médico-familiar/amigo não é abordada:

Eu formei sem entender que eu iria trabalhar com gente, mas não só com o paciente, com ele vinha junto uma gama de outras pessoas que eu também seria

responsável. Porque, quando eu estou com um paciente, ele tem irmãos, tios, tem pai, mãe, avô, tem vizinho, amigo, professor. A gente tem que ter alguns minutos do plantão para esses outros 'pacientes' que vêm agregados (Clínica Médica - F).

Nesses casos, embutido na relação médico-paciente, há um vínculo do médico com o familiar/amigo, e estes se tornam porta-vozes do paciente, especialmente em casos graves. Ouí, ainda, outra questão: em algumas faculdades de medicina não há um preparo prático em setores em que a morte é recorrente: *“Na minha graduação, nós não tivemos estágios em locais com pacientes graves, como, por exemplo, o CTI, e a maioria dos pacientes morrem no CTI; quando eu me formei eu também nem sabia como atestar um óbito”* (Clínica Médica - M).

Como visto, a carência de contato do acadêmico ou residente com o paciente grave bem como a vivência em locais onde eles são alocados, também se desdobra em relação ao contato com a morte. Sob outra perspectiva, o fato de esses locais contarem com forte aparato técnico faz com que o médico faça uso de uma série de recursos para manter o sujeito vivo por mais tempo e, ao mesmo tempo, desenvolva um contato mais impessoal e neutro em relação ao paciente. Kübler-Ross (1998) sustenta que é exatamente por meio dessa neutralidade que os médicos se esquivam de suas limitações, suas falhas, sua impotência e, talvez, até de sua própria consciência da morte, uma vez que para eles cuidar do paciente através de máquinas torna-se mais impessoal que lidar diretamente com os sofrimentos do paciente. Isso também é compartilhado por Maranhão (1986):

A dificuldade que os membros das equipes de saúde experimentam no relacionamento com doentes próximos da morte deve-se também, em boa parte dos casos, à sua incapacidade de lidar com os seus próprios temores da morte. Uma hipótese que tem sido constantemente reforçada é a de que um dos principais motivos por que muitos profissionais da saúde optaram por essa ocupação é para conhecer a fundo suas próprias ansiedades e sentimentos acima da média a respeito da morte (MARANHÃO, 1986, p. 41).

Em suma, os depoimentos apontaram para um insuficiente preparo emocional para situações de morte durante a formação acadêmica. Apenas uma entrevistada citou o NAPEM (Núcleo de Apoio Psicológico ao Estudante de Medicina) da UFMG, porém, segundo ela, o núcleo é pouco divulgado:

O que me ajudou foi o Núcleo de Apoio Psicológico ao Estudante de Medicina (NAPEM), tinha grupos que discutia a relação com o paciente, a história de cada paciente. Porque, querendo ou não, é um choque de realidade, o estudante de medicina daqui tem um nível socioeconômico um pouco mais elevado que os pacientes, e a maioria dos estudantes daqui não tinha contato com essas histórias, como pobreza demais dos pacientes, falta de estudo. Quase ninguém procura esse grupo, eu procurei, pois precisava de ajuda para essas questões. Eu acho que falta esse tipo de apoio, porque muitos dos meus colegas ficam meio que perdidos. Eu

tomei uma atitude proativa para entrar no grupo, mas eu acho que ele não é bem divulgado para os outros colegas. A gente na faculdade é treinada para fingir ao ver essas coisas todas (Clínica Médica – F).

O HJXXIII possui um núcleo de psicologia destinado aos profissionais do hospital inserido no setor de Humanização, porém, segundo a psicóloga do setor que realiza os atendimentos, não existe demanda por parte dos médicos e sim de outros profissionais:

Os médicos não procuram o serviço. Não sei te dizer o porquê. Eu atendo vários funcionários, como enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos, todos eles vêm com alguma demanda psicológica relacionada ao trabalho daqui, o lidar com pacientes graves, com a morte... mas, médicos mesmo nunca vieram me procurar (Psicóloga).

Conversei com um médico para saber se a instituição médica prevê algum acompanhamento psicológico para a categoria profissional, especialmente para aqueles que trabalham em urgência e emergência:

Eu nunca ouvi falar de nada. Não fui preparado na graduação e no meu trabalho aqui eu nunca soube de um atendimento psicológico para a gente. Se isso existe, é divulgado muito à margem, porque, se você perguntar a todos os médicos que trabalham no hospital, te garanto que, pelo menos, 95% vai dizer que não conhece e nunca ouviu falar de nada a respeito (Cirurgião Geral).

É interessante pontuar que há uma exigência ética para os psicólogos que trabalham em serviços de urgência e emergência para a realização de sessões de psicoterapia, talvez porque sejam os responsáveis pela abordagem aos familiares, bem como pelo acolhimento psicológico após o médico anunciar notícias de óbito.

Durante o período de campo, houve o suicídio de uma médica residente em Cirurgia Geral do hospital, que trabalhava na emergência. Um médico utilizou esse exemplo para ressaltar a importância desse preparo psicológico junto ao médico:

Eu acho que esse preparo psicológico tinha que ser feito. Tem muito médico surtando por aí; aqui no hospital mesmo temos vários exemplos de crises de stress, agressão. Recentemente, uma residente suicidou, enforcando-se; a garota era linda, com vida social normal, com uma carreira invejada, formou-se em medicina, estava concluindo a residência; a gente conversava com ela aqui e via que aparentemente era uma pessoa normal e muito boa de serviço. Mas você concorda comigo que algo certamente não estava indo bem com ela, e essa ajuda psicológica talvez seria uma medida preventiva para esses casos, quem sabe se ela tivesse sido acompanhada isso não teria sido evitado? (Cirurgião Geral).

Conversei com os médicos sobre essa questão e eles me afirmaram que esse não foi o primeiro caso, e a maioria das tentativas de suicídio ocorre entre médicos jovens na faixa etária de 20 a 30 anos. Segundo Kaufman (1991), casos de suicídio entre médicos ocorre, principalmente, no primeiro ano após a formatura, quando o recém-formado passa a lidar diretamente com tudo aquilo que foi ensinado durante a graduação.

Segundo Simon e Lummy (*apud* MELEIRO, 1998), em casos extremos, quando o médico sente frustrações pela não superação da morte, ele acaba cometendo suicídio. Há diversos motivos que levam o médico a dar cabo de sua própria vida; dentre esses motivos, destacam-se: (a) causa particular; (b) negação de algum incômodo psicológico; (c) o tratamento para sintomas de suicida no médico é mais difícil (é mais delicada a abordagem de outro profissional com essa finalidade); (d) os médicos não aceitam nenhuma intervenção terapêutica; (e) pessoas próximas confiam demais que, por ser médico, ele irá se tratar e, também, por estar mais próximo de meios mais eficientes que concretizem a morte.

Ainda segundo os autores, os médicos, por constituírem uma categoria profissional que trabalha para derrotar a morte e salvar a vida, tornam-se pessoas que idealizam uma onipotência e controle total sobre a realidade. Claro que essa onipotência encontrará um limite quando confrontada com situações de falecimento e a não cura do paciente. Esses fatos geram no médico fortes sentimentos depressivos, que podem culminar no suicídio. Muitos, no exercício profissional, quando estão diante da realidade de doenças incuráveis e da morte, entregam-se ao abuso de álcool e drogas. Conforme os autores, as próprias escolas de medicina não possuem aparato para cuidar desse profissional, não há um amparo psicológico ao aluno. Meleiro (1998) ainda sustenta que aqueles estudantes que se sobressaem nos estudos são os que mais cometem suicídio, isso porque são pessoas mais cobradas diante de algum deslize ou falha: “O estudante passa a ter culpa pelo que não sabe e com isso se sente paralisado pelo medo de errar. Esses quadros caracterizam-se por sentimentos de desvalia e impotência, que, muitas vezes, são responsáveis por ideias de abandono do curso, depressão e suicídio” (MELEIRO, 2004, p. 138).

Segundo Martins (1991), a maioria dos médicos está propensa a sofrer de algum *stress*, e, dentre as causas, o autor destaca: carga horária exaustiva, privação de sono, idealização da figura do médico, contato face a face com a dor, o sofrimento e a morte e, até mesmo, a possibilidade de uma falha – um erro – no exercício profissional.

Conforme Meleiro (1998), o médico é o responsável por prover a saúde da população e garantir que esta tenha uma condição de vida saudável. Entretanto tal propósito não é compartilhado pelos próprios médicos. Frasquilho (2005) sustenta que muitos médicos sofrem com diversos tipos de enfermidades emocionais, oriundas do *stress* da profissão. Ainda conforme a autora, os médicos são representados socialmente enquanto seres dotados de diversas responsabilidades e também estão inseridos em elevado *status* social. Também por serem idolatrados e respeitados pelo fato de lutarem para salvaguardar a vida de seus

pacientes, geram-se diversas implicações na vida do médico: “Curar é na verdade frequentemente inatingível. O médico deveria focalizar-se no tratar – cuidar -, cada vez melhor, à medida que o possa, ciente das limitações impostas pela realidade de que o sofrimento e a morte fazem parte da vida” (FRASQUILHO, 2005, p. 440).

5.2 A morte: suas construções e representações

A morte suscita inquietações para o médico. Sempre quando me apresentava e discorria um pouco sobre a pesquisa, os médicos demonstravam interesse e, ao mesmo tempo, surpresa com a temática. Quando questionados sobre o conceito de morte, muitos profissionais o consideraram um tema difícil de ser definido e expressado. Percebi isso como uma reação de resistência diante da morte, muito embora ela esteja em estado bruto e concreto num Hospital de Pronto Socorro. Só depois de um tempo de reflexão era que os médicos começavam a tentar verbalizar o que ela representava para eles, como se antes da pergunta a morte não se fizesse presente em suas vidas, muito menos em sua rotina profissional.

As definições de morte expostas pelos entrevistados se aproximaram, em alguns aspectos, das muitas expressões do senso comum, como: “a morte é o fim”, “a morte é o oposto da vida”, “a morte é uma passagem”, “o fim de um ciclo”, “única certeza da vida”. Por exemplo:

A morte é uma passagem [...] eu acho que a gente está aqui com um objetivo, mas eu acho que, a partir do momento que a gente cumpriu o que tinha que fazer aqui, de certa forma, eu acho que a gente já não pertence mais a este mundo aqui. A morte acontece quando você não tem mais nada para acrescentar, você já cumpriu o seu papel. Eu acredito que a vida continua de outra maneira, outro lugar, sei lá, é muito difícil materializar isso (Neurocirurgião).

Ou ainda, a morte pode ter outras dimensões:

Se você pega um cara tabagista pesado, bebe todos os dias, mas não incomoda a família, ele não agride, não briga, ele não mata o trabalho, mas é um deprimido, desmotivado para sair, então, ele está morrendo em vida, então há várias dimensões, por isso eu não acho que a morte seja o oposto da vida (Cirurgiã Geral).

A forma de definir a morte também varia conforme a crença religiosa. Os médicos que consideraram a morte como um fim, ou não possuem religião ou são ateus confessos. Por outro lado, quem definiu a morte como passagem são católicos, evangélicos ou espíritas. Assim, questões vinculadas à religião, de forma menos recorrente, também esteve presente nos relatos, especialmente a religião espírita, que tem a morte como seu principal tema. Os médicos espíritas que entrevistei tentam trazer a religião para a prática profissional para os

auxiliar no tratamento e no encaminhamento “espiritual” do enfermo, já que, segundo a doutrina, o espírito que se desencarna num Pronto Socorro está “perdido” por ter tido uma morte abrupta. O depoimento de um médico ilustra bem essa relação:

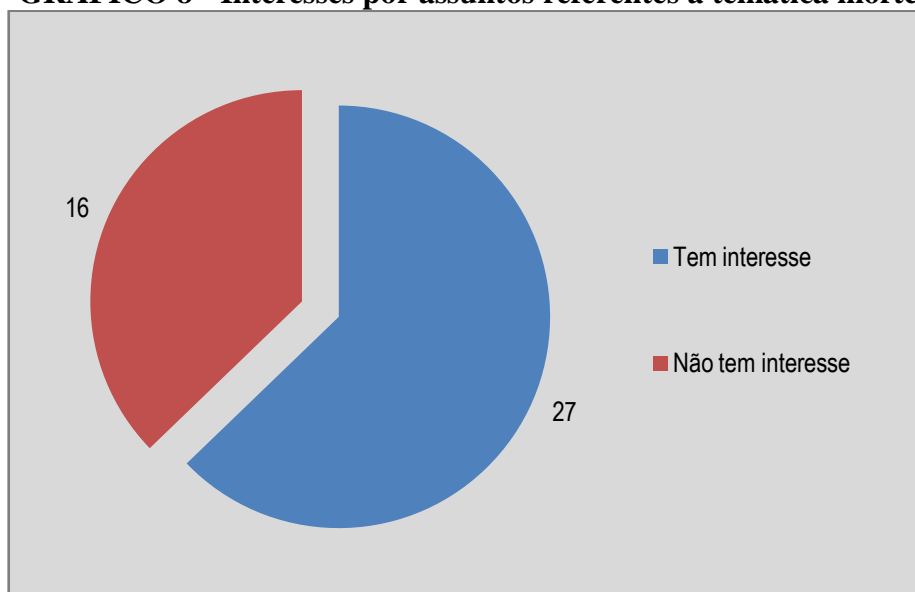
Tem milhares de pessoas que desencarnaram no hospital que me acompanham, porque eles estão perdidos, querem saber o que aconteceu, não entenderam. Eu sou um espírita recente, e eu já estive na medicina sem ser espírita. Eu brinco lá no grupo que a religião me ajudou e não ajudou ao mesmo tempo. Me ajudou a entender mais as coisas do plano espiritual, auxiliou na minha prática profissional, mas, ao mesmo tempo, me dificulta: ‘Pô, isso é científico, eu não devo fazer nada, do ponto de vista espiritual; até que ponto eu tenho o direito de definir se esse cara vai morrer agora ou eu tenho que fazer de tudo e Deus é que vai decidir a hora dele morrer?’. Então tem hora que eu fico nesse dilema entre moral e religião (Neurocirurgião).

Assim, conjugado a essas formas de representação da morte, considera-se que:

As representações sociais são conjuntos dinâmicos, seu *status* é o de uma produção de comportamentos e relações com o meio, o de uma ação que modifica uns e outros, e não o de uma reprodução [...], nem o de uma reação a um estímulo exterior determinado. [...] são sistemas que têm uma lógica própria e uma linguagem particular, uma estrutura de implicações que se referem tanto a valores como a conceitos com um estilo de discurso próprio. Não as consideramos como opiniões sobre nem imagens de, mas como “teorias”, como “ciências coletivas” *sui generis*, destinadas à interpretação e à construção da realidade (MOSCOVICI; NEMETH, 1974, p. 48).

5.2.1 Interesses por assuntos referentes à temática morte

Quando questionados sobre o interesse por assuntos referentes à temática morte, foi recorrente a demonstração de interesse correspondendo a 63% do total de entrevistados (43). Em contrapartida, 37% dos entrevistados não possuem interesse algum por tais temáticas, conforme ilustra o Gráfico 8.

GRÁFICO 8 - Interesses por assuntos referentes à temática morte

Fonte: Dados da pesquisa, abril de 2013.

Para os entrevistados que possuem interesse pela temática morte, as respostas convergiram para temas referentes à religião, especialmente entre os espíritas; práticas de entretenimento, como filmes e livros; literatura ético-filosófica e biomédica, como experiências de “quase morte” e artigos e livros que ajudem o médico a lidar com a morte de seus pacientes; e, por fim, demais curiosidades, principalmente no que se refere às representações da morte em outras culturas, conforme sumariza o Quadro 4.

QUADRO 4 - Interesses por assuntos relacionados à morte

Interesses por assuntos relacionados à morte	
	Assuntos que ajudem a lidar com a morte na prática profissional
	Assuntos referentes à experiência de “quase morte”
	Curiosidade
Interesse vinculado a:	Filmes e livros
	Literatura Ético-filosófica Biomédica
	Religião
	Tanatologia e Bioética

Fonte: Dados da pesquisa, abril de 2013.

Filmes de suspense ou que retratam atuação de médicos socorristas mostraram-se como temas de interesse por se vincularem à área de atuação do profissional:

Eu gosto de ver filmes de suspense, policiais, por causa desse lado investigativo que a gente vive aqui. Então, talvez eu procure nesses lugares a reprodução do que eu exerço aqui, a tentativa de ver o que está acontecendo que poderia ter sido evitado. É legal ver esses filmes porque daí a gente pensa: ‘Poxa, eu já passei por essa

situação’, ou ‘se isso acontecesse comigo, como eu reagiria?’. Então a morte de um paciente iminente lá no filme, eu fico pensando: ‘Ai, que vontade de fazer isso, isso’. Eu acho que é um exercício para mim quando eu leio um livro desse ou vejo um filme. (Clínica Médica - F).

Além das práticas de entretenimento de natureza cultural ligadas à morte, mais uma vez a religião espírita se fez presente em alguns relatos, por ter como um de seus assuntos-chave a reencarnação que, conseqüentemente, retrata a morte:

A minha própria religião espírita. Toda semana tem reunião e é tratado de uma maneira justamente para desmistificar a morte, de servir como uma ponte entre o que a gente tem e o que a gente vai ser. E aqui a gente tem pessoas que desencarnaram de uma forma abrupta, inesperada e às vezes ela nem sabe o que aconteceu, então eu uso a minha religião para tentar orientar esses espíritos, rezando, pedindo proteção a eles (Anestesista).

Uma médica relatou interesse pela especialidade médica de Medicina Legal que lida diretamente com a morte desvendando suas causas, justamente para ver se consegue ajudá-la a ter mais interesse pela temática: “*Vou fazer o concurso de Medicina Legal para lidar melhor e ter mais interesse, entendendo aquela morte vai me ajudar a ajudar quem não está morto. Entendendo os traumas daquela pessoa, vai ajudar aquela pessoa e os outros*” (Pediatra). Outra médica pontuou que não tem interesse, mas talvez desenvolva algum após a nossa conversa.

É interessante notar que, para os depoimentos que convergiram para uma ausência de interesse pela temática, pude perceber que talvez não haja uma atração em ficcionalizar ou fantasiar a morte, porque o médico lida com ela de forma real: ora, esse profissional está em contato direto e legitimado com a morte no exercício profissional e tais práticas também o mantêm ligado e, conseqüentemente, o fazem se lembrar de sua rotina de trabalho. Isso também, conforme alguns relatos, está diretamente relacionado à profissão que trava uma batalha contra a morte todos os dias; além disso, a própria abordagem da morte na formação profissional pode influenciar esse tipo de reação: “*Porque a gente vê a morte durante a nossa graduação como uma grande vilã. Então a gente não quer vê-la em lugar nenhum. Você chegar para o paciente e falar que ele está curado é maravilhoso, agora falar que ele tem um câncer e que vai morrer é péssimo*” (Anestesista).

É importante pontuar que, nesses casos, os médicos reagiam à pergunta de forma veemente: “*Não! Eu fujo disso*”, “*Eu gosto é da vida, morte não*”, “*Não estou acostumada com essas coisas não*”.

5.2.2 Preparo para lidar com a morte

No que se refere ao preparo para lidar com situações de morte tanto na esfera pessoal como profissional, as perspectivas são múltiplas, como, por exemplo, o preparo em lidar com a morte de pacientes se comparado à morte de algum familiar. Nesse último caso, um médico apontou que ele sempre se cobra no sentido de poder ter feito algo pelo familiar/amigo enquanto profissional para evitar aquele óbito:

Outro dia eu perdi um amigo que morreu de hipoglicemia; é inadmissível perder um paciente por hipoglicemia. Ele tomou a dose de insulina, não comeu, daí abaixou muito a glicose e começou a passar mal, daí ele foi para um Pronto Atendimento, demorou muito a ser atendido, daí a glicose não foi para o cérebro daí seu coração parou e ele morreu. Se tivesse colocado um pouco de açúcar na boca dele ele não tinha morrido, por uma coisa banal (Clínica Médica - M).

Conforme alguns relatos, o médico possui um diferencial de desvantagem em relação a outras pessoas e outras categorias profissionais, isso porque, tendo o conhecimento técnico sobre a doença, ele saberá o teor de gravidade e o risco de morte, o que para alguns médicos antecipa o luto na esfera pessoal:

Eu acho que o médico tem uma grande desvantagem, porque pelo fato de ser médico, um cirurgião... Hoje, por exemplo, se eu recebesse um diagnóstico de um câncer de pâncreas, eu sei que eu estaria fulminado, porque eu sei o que acontece com um paciente que tem câncer de pâncreas. [...] Então, o fato de você ter esse olhar técnico sobre um determinado diagnóstico, isso vai me obrigar, se eu tiver um diagnóstico desse, a ter uma posição completamente diferente, ou seja, não terei o direito de ter esperança, porque eu sei da minha realidade diferente das pessoas que não são conhecedoras do prognóstico. Então, eu acho que o médico nessas situações ele perde o direito de ter esperança, a menos que ele negue sua situação (Clínica Médica - M).

Um médico, entretanto, em especial, demonstra tranquilidade diante do fato de ele ter conhecimento técnico sobre a real situação do caso clínico:

Conhecer a doença, conhecer o que está acontecendo com a gente e com o próximo me faz ficar tranquilo sobre a situação. Ter domínio das coisas talvez seja o principal mecanismo de defesa que eu tenho. Vamos fazer uma comparação: você torce para um time de futebol, e sabe que ele é muito mais inferior que o adversário que ele vai jogar; antes do jogo começar, você já sabe que ele vai perder, mas você está muito mais preparado para assistir ao jogo sabendo dessa possibilidade, que durante o jogo, ele tá tomando uma surra, mas você está preparado. Então, você não desiste de ver o jogo, você vai até o último minuto do jogo, até o juiz acabar o jogo e aí terminou: 6 x 0; pronto, você sabia que ele iria perder porque ele era muito inferior, mas você acompanhou o tempo inteiro (Clínica Médica - M).

Por outro lado, alguns médicos se veem obrigados a lidar com a morte na esfera profissional, já que é um fato inerente ao ofício, o que não garante preparo para lidar com tais situações:

A nível profissional nunca é bom perder um paciente, então por mais grave que o paciente esteja, você quer sempre tratar e, se for o caso, operar, com a esperança desse doente sair. Mesmo estando isso na minha rotina, é desagradável lidar com essas situações. Eu falo que eu detesto operar pacientes de Onda Vermelha, não gosto, porque a maioria morre (Cirurgião Geral).

Na esfera pessoal, os relatos apontaram uma não resistência dos profissionais para lidar com a morte, entendendo-se que a morte é um processo doloroso, mas é um fato inexorável que o homem precisa enfrentar. Em alguns relatos, entretanto, os médicos disseram que possuem dificuldade em relação à morte na esfera pessoal, e o fato de frequentar o velório se mostrou uma recorrência nas falas:

Eu não gosto e não vou a velórios de familiares; meus pais ficam até meio com raiva de mim. Eu não consigo ver um familiar meu morto, então eu prefiro guardar a última imagem dele vivo na minha cabeça. Agora de paciente eu reajo de uma forma mais tranquila, parece até uma dicotomia (Neurocirurgião).

Embora o lidar com a morte do paciente seja mais fácil para alguns, para outros é um fato pesaroso, principalmente para aqueles médicos que criam laços de amizade com o enfermo e seus familiares. Por fim, também houve relatos de dificuldade para lidar com a morte nas duas esferas, tanto pessoal como profissional: *“Não estou preparada nem a nível pessoal nem profissional. Eu só lido porque tem que lidar. [...] E a morte é uma coisa muito desagradável, é difícil saber quem está preparado para isso”* (Pediatra - F).

5.2.3 A morte sob a ótica da sociedade

A forma como a sociedade reage à morte na perspectiva dos entrevistados é variável. Alguns depoimentos apontaram para uma banalização da vida e da morte e que os meios de comunicação contribuem para tal: *“Nós temos os nossos jornais aí, que a gente abre, que só tem morte, só tragédia, só agressões do começo ao fim, eu acho que isso é ruim nesse sentido da banalização, porque a sociedade passa a ver isso como uma coisa cotidiana”* (Cirurgião Geral).

A morte está sempre em pauta na mídia, nos jornais, revistas, abordada de forma “espetacular, ficcionalizada, como uma novela ou filme que nunca tem fim” (ROCHA; SANTOS; 2013, p. 2). Somado a isso, cotidianamente vê-se na mídia que uma pessoa é morta por motivos fúteis: *“O cara lhe dá um tiro por conta de um real, um par de chinelos, ou seja, banalização total da vida, talvez e, conseqüentemente, da morte”* (Cirurgião Geral). Assim sendo, a impressão é que morrer virou um “show” nos meios de comunicação segundo os entrevistados. Em alguns depoimentos houve menções sobre a curiosidade das pessoas em

relação a assuntos referentes à morte, como: assassinatos, suicídio, imagens de pessoas mortas, dentre outros. De acordo com Rocha e Santos (2013), essa curiosidade é inerente ao homem:

O interesse pela notícia da morte e todos os rituais envolvidas nela faz parte da curiosidade humana, que é também uma forma de curiosidade informativa. O desejo de saber é intrínseco à natureza humana, o que faz com que todos os homens, sem exceção, tenham curiosidade pelas coisas. O ser humano utiliza seus sentidos não só pelo simples fato de fazê-lo; ele o faz porque há um prazer por trás disso. Sentir, ouvir, ver, tocar, falar, cheirar são ações que nos torna mais “humanos”, e o sentido da visão permanece como sendo aquele capaz de produzir conhecimento [...] (ROCHA; SANTOS, 2013, p. 8).

Acrescente-se que os meios de comunicação também exibem situações de doentes graves de uma forma distorcida, o que é o oposto do que ocorre na vida real:

[...] Os meios de comunicação mostram uma ‘pseudorealidade’; teve uma novela que me deixou com raiva, uma moça que ficou paraplégica, uma ‘paraplégica muito feliz’, sem nenhum dos dramas, como machucado, e de repente ela aparece andando, até parece que é assim na realidade... então eu acho que se discuti mal isso tudo, uma ilusão de que as pessoas vão melhorar e voltar a ser o que eram. É preciso mostrar que as pessoas morrem, ficam sequeladas de um jeito muito mais sofrido [...] (Clínica Médica - F).

Os entrevistados disseram que a sociedade é moldada para manter a vida a todo custo, em busca da beleza, perfeição, bem-estar, o que vai de contraponto com a morte. Muitas pessoas têm medo da morte e não têm nem coragem de pronunciar a palavra. No âmbito da ciência médica, verifica-se uma luta para a manutenção da vida a todo custo. Muitas vezes, familiares de pacientes preferem vê-los vivos em estado vegetativo, do que mortos. Um médico ponderou sobre essa opção, colocada para a família:

Eu tenho a chance de operá-lo. Se eu operar, ele tem uma chance maior de sobreviver, mas vai sobreviver vegetando, ou eu tenho a opção de não operar e se eu não operar, ele realmente vai morrer, então o que vocês querem? Eles sempre querem que eu opere (Neurocirurgião).

Segundo os depoimentos, a percepção sobre a morte também varia de acordo com cada cultura e também com a crença de cada pessoa: “*Algumas culturas consideram como o cessar da vida, ou que você vai para outro plano, ou que você reencarna*” (Neurocirurgião). Os médicos reproduziram em seus depoimentos que a morte não é bem discutida. A sociedade ainda oculta a morte. Uma médica destacou que não há discussões sobre o fim da vida e que é um assunto ainda muito evitado em conversas no cotidiano.

5.3 Como os médicos lidam com a morte

No exercício da profissão aprendi que a reação individual diante da possibilidade concreta da morte é complexa, contraditória e imprevisível; impossível compartilhá-la em sua plenitude (VARELLA, 2004, p. 7).

O foco central desta pesquisa consistiu numa análise de como os médicos lidam com a morte. Conforme o Quadro 5, cinco tipologias principais foram recorrentes nos depoimentos, a saber: frustração profissional; circunstâncias da morte; fim de algum processo; a forma de lidar depende do médico; e, por fim, a morte como parte do ofício médico.

QUADRO 5 - Como os médicos lidam com a morte

Como um médico lida com a morte?	
Frustração Profissional	Médico preparado para vencer a morte Morte advinda de alguma falha técnica Pressão por parte da sociedade
Depende das circunstâncias da morte	Morte por algo que poderia ter sido evitado Depende de quem morre (idade, prognóstico, etc) Morte abrupta e inesperada
Fim de algum processo	Fim de um ciclo Desfecho final de uma doença Fim do trabalho enquanto médico
Depende do médico	Morte como algo natural Morte contextualizada a crença do médico Tristeza e pesar
Morte como parte do ofício médico	Fato inerente à profissão Rotina profissional Limite da atuação médica

Fonte: Dados da pesquisa, abril de 2013.

Os depoimentos inseridos na tipologia “frustração profissional” versaram sobre: “médico preparado para vencer a morte”, ou seja, o ensino acadêmico é direcionado a questões pertinentes à vida, como resgatá-la e mantê-la; “morte advinda de alguma falha técnica”, por alguma imperícia; e “pressão por parte da sociedade”, que coloca o médico como o detentor da vida. As narrativas demonstram que os médicos não lidam com a morte como uma consequência natural da doença ou de uma ocorrência fatídica, visto que ele foi preparado tecnicamente para não deixar o paciente morrer. Assim, quando ocorre um óbito, os médicos começam a rever mentalmente todas as etapas que foram executadas desde a chegada

do paciente até à morte, com perguntas, como: “*Eu fiz de tudo e o doente morreu no final?*”, “*Eu poderia ter feito alguma coisa a mais?*”, “*Poderia ter deixado de fazer alguma coisa?*”, como ilustra o depoimento a seguir:

Uma derrota pessoal: quem te falar que não encara assim está mentindo, todos nós somos preparados na faculdade para que a morte do paciente seja o nosso fracasso pessoal; toda vez que morre um paciente, vem na cabeça: ‘eu falhei, eu não consegui salvar esse paciente’. Só que a morte sempre ganha, todo mundo vai morrer, e nós não somos deuses, algumas pessoas se acham deus, mas não são. Às vezes, a gente escuta assim: ‘Eu não desisto desse paciente de jeito nenhum!’. Ou seja, a pessoa não permite isso e encara como falha pessoal. Mesmo que eu tente racionalizar, toda vez que eu perco um paciente, no íntimo eu penso que eu falhei e que não consegui salvar o paciente, mesmo ciente de que eu não fiz nada que tenha levado ao óbito. E eu acho que a gente precisa trabalhar melhor isso (Pediatra - F).

Essa revisão minuciosa de todos os procedimentos realizados está vinculada à frustração:

Na minha equipe mesmo eu vejo que, quando morre um doente, tem gente que surta: ‘não dei antibiótico ontem, deveria ter dado e tal’. E também um pouco de prepotência de achar que num ato ele é capaz de mudar a história do outro. [...] Tem médico que vê a morte como uma falência pessoal, esses eu vejo que têm muita dificuldade para lidar com a morte, porque o médico não salva vidas, mas ele é criado, cultivado culturalmente, essa propaganda é vendida (Clínica Médica - F).

Além disso, alguns profissionais, diante da possibilidade de morte de algum paciente, tentam fugir da situação para não lidar diretamente com o óbito do paciente, como mostra o relato a seguir:

Claro que a gente tem dificuldades em lidar com limites; na medicina, a gente às vezes passa do limite em muitos aspectos; muitos plantonistas têm essa coisa: ‘Ah, vou passar o plantão com esse paciente, ele não vai morrer no meu plantão’ [...]. Passar o paciente por não querer que ele morra no seu plantão, porque vão falar que eu sou um mau médico, daí eu tenho que dar a notícia para a família e eu não quero passar por isso (Clínica Médica - M).

A segunda tipologia “depende das circunstâncias da morte” está vinculada a “morte por algo que poderia ter sido evitado”, “depende de quem morre (idade, prognóstico, etc.)” e “morte abrupta e inesperada”. O depoimento a seguir mostra quando o médico percebe que a morte vai além de um fato inexorável, ou seja, poderia ter sido evitada de alguma maneira em razão de alguma falha técnica:

Eu encaro a morte como o caminho natural daquela existência. O escorpião estava no caminho daquela criança que foi picada, ela está morta, nós não conseguimos reverter, é real. Mas temos que rever as condutas, ver se poderíamos ter tido uma atitude diferente frente ao problema, se poderia ter evitado algo. Às vezes acontece uma falha, mas é uma limitação nossa, e claro que isso tem que acontecer menos. Há várias mortes que poderiam ter sido evitadas com uma melhor condução técnica, uma intervenção mais precoce (Pediatra).

A morte abrupta, não esperada, também é vista como um incômodo para alguns profissionais:

Um caso que chegou muito bem e rapidamente evoluiu para óbito, a pessoa que chega consciente, falando, às vezes a pessoa chega e fala: 'Dr., Não me deixe morrer', e a pessoa morre; isso acontece muito. Casos de crianças e pacientes que querendo ou não chegam para a gente e fala: 'Dr., Eu confio muito no senhor', e ele acaba evoluindo para óbito. Esses casos ficam me lembrando na memória (Neurocirurgião).

Também é diversa a forma de os médicos lidarem com a morte, o que depende do contexto e da circunstância em que ela ocorre. Quando a pessoa causou aquilo que trouxe a circunstância, por exemplo, uma pessoa que estava dirigindo completamente alcoolizada e bate o carro, esse fato não sensibiliza tanto o médico, quanto, ao contrário, a eventualidade de um acidente com algum trabalhador ou criança. A forma de lidar também depende do grau de recuperabilidade do paciente antes da morte, ou seja, para um paciente sem prognóstico a morte torna-se um alívio para a equipe, para o doente e para a família, diferentemente de um paciente jovem que sofre um acidente abrupto e morre:

Eu encaro ela (a morte) como uma colega de trabalho. Às vezes uma intrusa, e às vezes muito bem-vinda. Há casos que são muito frustrantes, porque você sabe que não vai poder lutar contra e nem vai poder evitar o sofrimento do paciente. Em alguns casos, eu sou a favor da sedação, deixar o paciente morrer; eu acho que quando você tem que encarar a morte, que seja da maneira mais confortável possível (Clínica Médica - F).

Alguns depoimentos convergiram para o “fim de algum processo”, incluindo: fim de um ciclo, desfecho final de uma doença e fim do trabalho enquanto médico. Segundo um médico: “*Você nasce, cresce e morre. Para mim é um rito normal na vida de alguém. Você sofre sim, mas temos que passar por isso*” (Clínica Médica – M).

Ou ainda, relacionando a morte diretamente ao exercício da medicina:

O final da nossa atuação enquanto profissional, a partir do momento em que o indivíduo morre, seja aquele doente de acompanhamento ambulatorial, com uma neoplasia que venha a falecer, ou aquele paciente de CTI que vem a falecer. A morte é o fim e esse fim tem que trazer para a gente algumas lições; trazer para a gente que aquele paciente teve uma vivência até aquele ponto; como é que foi aquele tratamento, se aquele tratamento foi válido, ou foi um tratamento que poderia ter sido diferente, para trazer alguma outra abordagem. Então, a gente tem que aprender com cada paciente, para tentar melhorar o tratamento com os próximos, é assim que a medicina evolui. Ela é baseada em evidências (Clínica Médica – M).

Alguns médicos consideraram a morte como o fim de seu trabalho, mais vinculado à parte técnica, como mostra o depoimento a seguir: “*Como médico talvez eu encare como o fim do meu trabalho, o paciente morreu, não precisa de mim mais. Mas, se eu estou aqui para*

aliviar o sofrimento, talvez eu possa ajudar em relação ao sofrimento da família” (Clínica Médica – M).

Em determinadas narrativas, os médicos disseram que a forma de lidar com a morte depende do médico. Alguns profissionais percebem a morte como algo natural: *“O médico tem que encarar a morte como um evento natural, tão natural quanto a vida” (Clínica Médica – M).* Ou ainda, contextualiza-se a crença do médico: *“Depende do médico. Eu acho que isso não é nem da medicina, depende da religião da pessoa, a forma dele encarar a morte depende muito mais da crença dele do que da profissão dele” (Cirurgião Geral).* Há também médicos que lidam com a morte com tristeza e pesar:

Como médico eu fico triste sim com a morte, com toda morte. Claro que com certo limite, certo distanciamento. Fico triste pelo sofrimento da família, tento não ver que o paciente tinha a mesma idade que meu filho, tentar manter uma distância, e isso às vezes quer invadir o nosso pensamento... e, mesmo tentando, muitas vezes o médico fica triste com isso tudo (Pediatra).

Na última tipologia intitulada “morte como parte do ofício médico”, os relatos apontaram: “fato inerente à profissão”, já que o médico não lida só com vidas; “rotina profissional”, uma vez que a morte sempre estará presente na atuação profissional e; “limite da atuação médica”: *“A morte é algo que a gente tenta fazer tudo... dependendo de cada paciente e tal, mas é o ponto final mesmo. O médico encara assim: chega um ponto em que não se consegue fazer mais nada” (Clínica Médica – F).*

Alguns profissionais afirmaram que, enquanto médicos, possuem dificuldade em relação à morte. Uma médica me relatou que ainda não sabe definir como um médico lida com a morte devido à complexidade do tema, já outros médicos até me disseram que escolheram a medicina para compreender melhor a morte:

Eu lido mal, talvez por isso que eu fiz medicina [...] tinha uma professora minha que falava que todo mundo que tenta medicina tem certo conflito com a morte. Como não consegui me dar melhor, talvez eu saia da medicina (risos), para parar de ver gente morrendo¹⁰⁵ (Clínica Médica).

Por fim, outros médicos lidam com a morte na prática profissional da mesma forma que na vida pessoal, como, por exemplo, um rito natural como o “nascer, crescer e morrer”.

¹⁰⁵ Esse profissional está fazendo um novo curso superior.

5.4 O médico mágico: a eficácia simbólica do discurso médico

[...] A profissão médica é singular. Nenhuma outra profissão no mundo ocidental adquiriu tanto poder em definir realidades como a medicina o fez ao longo de sua história. Aos médicos é dado o poder de definir, por exemplo, o que é saúde e doença, o que é sanidade ou insanidade mental; enfim, a eles é conferida a prerrogativa de elaborar e executar critérios de saúde e doença, transformando-se em paradigmas médico-sociais [...]. Dotada de princípios ético-morais, a atividade médica estabelece singular relação com o consumidor (paciente) de seus serviços, que requer confiança, sigilo e credibilidade (MACHADO, 1997, p. 15).

No que diz respeito à percepção de familiares e do paciente em relação à atuação do médico diante da morte, pelos relatos nota-se que a família e o paciente depositam e creditam certo poder ao médico:

Eles encaram a gente como o salvador, eles olham para a gente e dizem: 'É Deus no céu e você aqui, para te iluminar, eu espero que ilumine e me salve'. Você já viu aquela situação: 'Chame o médico! Chame o médico!' O que adianta chamar o médico se você não tem um instrumento, nada ali que possa ajudar a salvar a vida? O médico sem o medicamento, de repente não vai adiantar nada. Chama o médico, beleza, ele faz o diagnóstico, mas se não há instrumentos, o tratamento não dá para fazer. A pessoa acha que o médico é a pessoa capacitada para salvar por um toque de mágica e resolver o problema (Clínica Médica - M).

Nesse aspecto, Laplantine (1991) define a medicina como uma moral, uma vez que ela evoca o que é bom e não só o que é verdadeiro, e, por meio de seu saber, ela direciona as condutas. Traçando um paralelo da “eficácia simbólica” entre as sociedades complexas e as sociedades primitivas, ou entre o pensamento complexo e o pensamento mágico:

É a eficácia simbólica que garante a harmonia do paralelismo entre mito e operações. E mito e operações formam um par, onde se encontra sempre a dualidade do doente e do médico. Na cura da esquizofrenia, o médico executa as operações e o doente produz seu mito; na cura xamanística, o médico fornece o mito e a doente executa as operações (LÉVI-STRAUSS, 1967, p. 232).

Conjugado a esse pensamento, Bourdieu (1996a) confere ao discurso - a linguagem - um impulso performático, em que o poder das palavras não está nelas mesmas, mas sim no ato de delegação que institui o porta-voz que as pronuncia:

O porta-voz autorizado consegue agir com palavras em relação a outros agentes e, por meio de seu trabalho, agir sobre as próprias coisas, na medida em que sua fala concentra o capital simbólico acumulado pelo grupo que lhe conferiu o mandato e do qual ele é, por assim dizer, o procurador. As leis da física social escapam apenas aparentemente às leis da física, e o poder logrado por certas *palavras de ordem* em obter trabalho sem dispêndio de trabalho - e nisso consiste a ambição da ação mágica - encontra seu fundamento no capital acumulado pelo grupo mediante seu trabalho, e cuja mobilização eficaz está subordinada a todo um conjunto de condições, justamente aquelas que definem os *rituais da magia social*. As condições a serem preenchidas para que um enunciado performativo tenha êxito se reduzem à

adequação do locutor (ou melhor, de sua função social) e do discurso que ele pronuncia (BOURDIEU, 1996a, p. 89 – grifos do autor).

Isso também pode ser verificado no relato a seguir:

Eu acho que o paciente quer que você salve a vida dele, mesmo que você tenha que vender a sua alma para o diabo. Têm vários perfis, eu tenho paciente que vira e fala: 'Faz o que você quiser, mas resolve!' [...] Tem paciente que você fala para ele que ele tem uma doença incurável, ele vai embora e nunca mais te olha na cara. A maioria dos pacientes espera que o médico faça alguma coisa por ele, então se ele está com colesterol alto, ele espera que você abaixe o colesterol dele olhando para ele, e não que ele pare de comer, que faça atividade física; existe uma imaturidade do doente em relação às doenças e ao morrer. E o médico também muitas vezes não gosta de falar sobre e foge nessa hora; há pacientes em cuidados paliativos, ou seja, com uma enfermidade sem prognóstico que não sabiam do seu quadro, porque o médico simplesmente não falou. Eu acho que eles pensam que o paciente tem a fantasia de que o médico é capaz de driblar a morte, e quando chega nesse assunto chega de um jeito muito ruim (Clínica Médica - F).

Para a eficácia simbólica de um discurso, é preciso “estabelecer a relação entre as propriedades do discurso, as propriedades daqueles que o pronunciam e as propriedades da instituição que o autoriza para pronunciá-las” (BOURDIEU, 1996a, p. 89). Um enunciado performativo para ter êxito precisa ser pronunciado por alguém que disponha de ‘poder’ que é a função social do locutor. Assim, o discurso médico é fundamentado por meio do capital simbólico acumulado pela instituição a que pertence:

[...] As instituições médicas permitem e estimulam o consumo de dentifrícios milagrosos, de loções que fazem nascer cabelos, de remédios que emagrecem, que tranquilizam, que estimulam, que restabelecem e fortificam o apetite sexual, que recuperam o esforço despendido no trabalho, que produzem beleza e que propiciam felicidade... constituindo, assim, um discurso que nos obriga a não ver sob a cobertura das miragens que apresenta (RODRIGUES, 2006a, p. 194).

Sob outra perspectiva, a frieza também se mostrou presente nos relatos. Segundo os médicos, pacientes e familiares têm a percepção de que os médicos se posicionam de forma indiferente em relação à morte de seus pacientes, o que se contrapõe à maneira como os próprios médicos se veem:

As pessoas, de um modo geral, acham que a gente não sente a morte do outro, eles acreditam que você está tão acostumado a ver gente morrer, que mais um ou menos um não vai fazer diferença nenhuma, e isso é chocante para mim, porque isso não é verdade, nós sentimos cada um que morre (Pediatra - F).

Como no hospital de Pronto Socorro a demanda de pacientes é alta, familiares e os próprios enfermos veem o médico como indiferente ao sofrimento:

Eu dou a notícia da morte e já estou colocando a luva para ir atender a outro paciente que precisa de mim. E como aqui é plantão, eu nunca sei o que o meu

colega falou para a família como abordou o caso, como passou o caso para os familiares, isso dificulta muito (Clínica Médica - M).

Ainda nesse aspecto, segundo um médico, essa visão de frieza pode estar relacionada ao distanciamento utilizado na prática profissional:

Se chegar um caso grave aqui e eu começar a chorar, a esperar e dar chlique, o paciente vai morrer. Quem tem que estar tranquilo sou eu que estou no comando da situação, porque eu sou médico; eu trabalho com isso, então talvez a população não tenha essa visão, e ache o profissional frio, ou na hora de atender, ou na hora de dar a notícia depois; mas esse distanciamento para o resultado do tratamento é fundamental (Cirurgião Geral).

Stedeford (1992) sustenta que as atitudes do médico diante da não cura e da morte estão configuradas por diversos fatores. O autor focaliza seus estudos nas tentativas evasivas que os médicos utilizam ao lidar com a morte, desvelando as interpretações valorativas que se atribuem à postura do médico, de modo que atitudes, como reserva diante do moribundo e até um aparente descaso, demonstram, acima de tudo, um mecanismo defensivo de que o médico lança mão para se defender. Muitas vezes essa postura diante dos moribundos, interpretada por muitos como frieza e descaso, pode ter vários motivos. É preciso lembrar que os médicos se reservam na tentativa de se protegerem diante do perigo de um envolvimento mais forte com o doente. Ou ainda, eles se isolam para disfarçar sua ansiedade, raiva e sensação de impotência diante do que mais lutara para evitar durante o tratamento: a impossibilidade de cura e a morte.

Os médicos utilizam o que chamo de “fugas evasivas” para balizar sua sensibilidade. Consoante a essa ideia, Taylor (1997) destaca que as ações humanas são guiadas e orientadas por um pensamento moral, relacionado intrinsecamente à noção de “bem” - usado no sentido mais geral, como sendo algo digno e admirável - e *self* ou pessoa. As noções de bem e pessoa estão vinculadas no sentido de que todo ser humano (que por extensão é uma ‘pessoa’) é sensível aos problemas dos outros. A sensibilidade, nesse aspecto, vem “de fora”, ela é provocada também pela sociedade. Assim, há uma expectativa vinculada à noção de pessoa que também abarca o lado subjetivo.

Por outro lado, o profissional de medicina quando se depara com situações que envolvem, principalmente, a impossibilidade de cura e a morte, precisa “administrar” sua sensibilidade em relação ao sofrimento do outro. Essa dosagem implica fazer uso de uma forma de “escudo ou máscara” para se proteger diante de pacientes, familiares e demais profissionais envolvidos. De certa forma, essa “máscara” força seu “eu” a ter uma resistência perante os acontecimentos, uma forma de muro resistente, para se manter o mesmo diante de

vários fatos melindrosos inerentes à profissão, o que não anula sua sensibilidade em relação aos problemas alheios, como ilustra o trecho a seguir: “*Muitas vezes, principalmente quando há algum óbito, a gente dá a notícia para o familiar, em seguida vai para o banheiro, chora, e depois volta fazendo cara de paisagem*” (Anestesista). A prática médica requer que o profissional se defenda de suas próprias emoções diante dos sentimentos do outro, assim até certo ponto sua conduta é balizada conforme sua localização profissional. Entretanto é preciso que essa sensibilidade seja canalizada para outras esferas.

Kaufman (1991) destaca que o paciente é aquele objeto de uma ação, que, por sua vez, é praticada pela intervenção de um agente: o médico. O paciente é tido como alguém que precisa de uma ajuda externa, que é executada pelo médico, agente dotado de uma força, de um dom, também numa relação de poder e submissão. De acordo com Knoflich (*apud* KAUFMAN, 1991), subjacente à doença, o paciente leva também sua ansiedade, seus problemas psicológicos e sociais decorrentes da enfermidade. Ele assume então o papel de um carecedor de cuidados que só pode ser solucionado pelo médico, cujo papel nesse momento é de afastar o sofrimento. É nesse sentido que o autor mostra que o médico executa o papel de ser um “verdadeiro mágico”, uma vez que atenderá a um desconhecido, com sintomas diversos, muitas vezes interligados a problemas emocionais e sociais, não estando restrito ao sintoma orgânico. O “médico mágico” acaba por receitar um remédio para curar um sintoma que, na verdade, faz parte de um problema global.

Pacientes que dão entrada em Pronto Socorro temem a perda da vida, por esse motivo depositam no médico certa devoção para a cura da doença. A esse respeito um médico destacou que o paciente de um Pronto Socorro é sempre muito cooperativo:

Ele deixa examinar; às vezes ele estava começando a cochilar, chegou alguém ele acorda, porque ele sabe que precisa daquela ajuda para sair vivo lá de dentro. Então os pacientes que estão aqui dentro, eles, de certa forma, são muito acessíveis, porque estão morrendo de medo de morrer, porque é uma situação inesperada para eles e eles confiam plenamente no médico que está ali dentro (Cirurgião Geral).

Nesse aspecto, de acordo com Balint (*apud* KAUFMAN, 1991), a idealização do médico pode ser compreendida, como ele convencionou chamar de função “apostólica do médico”. Isso significa que os pacientes acabam se submetendo às normas que os médicos prescrevem, o que na linguagem do autor seriam “fé e mandamentos” inquestionáveis.

Conforme Simon (*apud* KAUFMAN, 1991), na prática médica tem-se o desejo da imortalidade e da superação da morte. Dessa forma, idealiza-se um ser onipotente, capaz de anular a finitude do homem. Este ser idealizado é chamado pelo autor de “ser tanatolítico” -

do grego *tanatos*, e *lisis*, destruição. O autor afirma que, em qualquer cultura, existe esse ser tanatolítico personificado, normalmente, na figura do sacerdote ou do médico. Em relação a este, a “idealização” ocorre principalmente com a descoberta da cura de moléstias consideradas incuráveis. De fato, o autor revela que essa idealização é cabível no incentivo a novas pesquisas científicas, todavia, se levada ao extremo, constitui uma nocividade aos estudantes de medicina e aos médicos. Se há uma identificação desmedida do médico com o seu “ser tanatolítico”, isso acaba por colocá-lo como um ser onipotente e acima das limitações da realidade, por vezes rompida no exercício de sua profissão quando há sentimentos de fracasso e frustração decorrentes da não superação da cura e da morte. Assim, de acordo com Balint (*apud* KAUFMAN, 1991), são geradas no médico culpa e pressão oriundas tanto internamente como externamente: interna, uma vez que emergirá de seu narcisismo; e externa, posto que a cultura nutre um médico que garanta a imortalidade das pessoas:

O médico sofre, quando ele se sente um agente catalisador da morte, porque existem situações no nosso dia a dia que são situações chamadas iatrogênicas. Tudo o que aconteceu com o paciente que partiu do médico é iatrogênico, então existem as iatrogenias evitáveis e as inevitáveis. Quando uma iatrogenia pode catalisar uma evolução desfavorável, o médico sofre muito, e nós não temos como evitar isso não, muitas vezes nós sentimos. Se dedicar a procura de uma solução de um determinado problema que o paciente apresenta, e nada foi favorável e o doente evolui desfavoravelmente, realmente não é uma situação agradável (Cirurgião Geral).

Há ainda outro ponto ressaltado por muitos médicos: a determinação dos familiares de lograr a manutenção da vida a todo custo, independentemente do sofrimento do paciente como também das perspectivas de sua sobrevivência, como mostra o relato a seguir sobre pacientes crônico-sequelados ou em estado vegetativo permanente, internados na UCP (Unidade de Cuidados Progressivos):

Você vê o 3º andar, você viu e eu tenho certeza que você mudou sua concepção de morte. Se você perguntar a qualquer familiar daqueles pacientes, no dia da cirurgia¹⁰⁶, se você explicasse a eles que isso iria acontecer, eles iam responder: ‘Eu quero que opere, eu quero ele vivo comigo’. Mas, agora que eles veem o que aconteceu, eles não querem esse doente em casa. Então a gente é muito egoísta, a gente quer o doente para a gente. Tem que perguntar: o que ele (paciente) gostaria, e não o que a gente quer. Então eles pensam muito isso, que a função nossa é vida a todo custo e, na verdade, às vezes a gente tem que saber a hora de parar e a hora que a função nossa vai salvar ou dar conforto. E às vezes a família não entende isso. Às vezes o conforto é ir para casa, mas ir para casa dá trabalho, por condições financeiras, porque o custo é alto, então há uma série de fatores em questão [...]. Eu já vi milhares de sequelados, então eu tento falar: ‘Olha, tudo bem, eu vou fazer a cirurgia, mas ele vai sair vegetando’. Aí eles respondem: ‘Não, Dr., Deus sabe o que faz, ele vai sair bem’. Aí eu digo: ‘Olha, você não está me entendendo, ele não vai sair bem’ (Neurocirurgião).

¹⁰⁶ Cirurgia de posicionamento da coluna a fim de que o paciente possa deitar de forma inclinada e sentar-se para realização de fisioterapia sem própósitos de cura ou reversibilidade do quadro.

Pude perceber nessas situações muitas contradições no que observei entre o que foi comentado informalmente e entre o que foi dito nas entrevistas. Fato é que tanto médicos quanto familiares parecem querer manter o paciente vivo quando este dá entrada numa unidade de urgência e emergência, mesmo que ambas¹⁰⁷ as partes tenham conhecimento sobre possíveis consequências: as sequelas que já são previsíveis. Alguns médicos comentaram que a perspectiva de “vida a todo custo” é reforçada cada vez mais na sociedade ocidental, e, como consequência, reflete no tratamento médico dos pacientes graves que dão entrada na emergência, que é a porta de entrada do serviço:

Até o paciente ir a óbito, é uma luta, tanto uma luta para deixar o paciente vivo, como também uma luta interna: ‘Eu não posso deixar esse paciente morrer’. A gente não consegue ter um desapego como deveria. Eu acho que isso é reforçado pela sociedade ocidental, onde as pessoas não aceitam a morte. O próprio parente do paciente não quer que ele morra e acaba transferindo isso para o médico. Com isso a gente luta para manter o paciente vivo e lutamos contra a morte (Anestesiista).

Compreendi, portanto, que a cobrança imposta aos médicos no meio acadêmico, na sociedade em geral, enfim, em todos os meios que exigem do médico “tirar” um paciente da morte, leva esse profissional a direcionar todos os esforços para cumprir esse objetivo. Como já dito no tópico 3.3, o êxito nesse propósito não garante que o médico se sinta realizado, pelo contrário, em muitos depoimentos os médicos me relataram a dificuldade de ir até o setor (UCP), ver os pacientes, e alguns até se recusariam a trabalhar por lá. Talvez porque, ao se depararem com tais pacientes, percebam que evitar a morte não seja a principal finalidade da atuação médica.

Há ainda contextos desfavoráveis que contribuem para que os familiares denigrem ou tenham uma imagem distorcida do profissional de medicina. Situações veiculadas na mídia, por exemplo, relacionada à má conduta de alguns profissionais, levam a população, alvo da reportagem, a generalizar, naquele caso específico, a atuação da categoria médica em todo o seu escopo. Em muitos depoimentos, os médicos remetem a um caso, veiculado na mídia, de uma médica denunciada por supostamente praticar a eutanásia em leitos de CTI de um dado hospital a fim de liberar vagas para outros pacientes. Os entrevistados utilizaram esse caso recente para mostrar a visão distorcida atual da sociedade em relação ao médico e à morte:

Mas estamos num período de trevas, estamos numa caça às bruxas horrorosa, então, estamos sendo vistos como assassinos; eu, na verdade, não sei por que os médicos são tão odiados [...]. Eu pelo menos nunca me coloquei na posição de salvadora do mundo, eu nunca me coloquei na posição de ser superior a ninguém,

¹⁰⁷ O médico, no exame inicial já sabe o nível da lesão e, conseqüentemente a sequela.

no entanto as poucas opiniões que eu tive de pessoas que não são da área médica; as pessoas que são minhas amigas me disseram que os médicos são soberbos, se colocam como superiores, como salvadores de vida, e, quando eles falham, eles têm que pagar por isso (Anestesista).

Verifiquei ainda que, segundo os médicos, a percepção dos familiares em relação ao profissional de medicina não é uniforme:

Os evangélicos, por exemplo, ficam um tempo danado ao lado da gente para ver se não vamos desligar os aparelhos, tirar a chance do milagre, porque Deus vai fazer um milagre. Nós somos quase que um obstáculo para o milagre dos evangélicos. Os católicos pensam mais que a gente está do lado deles, eles falam muito de instrumento na mão de Deus. Tem o muito humilde que às vezes confia demais na gente, tem gente que pensa que nós somos uns imbecis que só pensam em ganhar dinheiro (Clínica Médica - M).

5.5 Uma relação de mão-dupla: articulações entre o *habitus* e o campo na atuação médica

A prática médica, enquanto conjunto de procedimentos que engloba modos de fazer, agir e sentir dirigidos no sentido de prevenir a doença, restabelecer a saúde e /ou prolongar a vida do homem, a serem aprendidos e exercitados pelos alunos no seu período de formação profissional, apresenta uma série de denominadores comuns. Ela converge para o ser humano, funda-se no mesmo tipo de saber (saber científico), inspira-se nos mesmos princípios (Juramento de Hipócrates, Declaração de Genebra) e coloca-se a serviço dos mesmos fins (CONSORTE, 1983, p. 39).

O médico compartilha um campo profissional específico: a prática médica. A noção de “campo”, conforme Bourdieu (2003), é definida a partir das relações de forças, entre dominados e dominantes, caracterizados por suas próprias regras e hierarquias. Constitui-se também por uma objetivação da vida social, na medida em que os indivíduos inseridos no campo reconhecem e agem de acordo com o que é determinado por ele. Numa situação social há limites, constrangimentos, existe um espaço social, um campo, onde já existe um jogo em andamento. O campo social, dessa forma, é constituído por “forças” dominantes e dominadas, que envolvem certa disputa e uma estruturação hierárquica. Mas será que o médico atua limitado ao campo profissional?

Quando questionei os entrevistados se há ou não uma imbricação da esfera profissional na esfera pessoal e vice-versa, especialmente em casos de risco de morte, alguns médicos consideraram que a separação é muito bem definida, e usaram a expressão de que “desligam o botão” quando entram e saem do hospital:

Eu sei separar demais, porque se não... igual eu tenho um menininho de 3 anos e outro de seis anos, se chegar um menino aqui de três anos eu ter que entubar e tal, se eu for fazer essa transferência eu não vou dar conta de trabalhar. Eu já vi muito

profissional não dar conta de atender aqui por fazer essa transferência, principalmente mães (Cirurgião Geral).

Por outro lado, alguns relatos apontaram que não há uma separação, uma esfera interfere na outra, não há como desvincular os papéis:

Você larga o plantão, mas você ao mesmo tempo não larga o plantão. Às vezes acontece de eu ligar, mandar mensagem, ver como é que ficou, porque no plantão o cuidado deveria ser uma coisa contínua. Mas não é porque eu saí daqui que a coisa acabou, não é uma chave que você chega e desliga, é um processo, então, quando você sai do plantão, até você acostumar com a ideia de que saiu do plantão exige toda uma elaboração. [...] Eu até sonho muito que eu estou trabalhando, vira e mexe eu estou aqui à noite através do sonho (Clínica Médica - M).

Ou ainda, essa fusão de papéis torna a prática médica mais humanizada e menos tecnicista:

Principalmente quando você se coloca no lugar do paciente ou da família, e eu acho que essa não separação é até boa porque a gente continua a 'ser humano', se não a gente começa maquinizar demais as coisas: 'Ah, eu sou médico, não posso misturar as coisas'. Fica uma relação muito seca, sem empatia, sem esse sentimento mesmo de estar no lugar do outro, ver que o paciente está sofrendo, está sentindo dor, a família está sofrendo. Então se a gente separar, a gente perde essa humanização da medicina (Clínica Médica - M).

Esses depoimentos se contrapõem à ideia de que a atuação médica se limita a uma prática restrita à neutralidade. A esse respeito, Parsons (1951) classifica o médico como universalista, funcionalmente específico e afetivamente neutro. O caráter universalista implica que o médico não deve dar vazão à amizade ou demais relações sentimentais com o enfermo. Assim, por meio da neutralidade afetiva, o autor conclui que o controle social existente na comunidade médica, mediado por um papel objetivo e neutro, permite regular o contato físico e emocional entre médico e paciente.

Pude compreender que os médicos não se limitam a seu “campo profissional” e a essa “neutralidade afetiva” proposta por Parsons (1951), o que observei foi uma extensão do que é vivido por ele tanto em sua esfera subjetiva quanto em sua prática profissional. Embora o médico faça parte de um campo profissional específico - a prática médica -, isso não implica que seu comportamento esteja completamente condicionado à lógica dessa localização:

Tudo que acontece aqui eu levo para casa e vai para a cama com a gente. Só que quando você trabalha muito, sempre vem outra história, outro caso, vem outra briga outra morte, e vai passando. Mas desligar quando você sai daqui, não desliga não. Você continua ligado, você continua sabendo, se o paciente ficou grave e você foi embora, você quer saber como ele está. Esses casos a gente vai acompanhando e quando morre assim, a gente acaba falando em casa, por exemplo, eu falo muito com o meu marido, com meu filho, às vezes é uma forma de você desabafar (Clínica Médica - F).

Consoante a esses aspectos é que se insere a noção de *habitus* de Bourdieu (2004), o qual se refere a um conjunto de percepções e ações - ao *background* -, em que a sensibilidade do indivíduo é construída ao longo de sua vida, orienta a prática dos indivíduos e o acompanha, mesmo que este mude de ambiente, sendo, dessa forma, transponível, produzindo efeitos em outras experiências pessoais. Dessa maneira, o *habitus* se constitui por princípios geradores de percepções, ações e comportamentos produtores de valores culturais e referências identitárias. Assim, o indivíduo é compreendido pelo espaço, e ele é parte desse espaço. As regras são incorporadas pelo sujeito e ele a compreende. É uma estrutura do mundo social e, ao mesmo tempo, é estruturada pelo sujeito, que aprende com o próprio corpo em sua vivência no mundo; tais estruturas formam o *habitus*.

Aqui, os conceitos de *habitus* e campo não se constituem por esferas opostas e delimitadas, cada um com suas orientações, e sim por uma relação entre ambos:

Ser médica é uma praga que fica impregnada por debaixo da pele. É quase que instintivo, a pessoa queixando-se de dor ao seu lado, você fica incomodada, principalmente se é um ente querido seu, você já quer tirar a dor daquela pessoa; é instintivo, eu sou treinada para tirar a dor, então está com dor ao meu lado e reclamou, eu quero tirar. A pessoa diz: 'Ah, estou com dor de cabeça, mas não quero tomar nada não'. Aí eu digo: 'Como assim?! Você quer ficar sentindo dor?'. Igual uma pessoa que tem uma doença e não quer tratar: 'Como assim?! Não quer tratar? Você tem três crises de dor de cabeça por semana e não quer se tratar?'. E isso é o tempo todo, imagino que deva ser insuportável para as outras pessoas eu me portar assim (Anestesista).

De acordo com Moreno (*apud* KAUFMAN, 1991), todo indivíduo executa vários papéis, que o autor classifica como “átomo cultural”. Há determinados papéis que são considerados vitais para algumas pessoas e sua não execução implica a perda de sua identidade, o que ocorre com alguns médicos. Nesse sentido, os médicos fazem uso de seu papel como médico - sua identidade profissional - em todos os momentos. Conforme o autor, essa necessidade de se esconder por detrás de seu papel profissional evidencia o medo que os médicos possuem das doenças e da morte. Diz-se que, na própria escolha da profissão, há uma tentativa de se defender da morte, que no exercício da profissão será simbolizada na doença e personificada no paciente. Esse último, ao contrário, se mostra envelhecido, doente, mortal e sem poder. O médico mostra-se com o poder e a vida, com objetivo de ser saudável e eternamente vivo. Outro ponto que o autor destaca é que o médico, ao se restringir a seu papel profissional, acaba por dificultar a execução dos outros papéis, como de pai, marido ou amigo, uma vez que ele fará tudo se remetendo à prática da medicina.

Nesse aspecto, Bourdieu (*apud* AZEVEDO, 2012) sugere uma “filosofia da ação” que se baseia na “relação de mão-dupla” entre as estruturas objetivas - pertencentes aos campos sociais - e as estruturas incorporadas - pertencente ao *habitus*:

A filosofia disposicional leva em consideração, na análise das práticas ou comportamentos sociais, o passado incorporado dos agentes e pressupõe a aplicação na prática dos princípios da não-consciência. Para Bourdieu, os agentes são guiados por um conjunto de disposições (*habitus*) adquiridas da estrutura objetiva e incorporadas desde a primeira infância, que funciona como princípios de visão e de divisão do mundo social. Os agentes constroem o mundo social através de estruturas cognitivas constituídas historicamente, das quais, segundo Bourdieu, pode-se traçar a gênese social (AZEVEDO, 2012, p. 2).

Para Bourdieu (2004), o *habitus* controla a conduta e revela uma postura dos gestos. Ele contém potência e ação, e tal potência pode ou não se manifestar na prática. Quando essa potência se concretiza, ela pode se revelar por diversas ações. No *habitus* não há uma determinação, ele é uma predisposição do sujeito, não se constitui por uma ação em si, ele está ancorado em condições. Pode-se dizer que o “gatilho” do *habitus*, que faz dessa potência uma ação, é o campo, que, por sua vez, é o espaço das relações sociais.

Nessa perspectiva, para o autor determinadas situações se realizam num “mundo social” e são mediadas por um *habitus*, estruturalmente incorporado pelo sujeito, que vai além do hábito, da experiência particular do indivíduo, o que se faz costumeiramente. O *habitus* traz consigo esquemas de percepções, e, primeiramente, há uma matriz dada, que condiciona o sujeito a qual ele incorpora. Dessa forma, leva-se em consideração o contexto além de proporcionar quais os efeitos dessas experiências terá no sujeito individual.

Destaca-se, ainda, que as atitudes dos médicos perante as contingências do tratamento e da própria fatalidade da morte abarcam ações que envolvem sua legitimidade profissional, definida pelo campo médico, e suas próprias emoções, sendo a última, ações que envolvem a intersubjetividade nas relações cotidianas dos sujeitos sociais (KOURY, 2004). Assim, as experiências emocionais entendidas como singulares, experienciadas por um ator social específico, são resultados da relação entre os indivíduos, a cultura e a sociedade. A emoção, dessa maneira, se constitui por uma organização de sentimentos direcionados especificamente a outros e causada pela interação com outros em um dado contexto e situação social e cultural determinados. Conforme Koury (2004), é necessário detectar de que forma os fatores sociais, culturais e psicológicos atuam nas expressões de sentimentos e emoções particulares. Conjugado a isso, Laplantine (1991) ressalta que o médico, em seu exercício profissional, não se restringe apenas à sua racionalidade científica ao ministrar um tratamento e lidar com o

enfermo, há outros aspectos a serem considerados, como seus significados subjetivos e sua trajetória pessoal:

Eu não separo. Por isso que eu te disse que eu tenho uma sobrecarga emocional e stress algumas vezes, mas, por outro lado, me aproxima muito das famílias, eles sentem que eu estou junto, porque muitas vezes eu encho os olhos d'água, choro junto, então eu não consigo fazer essa separação (Clínica Médica - F).

Assim sendo, embora o profissional de medicina tenha todo um aparato de técnicas científicas e aprendizagens para lidar com o corpo, a vida e a morte no contexto de um hospital, é sua experiência que vai definir sua forma de lidar com tais fatos, é seu contato cotidiano ao longo do exercício profissional, somado a suas vivências práticas. Assim, o médico vive engajado no ambiente, pois a vida é um processo relacional, no sentido de processos de imbricações e mistura¹⁰⁸. O conhecimento, dessa forma, se processa na prática. Assim as habilidades são desenvolvidas, pois existe em potencial para cada indivíduo, de acordo com sua experiência:

Tem uma ligação total, eu sou muito grata a minha profissão, porque a minha profissão fez de mim uma pessoa melhor, entender o cuidado, aquilo que é emergente, urgente, tudo isso eu levo para a minha vida pessoal, e isso me ajudou. [...] A minha profissão trouxe muitas coisas boas para a minha vida pessoal, e a minha vida pessoal trouxe muitas coisas boas para a minha profissão; eu sou de uma família que tem compaixão, que tem amor ao próximo, então para mim eu não quero saber se foi estuprada, se é o estuprador, se é o suicida, se é o chefe do tráfico ou se é o mocinho, eu sempre parto do pressuposto que é um doente. Eu chego aqui brinco com todo mundo, eu gosto de valorizar o ser humano e isso vem da minha vida pessoa (Clínica Médica - F).

Aqui cabe destacar até onde vai o limite da interferência dos contextos sociais na perspectiva subjetiva dos atores sociais. É uma linha tênue que permeia as fronteiras das relações intersubjetivas, mas é preciso ressaltá-las, pois, é por meio dessas interações, que é possível compreender as ações e percepções de um sujeito em uma determinada realidade social. Em seu exercício profissional, o médico ancora e articula suas ações nesses liames que envolvem o lado ético, profissional e subjetivo. Assim, não se pretende criar antagonismos de categorias como objetivo/subjetivo e sim mostrar como essas esferas conceitualmente opostas se inter-relacionam nas convivências cotidianas dos sujeitos sociais.

¹⁰⁸ Aqui me ancoro no conceito de “experiência” proposto por Ingold (2000).

5.6 Interloquções entre a ética médica, a morte e a atuação profissional

A ética médica desfrutou um considerável grau de continuidade dos dias de Hipócrates até que suas longas e estabelecidas tradições começassem a ser suplantadas, ou ao menos suplementadas, em torno da metade do século vinte. Os desenvolvimentos científicos, tecnológicos e sociais durante esta época produziram rápidas mudanças nas ciências biológicas e nos cuidados em saúde. Estes desenvolvimentos mudaram muitas das concepções até então prevalentes das obrigações morais dos profissionais de saúde e da sociedade com respeito às necessidades de doentes e acidentados (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994, p. 3).

O Código de Ética Médica¹⁰⁹ prescreve as normas que o médico deve seguir em sua conduta profissional, referentes ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, como também a demais atividades que se vinculam ao conhecimento da medicina. Esse código de conduta foi formulado pelo Conselho Federal de Medicina, que possui conselheiros considerados como julgadores e disciplinadores da classe médica, tendo como princípios fundamentais a salvaguarda do bom desempenho ético da medicina.

Como um instrumento de delimitação da atuação do médico, o Código de Ética zela pelo prestígio, pelo bom conceito da profissão, bem como daqueles que a exercem. Destaca-se ainda que tais normas devam estar submetidas aos dispositivos constitucionais vigentes, tendo como um de seus pilares a garantia do melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia a sua vontade.

Tal código foi criado em 1988, pelo Conselho Federal de Medicina, que emite, conforme as necessidades, novas Resoluções de modo que complementem o Código de Ética, facilitando, assim, sua aplicação. Entre 2008 e 2009, o Código de Ética Médica sofreu algumas reformulações, de forma a esclarecer alguns pontos, principalmente referentes ao tema bioética.

É válido ressaltar que o avanço da ciência médica bem como o rápido crescimento das tecnologias voltadas para os diversos procedimentos médicos, como exames, diagnósticos, intervenções, entre outros, criam situações que envolvem conceitos éticos que, conseqüentemente, demandam respostas éticas.

O novo Código de Ética tornou mais claras as temáticas mais polêmicas na medicina. No que se refere aos princípios fundamentais, uma mudança que se destaca refere-se à temática da bioética, esclarecendo melhor sobre a responsabilidade social do médico, não só em relação aos colegas e aos pacientes como também ao ecossistema. Alguns direitos

¹⁰⁹ Informações disponíveis no *site* do CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_imprensa.php?id=8822

sofreram pequenas modificações, como, por exemplo, salários justos, condições dignas de trabalho, defesa dos pacientes e sigilo profissional.

Inserido nesses pontos no novo Código de Ética Médica, o caráter da personalidade do médico em sua relação com o paciente é ressaltado: “a responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida”. Dessa forma, a responsabilidade do médico é pessoal, constituindo-se por culpa – negligência, imprudência e imperícia. Ficou explicitado também que a relação médico-paciente não se configura como uma relação de consumo. No que concerne à culpabilidade por insucesso de alguma intervenção ministrada, o novo código reconhece que poderão existir fenômenos imprevisíveis e inevitáveis na medicina, ressaltando que essa não se configura por uma ciência exata. Ficou definido também que a culpa pode ser exclusiva do paciente, como em casos em que ele abandona o tratamento, de modo a causar danos a sua saúde. Dessa forma, anula-se a culpabilidade do médico, uma vez que o dano não será decorrido da atividade médica e, sim, de abandono do tratamento ou de outras situações anteriores à atuação médica.

No que se refere à área deontológica, alguns capítulos foram reescritos e alguns criados para melhor compreensão, destacando-se o capítulo sobre Cuidados Paliativos. Nele, amplia-se a autonomia dos pacientes terminais e crônicos, aumentando a participação deles ao longo do diagnóstico. Nessa nova diretriz, prescreve-se que o paciente será mais atuante em sua relação com o médico, discutindo com este o procedimento realizado no tratamento. O paciente também poderá consentir ou não com o tratamento indicado, tendo livre direito de escolha. Consoante essa diretriz, o médico deverá apresentar todas as possibilidades terapêuticas, cientificamente reconhecidas, e aceitar a escolha do paciente. O paciente também precisará dar seu consentimento a qualquer procedimento a ser realizado, exceto em risco iminente de morte.

Destaca-se ainda que a atuação do médico junto a pacientes com doenças irreversíveis e terminais - pacientes sem prognóstico - focará nos cuidados paliativos necessários, não se estendendo à realização de diagnósticos e terapias onerosas e desconfortáveis em busca de uma improvável cura. O paciente sem prognóstico ou FPTC é aquele que, independentemente das ações terapêuticas, não obterá reversão de seu quadro clínico. Foram poucos os médicos entrevistados que consideraram estar preparados para lidar com esse tipo de paciente. A maioria relatou dificuldade pondo em destaque que a formação dada pela medicina é para salvar e, dessa forma, lidar com um paciente sem prognóstico é muito mais frustrante do que com um paciente que tinha condição de sobreviver. Dessa forma, a dificuldade e a angústia do

médico estão no sentido de tentar achar formas de fazer alguma coisa diante de um quadro irreversível, o que bate de frente com o limite da prática profissional:

Na medicina, a área que eu acho pior é a oncologia, o que mostra a nossa limitação, não tem nada melhor para a gente, você pegar um paciente grave, chocado, com um índice de mortalidade grande; e você reverter aquilo ali. Isso é muito gratificante, a gente fica comemorando seis meses aquilo ali (Cirurgião Geral).

Há muitos pacientes sem prognóstico que sofrem parada cardiorrespiratória sem que tenham em seu prontuário indicação de reanimação cardíaca:

Casos do paciente que ‘se parar, parou’, isso para mim é difícil aceitar. Eu já ressuscitei grande queimado que não tinha indicação, porque você ressuscita e o paciente para e depois não volta mais. Para mim é difícil ver um paciente em parada e não poder reanimar (Anestesista).

Além dessas questões, cuidar de um paciente sem prognóstico envolve vários atores e situações que o médico precisa balizar e isso nem sempre é facilitado:

Eu preciso lidar com o sofrimento daquela família, eu preciso fazer com que eles entendam que aquele paciente não tem prognóstico; eu gostaria que aquilo fosse mais breve, eu tenho que lidar com o todo da UTI, a técnica de enfermagem que é evangélica e que está esperando o mesmo milagre que a mãe, o fisioterapeuta que não conversa com ninguém e só olha para o ventilador mecânico e ainda fala coisas que te contrapõem. Eu tenho dificuldade sim, mas não quer dizer que eu não lide, mas é difícil, porque eu tenho que lidar com subjetividades (Clínica Médica - M).

Um médico discorreu sobre situações de pacientes sem prognóstico nas quais cabia à família decidir sobre o que “fazer” com o doente:

A família tem que participar de tudo, mas acho que só a decisão tem que ser comunicada a família, não cabe à família, em determinadas situações, responder sobre os procedimentos a serem ministrados ao enfermo. Eu falo porque eu já vivi isso na minha família. Eu estava na escola de medicina, minha avó teve um AVC Isquêmico, daí o médico perguntou para a minha família se queria que entubasse minha avó; você não consegue pensar que entubar pode dar pneumonia, etc. Nesse momento você não consegue raciocinar, não é uma informação que é clara. E aí você pergunta para o médico: ‘E aí, Dr.? Esse procedimento vai melhorar?’. E ele diz que não. Aí você chega à conclusão de que se não vai melhorar, entubar para quê? Eu, enquanto leigo, me colocando na situação de outra pessoa, não saberia responder sobre a vida de alguém, principalmente a vida de um familiar meu [...] (Clínica Médica - M).

Por outro lado, alguns médicos ficam tranquilos, porque consideram que todo o esforço possível foi realizado. Além disso, a notícia dada a uma família sobre um paciente sem prognóstico se torna mais fácil se comparada a de um paciente que estava bem e faleceu abruptamente. Ressalto ainda que as intervenções às quais os pacientes sem prognóstico são submetidos são muito invasivas e dolorosas, dessa forma, os médicos consideraram que se

deve dar mais atenção aos cuidados paliativos ministrados nesse paciente, mesmo sabendo que ele vai morrer de qualquer forma:

Ele é um ser humano, então ele merece respeito e dignidade na morte dele. Então ele tem que morrer limpo, bem cuidado, sem dor, sem sentir frio. Aqui eu tenho uma briga do frio sempre, eu brigo aqui nesse hospital tem décadas por causa de janela aberta em cima de paciente, paciente descoberto, e eu chego e vejo que ele está com frio, todo arrepiado, eu acho que todos nós merecemos respeito na hora da nossa morte (Clínica Médica - M).

Ademais, o paciente sem prognóstico, em caso de morte encefálica, torna-se um potencial doador:

É uma pessoa que pode dar uma qualidade de vida para seis ou cinco pessoas, que estão numa qualidade de vida muito baixa. Imagina uma pessoa que não enxerga voltar a enxergar com uma doação? Então esse doente, no caso aquele que está em morte encefálica, eu acho que ele merece todo um cuidado especial, porque eu acho que o que ele vai fazer pelas outras pessoas... ninguém consegue descrever só uma pessoa que recebe um órgão consegue descrever o que é (Neurocirurgião).

Médicos que trabalham em unidades de emergência geralmente não têm perfil para lidar com o paciente crônico, pois o médico de Pronto Socorro é tendente ao imediatismo, ações e resultados rápidos. Entretanto, embora não tenham perfil, em alguns casos, haverá pacientes sem prognóstico, como no caso da UCP (Unidade de Cuidados Progressivos). Segundo um médico, embora saiba que o paciente não tem chance de cura, ele ainda pode fazer algo para melhorar sua qualidade de vida até a morte: *“Eu vou operar um rapaz agora que tem metástase na coluna e ele vai morrer disso, mas eu vou tentar fazer com que ele morra andando; se eu conseguir salvar a função da perna dele e ele poder andar até o último dia da vida dele, é isso que eu estou buscando”* (Neurocirurgião).

Para alguns médicos, muito tem de ser feito para o doente sem prognóstico:

Não deixar o doente sofrer, chamar a família e conversar com ela sobre morte, mostrar a ela a indignidade que aquele paciente está vivendo, as misérias que ele está passando, ele está cheio de feridas, ele não abre os olhos, ou se abre ele não tem manifestação de sentimento nenhum. [...] Um doente sem prognóstico tem muito o que se fazer e ele dá mais trabalho que um paciente com prognóstico (Clínica Médica - F).

Sobre a Limitação de Esforço Terapêutico (LET), já discutida no tópico 3.3, em pacientes sem prognóstico, o relato dos entrevistados demonstra o que eles chamam de “investimento desnecessário”, ou seja, ministrar técnicas invasivas no paciente em que não alterará seu prognóstico:

Eu tenho muito medo da futilidade terapêutica, eu tenho muito medo de estar fazendo para mim e não para ele. Isso é para que eu não perca o paciente ou

porque é bom para ele? Essa é a minha pergunta eterna. Eu tenho um paciente sem prognóstico, que eu olho há nove anos. Ele nasceu com uma lesão cerebral gravíssima, ele está em estado vegetativo permanente. [...] Ele já teve situações em que ele quase morreu, mas eu interfeiri e não deixei, aí eu fico pensando será que eu estou fazendo isso para ele ou para mim? [...] Técnicas fúteis para mim seriam prolongar a morte (Pediatra).

Nesse aspecto, a distanásia – que consiste justamente no “investimento desnecessário” – é questionável para a categoria médica. Muitos médicos, temendo punições éticas e morais, optam por ela. Interligado a isso, um dos médicos que entrevistei fez as seguintes ponderações sobre o que significa uma boa qualidade de vida:

Viver é alimentar bem, não sentir dor, sentir bem-estar, socializar, fazer práticas físicas, sexo, etc. A partir do momento que as pessoas perdem a capacidade de fazer isso, será que isso é uma boa qualidade de vida? Aquele paciente que não tem boa perspectiva de recuperação, ou que se recuperar vai se recuperar num quadro muito pior do que estava, esse doente não deveria ir para o CTI, ele deveria receber um tratamento paliativo, com uso de humanização, assistência social e psicológica com a família, etc. E a gente não vê isso no Brasil, lamentavelmente os pacientes recebem tratamentos agressivos e desnecessários, que até o Conselho de Medicina reconhece como distanásia. Então a gente vê a distanásia sendo praticada todos os dias e, quando a gente tenta conversar com os colegas, esclarecer esse ponto de vista, a gente não tem uma boa relação com esse tipo de aceitação, e as pessoas até enxergam a gente de forma ruim, na maioria das vezes (Clínica Médica - M).

É interessante notar que esse novo código de ética parece resgatar o que foi realmente postulado pela medicina hipocrática. De acordo com Rezende (2008), Hipócrates, no livro *Pero Tékhne* (Da Arte), sustenta que a principal função da medicina é aliviar o sofrimento dos pacientes e diminuir a gravidade das doenças. A cura não consistiria no principal objetivo a ser atingido, pois esta era dependente muito mais da natureza (*physis*) do que da intervenção médica. Um aforismo do latim medieval traduz a atuação médica: "*Medicus quando que sanat, saepe lenit et semper solatium est*" (O médico às vezes cura, muitas vezes alivia e sempre é um consolo).

5.7 As mortes mais difíceis para o médico

São vários os tipos de morte. Há mortes e mortes: aquelas com que se tem mais facilidade e aquelas com que se lida com mais dificuldade. Para os médicos, isso também não é muito diferente. Há casos específicos num hospital de urgência e emergência que considero como um catalisador do envolvimento dos profissionais com o enfermo: tais situações se referem aos diversos acidentes e óbitos que acometem crianças. Na noite de Natal de 2012, por exemplo, houve o falecimento de uma criança que mobilizou muito toda a equipe de profissionais e, no instante de sua morte, ouviam-se choros e viam-se semblantes muito

tristes. Demorou um pouco até que o ambiente retomasse seu clima habitual. A criança já estava internada no hospital desde o início do mês; ela estava brincando no andador e caiu da escada, tendo um trauma encefálico grave. Esse caso também foi muito divulgado na imprensa para alertar a nocividade desse aparato, haja vista os diversos casos de acidentes com crianças pela utilização do andador.

Num Pronto Socorro são frequentes os casos de crianças vítimas de algum acidente, como envenenamento, colisões, queimaduras, quedas, dentre outros. Percebi que, nos casos em que há um risco de morte elevado, ocorre certa comoção por parte dos profissionais:

Criança não é pra mim... Não consigo ver esse ser tão frágil e tão indefeso ser acometido por alguma agressão, por alguma queda... principalmente, porque a maioria que vem para cá, você percebe que é um acidente que poderia ser evitado. Em alguns casos não consigo nem conversar com os pais (Neurocirurgião).

Teve um caso, no Réveillon de 2012, em que uma criança de dois anos caiu do colo da mãe numa escada de treze degraus. Segundo o pai da criança, a mãe estava bêbada e se desequilibrou. Ela chegou ao hospital em prantos, desesperada. Um médico comentou comigo: “Agora não adianta ela chorar, a criança está correndo risco de vida, pensasse isso antes de beber...” (Neurocirurgião). A criança sofreu um achatamento de crânio somado a um edema no cérebro, teve que ser levada às pressas para o bloco cirúrgico para ser submetida a uma intervenção cirúrgica. Segundo os médicos, a cirurgia foi bastante arriscada e, por incrível que pareça, a criança sobreviveu.

Mas essa não é a sorte de muitas crianças que deram entrada no hospital. Durante dezembro de 2012 e janeiro de 2013, presenciei alguns casos de óbito infantil, especialmente em dois setores do hospital: na UTI e no Bloco Cirúrgico. Na UTI devido a complicações do quadro clínico e, no bloco cirúrgico, a maioria dos casos foi para conter algum tipo de hemorragia. As ocorrências que presenciei foram de crianças abaixo de oito anos. O primeiro atendimento sempre era realizado na Sala de Reanimação do Politraumas. Nessas ocasiões percebi que os médicos do setor logo chamavam o pediatra e saíam da sala dizendo frases como estas: “*Eu não consigo*”, “*Eu não aguento*”, “*Eu não tenho estrutura*”. Entretanto, mesmo fugindo da situação, em casos de trauma são os cirurgiões quem realizam as cirurgias e não o pediatra:

Mesmo não suportando... tenho que aguentar, pois a minha técnica é que poderá salvar a vida daquele ser indefeso. Mas quando morre... é a morte mais difícil de lidar, pois parece que a criança não tem como se defender, não tem maldade... o adulto já possui essas características (Neurocirurgião).

Sobre a morte infantil, há de se destacarem alguns pontos, segundo estudos de Ariès (1981). Diferentemente dos costumes da sociedade industrial, na sociedade tradicional a criança era mal vista pela sociedade, como um problema para a família. A socialização da criança, incluindo a transmissão dos valores e dos conhecimentos, não era garantida pela família, pois a criança logo era despojada de seus pais. Segundo o autor, “A passagem da criança pela família e pela sociedade era muito breve e muito insignificante para que tivesse tempo ou razão de forçar a memória e tocar a sensibilidade” (ARIÈS, 1981, p. 10).

Assim, quando questionei aos médicos sobre o pior tipo de morte num Pronto Socorro, muitas foram as menções à morte de crianças, considerada como morte precoce e injusta:

Porque criança geralmente é acidental, o adulto de alguma forma ele é responsável por tudo o que acontece com ele na maior parte das vezes e a criança não. Acontece um acidente com uma criança por uma “irresponsabilidade” de algum adulto. Muitas vezes o adulto não queria que isso acontecesse, mas em algum momento algum adulto falhou e colocou em risco a vida de uma criança, deixou um vidro de um medicamento que aquela criança ingeriu, não limpou o terreno, tinha um escorpião e uma cobra, deixou um pote de soda cáustica ao alcance da mão de uma criança, algum adulto falhou e a criança se machucou (Clínica Médica - F).

Na fala acima, a culpa pelo incidente com a criança foi direcionada a seu responsável. Se essa situação for comparada com a “velha sociedade tradicional”, nas palavras de Ariès, percebe-se que, nessa, a infância se restringia a seu período mais frágil, assim, logo que a criança atingisse alguma desenvoltura física, ela era condensada no mundo dos adultos, partilhando das mesmas responsabilidades e trabalhos: “De criancinha pequena, ela se transformava imediatamente em homem jovem, sem passar pelas etapas da juventude, que talvez fossem praticadas antes da Idade Média e que se tornaram aspectos essenciais das sociedades evoluídas de hoje” (ARIÈS, 1981, p. 10). Assim, o conceito de infância foi remodelado de acordo com contextos históricos específicos.

A morte infantil na sociedade tradicional era algo comum, corriqueiro, que não despertava tanto sentimento nas pessoas, devido ao alto índice de mortalidade nos primeiros anos da infância. A família não se sensibilizava com sua morte, já que era um evento comum, diferentemente do que é hoje, em que a criança tem todo um valor, um potencial de uma vida ainda a ser vivida, o que foi bem exposto pelos entrevistados. Interligado a essas considerações, segundo Kübler-Ross (1998) e Bayard (1996), nas gerações passadas, a morte era um fenômeno mais recorrente, e, principalmente devido a pouca infraestrutura higiênica, crianças e jovens morriam precocemente. Hoje, a medicina encontra-se em um estágio que, através de seu progresso, permite a cura de inúmeras doenças.

Além da morte infantil, a morte inesperada também é considerada uma morte difícil de lidar, especialmente em casos de pessoas jovens:

Aquela morte que a pessoa está hígida, completamente saudável, e aí uma bala perdida bate na cabeça dela, e ela nem cumpriu um terço da vida dela. [...] são pessoas que não tiveram oportunidade, não deram opção para ela, tiraram dela a chance de viver. Essa morte é mais difícil de ser aceita, porque ela não só ceifa uma vida de uma forma muito traumática, como deixa sequelas muito dramáticas para quem fica aqui (Clínica Médica - M).

É interessante notar que alguns médicos, ao relatarem sobre o pior tipo de morte, eles também remetem a casos relacionados à sua trajetória pessoal:

[...] aconteceu com o meu pai, o último contato que tive com ele foi ele me entregando 50 centavos para trocar o pneu do carro, o carro bateu e eu fui trocar o pneu, na hora que eu voltei um carro já tinha passado e atropelado ele. Então é tudo muito rápido, até a ficha cair a pessoa pira. [...] O pior é quando você não consegue falar tudo o que você queria falar com aquela pessoa, quando você perde uma pessoa com câncer, por exemplo, você vai sabendo que ela vai morrer e você tem aquele tempo para você falar tudo o que quiser para a pessoa, ir organizando as coisas, é diferente do que no trauma que é uma coisa de uma hora para outra (Cirurgião Geral).

A morte súbita é tida para alguns médicos como a melhor morte para quem morre, pois este não tem um sofrimento prolongado, mas é a pior morte para quem presencia devido a seu caráter repentino. Já a morte lenta, vagarosa, oriunda especialmente de doenças crônicas, se constitui a pior morte para o paciente na perspectiva de alguns médicos:

A morte do sofrimento prolongado... o momento da morte passa até ser um alívio, agora o caminho para a morte em si é que eu acho o pior. [...] E é uma 'morte' também projetada nos familiares porque muda toda a rotina deles, muita gente não tem condição de manter essa pessoa em casa (Clínica Médica - F).

Sob outro aspecto, a morte lenta, considerada por alguns como uma morte mais difícil para o paciente, para outros médicos ela é mais fácil para quem a presencia: “[...] o paciente que você vê crônico, porque está no hospital há muito tempo sofrendo, você chora, sofre, mas já vai se preparando” (Anestesista). A morte que seria evitável também incomoda os médicos, pois eles se cobram sobre o que poderia ter sido feito e não foi, o que uma médica intitulou de “morte do atraso”:

É a morte do atraso, o cara que chegou aqui depois de 3 dias, chegou perto da morte, isso me desanima, eu falo: ‘Se esse cara tivesse vindo para cá 3, 4 dias atrás, eu poderia de alguma forma ter mudado a história dele’. É a morte que passou da hora de cuidar. Quando te chamam para o processo e você chega lá e fala: ‘Passou da hora!’. Eu vi isso há alguns dias, me chamaram para olhar um paciente que estava internado há 10 dia; cheguei lá, chamei a família e falei: ‘Olha, eu vou fazer a minha parte, mas esse cara está caminhando para morrer’ (Clínica Médica - F).

Houve também casos pontuais, como a morte de mulheres grávidas; morte de jovens que têm pais vivos; a morte em decorrência de alguma violência interpessoal; ou a morte de um paciente hígido que dá entrada ao hospital consciente:

Eu acho que a morte que mexe muito comigo é aquela em que a pessoa chega falando, a pessoa chega e fala: 'Não me deixe morrer'. Essa é a pior morte, quase todos os casos em que me fizeram esse pedido, a pessoa acaba morrendo, parece que a pessoa adivinha, é impressionante (Neurocirurgião).

Um médico em especial ressaltou que não existe morte pior nem melhor, todas as mortes são ruins:

Todas as mortes são difíceis, não existe a pior, nem a melhor. A morte esperada, por mais que você saiba que aquilo vai acontecer, está caminhando inexoravelmente para esse fim; muitas vezes, ao longo desse caminho, houve um sofrimento muito grande, pessoal, familiar, do paciente, talvez até maior que uma morte inesperada que vem tudo de uma vez (Clínica Médica - M).

Esses depoimentos revelam os vários sentidos de morte, ou talvez uma grande variedade de classificação da morte relacionada à idade, à violência urbana ou às condições em que o óbito ocorre. Os relatos apontaram para um mosaico de situações de morte, distintas, de acordo com a perspectiva de cada profissional.

5.8 As várias faces da morte no Hospital de Pronto Socorro João XXIII

A morte no João XXIII é vista pelos médicos de forma diversa, muitos a consideram como uma rotina e, ao mesmo tempo, algo inesperado e abrupto. Isso porque, em sua maioria, os pacientes que dão entrada no hospital são pacientes jovens, hígidos que sofreram algum dano físico inesperado: *“O nosso paciente que morre é um paciente saudável, que estava vivendo algum momento da vida dele e, por algum motivo, aconteceu um acidente ou uma agressão, ou seja, aconteceu um evento que ele não esperava, uma coisa súbita”* (Cirurgião Geral).

No estudo, apurei que a morte no João XXIII, na maioria dos casos, é causada por traumas: *“Diferente da morte de um paciente com câncer, com insuficiência cardíaca, então, você já sabe que a doença é muito grave. Aqui é um paciente que saiu de casa de manhã para trabalhar, a tarde ele está aqui no hospital morto”* (Clínica Médica - M). E, por ser uma morte traumática, em muitos casos está ligada à violência urbana, o que reflete diretamente na forma como os médicos veem a morte no hospital:

Essas marcas de violência envolvem vários sentimentos aqui, revolta, medo, insegurança, às vezes a sensação de incapacidade. Esses pacientes com risco de

morte por violência são geralmente pacientes piores, geram insegurança, stress para a gente e muitos profissionais pensam: 'Ah, o meu salário não paga ter que conviver com isso aqui'. Então esse lidar com a morte aqui gera vários sentimentos (Clínica Médica - M).

Para alguns médicos em um Pronto Socorro é preciso lidar com a morte de uma maneira natural, como algo que sempre vai acontecer, principalmente devido à complexidade dos casos:

Se essa pessoa vem parar no Pronto Socorro é porque ela estava com risco, risco de morrer, você está ali para tentar diminuir esse risco e evitar que essa pessoa morra. Então você vai se lembrar de estar numa queda de braço, num cabo de guerra, a morte puxando de um lado e você puxando do outro. E quem vai vencer essa guerra? Às vezes ela vence, às vezes ela perde, faz parte (Clínica Médica - M).

Para trabalhar num Pronto Socorro, é preciso que o profissional tenha em mente que a morte é uma constante: “*É um local que você vem sabendo que você está exposto a isso. Você perde no mínimo um paciente a cada plantão, ou talvez um a cada dois plantões. É algo frequente, então se você tem alguma dificuldade com isso, você não vai conseguir trabalhar aqui*” (Neurocirurgião); ou que a morte é uma possibilidade sempre presente por tratar de pacientes vítimas de traumas e doenças que colocam risco à vida: “*Toda vez que você está numa emergência você está numa possibilidade de morte. Então eu acho que a morte aqui é uma possibilidade. Toda pessoa que busca um Pronto Socorro é possível que ela vá morrer, quando você considera casos de emergência*” (Clínica Médica - F).

Por ser um hospital acostumado a vivenciar a morte e tê-la como rotina, a morte é vista muitas vezes com certa “frieza”. Segundo uma médica:

O cara explodiu um botijão e queimou 90% do corpo. Se você perguntar para o faxineiro, ele vai saber te falar que esse cara vai morrer, porque ele já viu muitos casos. E é tão natural, que tem um menino de 15 anos que tomou um tiro na cabeça e um no pescoço: ele vai morrer. Qualquer funcionário aqui sabe que ele vai morrer, mesmo sendo um menino de 15 anos (Clínica Médica - F).

Por se tratar de uma possibilidade sempre presente, o médico plantonista precisa estar ciente de que ele vai lidar com vidas e com mortes: “*Às vezes eu brinco com os residentes: você tem o saquinho das vidas e o saquinho das mortes. O saquinho das vidas tem que estar sempre muito mais pesado, só que uma morte no outro saquinho pesa muito mais do que o tanto de vidas que você salva*” (Neurocirurgião). O que é interessante nessa fala é que, mesmo o número de mortos sendo inferior ao número de pacientes recuperados, o primeiro sempre vai pesar mais que o segundo. Esse “afetar” pela morte num serviço de Pronto Socorro esteve sempre presente na fala dos entrevistados, principalmente porque um doente que procura um serviço de emergência está buscando a cura. Um médico em especial me relatou que as

mortes que ele presencia se traduzem como incentivos para ele se aprimorar cada vez mais e não “perder” mais pacientes: *“Eu definiria como a perda de uma vida, após o esgotamento de todos os recursos físicos e humanos e um estímulo para continuar em frente. No sentido de que, eu perdi, então eu não posso perder mais ninguém, vamos correr atrás”* (Neurocirurgião).

Outro médico destacou que o profissional precisa canalizar toda energia para evitar a morte: *“A morte numa unidade de urgência e emergência é aquilo que a gente tem que evitar a todo custo, estamos tentando salvar um paciente com risco iminente de morte”* (Clínica Médica - F).

Ou ainda, as mortes advindas de acidentes com vítimas alcoolizadas, imprudentes no trânsito, são mortes provocadas pela própria vítima:

O cara foi resgatado em uma colisão frontal, ao investigar vemos que ele estava literalmente embriagado. Se formos comparar, por exemplo, com um pai de família que se acidentou no trabalho... este sim, eu tenho pena. Porque... olha esse que você viu eu acabando de atender, ele cheirou pó (cocaína) a noite inteira e pega numa moto! Como você viu, ele vai ficar tetraplégico... Você até comentou comigo que deve ser uma notícia muito ruim de dar... mas olha... o cara procurou, então... a família disse que foi uma fatalidade, mas não entendo como fatalidade, entendo como falta de responsabilidade com sua vida e com a vida de outras pessoas (Cirurgião Geral).

O relato acima também me lembrou um pouco as diversas alegadas invocadas pelo senso comum quando alguém sofre algum tipo de acidente, principalmente entre familiares da vítima, como se todos os acidentes fossem considerados uma “fatalidade”, o que não deixa de ser, mas muitos poderiam ser evitados, como é bem colocado por Andreia Santos (2010):

[...] julgar acidentes de trânsito, em nosso país, pode parecer uma atividade inusitada, devido ao imaginário popular não conseguir perceber que colisões, atropelamentos, choques e abalroamentos são ações resultantes de uma má condução do veículo e não uma ação divina, muitas vezes apontada por expressões como: *“Deus é quem quis”*, *“Era hora de fulano morrer”*. Expressões do senso comum, como essas, reforçam a ideia de que os acidentes de trânsito não são provocados por ingestão de álcool e drogas, altas velocidades e “rachas” em vias públicas e, ainda, que não representam um risco real de morte para as pessoas. Avigoram a opinião de que os carros são guiados por condutores “treinados” para desempenhar uma atividade responsável nas ruas e estradas brasileiras. Dessa forma, tornam natural um problema social e público que deve ser investigado para que revelem aspectos de nossa sociedade e para que possamos compreender melhor nossa estrutura social (SANTOS A., 2010, p. 36-37 – grifos meus).

Para alguns médicos é difícil lidar com a morte no contexto da emergência porque é um fato abrupto para o qual que nem sempre os envolvidos estão preparados, assim, é preciso balizar os anseios da família, do paciente e do próprio médico:

[...] sempre vai ter conflito entre o médico e o paciente, então é um local muito propício para ter maus entendidos, conflitos, um local onde o profissional deveria estar mais preparado para lidar com a psique do paciente, deveria ter mais respaldo, deveria ter todo um suporte psicológico e psiquiátrico que nós não temos (Anestesista).

Assim, para os médicos, é preciso lidar com a morte sob vários prismas:

Lidar com a morte enquanto um sofrimento expresso na cara dos familiares, lidar com a morte diante da idade do paciente que está na sua frente, lidar com as circunstâncias que levaram àquele óbito, lidar com o fato de que cada morte dessa que acontece, no fundo, no fundo, a gente tem aquela sensação inconsciente de que poderia acontecer com a gente, com um familiar [...] (Clínica Médica - M).

A morte também possui características distintas dentro do hospital. Para alguns médicos, a morte na Unidade de Cuidados Progressivos (UCP), por exemplo, é diferente da morte que ocorre na Emergência: *“No caso dos sequelados (UCP), você fica aprisionado no seu corpo, é muito difícil, as pessoas já têm uma dificuldade com a morte se ver isso aqui... mudam até alguns aspectos, você começa a ver a morte como amiga, por outro lado, é melhor do que ficar nesse estado”* (Clínica Médica - F).

Na Unidade de Cuidados Progressivos, as enfermidades são crônicas e os enfermos permanecem por um longo tempo internados, assim, a família e o próprio médico, de certa forma, são preparados para a possibilidade de morte, já na emergência, a morte é sempre surpresa mesmo os médicos sabendo que o doente encontra-se num quadro grave: *“Muitas vezes é um doente em estado grave, sem chance nenhuma de sobrevivida, mas se morre aqui na emergência, você sempre vai pensar se haveria algo que você poderia ter feito ou algo que você não deveria ter feito”* (Cirurgião Geral).

No serviço de emergência da toxicologia, por exemplo, a morte não é tão frequente. Segundo um depoimento, é justamente por esse fato é que ela se torna frustrante e surpreendente para o profissional desse setor:

Vejo a morte aqui como um resultado que eu não gosto. Porque muitas vezes eu posso evitar, a maioria dos meus pacientes eu consigo evitar, então eu não gosto desse resultado [...]. É aquela história: a gente não está preparada para isso não e não quer isso não. Eu prefiro ver meu paciente sobreviver (Clínica Médica - F).

Percebi que a morte no João XXIII pode ser considerada em todo o seu espectro. Isso porque morrem desde pacientes crônicos após internação prolongada, como os vistos na Unidade de Cuidados Progressivos, e outros acometidos com doenças agudas. Conviver profissionalmente com essa complexidade que envolve o encerramento da vida pode refletir diretamente na forma como os profissionais lidam com a morte. Segundo um médico, esse hospital é a face real da sociedade:

Se tivesse um lugar chamado 'Mundo Real', esse lugar seria o João XXIII. Aqui não tem nenhuma adoçada na realidade, a morte no João XXIII é uma morte desnuda, uma morte muito crua, como ela é mesmo. Isso é uma coisa que torna as pessoas algumas vezes impessoais e, às vezes, torna as pessoas mais humanas; eu acho que isso depende da semente, tem gente que eu vejo cada dia pior, e tem gente que eu vejo cada dia melhor (Diretor MG Transplantes).

Sob uma perspectiva oposta, mas relacionada, os médicos afirmaram que há muitas mortes no hospital e que é mesmo uma constante, porém a vida também está manifesta: “A vantagem também é que salva muita gente, muita gente grave, por isso eu acho que a paixão está exatamente nisso aí. É muito bom você ver uma pessoa chegar muito machucada e você vê-la saindo bem” (Anestesista). Ou ainda:

É interessante porque a velha psicanálise fala que ao lado da negação sempre há uma afirmativa e cada afirmativa tem uma negação; você não separa isso. E o João (HJXXIII), ao mesmo tempo em que é visto pela sociedade como o local onde a morte acontece, pacientes graves e tal, ao mesmo tempo, a vida acontece de uma forma assustadora. Então eu acho que aqui tem essa representação da ambiguidade, é um local onde a morte é uma constante, mas a vida também é, muitas vezes, de forma surpreendente e maior do que a morte (Neurocirurgião).

5.9 A marca de uma morte

Ao final da entrevista, perguntei aos médicos se eles poderiam falar de algum óbito que os tenha marcado ao longo da trajetória profissional. Essa foi a pergunta mais difícil de ser feita e a mais difícil de ser respondida, isso porque os casos narrados foram dramáticos, alguns envolveram culpa e frustração profissional. Ao mesmo tempo, percebi que os entrevistados queriam falar sobre o assunto, porque, ao responderem à pergunta, automaticamente eles remetiam ao caso e o descreviam com riqueza de detalhes, demonstrando a importância desse fato em suas vidas. Alguns entrevistados se emocionaram enquanto falavam, o que num primeiro momento me deixou bastante desconcertada.

Sobre as mortes que os marcaram, mais uma vez os óbitos infantis se fizeram presentes em vários depoimentos, não só no que se refere ao óbito em si da criança, o que já é para o médico algo em suas palavras “difícil de lidar”, mas todas as circunstâncias por detrás dele. O relato a seguir ilustra um caso de violência intrafamiliar:

[...] Um menino de sete anos que chegou aqui, estava dormindo em casa, o padrasto chegou bêbado, jogou álcool nele e colocou fogo. Esse menino chegou aqui e eu que o atendi; na hora que eu atendi, ele estava conversando, e eu já sabia que aquele menino iria morrer, porque ele tinha mais de 90% do corpo queimado, só a face que não, por isso ele estava falando. A minha vontade era sair do plantão e dar muita porrada num cara que faz uma coisa dessa. Então você atender um menino, conversando com você, inocente, sem problema nenhum, chega um bosta de um

cara e coloca fogo nele e ele chega conversando e contando o que aconteceu, e o pior era que eu sabia que ele ia morrer. E depois me contaram que ele tinha mesmo morrido (Cirurgião Geral).

É cabível fazer um paralelo desse posicionamento do médico e a forma como a criança era tratada nas sociedades tradicionais. Voltando a Ariès (1981), ele pontua que nesse período o emprego de diversas formas de violência era aceito, posto que as crianças eram consideradas seres desprezíveis e propriedades paternas. De acordo com Sanchez e Minayo (2006), a violência intrafamiliar é aquela que ocorre dentro dos limites do lar e, no que se refere aos danos físicos provocados, eles se dão na maioria dos casos na pele, por lesões cutâneas, como, por exemplo, queimaduras conforme elucidado no caso acima, e ainda:

As pesquisas sobre o tema têm mostrado que, geralmente, a violência é uma forma de comunicação e de relação interpessoal. Quando numa casa se observam maus-tratos e abusos contra algum de seus moradores, é quase certo de que todos acabam sofrendo agressões, embora com diferenciações hierárquicas. Estudos têm mostrado que as crianças são as maiores vítimas, pois a raiva, os ressentimentos, as impaciências e as emoções negativas dos outros membros as atingem como se elas fossem uma válvula de escape. Por isso, alguns autores falam que a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes costuma ser funcional, provocando uma espécie de homeostase. Sua fragilidade física e de personalidade as tornam alvos fáceis do poder dos adultos (SANCHEZ; MINAYO, 2006, p. 33).

A violência urbana também merece destaque, como os assaltos, conforme mostra o relato a seguir:

[...] um menino de uns nove anos, ele tomou um tiro porque foram assaltar a moto do pai, ele entrou na frente e tomou o tiro que iria acertar o pai. Ele veio aqui, ficou grave, tomou um tiro perto do coração, ficou muito tempo internado. Como ele ficou muito tempo entubado, desenvolveu equimoses, daí o médico vinha sempre fazer as dilatações para conseguir voltar com a via aérea normal. E era um menino muito bonitinho, ele vinha de mão dada com a gente, ele conversava, ele cantava, antes de dormir e antes de ser anestesiado ele rezava. Eu lembro direitinho... porque poucas vezes as pessoas abrem o olho, e tipo assim a gente que é anestesista a gente nunca ouve um obrigado, e esse menininho ele abriu o olho e falou: 'obrigado'. E esse menino veio a falecer no último procedimento que ele teria alta, ele morreu na mesa, me lembro que chorei horrores (...) (Anestesista).

Com esses depoimentos percebe-se que o médico lida com uma gama de contextos e problemas socioculturais em sua atuação profissional. As causas de admissão do paciente ao hospital envolvem razões para além de um dano físico.

Como já elucidado em tópicos anteriores, a negação da morte por parte dos familiares é bastante frequente na ocasião em que o médico comunica a notícia de óbito. No relato a seguir, a médica conta sobre uma dramática situação, em que um pai, muito humilde, leva uma criança de doze anos para o hospital vítima de escorpionismo:

A criança chegou aqui grave, a gente fez tudo o possível, mas essa criança morreu. Logo depois chega o pai que veio de carona com outra pessoa. Ele era muito humilde, com um sapatinho na mão, aqueles tênis bem velhos, em que você não precisa nem abrir o cadarço que o pé já entra com facilidade, parece que era o único calçado que ele tinha. Ele tinha acabado de calçar o tênis e o escorpião estava dentro e picou o pé dele, e ele estava com uma pacanga, aquelas pacangas feitas com pedaço de perna de calça, dentro parece que tinha um caderno e lápis, e ele chega e o filho tinha falecido. E aí ele pergunta ‘o que foi, o que aconteceu, como ele está?’, e eu tentava falar para ele, e eu disse que a gente tinha tentado de tudo, que não tinha conseguido fazer nada pelo filho dele, e ele disse: ‘Ah, mas ele está passando muito mal?’ Aí eu dizia: ‘mas ele não está passando mal, ele não resistiu’ Ele retrucava: ‘Ah, então ele vai ficar internado? Eu até trouxe as coisas da escola, eu pensei que ele poderia ir para a escola depois’. Assim, eu não conseguia falar para ele, eu não conseguia transmitir, eu não sei qual de nós dois estava mais errado, ele que não escutava ou eu que não sabia falar. Aí eu disse: ‘ele morreu’ Eu tive que usar essa palavra: ‘a gente não conseguiu salvar o seu filho’, então eu disse que ele tinha morrido e ele ficou parado olhando para mim, e eu não sabia o que eu fazia, o que eu falava, eu não sabia nada, eu vi que eu não sabia nada, eu acho que foi o pior caso que eu já atendi em toda a minha vida foi esse, foi o caso pior de todos e minha incapacidade total de conversar com ele, de dar a notícia, e isso foi há muitos anos e eu nunca vou me esquecer. Depois que disse isso e ele ficou olhando para mim, eu fui chamar a assistente social e fui para o banheiro chorar sozinha, eu não tinha mais o que fazer (choro) (Clínica Médica - F).

Há de se destacar ainda o suicídio infantil que gera perplexidade e inconformismo para o médico:

Tem os suicídios, eu não consigo entender uma criança querer morrer. Eu já vi uma criança de sete anos, tomou remédio duas vezes, nas duas vezes foi salvo, e quando saiu disse: ‘Eu vou tentar de novo, eu quero morrer’. E depois eu fiquei sabendo que ele pulou em frente de um caminhão e morreu. O suicídio em adolescentes e crianças é chocante, porque você pensa numa fase que é totalmente a vida, e para uma pessoa nessa idade tentar o autoextermínio (suicídio) ela deve estar passando por um desespero muito grande na vida dela. Fico me questionando: ‘Se ela sobreviver eu vou mandar ela de volta para essa mesma vida que a fez tentar o autoextermínio?’ (Pediatra - F).

Alguns estudos apontam a dificuldade do profissional de medicina em lidar com o suicídio infantil. Essa dificuldade é dupla: de um lado, o próprio suicídio que já é um tabu, e, do outro, a morte ‘precoce’ da criança que teria muita vida para viver:

Na abordagem do suicídio infantil, o profissional lida com a morte e morrer, e também com o suicídio, que se encaixa em outra estrutura; pois se pensarmos na morte como um processo natural, que nos chega a todos, temos de considerar o suicídio como um processo “não natural” de morrer. Se o enfrentamento da morte já é intenso e doloroso para o médico, a morte infantil o é ainda mais. Quando relacionado ao suicídio, dobra sua dificuldade refletindo principalmente no fato de que este é um tema pouco discutido e cheio de tabus e crenças pessoais e religiosas. O médico, criado para ser um profundo conhecedor dos mistérios da morte, não é moldado para dotá-los de significado, de dor, de experiências humanas, de empatia. Reconhecer e verbalizar a possibilidade de que uma criança – inocente e alegre – possa estar em tal sofrimento que deseja não viver mais, e ainda dever compartilhar a informação com os familiares, depende muita coragem e vem cheia de preconceitos e dúvidas (SEMINOTTII, 2011, p. 11).

No relato a seguir percebe-se, na fala do médico, uma angústia que resulta da imprevisibilidade da medicina. Ele deu um diagnóstico favorável e o comunicou à família, mas o enfermo não obteve resposta positiva ao tratamento:

Teve um menino de uns oito anos, que teve um traumatismo bobo, caiu do cavalo; o cérebro dele inchou muito, eu coloquei um monitor de pressão intracraniana, depois ele começou a inchar muito e tivemos que fazer uma cirurgia descompressiva e ele morreu um tempo depois. Ele teve a princípio um inchaço cerebral, eu até falei para a família que ia dar tudo certo, porque não era muito grave, mas deu tudo completamente errado, e a família veio atrás de mim, veio agradecer, eu ficava me perguntando por que eles estavam me agradecendo, porque eu tinha dito que ia dar tudo certo, mas deu tudo errado e a família me deu alguns poemas que esse menino fez e eu tenho isso guardado até hoje (se emociona) (Neurocirurgião).

Foi muito comum durante o campo os entrevistados relatarem que a medicina não é uma ciência exata, de modo que um quadro clínico é passível de oscilação, conforme o relato a seguir:

Um paciente, que chegou com um aneurisma cerebral, estava com dor de cabeça, perdendo a visão; chegou fizemos a tomografia e constatamos um aneurisma gigante. Então decidimos operá-lo sem ser aberto, embulizado. A paciente saiu ótima, eu acompanhei o pós-operatório do quarto dela, ela me agradeceu demais: 'Dr. Muito obrigada!'. Isso foi na terça; na quarta a paciente estava ótima, na quinta ela falou: 'Dr. Eu estou ótima, me libera para ir para casa, meu netinho vai matar aula amanhã para ficar comigo'. Daí eu falei que iria deixá-la só mais um dia. A noite eu estava em casa, tinha saído do Pronto Socorro, 11 horas da noite, estava começando a dormir, daí me ligam do hospital: a paciente tal convulsionou e está em coma. Ela rompeu o aneurisma, colocamos cateter, tentamos drenar e tudo, mas depois de alguns dias ela morreu. Aquela imagem dela me agradecendo, falando com você consciente e, no mesmo dia, à noite, ela estar em coma e depois morrer, isso ficou vários dias na minha cabeça e até hoje eu ainda me lembro do caso (Neurocirurgião).

O mesmo pode ser percebido na angústia que escapa do relato a seguir, no qual a médica tentou passar otimismo para o paciente que estava com medo de uma cirurgia que ele precisava realizar para a retirada de um rim:

[...] então a cirurgia foi a indicação; era um paciente que eu estava acompanhando sempre, que ele virou para mim no domingo e a cirurgia seria na segunda e falou para mim: 'Dra., eu estou com tanto medo de ir para essa cirurgia, eu não estou sentindo uma coisa boa'. E eu dizia a ele: 'Calma, vai dar tudo certo, fique tranquilo'. Para chegar no dia seguinte ele 'parar' na mesa de cirurgia, fizeram a massagem, a manobra de ressuscitação, ele voltou; daí, terminou a cirurgia, ele parou novamente e não conseguiu voltar. O que dói nisso é a pessoa no dia anterior falar com você: 'Eu estou com medo, isso não vai dar certo'. Para ele, ele não deve ter sentido nada, ele estava anestesiado, sedado, então, só a angústia dele falar com você isso... ele vai para a cirurgia e acontece isso. E você tem que ser otimista, eu não poderia falar: 'Não, vai dar tudo errado'. Eu tinha que falar que ia dar tudo certo sim, dele ter esperança que ia dar tudo certo, por isso você está indo para a cirurgia, e daí dá tudo errado... essa morte me marcou demais (Clínica Médica - F).

A frustração por ter “deixado de fazer algo” ou “por ter feito algo desnecessário” pelo paciente, ou seja, o conflito de decisões sobre procedimentos tomados também se mostrou bastante presente nos depoimentos:

Teve uma morte na residência que me marcou muito. Esse paciente tinha lesão na coronária, insuficiência cardíaca grave, era garçom de longa data, chegava conversava, animava o povo. E um dia ele virou para mim: ‘Para que esperar esse tempo todo, eu fazendo essa farra aqui, mas a farra lá fora é muito melhor, meu coração vai aguentar mais um pouquinho, é um coração apaixonado’. Ai eu falei: ‘Vamos esperar mais uma semana, você está na fila, estamos aguardando os contatos para o transplante’. E acabou a minha residência no domingo, aí ele foi encaminhado na terça-feira para a Santa Casa. Aí, no dia em que ele foi, eu fui procurar saber, fui à enfermaria e descobri que ele morreu no procedimento, e o filho veio depois conversar comigo, e esse negócio eu fiquei pensando: ‘Que ódio! Porque eu insisti, ele queria ir embora, e eu esperei tanto o procedimento’ (Clínica Médica - F).

No relato a seguir, percebe-se a frustração por uma morte que o médico, hoje, acha que teria sido possivelmente evitada:

[...] eu me lembro de que o paciente era um alcoólatra e ele chegou aqui extremamente agitado, e esse doente tinha um passado de doença psiquiátrica, um sujeito de uns trinta a trinta e cinco anos de idade. E eu me lembro de que foi dada uma substância na veia dele para esse paciente sedar e, no que foi dada a substância, ele chocou e por mais que a gente fizesse aquela coisa toda, fizesse todos os procedimentos, esse paciente veio a óbito. Aquilo me abateu muito, fiquei com isso vários dias na cabeça, pensando: ‘Por que a gente não pensou nisso antes?’. Eu pensei porque foi o que naquela hora me veio à cabeça, sedar o paciente, e não pensei que aquela substância pudesse causar um dano tão grande naquele paciente, mas, na verdade, fez porque ele tinha uma hemorragia grave que não tinha se estabilizado ainda e a gente não sabia que ela era tão grave; um avião não cai só porque uma ave entrou na turbina, é por isso, mas também porque estava chovendo, o piloto estava dormindo, a rota foi desviada, teve relâmpago, são várias coisas que acontecem ao mesmo tempo para um avião cair. E esse caso sempre ficou na minha cabeça, por causa disso, a circunstância em que ele aconteceu, era um paciente absolutamente recuperável e por causa de uma intervenção terapêutica e que não se levou em conta, ou talvez não foi possível naquele momento e o paciente veio a falecer (Clínica Médica - M).

A insegurança no início da profissão também se fez presente nos relatos. Existe a possibilidade de um erro médico, uma falha por falta de experiência ou imaturidade por não saber identificar o grau de gravidade da doença:

Teve um doente que morreu, o que me incomodou muito, eu não percebi que ele estava tão grave. Talvez ele que me tenha feito fazer terapia intensiva. A técnica de enfermagem quem falou que o menino iria morrer, eu quase morri junto. Esse menino tinha insuficiência respiratória, uma angústia respiratória, e eu demorei a reconhecer. E outro de insuficiência cardíaca que eu também não consegui perceber a gravidade. Esses dois casos parecidos, falta de percepção, falta de experiência mesmo, essas mortes fizeram com que eu fosse para a terapia intensiva, acompanhasse tudo e tal, estudasse mais na tentativa de não errar mais. Foram mortes sofridas, mas claramente por falta de preparo. Uma dessas mortes que eu tenho claro que foi por falta de experiência, hoje eu penso que eu era só mais um

ignorante no meio daquele tanto de ignorante em relação aquilo; incomoda nesse sentido de você ter deixado de ter feito algo, e isso vai da personalidade mesmo de rever toda morte, porque para você melhorar você tem que rever. Foram mortes evitáveis... Eu tenho que melhorar a minha prática a partir das coisas que eu não pude resolver. Hoje eu me perdoou por não saber naquele momento, e continuo revendo... Não é fácil não (choro) (Pediatra - M).

Há, ainda, decisões que envolvem a ética profissional diante de questões socioculturais dos enfermos, como o procedimento de hemotransfusão para pacientes adeptos da religião Testemunhas de Jeová:

Eu me lembro de uma paciente em especial, que teve cerca de 40% a 50% do corpo queimado por acidente, e que era de uma religião que não permite hemotransfusão, Testemunhas de Jeová. Era uma paciente jovem, de 30 anos, que tinha três filhos novos e ainda pequenos, que permaneceu consciente durante quase todo o tempo de internação na unidade, que foi amplamente, exaustivamente informada das complicações e da necessidade da transfusão, mas que se manteve irredutível com relação a esse tipo de tratamento. E é uma situação complicada porque a própria lei faculta ao médico, diante de uma situação de risco iminente de morte, tratar o paciente mesmo contra a vontade dele. Isso tem implicações legais, jurídicas, éticas, mas o problema é que essa paciente a gente sabia que era uma paciente muito grave, qual seria a evolução se a gente não conseguisse fazer o que de fato ela precisava do ponto de vista de tratamento, só que ela o tempo todo estava consciente, lúcida e irredutível, com relação a se negar a receber o sangue. Ela já estava estável, mas diante de uma situação extrema, de risco iminente, já era tarde, ela foi para o bloco, recebeu transfusão, mas não resistiu. Ela perdeu a condição, o tempo de tratamento, porque enquanto ela estava bem, estável, e tinha condições de ser submetida ao tratamento de que ela precisava, ela se negou de forma veemente (Clínica Médica - M).

Como discutido no tópico 4.3, a decisão de transfundir ou não o sangue a pacientes adeptos da religião Testemunhas de Jeová envolve tensões entre médicos, pacientes e familiares. Essas tensões envolvem a ética profissional e o respeito a uma liberdade religiosa, o que Vieira (2003) sintetiza bem:

O fato de não pautarmos todas as nossas condutas em convicções religiosas não significa que tenhamos o direito de coagir outrem a fazê-lo também. A liberdade religiosa parece colidir com o direito à vida, mas diante deste conflito de direitos o seu titular capaz é quem escolhe o que lhe é mais caro, o que deve prevalecer, de acordo com a sua consciência (VIEIRA, 2003, p. 232).

A relação médico-paciente é demonstrada nos relatos como uma relação que ultrapassa um vínculo estritamente profissional, além disso, há um sentimento de gratidão dos pacientes em relação aos médicos:

Teve um paciente aqui, um tetraplégico, que eu saí de férias, ele me mandou pedir desculpas porque ele estava sentindo que ia morrer, e chegou esse recado para mim enquanto eu estava de férias. Eu ficava muito ao lado dele, conversando com ele e tudo, ele tinha trinta e três anos e era uma pessoa que tinha um grau de instrução bom, uma conversa boa e interessante; então, eu conversava muito com ele, dava noticiário para ele, e ele se afeiçoou a mim e eu a ele. Assim que eu saí de férias, ele

piorou e ele sentiu que ia morrer aí ele falou: 'Peçam desculpas a ele, falem com ele que não vai dar para esperar ele não' (Clínica Médica - M).

Há também o vínculo pessoal do médico com as histórias que há por detrás do incidente:

O que mais me marcou recentemente foi o caso de um jovem com depressão bipolar que tentou autoextermínio (suicídio) e conseguiu. Eu tenho um motivo pessoal para ter me marcado tanto, porque eu tenho um filho com transtorno bipolar, que está internado hoje, no mesmo lugar onde esse jovem esteve internado. Ele já tinha estado internado antes... Então, é uma situação que eu vivo pessoalmente, o que ele tinha eu vivo em casa com meu filho; foi impossível não misturar as coisas, é impossível não pensar que poderia ser o meu filho. Isso é uma coisa que eu lembro muito e está muito recente. E eu vou lembrar sempre por causa dessa associação, com uma história pessoal e muito difícil de lidar (Clínica Médica - F).

Alguns médicos me relataram que, em muitos casos, eles já compareceram a velórios de pacientes, porém a maioria dos entrevistados destacou que tal atitude torna-se desgastante para o médico e que não fariam isso novamente:

Eu já fui a velórios de pacientes, e eu levei quase um mês para me recuperar. Nunca mais eu vou, nem missa de 7º dia eu não vou mais, de jeito nenhum, porque é como eu estivesse perdido um sobrinho, daí você volta e a pauleira continua, você vivencia outro luto e começa tudo de novo e eu não posso perder um sobrinho toda semana se não eu enlouqueço. Eu já fui a velório de paciente, fui a um velório na casa de um menino, família humilde, morava num lugar bem longe, chão batido e o pai vem e me mostra o quarto que ele fez para o menino... Construiu tudo com muita dificuldade, nossa... Isso foi muito pesado (Pediatra - M).

Um médico disse-me que ele “carrega um cemitério de pacientes na cabeça”: “*Eu me lembro de todas as mortes que eu tive ao longo da minha carreira profissional. A gente não esquece; aqueles casos que você salva a vida, muitos eu já esqueci, agora as que você perde ficam marcadas. Não sei te falar as datas, mas eu me lembro de todas*” (Neurocirurgião).

Há ainda casos peculiares, como a morte de colegas de trabalho, funcionários, que morreram no próprio hospital e, conseqüentemente, foram atendidos por médicos da instituição:

Teve uma enfermeira que injetou várias medicações dentro do banheiro e morreu. Não deu para saber se foi autoextermínio (suicídio) ou apenas ingestão de drogas (drogadição) e daí ela errou a mão. Isso choca a gente, uma pessoa que convive com você e, de repente, você se vê atestando o óbito daquela pessoa. É uma situação que te marca, era uma pessoa que estava bem e falece. Tinha um senhor que ficava na coordenação médica que tomou chumbinho e morreu. Um cara gente boa, alegre, tranquilo (Clínica Médica - M).

Com relação a casos de morte que marcaram a trajetória profissional, há de se destacarem depoimentos, bilhetes e poemas deixados por esses doentes que foram entregues aos médicos pelos familiares após o falecimento. A maioria dos médicos ao me relatar isso se

emocionou com essas lembranças deixadas pelos pacientes e fez questão de me mostrar¹¹⁰. Tive acesso a algumas delas que seguem.

Um médico me mostrou o santinho de um paciente com poemas escritos por ele durante o processo da doença que o levou a morte. Tratava-se de um garoto que sofreu um traumatismo no crânio devido a uma queda de cavalo. O médico me relatou emocionado: “*Ele teve um traumatismo bobo, caiu do cavalo. Falei com a família que ia dar tudo certo e deu tudo completamente errado... a família me entregou alguns poemas que esse menino fez e eu tenho isso guardado até hoje*” (Choro) - (Neurocirurgião). Segundo o médico em um trecho do poema “Minha Vida” o garoto já estava pressentindo a chegada da morte: “[...] *jogo futebol o dia inteiro e até posso ganhar dinheiro, mas existe uma barreira para essa minha brincadeira [...]*”.

Outro caso foi o de um senhor que ficou bastante tempo sob os cuidados de uma médica, o que gerou uma empatia e envolvimento:

Ele tinha um astral bom, fazia a gente rir. Ele era um tetraplégico, mas tentava mexer um pouco o pescoço e nesses poucos movimentos ele ensaiava uma dança da forma como conseguia e era divertido. A equipe se apegou a ele, até compramos um radinho para ele ficar ouvindo músicas e “dançando”. Ele ria, ria, como uma criança. Ele era um paciente tetraplégico diferente: ele tinha uma alegria contagiante, até quando ele ficava mal humorado ele era divertido. A gente até tenta se proteger para não criar laço com o paciente, porque é sofrido quando a gente se apega e o paciente morre (Clínica Médica).

Essa narrativa evidencia como o lado pessoal e profissional se inter-relacionam na atuação médica.

Abaixo segue uma reportagem publicada num jornal de sua cidade¹¹¹ falando um pouco sobre seu processo de internação no hospital e, ao final, tem-se uma homenagem na qual suas cuidadoras fazem um agradecimento aos médicos do setor onde ele ficou internado. Alguns trechos da carta descrevem a forma como ele foi tratado no hospital, e a maneira como os profissionais tentavam ajudá-lo:

Fui amado por pessoas que me cuidaram com muita sinceridade, que acreditaram em mim, que me mostraram que eu era valioso [...]. Me tornei um cara mimado! Faziam por mim o que eu não podia fazer, como cuidar de questões legais, lutar pelos meus direitos, comprar itens de minha necessidade, e faziam também o que era possível ser feito para amenizar minha condição: visitas animadoras, passeio pela rua com direito a picolé de coco, divertidos bate-papos, presentes e, imaginem, até uma festa de aniversário! A única que tive.

¹¹⁰ Materiais que foram autorizados pelos médicos com propósito de utilização nesta pesquisa.

¹¹¹ Essa reportagem foi escrita por duas de suas cuidadoras baseada nas impressões que tiveram ao conversarem com Roberto.

Saudade Roberto

Dizem que anjos têm asas, auréolas, se vestem de branco e nos assistem de longe. Na verdade conheci alguns bem de pertinho e, lhes digo, não eram bem assim. Por isso, se puderem, peço dois minutos de seu tempo. Gostaria de contar-lhes uma estória.

Durante a minha vida, talvez, eu tenha sido um homem julgado, esquecido, abandonado. Um sujeito conhecido na cidade, mas invisível. Não sei se fui uma pessoa exemplar, não me casei, não constitui família, me envolvi com bebida e não dei devido valor ao trabalho. Mas... Será que sou menos humano por isso?

Deus sempre esteve ao meu lado, prova disso é que Ele me concedeu uma segunda vida! Morri e renasci. Renasci em um hospital em Belo Horizonte após uma tragédia, e a princípio, vi apenas a morte. Dor, incapacidade, solidão, medo. Fui sorteado para o sofrimento. Bom, então é isso? Aca- baria assim? Quem disse que eu escolhi ter essa vida?

Foram nestas condições, contudo, que encontrei meus Anjos! Ah, meus Anjos!! Sou um cara humilde e posso dizer: quanta sorte a minha!!!! Perante meus olhos enxerguei vida, pela primeira vez, e enxerguei o amor. Fui amado por pessoas que me cuidaram com muita sinceridade, que acreditaram em mim, que me mostraram que eu era valioso. Espera, preciso repetir, eu sou importante!!! Que felicidade. Que sorte Deus me presentear com esses amigos, tão pacientes, tão carinhosos. Deus também me ama!!!!

Na verdade, me tornei um cara mimado! Faziam por mim o que eu não podia fazer, como cuidar de questões legais, lutar pelos meus direitos, comprar itens de minha necessidade, e faziam também o que era possível ser feito para amenizar minha condição: visitas animadoras, passeio pelo rua com direito a picolé de côco, divertidos bate papos, presentes e, imaginem, até uma festa de aniversário! A única que tive.

Mas, engraçado, faltava uma coisa. Não, não, engana-se quem pensa que eu responderia "ser curado". Bem, já disse, sou um cara humilde. Só queria melhorar o suficiente para voltar para casa. Minha casa, em Santo Antônio do Monte. Era meu sonho, pelo qual lutei por 1 ano e 6 meses.

Um dia cheguei. Mas infelizmente não resisti. Um mês depois, faleci. Acho que foi a distância dos meus Anjos – não de todos pois meu anjinho mais ciumento esteve aqui,



todos os dias ao meu lado. Mas não adiantou o quanto desejassem minha melhora. Fraquejei, finalmente. Deus chamou por mim. Está certo, eu vou embora, mas com 3 certezas: eu fui uma pessoa especial, eu fiz parte do mundo e agora o deixô com saudades, e, o mais importante, sou um cara fotogênico. Sim, isso mesmo, fotogenia não é quando a pessoa, ao ser fotografado, tem seu perfil embelezado por alguma técnica qualquer? Sabe qual é a minha técnica? Ser sinceramente feliz, com tudo que Deus me deu!

Nunca pensei que poderia ter essa ousadia, mas gostaria que se lembrassem de mim. Não como um sujeito abandonado com necessidades especiais, acostumado a uma condição de vida limitada. Mas do meu sorriso, da minha esperança e persistência, da minha humilde alegria, sempre estampados em meu rosto. E assim, posso dizer: sou um cara fotogênico, não sou?

Este texto foi escrito baseado em conversas com o Roberto durante nossas visitas. Que Deus possa o receber no céu com a mesma alegria com que ele lutou pelos seus sonhos e aceitou sua limitada condição de vida! Agradecemos aos amigos do 3º andar do Hospital João XXIII, aos poucos mas grandes amigos que foram visitá-lo e a uma especial colaboradora que nos apoiou em diversas lutas em Samonte. Saudades.

Das irmãs (como ele nos chamava)
Danúbia e Nirlanda.

O depoimento a seguir traz o relato de uma médica sobre sua relação com um paciente e seus familiares. De tal envolvimento surgiu uma amizade:

Eu era residente aqui em Clínica Médica e o Rogério sofreu um acidente. Ele tinha dezenove anos, foi encontrado desacordado, ele tinha uma motoneta, uma bicicleta com motor, e ele foi encontrado queimado à margem da Lagoa da Pampulha queimado da cintura para baixo, uma queimadura muito grave e ele não lembrava como que foi o acidente. Esse paciente foi internado no setor de queimados e um dia foi solicitada uma interconsulta com a clínica médica porque ele estava infectado, só que a médica responsável estava em férias e acabou que eu fui fazer. E houve uma relação muito intensa com o Rogério; ele ficava no isolado porque era uma queimadura de 3º grau grave, e eu comecei a acompanhar o Rogério, e a mãe dele estava lá sempre com ele; foram dois meses de acompanhamento diário, teve queimadura e necrose na perna e precisou de amputá-la. Eu tive que dar essa notícia a ele, acompanhei a cirurgia de amputação e isso foi horrível para mim. E num belo dia, o Rogério estava melhorando, super bem, e eu estava entrando no hospital e uma funcionária me perguntou: 'Você sabe o que aconteceu com o Rogério?'. Aí eu falei que não e perguntei o que aconteceu e ela falou: 'Ele morreu essa noite'. Mas aquilo foi um choque, porque ele estava melhorando e, de repente, ele morreu; era um menino de 19 anos já com planos para quando saísse do hospital e morreu. Eu fui ao enterro do Rogério, eu tinha uma relação com a mãe dele, com a família e foi muito bonito o enterro, foi interessante, foi lá no Parque da Colina, e eles deram uma rosa para cada pessoa que estava lá. Estava um dia de sol e na hora de enterrar o caixão começou a chover, parece que o dia chorou para se despedir do Rogério. E tinha um grupo de jovens, todos os amigos dele, todos cantando, foi uma cena muito bonita que me marcou muito, e eu sempre gostei muito de flor e me deram uma rosa para eu dar para o Rogério, foi muito difícil, eu chorei, eu sou muito durona, eu não choro fácil não. O Rogério me marcou, e uma surpresa muito agradável que eu tive foi uma visita da mãe do Rogério, ele estava escrevendo uma poesia para mim e depois ela transcreveu isso numa placa: "Uma rosa para Marildes". Esse retorno que a gente tem não tem preço, é muito lindo. (Clínica Médica - F).

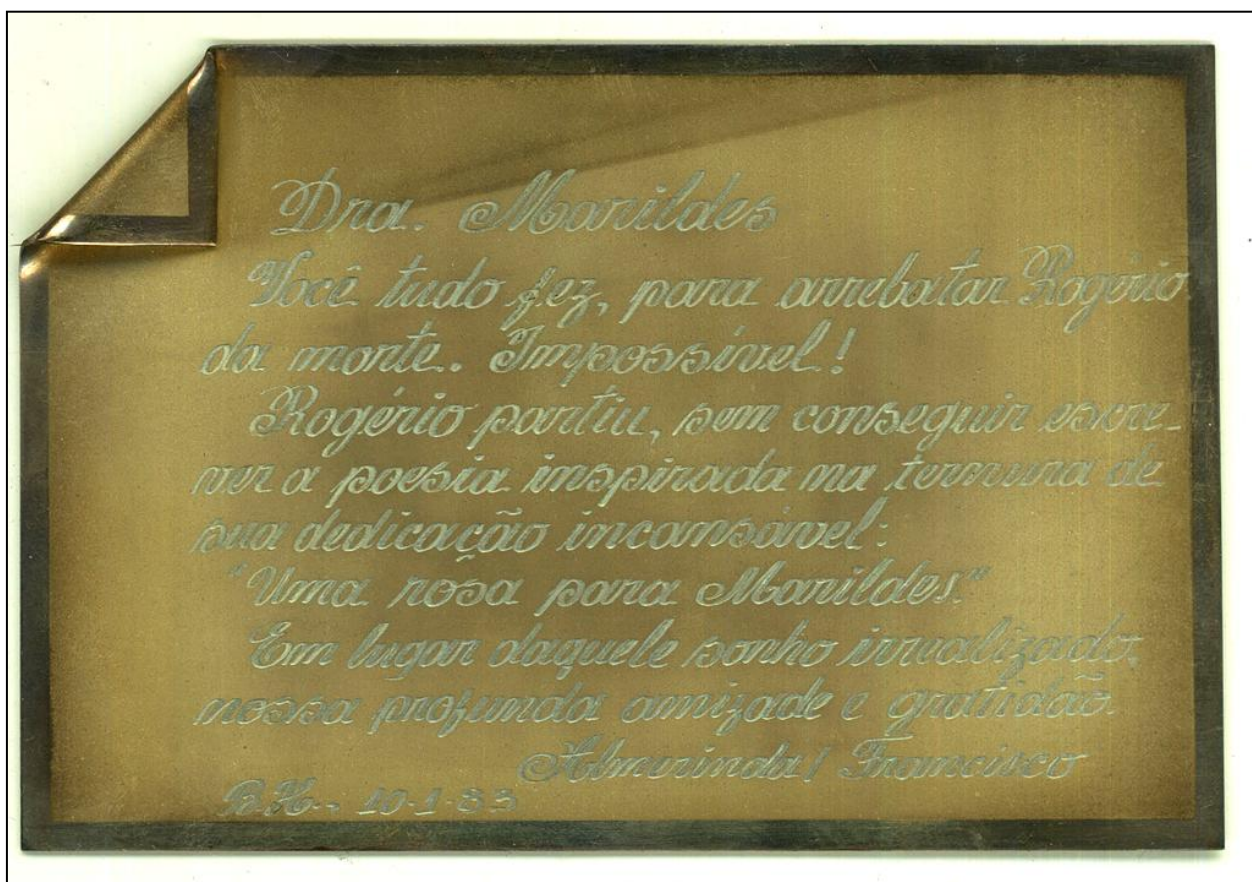
A placa abaixo foi entregue à médica pela mãe do rapaz que o viu escrevendo as primeiras linhas do poema:

Uma rosa para Marildes:

Dra. Marildes,

Você tudo fez, para arrebatá-lo da morte. Impossível!

Rogério partiu, sem conseguir escrever a poesia inspirada na ternura de sua dedicação incansável: 'Uma rosa para Marildes'. Em lugar daquele sonho irrealizado, nossa profunda amizade e gratidão – BH 10-01-1983.



A seguir uma carta¹¹² escrita por esse mesmo paciente e deixada com a médica, cujo conteúdo versa sobre sua experiência de amputação da perna, sobre o processo de doença que culminou em seu falecimento:

Não sei como vou passar por essa experiência, mas é a dura realidade. Ficar sem uma perna é algo difícil para quem está começando a vida. Por outro lado, a escolha: a perna ou a vida. É alarmante o fato de ter que se admitir inválido para muitas funções. No momento sinto uma dormência que significa que no membro já não há circulação. Evoluiu-se a gangrena. Esta perna já não mais me pertence. A ideia choca, a gente muda a maneira de tratar as pessoas. O sorriso nos lábios já se torna difícil aparecer. Não aceitamos a ideia a primeira vista. Mas depois vem o argumento: a perna ou a vida! É um drama para quem vive e um motivo de comentário para quem vê. Sobrevém a mente o que irão me perguntar: 'como foi?', 'está doendo?', 'o que você está sentindo?', 'mas que sacanagem, hein?'. Posso dizer que, no momento, estou aceitando a ideia. E isso só o amanhã irá confirmar (Logo após a descoberta da amputação da perna, esta carta foi escrita pelo paciente, relatando sua experiência de ter perdido a perna. A carta foi entregue à médica que relatou o ocorrido junto com a placa e uma foto do rapaz).

Esses relatos impressionam não só pela riqueza de sentidos, mas, sobretudo, pela imbricação de esferas aparentemente opostas: sua condição de profissional e de sujeito. Esses dois aspectos parecem se fundir na prática médica, e isso faz com que a conduta do médico

¹¹² Carta original Anexo B.

seja orientada por vários prismas, para além de uma atuação técnico-científica. Conforme Laplantine (1991), o médico em seu exercício profissional não utiliza apenas sua racionalidade científica ao ministrar um tratamento e lidar com o enfermo, há outros aspectos a serem considerados, como seus significados subjetivos e sua trajetória pessoal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Habitua-te a pensar que a morte não é nada para nós, pois que o bem e o mal só existem na sensação. Donde se segue que um conhecimento exato do fato de a morte não ser nada para nós permite-nos usufruir esta vida mortal, evitando que lhe atribuamos uma ideia de duração eterna e poupando-nos o pesar da imortalidade. Pois nada há de temível na vida para quem compreendeu nada haver de temível no fato de não viver. É, pois, tolo quem afirma temer a morte, não porque sua vida seja temível, mas porque é temível esperá-la.

Tolice afligir-se com a espera da morte, pois se trata de algo que, uma vez vindo, não causa mal. Assim, o mais espantoso de todos os males, a morte, não é nada para nós, pois enquanto vivemos, ela não existe, e quando chega, não existimos mais.

Não há morte, então, nem para os vivos nem para os mortos, porquanto para uns não existe, e os outros não existem mais. Mas o vulgo, ou a teme como o pior dos males, ou a deseja como termo para os males da vida. O sábio não teme a morte, a vida não lhe é nenhum fardo, nem ele crê que seja um mal não mais existir. Assim como não é a abundância dos manjares, mas a sua qualidade, que nos delicia, assim também não é a longa duração da vida, mas seu encanto, que nos apraz.

Quanto aos que aconselham os jovens a viverem bem, e os velhos a bem morrerem, são uns ingênuos, não apenas porque a vida tem encanto mesmo para os velhos, como porque o cuidado de viver bem e o de bem morrer constituem um único e mesmo cuidado.

Epicuro, in *A Conduta na Vida*.

Como já foi dito, tive por objetivo nesta pesquisa uma análise acerca da percepção do corpo médico diante da morte, num serviço de urgência e emergência. Ao longo do campo, porém, percebi que, para falar da morte, é necessária uma interlocução com a vida: “A vida, assim como a morte, perpassa um diversificado campo semântico, envolvendo dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais, a configurando também um fato social total, como proposto por Mauss” (AREDES, 2010, p. 121). Para compreender a relação dos médicos com a morte, eu teria de entender a forma como esses profissionais lidam com a vida, pois percebi que só a comparação desses opostos me permitiria entender ambos. Nos próprios discursos médicos, a vida prepondera sobre a morte, então, falar de morte é falar de vida.

A vida é que estava em jogo na luta contra a morte, uma em relação à outra. E, como a morte é o oposto a vida, necessariamente eu teria, ou melhor, ela estaria, de todo modo, em todas as situações observáveis em campo. Nos vários setores em que passei, percebi o limiar entre a vida e a morte. Falar de um risco de morte não implica necessariamente que ela ocorra, isso porque um hospital e toda a sua equipe, em especial a equipe médica, mobiliza-se em prol da vida e esta, em muitos casos, prevalece sobre a morte. Aliás, o foco das equipes médicas é sempre direcionado para o restabelecimento da vida. Mesmo nos casos de uma “quase certeza” da morte, como no setor SAV, destinado à confirmação da morte encefálica,

percebe-se que a vida está manifesta, uma vez que o setor está diretamente relacionado à doação de órgãos, ou seja, ao salvamento de outras vidas.

Nos primeiros dias do trabalho de campo, estava meio que obcecada em presenciar as mortes, depois de um tempo percebi que, em alguns casos, a morte era uma forte possibilidade. Isso porque presenciei diversos casos nos quais os pacientes chegavam “quase mortos” e a equipe médica conseguia mudar o quadro clínico mobilizando-se para resgatar a vida do paciente. Um caso pode ser visto no depoimento a seguir de um médico, que mostra como a gravidade do quadro clínico não necessariamente leva à morte, uma vez que num hospital é feito de tudo para evitá-la:

Uma criança chegou aqui em estado grave devido a um acidente no anel rodoviário. O helicóptero a pegou, eu estava no meu plantão, e recebemos uma ligação de que estava vindo gente grave para cá. Aí, levamos a criança para tomografia, ela tinha um inchaço grave no cérebro que tinha que ser operado. Enquanto os cirurgiões decidiam se iam operá-la ou não o abdômen, eu fui pedir sala no bloco. Nesse intervalo que eu volto, eu vi que a criança não tinha mais resposta nenhuma. Nessa hora, eu mesmo peguei a maca, eu saí correndo com a criança, correndo mesmo, abri a porta do bloco com a mesma roupa, falei com o anestesista: ‘Olha, a criança está quase morta’. Daí eu abri a cabeça dela sem lavar, coloquei o capote, abri mesmo a cabeça, quebrei o osso rapidinho e o cérebro respirou, o cérebro começou a pulsar como se voltasse a ter vida. Esse caso foi muito legal, a criança saiu, teve sequelas e tudo, infelizmente, mas saiu deu entrevista e tudo em vários jornais. Então foi um caso muito interessante porque a criança estava morta (Neurocirurgião).

Quando em campo eu me colocava no lugar do médico: torcia e comemorava o restabelecimento das funções vitais do enfermo. É como se eu adentrasse na atuação do médico me familiarizando com uma situação que me era distante, afinal, eu não era uma médica, assim, aquilo tudo, a princípio, parecia muito exótico e, ao mesmo tempo, familiar, o que nas palavras de DaMatta se constitui o fazer da antropologia social:

[...] [S] o se tem Antropologia Social quando se tem de algum modo o exótico, e o exótico depende invariavelmente da distância social [...] vestir a capa de etnólogo e aprender a realizar uma dupla tarefa [...] *transformar o exótico no familiar* e/ou *transformar o familiar em exótico*. E, em ambos os casos, é necessária a presença dos dois termos (que representavam dois universos de significação) e [...] uma vivência dos dois domínios por um mesmo sujeito disposto a situá-los e apanhá-los (DAMATTA, 1978, p. 28, grifos do autor).

Entretanto, embora relacionadas, tais mudanças não se consolidam de forma *supra*: “As duas transformações estão, pois, intimamente relacionadas e ambas sujeitas a uma série de resíduos, nunca sendo realmente perfeitas. De fato, o exótico nunca pode passar a ser familiar, e o familiar nunca deixa de ser exótico” (DAMATTA, 1978, p. 29).

Com essa etnografia aqui produzida, não pretendi partir de hipóteses formuladas e cristalizadas em relação à forma como o profissional de medicina lida com a morte. Ineri-me no hospital de Pronto Socorro JXXIII para tentar compreender esse tema, por meio de observação das rotinas institucionais dos médicos, em relação à morte (e, por extensão à vida) somada a seus depoimentos. Confesso que fui a campo com outra proposta inicial: entender os processos pelos quais o doente grave com risco de morte é encaminhado para a UTI, desde sua chegada à triagem médica até sua imersão na UTI propriamente dita e, a partir disso, entrevistar os profissionais de medicina que atuam em ambos os setores sobre assuntos referentes à morte de pacientes na prática médica. Porém, essa tentativa foi frustrada logo de início quando um profissional do hospital me explicou os serviços que eu deveria ver ou assistir e eu comecei a observar as rotinas. Ao dar entrada no JXXIII, o paciente grave não necessariamente vai direto para uma UTI, há outros procedimentos e locais onde esse paciente recebe atendimentos. A princípio recebi isso com frustração, mas depois vi que esses outros encaminhamentos tornariam o campo de pesquisa mais rico, e se tornaram uma ferramenta metodológica. Assim, compreendi que, no JXXIII, “há pacientes graves e pacientes graves”, “há mortes e mortes”, partindo disso criei as categorias: *A morte enquanto possibilidade: a luta pela vida*, *Uma morte em vida: a Unidade de Cuidados Progressivos* e *A (quase) certeza da morte: o SAV uma morte que pode salvar vidas*.

A morte enquanto possibilidade: a luta pela vida se mostrou uma morte que é provável, parece redundância, mas é isso. Não é uma morte que vai acontecer, ou seja, o paciente grave não necessariamente vai evoluir a óbito. Percebi toda a mobilização por parte da equipe médica para tentar resgatar esse paciente e, em alguns casos, presenciei cenas que eu diria heroicas porque o doente chegava desenganado pelas equipes e esse quadro era alterado. Um exemplo são os casos que ocorrem no bloco cirúrgico, local, inclusive, que a maioria dos médicos considera o pior local para “perder um paciente”, justamente porque um paciente que é encaminhado para o bloco possui chances de reversão do quadro clínico. Da mesma forma é a morte na UTI, embora conhecida no senso comum como o lugar para se morrer, na perspectiva dos médicos é o local preparado para evitar a morte, com seus recursos físicos e humanos.

Uma morte em vida: a Unidade de Cuidados Progressivos, a princípio, me pareceu um termo um tanto quanto pesado, mas foi a primeira ideia que passou por minha cabeça quando fui conhecer o local. Ali estão pacientes com sequelas graves ou em estado vegetativo que possuem poucas chances de retomarem suas vidas e, caso as retomem, precisarão criar

outro espelho de si, já que não sairão com sua saúde totalmente restabelecida e, por extensão, sua vida enquanto sujeito social. Quando fiz as entrevistas com os médicos, alguns chegaram a utilizar o termo “paciente morredor”, um paciente que está sofrendo o processo de morte, o que, de certa forma, estava condizente com meu título proposto.

Por fim, “*A (quase) certeza da morte: o SAV uma morte que pode salvar vidas*” me pareceu das três tipologias criadas a mais singular, isso porque se trata de pacientes graves com suspeita de morte encefálica. O fato de se estabelecer um protocolo para confirmação da morte cerebral incita várias outras questões, ora, durante os testes, os esforços estão canalizados para a preservação do corpo com a finalidade de uma potencial doação, ou seja, se confirmada, é uma morte que pode salvar (ou manter) outras vidas. Além disso, como a família é liberada para permanecer junto a seu familiar, o que percebi, e os médicos também me revelaram nos depoimentos, é a ocorrência de uma espécie de velório junto ao leito do paciente ao longo da efetivação do protocolo. Isso gera outra questão: o paciente não está vivo e nem está morto, está no limiar entre a vida e a morte e, por aparentar viço, a família entende que ele está mesmo vivo. Isso causa muita dificuldade para os médicos no momento de explicar que o paciente está morto, ou seja, seu cérebro já não responde a estímulos.

Como visto, está compreendido um mosaico de mortes que ocorrem dentro de um Pronto Socorro, abarcadas nas tipologias acima, em várias situações e condutas com que o médico precisa lidar em seu exercício profissional. A partir desses setores com essas três tipologias, busquei compreender como o profissional de medicina se relaciona com a morte, uma temática oposta ao que sua profissão delimita, ou seja, o restabelecimento da vida.

Para melhor compreensão da forma como o profissional de medicina lida com a morte, foi realizado um estudo, por meio do método etnográfico, sobre as representações e os ritos institucionais do profissional de medicina em relação à morte. Através dessa análise, pude compreender como esses profissionais, que têm suas práticas focadas no restabelecimento da vida do paciente grave, lida com situações de morte.

Foram diversas as questões que levantei para cada profissional entrevistado. A razão de sua opção pelo Pronto Socorro, em 100% dos depoimentos, apontou para a rapidez entre a intervenção e o resultado. No que diz respeito às questões sobre a definição da morte, se aproximaram mais de uma percepção do que de uma definição. Houve versões muito usuais no senso comum, como “*A morte é o fim*”, “*A morte é uma passagem*” ou “*A morte é o fim de um ciclo*”. Foram poucos os médicos que disseram estar preparados para lidar com a morte. Alguns relataram que possuem um preparo apenas no âmbito profissional, mas mesmo assim

com algumas dificuldades, ressaltando frases como “*Nenhum médico quer perder o seu paciente*”, “*Fomos treinados na escola de medicina para vencer a morte*”.

No que se refere à relação da sociedade com a morte, observei uma diversidade de posicionamentos, alguns mais frequentes que outros, como a banalização e a manutenção da vida a todo custo. Os depoimentos dos profissionais de medicina convergiram para uma resistência à morte, mesmo sendo esta uma realidade concreta num serviço de urgência e emergência. Os médicos insistem em não deixar que a morte ganhe nesta luta pela vida. Os relatos apontaram que a atuação médica, mais que uma batalha contra as doenças, se refere a um compromisso e laço com a vida de seus pacientes. Além disso, na resistência à morte expressa nas narrativas médicas, percebe-se que há espaços definidos socialmente para se falar de morte. Ora, uma instituição hospitalar está a serviço do restabelecimento da vida e os profissionais que nela atuam, especialmente os médicos, precisam agir e reagir de forma coerente a esse princípio, mesmo estando a morte em estado bruto no cotidiano de um serviço de pronto socorro.

Houve quase uma unanimidade na afirmação da ausência de preparo acadêmico para a atuação do médico em situações de morte. Essa maneira como a formação médica lida com a morte alimenta as ações e representações do médico diante dela. Além disso, a imagem social construída sobre os médicos e sua relação com a morte, especialmente de familiares e do próprio paciente, ora expressa visão de frieza e distanciamento, ora atribui ao médico o poder de evitar a morte, com expressões como “*Dr. minha vida está em suas mãos*”. A primeira perspectiva revela certa contradição com relação à maneira como os próprios médicos se veem, já a segunda gera pressão para os médicos e frustração quando a morte ocorre. Aliás, a forma como um médico lida com a morte foi registrada, na maior parte dos depoimentos, como um fracasso ou insucesso profissional.

No que diz respeito às mortes mais difíceis que um médico pode vivenciar em sua prática profissional, apontaram-se, principalmente, a morte de criança, a morte súbita e a morte evitável. Sobre o interesse por assuntos referentes à temática morte, alguns relatos apontaram para o interesse em livros e filmes que tratam sobre o assunto.

Algumas abordagens teóricas foram de fundamental importância para a análise. O conceito de fato social total de Mauss (2001) ajudou no entendimento da morte para além do seu sentido natural e biológico, configurando-a como um evento social polissêmico. A eficácia simbólica, postulada por Lévi-Strauss (1967), e a noção de linguagem, como capital simbólico, formulada por Bourdieu (1996), ajudaram a compreender a função simbólica do

discurso médico. Os conceitos de campo e *habitus* de Bourdieu (2003) contribuíram na elucidação da prática médica, especialmente no que se refere às continuidades existentes entre ambos e por não se constituírem em esferas opostas e delimitadas.

Outros enfoques sobre o corpo e a doença sob a perspectiva antropológica também se fizeram importantes, como leituras de Laplantine (1991), Le Breton (2011) e Rodrigues (2001). Autores como Ariès (1977), Rodrigues (2006a), Foucault (1988, 2003) e Elias (1982) foram pertinentes no que se refere ao processo histórico-social de migração do morrer em casa ao morrer no hospital, bem como ao processo de medicalização da morte e o papel da instituição hospitalar nesse cenário.

A chamada “tensão estruturante”, definida por Bonet (2004), foi de fundamental importância para a compreensão de algumas articulações existentes na prática médica, que, conforme esse autor, envolve as esferas do “*saber e do sentir*”: o primeiro direcionado ao saber racional e científico e o segundo às emoções. O conceito de rito, como sistema cultural composto por séries ordenadas e padronizadas de palavras e atos (PEIRANO, 2003), fez-se necessário na compreensão das práticas médicas existentes numa instituição hospitalar.

Conjugada a essa tensão entre o “*saber e o sentir*” (Bonet, 2004), percebe-se um conflito de posicionamentos entre as representações expostas nos discursos médicos e a forma como eles agem na prática profissional em relação à morte. Foi observado que, na prática médica, há uma mobilização em prol da vida, em que a ética profissional, o modelo biomédico, as técnicas científicas dominam a dinâmica de uma instituição. Percebe-se que, em alguns casos, há tensões entre a “representação e a ação”, digo, o que é discursado e o que é feito pelos médicos em relação à morte no exercício profissional, conforme visto em alguns exemplos citados ao longo da etnografia. Essas tensões revelam uma resistência à morte expressa ora na prática médica, ora no discurso médico. Embora haja espaços físicos onde a morte acontece em maior ou menor grau dentro de um Pronto Socorro, percebe-se seu velamento nas narrativas e nos ritos da prática médica.

É interessante notar ainda que, embora o médico pertença a um campo profissional específico, que deve, por um lado, garantir a vida e, por outro, reagir, de forma profissional e ética, à morte, o que se percebe é uma espécie de contaminação circular entre sua condição de profissional e sujeito. Isso pode ser mais bem ilustrado pelos depoimentos sobre casos de morte que os marcaram ao longo da trajetória profissional, pois os relatos foram densos, dramáticos e despertaram emoção nos médicos em várias entrevistas que realizei.

Percebi que, embora o fato de boa parte dos profissionais ter, inicialmente, se surpreendido pelo inesperado e ter achado um tanto quanto excêntrica a temática que levei a campo, eles queriam falar, queriam expressar, demonstrando interesse pelo tema. Recebi muitos agradecimentos ao final de cada entrevista e pedidos para que o assunto proposto ganhe visibilidade na área médica por meio do trabalho realizado.

Além disso, esta pesquisa mostrou como um hospital é um campo etnográfico produtivo, pois contempla elementos para um estudo antropológico. A metodologia me conduziu a resultados substanciais que mostram a rotina de um serviço de urgência e emergência, que podem ser estendidos para outros setores e atores da instituição. O presente trabalho torna-se uma base para estudos ou programas educativos sobre a dinâmica da instituição hospitalar de um Pronto Socorro que podem ajudar a desmistificar jargões, determinados procedimentos e funções.

Para finalizar, com esta pesquisa vejo que há ainda muito a ser feito no que se refere a futuros estudos na área médica sob a perspectiva antropológica, especialmente no que tange à morte. Os resultados do trabalho apontaram para algumas questões que podem ser abordadas em pesquisas futuras, especialmente como o médico lida com as distintas formas de óbitos ou morte com as quais se deparam na atuação profissional, bem como à maneira como reagem a essas mortes permeando questões, como a forma como médicos de outras especialidades lidam com outros contextos de morte, por exemplo, os médicos oncologistas que participam do processo de morte em pacientes terminais; os médicos legistas que atuam após a morte e a serviço da justiça no que se refere ao esclarecimento de crimes; o psiquiatra que tem como uma de suas atuações evitar que pacientes cometam suicídio ou assassinato e ainda, trabalham para que algumas pessoas aceitem a sua própria morte, como o caso de pacientes terminais; questões como abuso de drogas e suicídio entre estudantes e profissionais de medicina; questões vinculadas a morte social e doenças estigmatizadas que acometem pacientes crônicos, como elucidado nesta pesquisa no que se refere à Unidade de Cuidados Progressivos do Hospital João XXIII, dentre outras questões.

REFERÊNCIAS

- ABC MED. *O que é tetraplegia?* Disponível em: <http://www.abc.med.br/p/348064/tetraplegia+o+que+e+quais+as+causas+e+os+sintomas+como+e+o+tratamento.htm> Acesso em: 28 de outubro de 2013.
- ALVES, Benaia Cândida; ANDRADE, Márcia Siqueira. *Compreendendo o processo de aprendizagem de uma mãe durante a hospitalização de seu filho em um Centro de Terapia Intensiva Pediátrica*. 2007. Disponível em: <http://www.fieo.br/edificio/index.php/posgraduacao/article/view/149/0>. Acesso em: 20 abr. 2012.
- ARIÈS, Philippe. *História da morte no ocidente – Da idade média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1977.
- _____. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- AREDES, Janaína de Souza. *De perto e de longe: um estudo sobre as representações da morte entre médicos de CTIs*. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de Minas, Belo Horizonte, 2010.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Declaração de Sidney. *World Medical Journal*, p. 133, nov./dez. 1968.
- ATLS – Advanced trauma life support. *SAUT – Manual de Suporte avançado de vida no trauma*. 5. ed. American College of Surgeons. Brasil: American College of Surgeons, 1996.
- AZEVEDO, Priscila Gomes de. *Pierre Bourdieu e Charles Taylor: a construção social da pessoa*. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAARTAAE/pierre-bourdieu-charles-taylor-a-construcao-social-pessoa> Acesso em: 2 de jan. 2012.
- BALLARD E. D.; PAO, M.; HENDERSON, D.; LEE, L. M.; BOSTWICK, J. M.; ROSENSTEIN, D. L. Suicide in the medical setting. *Jt Comm J Qual Patient Saf*; v. 34, n. 8, p. 474-81, 2008.
- BARBOSA, António. Pensar a morte nos cuidados de saúde. *Análise Social*, v. 308, n. 166, p. 35-49, 2003.
- BARROS, José Márcio. *Diversidade Cultural: da proteção à promoção*. Belo Horizonte: PUC Minas, 2008.
- BATISTA, Milca da Silva; PALMA, Sinara Miranda. *Perfil da vítima transferida de helicóptero para o heliponto do hospital de Pronto Socorro João XXIII*. Curso Especialização *lato sensu* em Trauma, Emergências e Terapia Intensiva. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências médicas de Minas Gerais da Fundação Educacional Lucas Machado, 2013.
- BAYARD, Jean-Pierre. *Sentido oculto dos ritos mortuários*. São Paulo: Paulus, 1996.
- BEATO, Cláudio Chaves. Práticas de Glosa e Anamnese. *Physis Revista de Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, n. 1, v. 4, p. 41-56, 1994.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 1994.

BEAUVOIR, Simone de; CABRAL, Álvaro. *Uma morte muito suave*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1984.

BONET, Octavio. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da Biomedicina. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 123-150, 1999.

_____. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas linguísticas. O que falar quer dizer*. São Paulo: Edusp, 1996a.

_____. *Razões práticas – sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus, 1996b.

_____. *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

_____. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo, Perspectiva, 2004.

BRASIL, Luísa. Luta sem trégua pela vida é rotina no Hospital João XXIII, o maior pronto-socorro de Minas Gerais. *REVISTA VEJA BH*. Disponível em: <http://vejabh.abril.com.br/edicoes/luta-tregua-pela-vida-rotina-hospital-joao-xxiii-maior-pronto-socorro-minas-gerais-736186.shtml> Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Definição de hospital*. OMS – Organização Mundial de Saúde 1956, 2006.

BRITO, A. M. *et al.*, *Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção*. 2004. In: *Temas livres*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a15v10n1.pdf> Acesso em: 8 set. 2013.

BRUSCHINI, Cristina; LOMBARDI, Maria Rosa. A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Pesquisa – Fundação Carlos Chagas*, São Paulo, n. 110, p. 67-104, 2004.

CALLAHAN, Daniel. *The troubled dream of live: living with mortality*. Nova Iorque: Simon and Schuster, 1993.

CAMPO, Marcio D’Olne. “Estar aqui” e “estar lá”: tensões e interseções com o trabalho de campo. Disponível em: <http://www2.fe.usp.br/~etnomat/site-antigo/anais/MarcioDOlneCampo.html>. Acesso em: 18 jul. 2013.

CANDIDO, Maria Regina. Os diferentes olhares sobre o corpo do morto na Atenas Clássica. In: NEYDE, Theml; BUSTAMANTE, Regina Maria; LESSA, Fábio de Souza (Orgs.). *Olhares do Corpo*. Rio de Janeiro: Mauad, 2003.

CAPELA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO. *O Sacramento da Extrema-Unção*. Disponível em : <http://www.capela.org.br/Catecismo/extremaun.htm>. Acesso em: 10 de jul. 2013.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir e escrever. In: *O Trabalho do Antropólogo*. Brasília: Paralelo 15; São Paulo, Editora UNESP, 2000.

CAREGNATO, Rita Catalina de Aquino; LAUTERT, Liana. O estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 5, p. 545-550, set./out. 2005.

CASSORLA, R. O mito de Asclépios e o médico lidando com a morte. *Cadernos do IFAN*, n. 10, p. 51-62, 1995.

CERQUEIRA, Ana Teresa; LIMA, Maria Cristina. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Revista Interface*, v. 6, n. 11, p.107-16, ago. 2002.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *LET: Limitação de Esforço Terapêutico*. Resolução CFM n. 1805, 2006.

CHESNUT, R. Andrew. Santa Morte, a Santa Esquelética no México e nos Estados Unidos. *História: Questões e Debates*, Curitiba, n. 55, p. 195-217, jul./dez. 2011.

CONSORTE, Josildeth. A morte na prática médica. In: MARTINS, José de Souza (Org.). *A morte e os mortos na sociedade brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1983.

COULON, Alain. *Etnometodologia*. Petrópolis: Vozes, 1995.

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Juramento Hipocrático*. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>. Acesso em: 11 jan. 2013.

DAMATTA, Roberto. O ofício do etnólogo. In.: NUNES, E. O. (Org.). *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 25-35.

D'ASSUMPÇÃO, E. A. *Tanatologia - Ciência da Vida e da Morte*. 2. ed. Belo Horizonte: Fumarc, 2002.

DIAS, Ilmeu Cosme. Atendimento Clínico-hospitalar ao Paciente Queimado. In: PIRES, Marco Tulio Baccharini; STARLING, Sizenando Vieira (Orgs.). *Manual de urgências em Pronto Socorro*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

DUARTE, L. F. D. Pessoa e dor no ocidente (o 'holismo metodológico' na antropologia da saúde e doença). *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 4, n. 9, p. 13-28, 1998.

DUMONT, L. *Ensayos sobre El individualismo*. Madri: Alianza, 1987

DURHAN, Eunice Ribeiro. *A Dinâmica Cultural da Sociedade Moderna*. Ensaios de Opinião, Rio de Janeiro: Ed. Inúbia Ltda., 1977. p. 33-35.

DURKHEIM, E. *O Suicídio – Um Estudo Sociológico*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

ECHEVÉRRRI, O. La violência: Ubicua, Elusiva, prevenible, cuidades y violências. In *América Latina. Série Gestion Urbana*. Quito: PGU/ONU, 1994. V. 2.

ELIAS, Norbert. *A Solidão dos Moribundos: seguido de “Envelhecer e morrer”*. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982.

EVANS-PRITCHARD, E. E. *Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

FALLOWFIELD, Lesley; JENKINS, Valerie. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, v. 363, n. 9.420, p. 312-319, 2004.

FÁVERO, F. *Medicina legal: introdução ao estudo da medicina legal, identidade, traumatologia*. 12. ed. Belo Horizonte: Villa Rica, 1991.

FAVRET-SAADA, Jeanne. Ser afetado. *Revista Cadernos de Campo*, USP, v. 14, n. 13, p. 155-162, 2005.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____ *Los Anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2000.

_____ *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FRASQUILHO, Maria Antônia. *Medicina, médicos e pessoas: compreender o stress para prevenir o burnout*. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2005-18/6/433-444.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2010.

FREUD, Sigmund. *Obras Completas volume 12 – Introdução ao narcisismo, ensaios de matapsicologia e outros textos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. *Hospital João XXIII - Complexo de Urgência e Emergência*. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/atendimento-hospitalar/complexo-de-urgencia-e-emergencia/hospital-joao-xxiii> Acesso em: 9 dez. 2012.

GARLET, Estela Regina *et al.* Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, 2009.

GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GEERTZ, Clifford. *Obras e Vidas: o antropólogo como autor*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2005.

GENNEP, Arnold Van. *Os ritos de passagem*. Petrópolis: Vozes, 1977.

GIACOIA, J. O. *A visão da morte ao longo do tempo*. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n1/1_a_visao_morte_longo_tempo>. Acesso em: 3 abr. 2005.

GIACOMO, Nelson Schietti. *Diretrizes projetuais para unidades de urgência e emergência hospitalares eficientes*. 2011. Tese (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, São Paulo.

GOFFMAN, Erving. *Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

GOMES, Alice Martins. *Emergência – Planejamento e organização da unidade – Assistência de Enfermagem*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1994.

GOMES R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003.

GOODWIN, R. D. Is COPD associated with suicide behavior? *J Psychiatr Res. J Psychiatr Res*, v. 45, n. 9, p. 1269-1271, 2011.

GROSSMAN, Eloísa; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 30, n.1, p. 6-14, jan./abr., 2011.

GURGEL, Wildoberto Batista. A morte como questão social. *Barabarói*, Santa Cruz do Sul, n. 27, jul./dez, p. 60-91, 2007.

HARAWAY, Donna J. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: SILVA, Tomaz Tadeu da. *Antropologia do Ciborgue: vertigens do pós-humano*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 37-129.

HEIDEGGER, Martin. *Ser e Tempo*. Petrópolis: Vozes, 1997.

HERTZ, Robert. *ociologie religieuse et folklore*. Paris: Presses Universitaires de France, 1970.

HUNTER, K. M. Doctor's stories. *The narrative structure of medical knowledge*. Princeton: University of Princeton Press, 1991.

INGOLD, Tim. *The perception of the environment: Essays in livelihood, dwelling and skill*. London: Routledge, 2000.

KAMAL, Tariq Ahmed. A morte, o sobrenatural e a continuação da vida. In: MARTINS, Clínico Geral de Souza (Org.). *A morte e os mortos na sociedade brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1983.

KASTENBAUM, R.; ASENBERG, R. *Psicologia da Morte*. São Paulo: Pioneira, 1983.

KAUFMAN, Arthur. *Teatro pedagógico: bastidores da iniciação médica*. São Paulo: Agora, 1991.

KOIZUMI, Maria Sumie; ARAÚJO, Giane Leandro. Escala de Coma de Glasgow – subestimação em pacientes com respostas verbais impedidas. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 136-142, 2005.

KOURY, Guilherme. *Introdução a Sociologia da Emoção*. João Pessoa: Manufatura, 2004.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. *Sobre a morte e o morrer*. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LADEIRA, Roberto Marini. A Relação Médico-Paciente no Atendimento de Urgência. In: PIRES, Marco Tulio Baccarini; STARLING, Sizenando Vieira (Orgs.). *Manual de urgências em Pronto Socorro*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010. p. 1.018-1.019.

LAPLANTINE, François. *Aprender antropologia*. São Paulo: Brasiliense, 2001.

LAPLANTINE, François. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LAPLANTINE, François; TRINDADE, Liana. *O que é imaginário*. São Paulo: Brasiliense, 1997.

LATOUR, Bruno. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LEACH, Edmund. *Sistemas políticos da Alta Birmânia*. São Paulo: Edusp, 1995.

LEAL, Fátima. Transmissão de más notícias. *Revista Port Clínica Geral*, v. 19, n.1, p. 40-43, 2003.

LE BRETON, David. A síndrome de Frankenstein. In: SANTANA, Denise Bernizzi (Org.). *Políticas do Corpo: elementos para uma história das práticas corporais*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.p. 49-67.

LE BRETON, David. *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967.

MACEDO, Juliana Lopes. *A subversão da morte: um estudo antropológico sobre as concepções de morte encefálica entre médicos*. 2008. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MACHADO, Maria Helena. (Coord.) *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1997.

MARANHÃO, Luiz de Souza. *O que é morte*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986.

MARTINS, Lan. *Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico*. Revista Brasileira de Clínica Terapêutica, v. 20, n. 9, 355-364, 1991.

MAUSS, Marcel. Algumas formas primitivas de classificação. In: *Ensaio de sociologia*. São Paulo: Perspectiva, 2001. p. 399-455.

_____. *Introducción a la etnografía*. Madrid: Istmo, 1974.

_____. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2011.

MEDLEARN. *Advanced Trauma Life Support – ATLS®: Introdução*. Disponível em: <http://www.medlearn.com.br/index.php/atls-introducao/> Acesso em: 25 jan. 2013.

MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Revista da Associação Médica do Brasil*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 135-140, abr./jul. 1998.

MENEZES, Raquel Aisengart. Díficeis Decisões: uma abordagem antropológica da Prática Médica em CTI. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, jul./dez., 2000.

_____. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *A Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MINAS GERAIS. Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais. *Voando para salvar*. 2011. Disponível em: <<http://www.bombeiros.mg.gov.br/component/content/article/17-noticias/15993-voando-para-salvar.html>>. Acesso em: 23 ago. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MOL, Annemarie. *The Body multiple: ontology in medical practice*. London: Duke University Press, 2002.

MONTEIRO, Marko Synésio Alves. *Os dilemas do humano: reinventando o corpo numa era (bio) tecnológica*. São Paulo: Annablume, FAPESP, 2012.

MORAES, Edvaldo Leal; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 131-135, 2009.

MOREIRA, Almir da Costa; LISBOA, Márcia Tereza Luz. A morte entre o público e o privado: reflexões para a prática profissional de enfermagem. *Revista Enfermagem*. Rio de Janeiro, jul./set. 2006. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a18.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2008.

MORIN, Edgar. *O método II: a vida da vida*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2001.

MOSCOVICI, S. *La Psychanalyse, son image, son public*. Paris: PUF, 1961.

MOSCOVICI, S.; NEMETH, C. Minority influence. In: NEMETH, C. (Org.). *Social psychology: classic and contemporary integrations*. Chicago: Rand McNally, 1974.

MUNANGA, Kabengele. Crenças, ritos e práticas relativos à morte entre os Basanga de Shaba (Zaire). In: MARTINS, José de Souza (Org.). *A morte e os mortos na sociedade brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1983.

OLIVEIRA, Ricardo Araújo de; ANDRADE, Elton Silva de; LEÃO, Carlos Eduardo Guimarães. Epidemiologia das tentativas de autoextermínio por queimaduras no estado de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 3, n. 11, p. 125-127, 2012.

ORTIZ, Renato. *Diversidade Cultural e Cosmopolitismo*. São Paulo: Lua Nova, 1999.

PARSONS, Talcon. *The social system*. New York: Free Press, 1951.

PATTON, Michael Quinn. *Qualitative research e evaluation methods*. Londres: Sage Publications, 2002.

PEIRANO, Mariza. *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.

_____ *Rituais ontem e hoje*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

PEIXOTO, Ana Paula. *Cuidados Paliativos*. Disponível em: <http://www.sotamig.com.br/downloads/Cuidados%20Paliativos%20-%20generalidades.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2012.

PEROSINO, M. C. *Umbral. Praxis, Ética y Derechos Humanos en el cuerpo muerto*. 2012. Tesis doctoral. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires.

PIRES, Marco Tulio Baccarini. Tratamento Inicial do Politraumatizado. In: PIRES, Marco Tulio Baccarini; STARLING, Sizenando Vieira (Orgs.). *Manual de urgências em Pronto Socorro*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

PITTA, Fernando; CARMONA, Cátia. Morte Cerebral – do medo de ser enterrado vivo ao mito do doador vivo. *Acta Médica Portuguesa*, v. 17, p. 70-75, 2004.

PROTOCOLO DE MANCHESTER. *Portal da Enfermagem*. Disponível em: http://www.portaldafenfermagem.com.br/plantao_read.asp?id=1461 Acesso em: 9 dez. 2012.

REZENDE, Joffre M. *Curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre*. 2008. Disponível em: <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/curarconsolar.htm> Acesso em: 7 jul. 2013.

REZENDE, Patrick Arley. *Corpos sem nome, nomes sem corpos: Desconhecidos, desaparecidos e a constituição da pessoa*. 2012. Tese (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

ROCHA, Paula Roberta Santana; SANTOS, Goiamérico Felício Carneiro. *A morte como espetáculo midiático*. Disponível em: <http://portalintercom.org.br/anais/centrooeste2013/resumos/R36-0039-1.pdf>. Acesso em: 19 set. 2013.

RODRIGUES, José Carlos. *O corpo na história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

_____. Os corpos na antropologia. In: NEYDE, Themi; BUSTAMANTE, Regina Maria; LESSA, Fábio de Souza (Orgs.). *Olhares do Corpo*. Rio de Janeiro: Mauad, 2003.

_____. *Tabu da morte*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006a.

_____. *Tabu do corpo*. 7. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006b.

SÁ, Maria de Fátima Freire; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. *Manual de Biodireito*. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

SALOUN, Nájela Hassan; BOEMER, Magali Roseira. A morte no contexto hospitalar: as equipes de reanimação cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 7, n. 5, p. 109-119, 1999.

SANCHEZ, Raquel Niskier; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: *Violência faz mal a saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

SANTOS, Andreia. *Morreu na contramão atrapalhando o tráfego: estudo sobre a justiça para crimes de trânsito em Belo Horizonte/MG*. 2010. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SANTOS, Tânia Steren. *Gênero e carreira profissional na Medicina*. Disponível em: [http://www6.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/Genero e Carreira Profissional na Medicina.pdf](http://www6.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/Genero_e_Carreira_Profissional_na_Medicina.pdf). Acesso em: 30 set. 2010.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde, *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, v. 3, n. 5, p. 11-26, 1999.

SCHRAMM, Fermin Roland. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 17-20, 2002.

SCOTT KM, Hwang I.; CHIU, W. T.; KESSLER, R. C.; SAMPSON, N. A.; ANGERMEYER, M. *et al.* Chronic physical conditions and their association with first onset of suicidal behavior in the world mental health surveys. *Psychosom Med.*, v. 72, n. 7, p. 712-719, 2010.

SEMINOTTI, Elisa Pinto. *Suicídio infantil: reflexões sobre o cuidado médico*. 2011. Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0571. Acesso em: 15 jun. 2013.

SIMMEL, George. A metrópole e a vida mental. In: *O fenômeno urbano*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

SISE, Michael J., *et al.* Surgeons' Attitudes About Communicating With Patients and Their Families. The Association of Program Directors in Surgery Published by Elsevier Inc. *Journal of Surgical Education*, v. 63, n. 3, p. 213-218, 2006.

SKINHEADS. *Escola Brasil*. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/sociologia/skinheads.htm>. Acesso em: 17 dez. 2012.

SOUZA, Edinilsa Ramos. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

STEDEFORD, Averil. *Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; MAÇALAI, Rubia Teresinha; KIRCHNER, Rosane Maria. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, jul./set., p. 464-471, 2006.

TAYLOR, Charles. *As fontes do self: a construção da identidade moderna*. São Paulo: Loyola, 1997.

THOMAS, Louis-Vincent. *Antropologia de la muert*. México: Fondo de cultura econômica, 1993.

TURNER, Victor Witter. Liminaridade e "Communitas". In: *O processo ritual: estrutura e antiestrutura*. Petrópolis: Vozes, 1974. p. 116-159.

VARELLA, Dráuzio. *Por um fio*. São Paulo: Cia das Letras, 2004.

VELHO, Gilberto. *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

_____. *Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. Aspectos éticos e jurídicos da recusa do paciente Testemunha de Jeová em receber transfusão de sangue. *Revista Ciências Jurídicas e Sociais Unipar*, v. 6, n. 2, p. 221-234, 2003.

WAGNER, Roy. *A Invenção da Cultura*. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

WEHBE G.; GALVÃO, C. M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 9, n. 2, p. 86-90, 2001.

ZIEGLER, Jean. *Os vivos e a morte*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevistas

ROTEIRO DE ENTREVISTA

PROJETO: "FIZEMOS O POSSÍVEL": os ritos e narrativas médicas em torno da vida e da morte no Hospital de Pronto Socorro João XXIII

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof^ª.: Ana Lúcia Modesto (orientadora) / José Márcio Barros (co-orientador)

PESQUISADOR ASSISTENTE: Janaína de Souza Aredes (mestranda)

INFORMAÇÕES PRELIMINARES: Nome / Sexo / Idade / Especialidade Médica / Instituições e tempo de formação / Locais e tempo de atuação

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS:

1ª parte: Envolvimento com a medicina

O que o levou a escolher o curso de medicina e a profissão de médico?

E por que a decisão em trabalhar num hospital de pronto socorro?

E por que a decisão em trabalhar em um X (variável conforme o setor)? Como é a dinâmica desse setor?

Você tem alguma dificuldade em trabalhar nesse setor?

2ª parte: Concepções e representações sobre a morte

Para você, o que é a morte?

Você se sente preparado para lidar com a morte?

Como você lida com a morte em sua vida?

Como avalia as representações e as atitudes para com a morte hoje?

Como clientes e pacientes pensam a atuação do médico diante da morte?

Como é a relação do médico de pronto socorro com os familiares e com o enfermo?

Você tem alguma dificuldade para dar a notícia do quadro clínico ao enfermo e familiares?

Em caso de óbito como você dá a notícia e aborda a família?

3ª parte: O médico e a morte

Ao longo de sua formação como você foi preparado para lidar com a morte?

Como um médico encara a morte?

Você teve (ou tem) algum tipo de resistência para lidar com a morte? (Se sim, qual).

Para você qual o pior tipo de morte, ou seja, com qual tipo de morte você tem mais dificuldade para lidar?

Como seu exercício profissional e sua condição de ser humano se relacionam diante da morte?

Você tem dificuldade em cuidar de algum paciente sem possibilidade de cura?

Quais os seus interesses por assuntos referentes à temática morte?

Ao longo da sua vida como reagiu (e reage) diante da fatalidade da morte?

Como você definiria a morte nesse setor (e a morte em um PS)?

Setores:

Morte (quase certa): Médicos do SAV (Perguntar sobre doação de órgãos).

Morte enquanto possibilidade: sala de politraumatizados, sala 07, UTI, Bloco e Sala de Recuperação, Unidade de Queimados Graves e SEC.

Morte em vida: Unidade de Cuidados Progressivos (3º andar)

APÊNDICE B – Quadro de expressões técnicas utilizadas pelos médicos

<i>Patterns</i>	Significado
Ambu	Bolsa de aplicação de pressão positiva com oxigênio suplementar.
Autoextermínio	Suicídio.
Brain Swelling	Edema Cerebral Difuso.
Cena	Local aonde ocorreu o acidente ou onde o doente foi encontrado.
Chilique	Casos em que o paciente “dramatiza” o quadro a fim de chamar atenção de familiares e outros. A maioria são jovens que tentam o suicídio.
Chocado	Condição hemodinâmica em que há uma má perfusão tecidual, de forma que o oxigênio não consegue atingir os tecidos.
Choque Séptico	Infecção Generalizada.
Crise Conversiva	Termo psiquiátrico em que o paciente possui um interesse secundário na consulta ao médico, tais como: pedir atestado, chamar a atenção de alguém, dentre outros.
D.O.	Declaração de Óbito.
Equipo	Instrumento onde corre líquido diretamente injetado em veias e artérias.
Etilista	Alcoolizado.
Evoluir	Descrever no prontuário todos os procedimentos ministrados ao doente.
Glasgow	Escala que meça os níveis de consciência.
HED	Hematoma Epodural.
HSAT	Hematoma Sub-aracnoide Traumático.
HSDA	Hematoma Subdural Agudo.
Hipocorado	Palidez.
Hipotenso	Pressão baixa.
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva.
Jelco	Instrumento para puncionar a veia.
LAD	Lesão Accional Difusa.
Laparotomia	Procedimento em que se abre o abdômen para conter hemorragia .
Lesão Importante	Lesão grave, na maioria das vezes irreversível.
LET	Limitação de Esforço Terapêutico.
PA	Pressão Arterial.
PAB	Perfuração por arma branca.
Paciente Entubado	Paciente com ventilação mecânica.
Paciente ‘Parado’	Aquele paciente que sofreu parada respiratória e cardiorrespiratória (e vice-versa).
PAF	Perfuração por arma de fogo.
‘Parou’	Parada Cardíaca ou Respiratória.
Passômetro	Planilha utilizada na passagem de plantão que descreve a evolução clínica de cada paciente.
PCR	Parada Cardiorrespiratória.
PIA	Pressão Intra-Arterial.
PMN	Pneumonia.

<i>Patterns</i>	Significado
Prognóstico Reservado	Casos em que não há mais o que fazer para reverter o quadro clínico.
Prognóstico Sombrio	Casos em que não há mais o que fazer para reverter o quadro clínico.
Rebaixado	Paciente com o nível de consciência baixo.
Reflexo de Lázaro	Reflexo medular em pacientes com morte encefálica.
Ressuscitação	Reanimação cardíaca para o paciente em parada cardiorrespiratória.
SAT	Sala de Apoio ao Trauma.
Saturação	Quantitativo de oxihemoglobina no sangue.
SNG	Sonda Nasogástrica.
Swelling Difuso	Sangramento no cérebro.
TC	Tomografia Computadorizada.
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico.
Toracotomia	Corte ao lado esquerdo do peito para realização de massagem cardíaca interna.
TRM	Traumatismo Raquimedular.

ANEXO A - Termo de Declaração de Morte Encefálica

FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

Hospital João XXIII

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA
(Lei 9434 / 97 e Resolução do CFM nº 1.480 de 08/08/1997)

Nome: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Idade: _____ anos _____ meses _____ dias Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: M F Cor: A B N Registro hospitalar número: _____

A. Causa do coma: (Conhecida, estrutural e irreversível)

Não iniciar o protocolo de diagnóstico de morte encefálica se a causa do coma é desconhecida.
Não iniciar o protocolo de morte encefálica sem comunicar a parentes presentes ou parentes que possam ser contatados por telefone.

A.1 - O paciente está hipotérmico (temperatura corpórea abaixo de 32,2 °C)? Sim Não

A.2 - Está usando drogas depressoras do sistema nervoso central ou há possibilidade de intoxicação por drogas depressoras (sobretudo barbitúricos, opiáceos, diazepínicos e curares¹)? Sim Não

A.3 - Está com distúrbio hemodinâmico com hipotensão, hipoxemia ou distúrbio metabólico grave e reversível capaz de comprometer a função encefálica e a resposta aos testes? Sim Não

Qualquer resposta positiva a um dos três itens acima interrompe o protocolo que só deve ser retomado após removida tal condição.

B. Exames neurológicos: Devem ser realizados dois exames com intervalos mínimos estabelecidos de acordo com a idade. Os exames devem ser realizados por, no mínimo, dois médicos e um deles deve ser neurologista². Nenhum destes médicos pode fazer parte da equipe de remoção ou de transplante de órgãos.

Idade	Intervalo mínimo de tempo entre os exames
de 7 dias a 2 meses incompletos	48 horas
de 2 meses a 1 ano incompleto	24 horas
de 1 ano a 2 anos incompletos	12 horas
acima de 2 anos	6 horas

Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções Sim/Não, obrigatoriamente, para todos os sete itens listados.

<p><input checked="" type="checkbox"/> Coma aperceptivo e arreativo (Glasgow 3): Ausência de qualquer reação ou resposta motora à forte estimulação dolorosa da região lateral da nuca ou face, compressão supra orbitária, compressão do esterno ou do leito ungueal. Ausência de convulsões, tremores, postura em descerebração ou decorticação. Interessa apenas a reatividade supraespinal e, portanto, reações de atividade medular reflexa como reflexos osteotendinosos ("reflexos profundos"), cutâneo abdominal, cutâneo plantar em extensão ou flexão, cremastérico superficial e profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores e reflexo tônico cervical são todos sinais de reatividade infraespinal e não afastam o diagnóstico de morte encefálica.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Pupilas fixas e arreativas: As pupilas devem estar fixas com dilatação média ou completa, na linha média, e não apresentar qualquer resposta (contração) à estimulação por luz forte e direta sobre elas por 10 segundos, descartado efeito de atropina, anfetamina, midriáticos tópicos ou trauma ocular.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Reflexo córneo-palpebral: Estimulação da córnea com a ponta de uma gazinha ou "swab" de algodão não produz nenhuma resposta de defesa ou tentativa de fechamento ocular</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Teste de apnéia: Este teste deve ser o último a ser realizado. Antes de iniciá-lo deve-se ajustar os parâmetros do ventilador para obter uma PaCO₂ em torno de 45 mmHg:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar a concentração de oxigênio no ventilador para 100% por pelo menos 10 minutos. 2. Opcionalmente pode-se fazer uma gasometria com estes parâmetros para documentar o nível de PaCO₂ antes do início da prova. Pode ser interessante manter um Jelco intra-arterial (artéria radial) acoplado a um tree-way para facilitar a coleta das gasometrias. 3. Desconectar o ventilador (marcar o tempo) e instalar uma sonda traqueal fina profundamente na traquéia com um fluxo de oxigênio de 6 litros/minuto em adultos e fluxos proporcionalmente menores em crianças (cerca de 1 litro por cada 5 Kg por minuto). 4. Observar atentamente o aparecimento de qualquer movimento respiratório por 10 minutos ou até que o PaCO₂ suba acima de 55 mmHg. A prova deve ser interrompida se ocorrer insaturação grave (< 75 %) com bradicardia ou hipotensão, mas só é considerada válida se constatada a persistência da apnéia em vigência da PaCO₂ > 55 mmHg.
<p><input checked="" type="checkbox"/> Reflexo oculo-vestibular (prova calórica): 1. Fazer uma otoscopia para certificar que não há obstrução do canal auditivo por cerumen ou qualquer outra condição que dificulte ou impeça a correta realização do exame. 2. Elevar a cabeceira da cama para manter a cabeça elevada a 30° sem fletir o pescoço. 3. Usar 50 ml ou mais de soro fisiológico ou água próximo de 0° C em cada ouvido. Cortar um butterfly desprezando a agulha, e introduzir gentilmente o cateter remanescente no canal auditivo. Infundir o líquido lentamente com auxílio de uma seringa ou deixar correr de um equipo. Manter os olhos do paciente bem abertos e observar qualquer movimento de desvio ocular para o lado em que está sendo infundido o líquido frio. Manter a observação até dois minutos após fim da infusão.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Reflexo oculocefálico: A cabeça é movimentada, rodada, para os lados, ou fletida e estendida enquanto se observa se ocorre o movimento ocular na direção contrária. (Não deve ser realizado em casos de trauma com possibilidade de fratura cervical. Nestes casos o reflexo oculo-vestibular é suficiente)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Reflexo de tosse ou vômito: Não ocorre nenhuma reação de tosse, náusea, sucção, movimentação facial ou de deglutição ao movimentar o tubo endotraqueal ou aspirar a traquéia introduzindo a sonda de aspiração além do tubo ou estimular a faringe e a laringe com uma sonda.</p>	

¹ Aguardar 48h após suspensão de infusão contínua de Thiopental e 24h de outras drogas.
² Inclui neurocirurgião, neurofisiologista e neurologista

Alameda Vereador Álvaro Celso, 100 - Santa Efigênia - Belo Horizonte/MG
CEP: 30.150-260 - Fone: (031) 239-9500 - Fax: (031) 239-9579 - Caixa Postal: 1283

MOD. SEX01

FHEMIGFUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

Formulário de Exame Clínico Neurológico:

Data: ___/___/___	Hora: ___:___	Coma aperceptivo e arreativo (Glasgow 3)	() Sim () Não
Médico(s):		Pupilas médias ou midriáticas sem reflexo fotomotor	() Sim () Não
		Ausência de reflexo córneo-palpebral	() Sim () Não
Endereço(s) e telefones:		Ausência de reflexo óculo-cefálico	() Sim () Não
		Ausência de reflexo óculo-vestibular (prova calórica)	() Sim () Não
		Ausência de reflexo traqueal (tosse)	() Sim () Não
Assinatura(s) e CRM		Teste de apnéia (ausência de movimentos respiratórios)	() Sim () Não
		PaCO ₂ ao término do teste de apnéia:	mm Hg

Segundo exame clínico neurológico:

Data: ___/___/___	Hora: ___:___	Coma aperceptivo e arreativo (Glasgow 3)	() Sim () Não
Médico(s):		Pupilas médias ou midriáticas sem reflexo fotomotor	() Sim () Não
		Ausência de reflexo córneo-palpebral	() Sim () Não
Endereço(s) e telefones:		Ausência de reflexo óculo-cefálico	() Sim () Não
		Ausência de reflexo óculo-vestibular (prova calórica)	() Sim () Não
		Ausência de reflexo traqueal (tosse)	() Sim () Não
Assinatura(s) e CRM		Teste de apnéia (ausência de movimentos respiratórios)	() Sim () Não
		PaCO ₂ ao término do teste de apnéia:	mm Hg

D. Exame
Complementar:

- Indicar o exame realizado e anexar o laudo com identificação do médico responsável.
- Para os pacientes acima de 2 anos: um dos exames citados abaixo
 - Entre 1 ano e 2 anos incompletos: um dos exames citados abaixo.
- Se optou-se pelo EEG são necessários dois exames com 12 horas de intervalo entre eles.
- Entre de 2 meses e 1 ano incompleto: dois eletroencefalogramas com intervalos de 24 horas entre um e outro.
 - Entre 7 dias e 2 meses incompletos: dois eletroencefalogramas com intervalos de 48 horas entre um e outro.

1. EEG () único () dois com ___ hs de intervalo	2. Angiografia cerebral	3. Cintilografia radioisotópica com tecnécio	4. Monitorização da pressão in- tracraniana	5. Potencial evocado
6. Tomografia computadoriza- da com xenônio	7. Ultrasonografia com doppler transcraniano	8. Tomografia por emissão de foton único ou por emissão de pósitrons	9. Extração cere- bral de oxigê- nio.	10. Outro (citar):

Exame(s) realizado(s):	Transcrição da conclusão final do(s) laudo(s):
Data 1ª: ___/___/___	
Hora: ___:___	
Data 2ª: ___/___/___	
Hora: ___:___	
Médico que fez o(s) exame(s) e assinou o(s) laudo(s):	
CRM:	

Às ___ horas do dia ___ de ___ de ___ completou-se este protocolo e concluiu-se que o paciente acima identificado ___ em morte encefálica conforme a resolução nº 1.480 de 08/08/1997 do Conselho Federal de Medicina.

Este resultado foi comunicado à família por ___:___ horas de ___/___/___	Este resultado foi comunicado à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos por ___/___/___ às ___:___ horas de ___/___/___
(Cópia deste termo deve ser enviada ao mesmo órgão)	

Alameda Vereador Álvaro Celso, 100 - Santa Efigênia - Belo Horizonte/MG
CEP: 30.150-260 - Fone: (031) 239-9500 - Fax: (031) 239-9579 - Caixa Postal: 1283

ANEXO B - Carta escrita por um paciente

Não sei como vou passar por esta experiência, mas é a dura realidade. Ficar sem uma perna é algo difícil para quem está começando a vida. Por outro lado, a escolha: a perna ou a vida. É alarmante o fato de ter que se admitir inválido para muitas coisas.

No momento sinto uma consciência que se refere que me membro já não há existência. Evoluiu-se a gangrena. Esta perna já não mais me pertence.

A ideia chora, a gente muda a maneira de tratar as pessoas. O sorriso nos lábios já se torna difícil aparecer. Não existamos a ideia a primeira vista. Mas depois vem um argumento: a perna ou a vida!

É um drama para quem vive e um motivo de comentário para quem vê.

Sobretudo a mente o que irão me perguntar:

- Como vai?
- Está doendo?
- O que vai está sentindo?
- Mas que necessidade, para?

Para dizer que, no momento, estou aceitando a ideia, e isso só o amanhã irá confirmar.

P.H., 25/10/982.