

**REPENSANDO A CATEGORIA SOCIAL “MORTE” SOB A ÓTICA  
BIOMÉDICA:  
UM ESTUDO COMPARATIVO EM ESPECIALIDADES MÉDICA**

Caroline Ramos Rangel Ferreira<sup>1</sup> e Annabelle de Fátima Modesto Vargas<sup>1</sup>  
(1) Centro Universitário Redentor (UniREDENTOR), Itaperuna, RJ, Brazil.

**Autor Correspondente:**

Profa. Dra. Annabelle de Fátima Modesto Vargas  
([annabelle.vargas@uniredentor.edu.br](mailto:annabelle.vargas@uniredentor.edu.br))

Filiação: Professora Adjunta do curso de Medicina das UniRedentor/Afya

Endereço Institucional: Av. Presidente Dutra, 1155, Cidade Nova, Itaperuna/RJ.

**Conflito de Interesse:** Os escritores desta pesquisa afirmam que não possuem conflitos de interesses de ordem financeira, pessoal, política, acadêmica ou comercial.

**Agradecimentos:** Agradecemos a todos que contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

## **Resumo**

A “morte” é um fenômeno complexo que faz parte do dia a dia de diversos profissionais da saúde. Para entendê-la são necessários diversos fatores, uma vez que geram impactos significativos na prática clínica. O presente estudo, de caráter qualitativo, teve como principal objeto estudar a percepção de “morte” sob a ótica biomédica nas diferentes especialidades médicas. A pesquisa foi constituída de seis médicos do município de Itaperuna-RJ, por meio de entrevistas semiestruturadas que exploravam as experiências pessoais, acadêmicas e profissionais acerca da terminalidade da vida. Foi utilizada a técnica bola de neve para selecionar os profissionais, com abordagem voltada para entender questões delicada e compreender as experiências individuais. Os resultados mostram que a morte, na maior parte dos casos, é abordada de maneira técnica pelos profissionais, sendo vista como frustração e fracasso. Também foi visto que os valores sociais, culturais e religiosos estão fundados nos médicos sob as significações associadas à morte, o que impacta na trajetória pessoal e profissional do médico, bem como durante sua formação acadêmica. Tais fatores influenciam na maneira de como os profissionais lidam com a vivência destas últimas etapas da vida dos seus pacientes. Ademais, os resultados revelam que a abordagem do cuidado paliativo, em algumas vezes é colocado em segundo plano, uma vez que a falta de preparo médico em lidar com a terminalidade acarreta em ações de prolongamento da vida, com o intuito de mitigar sentimentos como frustração e derrota. Portanto, o estudo revelou uma dificuldade dos profissionais médicos em abordar a morte, o que resulta da falta de preparação na formação acadêmica e de uma abordagem empática, fatores que refletem na comunicação e na autonomia dos pacientes no fim de vida.

**Palavras-chave:** “Morte”, “Especialidades Médicas”, “Conforto do Paciente”, “Capacitação Acadêmica”.

## **Abstract**

“Death” is a complex phenomenon that is part of the daily lives of many healthcare professionals. To understand it, several factors are necessary, as they generate significant impacts on clinical practice. The present study, of a qualitative nature, had as its main objective to study the perception of “death” from a biomedical perspective in different medical specialties. The research consisted of six doctors from the city of Itaperuna-RJ, through semi-structured interviews that explored personal, academic and professional experiences regarding the end of life. The snowball technique was used to select professionals, with an approach aimed at understanding delicate issues and understanding individual experiences. The results show that death, in most cases, is approached in a technical way by professionals, being seen as frustration and failure. It was also seen that social, cultural and religious values are based on doctors' meanings associated with death, which impacts the doctor's personal and professional trajectory, as well as during their academic training. Such factors influence the way in which professionals deal with the experience of these last stages of their patients' lives. Furthermore, the results reveal that the palliative care approach is sometimes placed in the background, since the lack of medical preparation in dealing with terminal illness leads to life-prolonging actions, with the aim of mitigating feelings such as frustration. and defeat. Therefore, the study revealed a difficulty for medical professionals in approaching death, which results from a lack of preparation in academic training and an empathetic approach, factors that reflect on the communication and autonomy of patients at the end of life.

**Keywords:** “Death”, “Medical Specialties”, “Patient Comfort”, “Academic Training”.

## 1. Introdução

O tema “morte” é um fenômeno complexo que está presente no cotidiano da maioria dos profissionais de saúde e exige compreensão por meio de uma perspectiva multidisciplinar, uma vez que gera impactos na prática profissional. Nesse contexto, no cotidiano das diversas especialidades médicas, o processo de entendimento da terminalidade é subjugado no prolongamento da vida, pois a morte é vista como um fracasso laboral (NASCIMENTO *et al.*, 2022). Desse modo, o presente estudo tem como objetivo abordar a categoria social “morte” sob a ótica biomédica nas especialidades médicas e os seus impactos no cuidado do paciente.

Um dos fatores que alteram a maneira de lidar com a morte pelos médicos é a formação acadêmica. Para os estudantes de medicina a morte apresenta-se sobre vários panoramas, desde uma vivência complicada até a sua inclusão no cotidiano profissional. Nesse sentido, esse processo de finitude ainda é considerado um tabu pelos acadêmicos e desperta sentimentos desagradáveis, associados a uma derrota profissional. Isso acontece uma vez que a formação acadêmica oferece somente competências técnicas para lidar com a morte e o morrer, deixando à margem competências emocionais. Assim, muitos profissionais não abordam o tema com os pacientes e não sabem acolher as famílias desses enfermos, o que traz consequências emocionais tanto para o profissional, quanto para o paciente e sua família (SOUZA *et al.*, 2022).

A partir desse escopo, ao observar a ausência de estudos sobre a concepção social de “morte” na abordagem médica, este projeto de pesquisa foi desenvolvido com ênfase no envolvimento pessoal do médico com o paciente, nas formas de lidar com a morte nas diferentes especialidades e na maneira de como o profissional lida com suas próprias emoções, a partir dos achados nas entrevistas. Portanto, o trabalho mostrará como o estudo do tema pode ser aplicado no desenvolvimento pessoal do profissional, na priorização do paciente sobre a doença, no tratamento digno e confortável e na concepção de morte sobre um momento da vida.

## **2. Materiais e Métodos**

Este artigo trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. De acordo com Minayo (2012), uma pesquisa qualitativa torna possível a concretização de um conhecimento que tem como base opiniões, valores, representações, relações sociais e ações humanas sob a inter-relação entre indivíduos e suas consciências individuais. Esse método possibilita novas descobertas para organizar, categorizar, contextualizar e construir o projeto final.

Para a coleta de dados qualitativos foi utilizada entrevistas semiestruturadas com médicos do município de Itaperuna-RJ. Nesse sentido, os dados foram obtidos através da análise de conteúdo e entrevistas semiestruturadas, que obedeceram a um guia construído e utilizado pelo pesquisador na comunicação com o entrevistado, permitindo ao entrevistador um manejo sobre o que pretende saber e ao entrevistado um espaço para reflexão. (MINAYO; COSTA, 2018)

O grupo de entrevista foi composto por seis pessoas, que foram recrutadas por meio de um informante-chave, utilizando a técnica bola de neve, que é uma forma de amostra não probabilística que utiliza de referências e indicações. Essa abordagem é fundamental para estudar questões delicadas privativas e que demanda o conhecimento de pessoas pertencentes ao grupo para localizar informantes para o estudo (VINUTO, 2014).

Ademais, o projeto foi aprovado no Comitê de Ética com seres humanos (CEP), por meio do parecer 6.579.407.

## **3. Resultado/ Discussão**

No presente estudo, buscou-se compreender como as diferentes especialidades médicas lidam com a categoria social “morte” do ponto de vista biomédico. Dessa forma, por meio da coleta de dados e do delineamento metodológico do estudo, foram selecionadas minuciosamente as categorias para análise que irão direcionar a discussão a seguir.

Tais categorias foram: 3.1. *“A morte ainda é um tabu para nós médicos”*; 3.2. *“A gente veio de uma medicina tradicional muito enrijecida”*; 3.3. *“Às vezes a gente não deixa o paciente escolher a forma que quer morrer”*; 3.4. *“Às vezes a gente se preocupa muito com a dor, mas as vezes a dor vem de outro lugar”*;

### **3.1 “A morte ainda é um tabu para nós médicos”** (médica especializada em cirurgia geral)

Segundo Tamada et al. (2017), a morte faz parte diariamente da profissão dos médicos. Com avanço da ciência e da tecnologia na área da saúde, a responsabilidade médica sobre o processo de cura ficou ainda maior, devido ao surgimento de diferentes métodos diagnósticos e de medicações. Observa-se que a cura da doença prevalece sobre o cuidado do paciente. Com isso, os profissionais não sabem lidar com a morte e com o sofrimento humano, devido a uma falha no seu processo de formação acadêmica, além de englobar fatores culturais, religiosos e sociais. Tal fato pode ser observado nas entrevistas realizadas, como demonstrado a seguir:

*“E ainda é um tabu né, na sociedade sim, a gente evita. Muitas pessoas evitam falar disso. Ainda é um tabu, mas principalmente dentro do dia a dia da prática médica”* (médico especialista em clínica médica e cardiologia)

*“A morte ainda é um tabu para nós médicos, as vezes surge um colega que não tem tabu disso, mas no primeiro sinal de instabilidade já interna no CTI, já entuba. A pessoa não está participando da própria morte.”* (médica especialista em cirurgia geral)

A análise do sujeito-trabalho proposta por Dejours (2004), reflete na identidade do “ser médico” que é construída por meio da sociedade em que ele está inserido. Tal panorama reflete na sua formação e em como cada um contempla a sua função social. A partir desse escopo, a sociedade, ao longo do tempo, construiu uma imagem do que seria “ser médico”, baseada em: herói, curador, provedor de conhecimento, detentor de poderes. Tal cenário impossibilita o sujeito médico ser um humano qualquer, passível a erros, falhas e sofrimento. Esse panorama é relatado por um dos entrevistados:

*“Não digo fracassada não, mas a gente se sente impotente sim. Impotente. Porque tem coisas que a gente não consegue fazer mais que está disponível. Então a gente fica sempre sentindo impotente, ainda mais quando é um jovem, né?” (médica especialista em neurologia e em terapia intensiva)*

Kayser, et al. (2021), relata que o processo de luto pelos médicos após a perda de seu paciente é um processo importante para que esses profissionais reflitam sobre os sentimentos que venham à tona. Essa reflexão é fundamental para garantir uma boa relação com o paciente. Pois, quando os profissionais ressignificam seus sentimentos e suas emoções e aprendam a lidar com elas, o seu papel como profissional não é afetado. Isso pode ser observado pela fala de uma entrevistada que não se permite viver o luto de um paciente, talvez, com o intuito de se proteger ou por não estar preparada para enfrentar uma perda, como mostrado a seguir:

*“a gente acaba entrando no automático. É muito real o processo de transferência e contratransferência, mas isso não diz que a gente não fica chateado principalmente porque nós lembramos que a medicina não vai conseguir salvar todo mundo. Talvez não teve o recurso, não teve o tempo hábil, diagnóstico tardio, e isso incomoda um pouco. Nunca é um único parâmetro é todo o sistema, e acho que todo médico vê como uma derrota quando um paciente vai a óbito.” (médica especialista em cirurgia geral)*

Santos, Aoki e Oliveira-Cadorso (2013) ponderam que, embora a finitude faça parte do cotidiano de várias especialidades médicas, ainda é um assunto evitado entre esses profissionais. Tal paradoxo reflete na dificuldade de lidar com o sofrimento resultante do contato diário com situações de terminalidade, pois muitos médicos não vivem o sentimento de maneira natural. Essa situação é reconhecida pelos entrevistados da pesquisa, e muitos, recorrem a estratégias para lidar com a finitude da vida, como relatado a seguir:

*“Vocês já devem ter ouvido falar muitas vezes que médico é muito frio, que não liga pra morte e tal, mas não é isso. Eu penso muito na morte, porque eu vivo muito morte, todo dia, entendeu? Eu penso muito, mas eu penso em qual é o sentido, como que eu tenho que lidar. Que é inexorável, vai chegar, entendeu? Pra mim e pros outros, e aí não tem jeito. Você tem que se preparar*

*pra aquele troço. Se você ficar numa negação... É uma certeza, né? É uma certeza. É uma certeza. Você vai ficar numa negação, fingindo que não vai acontecer, tá? Então, tem vários jeitos de você encarar isso, né? (médico especialista em medicina intensiva)*

Consoante Kayser et al. (2021), a maioria dos médicos não possuem autoconhecimento e autocontrole das emoções, o que os torna vulneráveis psicologicamente frente ao enfermo. Nesse contexto, muitos profissionais não procuram ajuda de um psicólogo, não separam um tempo de reflexão após perderem o paciente e não divide seus sentimentos com alguém pelo medo do julgamento. Dessa maneira, sentimentos de frustração, de esgotamento mental e de até depressão podem afligir esses profissionais. Nas entrevistas, foi observado que muitos médicos relatam ter passado por esses sentimentos no passado, mas que hoje veem a necessidade de preocupar com a saúde mental, como abordado a seguir:

*“Às vezes é difícil mesmo, então hoje eu acho que eu tenho o autoconhecimento de entender que isso faz parte do processo, a terapia me ajudou muito nisso. A gente vai perder para doença em alguns pontos. Dizer que a gente vai perder para a doença e ruim, mas dizer que as coisas vão acontecer. Mas ao mesmo tempo eu trabalho isso, estudando cada vez mais, estudando tanto a parte de finitude dos cuidados paliativos e estudando também para que quando acontecer, não pensando no paciente que já está no processo de fim de vida, de uma forma muito abrupta, sabendo q a gente estava preparado, que não foi por uma imperícia, por uma negligência que a gente fez, mas porque foi posto isso” (médica especialista em medicina da família e pós-graduanda em psiquiatria)*

O acompanhamento psicológico é crucial para os profissionais de saúde, seja em grupo ou individual, para refletir e analisar questões relacionadas à morte, com o objetivo de permitir o enfrentamento de angústias e emoções que surgem dos vínculos com pacientes e familiares. Desse modo, os profissionais médicos passam a enxergar o indivíduo de maneira integral, sem se limitar ao aspecto técnico, e promovendo um cuidado humanizado (ORTIZ; ABILIO; SOBREIRA, 2016). Diante desse escopo, nas entrevistas, foi relatado a busca

em algum momento da vida profissional por ajuda psicológica, o que evidencia a necessidade de iniciar precocemente uma terapia para auxiliar no entendimento do paciente como “pessoa” e não apenas como “doença”.

*“Durante muito tempo a gente acha que vai conseguir lidar com tudo isso de uma forma boa, mas o que me atingiu a esse ponto foi durante a pandemia porque eu fiz atendimento de traqueostomia dos CTI’s no local que eu trabalhei e me chocou muito o dia que fiz uma traqueostomia de uma paciente da minha idade e morreu dias depois. Eu via ali uma doença mortal que não tinha vacina, e a gente estava sob risco também. Diante disso eu procurei fazer terapia, eu acho que todo médico precisa. Porque a gente tem esse problema de falecimento do nosso paciente. Existe muitas responsabilidades invisíveis que o médico possui, ajuda a gente a sair do ego de deuses que pode estar um pouco implícito e ajuda a entender a vida como ela é.” (médica especializada em cirurgia geral)*

De acordo com Zorzetti, Manfro e Ramos (2018), a terminalidade é um desafio comum aos seres humanos, mas vivenciados com frequência entre os profissionais médicos. Nesse contexto, lidar com enfermidades sem perspectiva de cura pode ser muito angustiante. Com isso, é fundamental aceitar a morte como um processo natural da vida e evitar intervenções e tratamentos que tiram a dignidade do paciente. Nas entrevistas realizadas, todos os profissionais já passaram por algum momento de negação e ausência de compreensão da morte, por meio de atitudes intervencionistas, de sofrimento extremo prejudicando seu papel como médico ou de sentimento de frustração frente a terminalidade. Com isso, é fundamental que o cuidado de saúde eficaz seja dependente da cooperação entre todos os envolvidos, respeitando suas emoções e direitos como seres humanos.

**3.2. “A gente veio de uma medicina tradicional muito enrijecida” (médica especializada em cirurgia geral)**

Conforme Meireles et al. (2019), durante a graduação, os estudantes de medicina são ensinados a não terem vínculo com seu paciente e família, e a lidarem com a morte e o sofrimento das pessoas de maneira técnica. Além disso, muitas instituições não abordam temas relacionados à perda de seus pacientes em aulas. Isso gera falta de mecanismos para lidar com essas perdas. Desse modo, a partir da prática médica e sua vivência que o médico é deparado com a morte e os serviços de cuidados paliativos. Esse achado corrobora com o que foi encontrado na pesquisa, pois, os entrevistados de diferentes especialidades fazem esse relato, como pode ser observado a seguir:

*“Não, o preparo veio ao longo da minha jornada. E é por isso que hoje eu olho com um olhar tão cuidadoso para a atenção primária, para o sofrimento, para capacitar os alunos nesse lugar, de se prepararem. Porque eu aprendi adoecendo mesmo, tendo crise de ansiedade, precisando de terapia, não uma terapia preventiva de achar, não, eu vou precisar desse lugar de autoconhecimento, mas uma terapia de tratamento mesmo. Porque quando você está dentro da faculdade você nunca ouviu falar, eu comecei a ouvir falar próximo do internato com uma professora minha, quando você é muito treinado ali, para tratamento e tal, e aí o paciente vai ficar bem, quando você vai para a realidade, o paciente não vai ficar bem” (médica da família e pós-graduanda em psiquiatria)*

Amoedo et al. (2023) relata que apesar de os estudantes de medicina reconhecerem a morte como um processo natural, eles não se sentem totalmente preparados para lidar com a terminalidade na prática clínica. Isso pode ser atribuído à ausência de discussões acadêmicas e à falta de conteúdo teórico e prático durante a graduação. Nessa pesquisa, foi visto que homens com formação acadêmica anterior e experiências pessoais e acadêmicas com a morte tendem a se sentir mais preparados para lidar com esse processo. Esses fatores refletem nas falas dos entrevistados, uma vez que muitos não tiveram esse assunto abordado na formação e aprenderam somente na prática clínica.

*“Não, na minha não. Eu aprendi na residência de clínica médica. Inclusive o protocolo Spikes eu fui saber que existe quando comecei a dar aula. Não sabia que existia essa padronização, essa técnica. Eu aprendi o protocolo Spikes sem saber que tinha esse nome. Eu aprendi, porque a residência de clínica médica era no hospital que era referência em todo sul do Espírito Santo em cardiologia*

*intervencionista, maternidade de alto risco, oncologia e hematologia, então existia uma ala que só era de cuidados paliativos. Todo plantão tinha um óbito e um residente tinha que ir lá comunicar a família. Quando você está durante a rotina e você precisa dar essa notícia. Uma preceptora me perguntou se eu tinha dado a notícia, eu falei que não, e ela me explicou na hora, na prática” (médico especialista em clínica médica e cardiologia)*

Meireles et al. (2019) ponderam também que a maioria dos médicos que já vivenciaram a morte de um paciente terminal, não discutiram sobre o tema com os próprios pacientes, como também sentem dificuldade em falar sobre isso com um paciente em cuidados paliativos. Essa problemática é decorrente da falta de preparo desses profissionais e da ausência de contato com os pacientes, uma vez que não abordam sobre o sofrimento dos pacientes, mas focam somente na doença. Isso foi percebido pela fala de uma entrevistada, como demonstrado a seguir:

*“Muitos colegas médicos, às vezes eles escondem essa condição. Eu já atendi em um pronto socorro que recebia paciente oncológico e às vezes eu ficava indignada que eles já estavam em cuidado paliativo e simplesmente colega que estava tratando, o colega paliativista, não falava isso com eles. E às vezes eles ficavam chateados, porque eu perguntava até mesmo na inocência, ah, você trata com o doutor, fulano, então o senhor já sabe as suas condições. E eles simplesmente respondiam que não sabiam. Às vezes sabiam por mim, uma simples plantonista.” (médica especialista em cirurgia geral)*

Segundo Santos e Pintarelli (2019), muitos acadêmicos de medicina têm interesse no tema morte, mas possuem dificuldade de falar e de estudar sobre esse assunto. Essa dificuldade está na ausência de procurar informações sobre o tema e na falta de matérias sobre a morte e o morrer na faculdade. Esse paradoxo, em se interessar sobre o tema e evitar estudá-lo e debatê-lo, está relacionado com o fato desse processo de finitude da vida ser doloroso e angustiante para os indivíduos, uma vez que traz as lembranças de perdas, o luto e o sentimento de incerteza do futuro. Entretanto, dois entrevistados relataram o contrário dos achados desses autores, como elucidado a seguir:

*“Eu fujo um pouco da curva, porque eu me sinto preparada, sim. Na parte acadêmica da faculdade, eu tive a oportunidade de ter uma médica aqui, trabalhar com os cuidados paliativos, e eu, como sempre, tive interesse pela finitude, pela geriatria, eu busquei esse interesse também. Quando deixei esse conhecimento chegar aqui, eu fui até ele também.” (médica especialista em medicina da família e geriatria)*

*“Teve, mas talvez hoje isso seja um pouco mais... Sempre teve. Essa preocupação não é de agora não. Já existia ela atrás. Mas talvez agora esteja mais fácil falar disso, né? A questão de globalização, rede social e tal. As pessoas têm mais voz, você consegue ouvir relatos.” (médico especializado em medicina intensiva)*

A morte é evitada no ambiente hospitalar, mesmo sendo o local onde a terminalidade é vista regularmente. Tal paradoxo reflete no ensino técnico-científico da graduação de valorização da cura da doença, no qual a empatia, o toque, o sentimento e o cuidado médico são colocados em segundo plano. A ausência de ensino qualificado sobre a morte e as situações que a envolvem acarretam na falta de mecanismos para lidar com esse processo, ficando apenas com as próprias vivências, crenças, valores e experiências ao longo da vida (SOUZA *et al.*, 2020). Desse modo, com a prática clínica, muitos profissionais médicos não lidam com seus sentimentos, e sentimentos de fracasso e frustração são frequentemente vistos, como demonstrado na maioria das falas dos entrevistados.

### **3.3. “Às vezes a gente não deixa o paciente escolher a forma que quer morrer”** *(médica especialista em cirurgia)*

O artigo 34º, do Código de Ética Médica, afirma que é vedado ao médico: “Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal”. Desse modo, de maneira legal, é visto a importância de falar a verdade, de forma

individualizada, com cada paciente, mitigando falsas esperanças e tratamentos desnecessários. Além disso, é integrado a família e a equipe multidisciplinar na divisão dos cuidados e nas decisões, com o objetivo de garantir conforto e dignidade para o centro principal das ações: o paciente. Entretanto, como pode ser verificado pelo excerto abaixo, um entrevistado mostra uma realidade distinta:

*“Eu acho que o paciente é sempre jogado de lado. A gente chama todo mundo, chama familiar, chama equipe multidisciplinar e o paciente fica ali. Ele que é o motivo de estarmos trabalhando, mas ele mesmo, a opinião dele não é levada em conta”. (médica especialista em cirurgia geral)*

Segundo Bérghamo (2005), há diversos tipos de pacientes. Tem aquele com personalidade forte que deseja saber a verdade. Tem aqueles apavorados, sem coragem de ouvirem a verdade. E aqueles pacientes, acompanhados há muito tempo, em que o médico possui uma relação próxima, e que mesmo sem condições para receber a verdade, precisam para resolver seus problemas antes da morte. Nesse sentido, todos possuem direitos de receber a informação sobre seu estado de saúde, variando com os limites de cada um. Isso é demonstrado em excertos a seguir:

*“Agora, toda essa conversa sempre é balizada de acordo com o que a capacidade emocional do paciente tem de receber aquela informação, certo? Às vezes a gente não consegue ter uma conversa tão franca com o paciente, mas a gente precisa desse nível de franqueza, pelo menos com o parente mais próximo, porque existem muitas situações, do ponto de vista prático, burocrático e legal, que as pessoas precisam se organizar dentro do seu óbito familiar e econômico, sabendo que a morte está próxima, não é apenas a questão emocional e da doença”. (médico especialista em clínica médica e cardiologia)*

*“Tem muitos profissionais que acabam omitindo da gravidade da doença, talvez. Eu não costumo omitir nada dos pacientes. Agora, para aquele paciente que não tem controle emocional e que a família pede para não dizer a verdade completa, por uma questão mesmo de não querer que a pessoa...” (médico especialista em medicina intensiva)*

Zanlorenzi, Utida e Perini (2023) abordam sobre o entendimento real do cuidado paliativo, que engloba o paciente como ser autônomo, com uma história, sentimentos, convicções e desejos próprios, que precisa ser respeitado e ouvido. Junto a isso, é de suma importância a família nesse contexto, que deve ser priorizada também, a fim de atendê-la de maneira individualizada e empática junto com os desejos do paciente. Tal cenário é demonstrado pelas falas dos entrevistados a seguir:

*“Então assim, os parentes, as pessoas, os pacientes, eles querem dos médicos a informação. Eles não querem que um médico chore junto com ele. Ele vai chorar junto com a pessoa amada da família, ele vai chorar junto com o amigo. De você, ele quer a informação sobre o quadro com toda delicadeza, com toda a empatia, com toda a humanidade que você pode ter na sua fala. Mas o que ele quer de você é informação”. (médico especialista em clínica médica e cardiologia)*

*“Acolher, respeitar, ter empatia com aquele momento daquela pessoa”. (médica especialista em neurologia e terapia intensiva)*

Ainda vale ponderar sobre a distanásia, que é caracterizada pelo prolongamento da vida de pacientes considerados incuráveis e acontece em um contexto de intenso sofrimento físico, emocional, psíquico e espiritual. Desse modo, é dever do profissional médico garantir dignidade e autonomia para o paciente, o tratando de maneira individualizada e de acordo com suas vontades e necessidades físicas, emocionais e espirituais. No entanto, muitos médicos convivem com o dilema entre manutenção ou suspensão de tratamentos que não trarão o bem-estar para o enfermo, e muitas vezes se sobrepõem medidas que prolongam a vida e pode ser interpretado como tortura pelo paciente (SILVA; PACHECO; DADALTO, 2021).

Tais atitudes de distanásia podem ser explicadas pela compreensão do conceito de moral, segundo Nogueira *et al.* (2022). A moral tem influência de diversos fatores, como a religião e o ideal de felicidade. Tal realidade é amparada na prática dos médicos sobre os seus posicionamentos frente ao cuidado do paciente em fim de vida, uma vez que muito desses profissionais considera a conservação da vida como dever primordial e como algo ético de suas atitudes.

Nesse sentido, alguns entrevistados se mostraram empáticos com o paciente, os quais priorizam decisões éticas e independentes que valorizam a autonomia e dignidade do paciente, a fim de minimizar o sofrimento da terminalidade.

**3.4.** *“Às vezes a gente se preocupa muito com a dor, mas as vezes a dor vem de outro lugar” (médica especialista em medicina da família e pós-graduanda em psiquiatria)*

Consoante Tamada et al. (2017), diante do processo de morrer e da morte é necessário que o profissional médico compreenda que há maneiras de garantir qualidade de vida e dignidade para os pacientes que não têm possibilidade de cura. Essas medidas podem ser realizadas por meio de uma escuta de qualidade, de acolhimento e de conversas, onde o médico deve permanecer ao lado do seu paciente mesmo que ele se encontre sob cuidados paliativos e doenças incuráveis. Nesse contexto, alguns entrevistados priorizam a qualidade de vida e uma morte digna do paciente, como elucidado a seguir:

*“Eu acho que nesse momento o importante é o conforto, o cuidado num conforto no sentido de fazer com que ele tenha as dores aliviadas, que ele tenha dignidade, que ele tenha conforto e aí não só conforto físico para alívio de dor, mas o conforto psíquico e mental e espiritual mesmo, pensar em todas as dimensões que ele precisa”. (médica especialista em medicina da família e pós-graduanda em psiquiatria)*

*“Então, o que eu procuro fazer para aquele paciente que está comigo, que eu sei que vai morrer? Tentar dar para ele um conforto, imaginando que amanhã pode ser eu, um familiar meu na situação dele”. (médico especialista em medicina intensiva)*

Nunes e Sousa (2017) abordam que o processo de decisão do médico para limitar ações terapêuticas a pacientes terminais é influenciado não só por critérios objetivos e concretos, mas pela subjetividade. O que torna esse processo mais complexo, e revela a insegurança do médico ao avaliar o processo de morte do paciente, principalmente devido às interpretações sociais

sobre o significado de vida e morte. Além disso, esse processo de decisão é abordado por França (2008) que rebela que o suporte à vida não se limita apenas a decisão de não iniciar tratamentos, mas inclui também a remoção de suporte avançado de vida em pacientes sob cuidados de fim de vida. No entanto, um entrevistado não relatou isso, como mostrado a seguir:

*“A gente sempre, como dizia meu professor de sociologia, medicaliza muito a morte, é um tabu muito grande. Eu acho que a gente fala em medicina paliativa, mas a gente não age na medicina paliativa, a gente ainda coloca aquele paciente dentro de uma unidade de terapia intensiva, a gente o ceda, ele não vê que ele faleceu, ele tá tão sedado que ele faz a passagem dele. E a gente só avisa os parentes e fica por isso mesmo”. (médica especialista em cirurgia geral)*

Segundo Brasil et al. (2021), na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os pacientes necessitam de um cuidado específico, devido à alta complexidade de seu estado de saúde, o que conta com aparelhos tecnológicos, monitores e acompanhamento constante desse paciente. No entanto, muitos médicos intensivistas desenvolveram mecanismos de defesa como repressão e negação para protegerem-se do sofrimento e terminalidade do enfermo. Essa forma de defesa gera como consequência uma postura defensiva enrijecida, o que impede que as relações médico-paciente sejam baseadas em um cuidado individualizado e humanizado desse paciente. Isso pode ser demonstrado por uma fala de um entrevistado a seguir:

*“E aí é desesperador, quando você vê essas pessoas desesperadas, traz um certo mal-estar, uma angústia, não pra mim, mas é de ver a pessoa daquele jeito, entendeu? Isso é muito, é muito pesado. Você pegar um jovem que tá morrendo numa UTI, por exemplo, e ele lúcido, é pesado. Agora, você tem dois jeitos, um é desesperar junto e outro é tentar fazer o que for melhor possível pra pessoa, pra você. Tem horas que você, não é que você não tem que se importar com o problema do outro, mas que você não pode passar pelo outro que ele tem que passar, entendeu? E aí, se você for assumindo todas essas energias aí, você acaba não conseguindo ir pra frente, entendeu?”. (médico especialista em medicina intensiva)*

Consoante Zanlorenzi, Utida e Perini (2023), os cuidados paliativos muitas vezes são associados a ideias de abandono ou desistência do tratamento do paciente, sendo visto como uma opção secundária ao invés de serem reconhecidos como tratamentos destinados a aliviar o sofrimento humano. É evidente o aumento desses cuidados na assistência aos pacientes, que considera o enfermo como um ser autônomo, com sua própria história, cultura, religião e desejos que devem ser respeitados. Além disso, é de suma importância a capacidade de ver o paciente e os seus familiares de maneira individual, atendendo cada particularidade das suas necessidades. Desse modo, mesmo associado a ideia de abandono, o cuidado paliativo deve ser explicado claramente para o paciente em seu final de vida e para sua família, com o objetivo de entenderem que o alívio do sofrimento deve ser a prioridade do tratamento.

## **5. Conclusão**

O presente estudo, de caráter qualitativo, ofereceu uma análise detalhada acerca da categoria social “morte” sob a ótica biomédica nas especialidades médicas. Nesse contexto, observou-se que o tema morte ainda é evitado no cotidiano de muitos profissionais médicos, impactando diretamente na relação com o paciente e na maneira de lidar com os sentimentos frente a finitude. Evidenciou-se a falta de preparo e mecanismos para lidar com a morte durante a formação acadêmica, sendo necessária a abordagem mais humanizada e empática no ensino da graduação de medicina. Ademais, foi visto que muitos médicos omitem a verdade sobre o prognóstico e o estado de saúde dos pacientes, distanciando a autonomia do enfermo no seu processo de fim de vida.

## **6. Referências**

AMOEDO, G. F. *et al.*. Formação para enfrentar a morte na perspectiva de futuros médicos. *Revista Bioética*, v. 31, p. e3524PT, 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 2.217/2018. Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2018.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. *Production*, v. 14, n. 3, p. 27–34, set. 2004.

FRANÇA, G. V. Tanatologia médico-legal. In: FRANÇA, G. V. *Medicina legal*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 380-8.

KAYSER, M. F.; SANTOS, C. M.; ENINGER, F. U. O processo de luto dos médicos e a busca por ajuda psicológica. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 5, p. 20306-20321, set./out. 2021.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 621–626, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/abstract/?lang=p>. Acesso em: 25 mar. 2024.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, n. 40, 2018. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6404>. Acesso em: 25 mar. 2024.

NASCIMENTO, L. F. DO. *et al.* Compreensão da Morte e do Morrer: Um Estudo com Residentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 42, p. e233879, 2022.

NOGUEIRA, Vitória Pessoa *et al.* Cuidados terminais: reflexão filosófica sob a ótica da ética e da moral. *Esc. Anna Nery*, v. 26, e20220054, 2022. Disponível em: <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452022000100508&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452022000100508&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 abr. 2024.

NUNES, E. C. D. A.; SOUSA, J. DE O. Limitação do suporte de vida na terapia intensiva: percepção médica. *Revista Bioética*, v. 25, n. 3, p. 554–562, out. 2017.

ORTIZ, C. C. L., ABILIO E. S., SOBREIRA F. A. G. As contribuições da psicologia junto à equipe de saúde diante da morte, luto e perdas de seus pacientes. *Saúde em Redes*, v.2, n.3, p. 271-280, 2016.

SANTOS, M. A.; AOKI, F. C. O. S; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A. Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao Transplante de Medula Óssea. *Ciência & Saúde Coletiva*, set. 2013.

SILVA, L. A. DA .; PACHECO, E. I. H.; DADALTO, L.. Obstinação terapêutica: quando a intervenção médica fere a dignidade humana. *Revista Bioética*, v. 29, n. 4, p. 798–805, out. 2021.

SOUZA, T. I. M. E . et al.. Sentimentos dos Estudantes de Medicina e Médicos Residentes ante a Morte: uma Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 44, n. 4, p. e178, 2020.

SOUZA, N. C. R. DE. et al. Conhecimento dos acadêmicos de Medicina e médicos sobre cuidados paliativos: aplicação do questionário BPW. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 46, n. 4, p. e146, 2022.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas, Campinas*, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: [https://www.academia.edu/16320788/A\\_Amostragem\\_em\\_Bola\\_de\\_Neve\\_na\\_pesquisa\\_qualitativa\\_um\\_debate\\_em\\_aberto](https://www.academia.edu/16320788/A_Amostragem_em_Bola_de_Neve_na_pesquisa_qualitativa_um_debate_em_aberto). Acesso em: 24 abril 2024.

ZORZETTI, Roberta Catherine Schmidt; MANFRO, Pedro Henrique Gaiva; RAMOS, Lucas Azambuja. Processo de perdas e morte em cuidados paliativos: paciente, família e equipe assistente. *Loss and death in palliative care: patient, family and healthcare staff. ACTA Médica*, v. 39, n.2, 2018.

ZANLORENZI, Amanda Cristina; RODRIGUES DA SILVA UIDA, Adriana; CORRADI PERINI, Carla. Aspectos bioéticos relacionados aos cuidados de fim de vida: uma revisão integrativa. *Rev. Latino Am. Bioet., Bogotá*, v. 1, pág. 27-43, junho de 2023. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-47022023000100027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022023000100027&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 de abril de 2024. Epub 30 de junho de 2023. <https://doi.org/10.18359/rlbi.5590>.