

De perto e de longe: um estudo sobre as representações da morte entre médicos de CTI*

Of near and far: a study of the representations of death among medical ICU

Janaina de Souza Aredes¹

RESUMO

¹ Mestranda em Antropologia Social pela UFMG, bacharel em Ciências Sociais pela PUC-Minas.

A morte não se explica unicamente como a interrupção das funções vitais. Como fenômeno sócio-cultural possui significados os mais diversos, sempre associados a contextos, sujeitos e universos simbólicos próprios. Pode-se dizer que é um fenômeno polissêmico. Este estudo procurou compreender com a ajuda da abordagem antropológica, as representações e os significados que médicos que atuam em Centros de Terapia Intensiva constroem sobre a morte. Com o objetivo de elucidar essas questões, além de uma revisão bibliográfica sobre o assunto, desenvolveu-se um trabalho de campo por meio da realização de entrevistas com profissionais que trabalham em dois diferentes Centros de Terapia Intensiva – CTI Neonatal e CTI Pronto Socorro, ou seja, um que cuida de situações de nascimento e outro que lida com riscos de morte. A análise desses dados apontou para o fato de que, para além da formação técnica e ética, sua condição de sujeitos culturais e suas diferentes vivências e percepções atuam na definição dos valores atribuídos à morte.

Palavras-chave: Morte. Centro de Terapia Intensiva. Médicos.

* Esse artigo apresenta uma versão resumida dos resultados de uma pesquisa realizada no ano de 2010, financiada pelo Programa de Bolsas de Iniciação Científica (Probic) da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, sob orientação do professor Doutor José Márcio Barros.

ABSTRACT

The death is explained not only as the interruption of vital functions. As socio-cultural phenomenon has meant the most diverse, always associated with contexts, subjects and own symbolic universes. You could say that it is a polysemic phenomenon. This study sought to understand with the help of an anthropological approach, the representations and meanings that doctors working in the Intensive Care Centers build on the death. Aiming to elucidate these issues and a literature review on the subject, has developed a fieldwork through interviews with professionals working in two different centers of Intensive Care – Neonatal ICU and Emergency Department ICU, or, one who takes care of situations of birth and the other dealing with risks of death. The data analysis pointed to the fact that, in addition to technical training and ethics, his status as cultural subjects and their different experiences and perceptions involved in the definition of the values assigned to death.

Key words: Imaginary. Death. Intensive Care Centers. Doctors.

INTRODUÇÃO

Como todo fenômeno social de caráter totalizante,¹ a morte desperta no homem o anseio de se buscar explicações e sentidos. Investigar seus significados através da experiência que diferentes segmentos sócio-culturais 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. Por isso é sempre instigante investigar o que deixa de existir

Instituição:
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Rua Hélia Ricaldoni de Freitas, 774
Bairro: Serrano
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30882-650
Email: janainaaredes@gmail.com

com a morte, o que permanece vivo e o que também nasce com ela.

Conjugada a estas considerações, nesta pesquisa foram estudadas as representações da morte junto a uma categoria profissional específica que possui legitimidade profissional para tentar evitar, detectar as causas e o momento da morte: os médicos. Tais profissionais estão face aos limites do corpo que, por extensão, também envolve os limites da vida e da morte. Na prática médica é preciso ainda, se ancorar nos liames que submergem as esferas éticas, profissionais e subjetivas. É sabido que a medicina tenha 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. Observa-se também que aos médicos é conferido um saber sobre-humano nas sociedades complexas.

Para tanto, o objetivo geral desse trabalho consistiu em analisar as representações construídas sobre a morte entre médicos que trabalham no CTI Neonatal da Maternidade Odete Valadares e no CTI Clínico do Pronto Socorro do Hospital Risoleta Tolentino Neves, ambos localizados na cidade de Belo Horizonte/MG. E como objetivos específicos: 1 – Estudar a morte como problema sócio-antropológico e a maneira como o campo de formação e exercício profissional da medicina a define e prevê as atitudes perante ela; 2 – Analisar por meio do método de entrevistas, como os médicos que trabalham em Centros de Terapia Intensiva projetam e lidam com a finitude humana, em especial no cotidiano hospitalar; 3 – Analisar como o médico enquanto indivíduo, sujeito e profissional, baliza suas maneiras de compreender a morte no exercício profissional; 4 – Verificar através de uma análise comparativa, as diferenças na percepção da morte entre os dois grupos de médicos que trabalham em Centros de Terapia Intensiva.

MÉTODO

De acordo com Geertz,² o percurso do trabalho antropológico consiste em interpretar as interpretações, construir as construções, é o pensar dos pensamentos do próprio objeto de estudo. Partindo disso, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de medicina, bem como uma etnografia no território de observação. Nas entrevistas contou-se com um roteiro de entrevista apenas como forma de guia para que não se perdesse o foco da pesquisa,

dado que numa pesquisa qualitativa, deve prevalecer a abertura, flexibilidade e observação entre o grupo de investigadores e os atores sociais envolvidos.

Foram entrevistados no total doze médicos intensivistas que trabalham em dois distintos Centros de Terapia Intensiva (CTI), a saber: CTI de Pronto Socorro e CTI Neonatal. Os profissionais foram sorteados aleatoriamente junto ao corpo clínico de cada CTI, sendo seis médicos de cada instituição, incluído no grupo dos seis também foi entrevistado o coordenador de cada CTI. A escolha desses dois CTI deveu-se ao fato de serem locais onde a possibilidade e a certeza da morte ocorre em situações distintas. Em um CTI Neonatal há um contato com a morte no momento em que a vida se manifesta, já em um CTI do Pronto Socorro se lida com a morte quando a vida sofre um impacto inesperado, abrupto ou violento. Já a opção pelos Centros de Terapia Intensiva deveu-se por serem locais onde a morte é um fato por vezes recorrente, e por ser um lugar preparado para resistir ao perigo de morte.

Para tanto se elegeu dois hospitais que possuíssem CTI, um vinculado ao Pronto Socorro e outro ao serviço de Neonatologia. Como já foi dito, o CTI escolhido pertencente a um Pronto Socorro foi o do Hospital Risoleta Tolentino Neves, localizado em Belo Horizonte/MG, é considerado um hospital de alta complexidade, abarcando as áreas de neurocirurgia, cirurgia vascular, ortopedia e cirurgia geral. Já o CTI escolhido vinculado a neonatologia foi o da Maternidade Odete Valadares também localizada em Belo Horizonte/MG, essa maternidade presta assistência integral à saúde da mulher e do neonato.

Em ambos os CTI a organização estrutural é composta por uma grande sala, com formato de “U”, tendo dessa forma, três “braços”, como é chamado pelos intensivistas. Há alguns leitos destinados especialmente para determinados tipos de enfermidades, como bactérias de multi-resistência. Além dos médicos intensivistas escalados para cada plantão há também um médico coordenador que orienta os casos mais críticos. Os médicos ficam em um compartimento dessa grande sala de modo que a sua localização permite visualizar o funcionamento dos aparelhos e as possíveis manifestações dos pacientes. Nesse espaço os médicos aproveitam para discutir entre si os casos de cada paciente, embora cada médico fique responsável por um número específico de leitos, essa divisão não impede o diálogo entre eles dos casos clínicos de todo o CTI.

É válido ressaltar ainda, que nos dois hospitais envolvidos na pesquisa foi solicitado além do projeto, o

roteiro de entrevistas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e a folha de rosto cadastrada no portal do Ministério da Saúde. Uma das funções do TCLE é salvaguardar o anonimato do informante e ainda, a garantia da liberdade que o informante possui a fim de que aceite ou não participar do estudo. Nesse termo também há os propósitos e métodos da pesquisa. A fim de preservar o anonimato dos entrevistados não será revelada a identidade dos mesmos ao longo do texto (foram utilizados nomes fictícios). Após me apresentar aos entrevistados, ressaltando os objetivos da pesquisa logo solicitava a eles para lerem e assinarem o TCLE, e ainda, ressaltava que o projeto já havia sido submetido e aprovado pelos Comitês de Ética (CEP/FHEMIG Parecer nº 020/2010). A maioria dos médicos leu cuidadosamente o TCLE antes de assinar. É válido ressaltar a importância desse processo de submissão do projeto de pesquisa, uma vez que é preciso esse cuidado ético com a instituição envolvida, como também com os entrevistados.

ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Concepções e representações sobre a morte: a morte como um problema para o intensivista

A morte também inquieta o profissional de saúde. Quando me apresentei aos entrevistados relatando os objetivos e a temática da pesquisa, muitos consideraram um tema difícil de ser dito e destacaram que não conseguiriam responder tais questões, justamente pela dificuldade que possuem de tratar a temática. Os médicos de ambos os CTI demonstraram surpresa pelo tema e também revelaram certa dificuldade em definir a morte:

Nossa... muito difícil essa pergunta. Você tinha que ter me perguntado primeiro isso, para poder elaborar a resposta (risos). O que significa a morte? A morte é uma perda irremediável. Algo que a gente não tem como fugir dela (...). (Rafaela – Coordenadora CTI Neonatal).

Segundo Rodrigues,³ todas essas formas de representações da morte na vida social implicam no fato de que a ausência gera um aniquilamento interacio-

nal. Isso ocorre porque as relações sociais estão inseridas num sistema de comunicação, composto por uma organização específica, dessa maneira, o fato de um indivíduo morrer não implica em um acontecimento isolado. A morte do outro desestabiliza os alicerces morais da sociedade, colocando em risco a sua coesão e solidariedade.

Por outro lado, alguns entrevistados também reproduziram a ideia de que a morte é o fim absoluto de tudo e a única certeza que o homem tem na vida. É nesse aspecto que as formas de se perceber a morte se inserem num campo semântico, que varia conforme a posição do grupo nos diversos segmentos sócio-culturais. Assim, as definições atribuídas à morte pelos intensivistas não perde o seu caráter subjetivo, remetendo-se constantemente as suas percepções idiossincráticas. Conforme Mauss¹ como a morte se configura enquanto um fato social total, seus sentidos devem ser compreendidos conjuntamente com os diversos aspectos da vida social, sejam eles psicológicos, fisiológicos, culturais, históricos e pessoais. Assim, percebe-se que a definição da morte para um médico não se reduz a sua perspectiva científica, e sim na totalidade do fenômeno da morte, que só pode ser compreendida tendo em vista a experiência vivida do indivíduo.

A medicina e os médicos: a morte entre os discursos e práticas

O médico atualmente é quem luta contra a morte – ainda mais que seu paciente – mas sua formação e sua carreira são marcadas pelo afastamento dela. (3:197).

Houve uma unanimidade nos posicionamentos dos entrevistados de ambos os grupos no que diz respeito à ausência de preparo em relação à morte ao longo da graduação. O preparo acadêmico foi direcionado a questões pertinentes a vida, como resgatá-la e mantê-la, e que é o próprio médico ao longo da sua trajetória profissional que aprende sobre o assunto nas vivências com os enfermos que evoluem ao óbito e seus familiares. Aqui, cabe destacar que a subjetividade dos entrevistados é que lhes auxilia no enfrentamento a morte:

[...] Na verdade não teve preparo. O preparo foi individual, com as nossas vivências,

mas cada um com o seu. O preparo na formação era mais técnico da profissão mesmo. Também acho que o professor nega muito o assunto, pois mal se falava a palavra 'morte', parece que era proibida. (Carla – Intensivista CTI Neonatal).

Conjugado a essas considerações, outra dificuldade evidenciada nas respostas se refere aos cuidados de pacientes com doenças graves, o que parece é que as maiores dificuldades dos médicos são expressas quando eles se remetem ao contato prático com a medicina. Segundo um entrevistado é como “pegar o boi pelo chifre”, pois se constitui uma etapa difícil e desgastante:

Pois a gente erra, a gente sente culpa, seja porque está errando ou omitindo, pois muitas vezes a gente omite, pois não sabe direito, então foi doloroso muito no sentido da culpa. Mas, foi um aprendizado que eu já elaborei, hoje eu faço as coisas no máximo que posso, não sou uma expert, mas hoje eu sou muito segura no que estou fazendo. (Joana – Intensivista CTI Neonatal).

Além disso, conforme alguns relatos na prática profissional há um contato com doentes com poucas condições financeiras, problemas de ordem pessoal e portadores de doenças estigmatizadas, como a AIDS e a tuberculose. É nesse aspecto que, conforme Kaufman⁽⁴⁾, o médico adquire a postura de um “verdadeiro mágico”, pois presta atendimento a um desconhecido vinculado a vários sintomas, a problemas sociais e emocionais não se restringindo ao sistema orgânico.

Entre vidas e mortes: o intensivista de frente com as limitações da prática profissional

É pela fatalidade da morte no contexto de um CTI que se percebe a dificuldade do médico em lidar com os limites do corpo. Isso foi ressaltado por ser a Terapia Intensiva uma especialidade da medicina que possui diversos recursos humanos e de infraestrutura disponíveis que facilitam a manutenção da vida, estando a morte, portanto, na contramão dessas intervenções:

Como uma derrota. [...] O intensivista tem essa peculiaridade, de não aceitar muito

bem que o seu doente morra. Tanto é que fazemos de tudo, colocamos na ventilação mecânica, coloca numa máquina para poder fazer o paciente urinar, coloca em outra máquina para fazer o coração funcionar. Então a morte, é uma coisa que a gente luta contra ela o tempo todo [...]. (Luan – Coordenador CTI Pronto Socorro – Grifos meus).

Callahan⁵ considera que na medicina moderna, a visão da morte é tida como uma falha, também como por uma questão de responsabilidade humana e não mais como um evento natural: “O conceito de doença outorga à medicina objetividade, operatividade técnica e legitimação normativa. Aplicando o conceito de doença à ideia de morte, esta torna-se contranatura propriedade e responsabilidade humanas”.^{5:38} Nesse sentido, quando deparado com a fatalidade da morte, o médico se depara com suas limitações e sentimento de culpa por não conseguir evitar tal acontecimento. Dessa forma, muitos médicos lança mão de mecanismos evasivos que, acima de tudo, demonstram uma defesa: “[...] Quando há óbito de algum paciente meu, eu saio daqui e coloco uma música bem alta no meu carro [...]” (Bruna – Intensivista CTI Pronto Socorro).

Os médicos utilizam o que chamo de ‘fugas evasivas’ para balizar sua sensibilidade. O profissional de medicina quando deparado com situações que envolve, 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” para se proteger diante de pacientes, familiares e demais profissionais envolvidos. De certa forma, essa “máscara” reforça o 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 a profissão, mas que também não anula sua sensibilidade em relação aos problemas alheios.

Outro aspecto recorrente nos relatos é que os médicos estão sempre preparados para “lidar com a morte”, mas, que tal preparo não os isenta do desconforto e sofrimento que a morte evoca, nessa perspectiva, o que parece é que esse preparo é, acima de tudo, um preparo técnico, vinculado a prestação de atendimento profissional:

Nós temos que estar preparados. Principalmente a gente que lida com a possibilidade

de da morte todos os dias. Então quando você vem dar o plantão você precisa estar preparado tanto para a vida quanto para a morte. [...] Você está preparado para lidar, para você prestar um atendimento e tudo, mas isso não quer dizer que a gente não sofra com isso. (Rafaela – Coordenadora CTI Neonatal).

Os médicos entrevistados de ambos os CTI ainda ressaltaram em seus depoimentos que grande parte dos familiares de pacientes interpreta a atuação do médico apenas pelo lado técnico, percebendo a morte com mais distância e indiferença. Porém, os médicos se defendem, revelando que essas percepções são superficiais e não traduzem o que, de fato, o profissional sente:

Ele nos veem muitas vezes tecnicamente [...] como pessoas mais frias, que lidam com a morte com mais frieza, por terem ela com mais frequência. Com um olhar sem sentimento, apesar que eles não conseguem ver atrás dos nossos olhos [...]. (Luan – Coordenador CTI Pronto Socorro – Grifos meus).

A prática profissional requer que o médico se defenda das suas próprias emoções diante dos sentimentos do outro, assim até certo ponto sua conduta é balizada conforme sua localização profissional. Bonet⁶ ressalta 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 as emoções. Conforme o autor, tal tensão resulta do modelo biomédico, 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^{6:148} (Grifos meus).

Conforme alguns relatos, em muitos casos, pacientes e familiares não sabem lidar com a morte e estes acabam transferindo a culpa para o médico, alguns médicos até consideram que essa postura advém do sofrimento da pessoa e da confiança excessiva que depositam no profissional:

Eu acho que eles depositam muito poder na gente. (...) Alguns demonstram isso com credulidade, com a fé e com palavras mesmo dizendo que está em nossas mãos, depois de Deus. E outros de uma maneira completamente oposta com agressividade, culpando a gente por aquela situação em que o doente se encontra (...). (Bruna – Intensivista CTI Pronto Socorro).

Laplantine⁷ considera a prática médica como uma moral, tendo em vista que ela transmite o que é bom e não somente aquilo que é verdadeiro, dessa forma, ela é capaz de direcionar a conduta de muitas pessoas, ultrapassando assim, sua perspectiva biológica. O autor ressalta ainda que, muitas vezes, as pessoas comparam o médico a um padre que faz graças e milagres, constituindo a prática médica “um sacerdócio e uma fé médica”.

Uma relação de mão-dupla: imbricações da atuação médica

O médico está inserido em um campo profissional específico: a prática médica. A noção de “campo”, conforme Bourdieu⁸ 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.

Entretanto, os relatos apontaram que os médicos não se limitam a seu “campo profissional”, o que há, na verdade, é uma extensão do que é vivido por ele tanto na sua esfera subjetiva quanto na sua prática profissional. Embora o médico esteja inserido em um campo profissional específico – a prática médica –, isso não implica que seu comportamento esteja completamente condicionado a lógica dessa localização:

A cena mais forte que tem num CTI é quando eles colocam o corpo dentro de um saco para ele seguir para o necrotério. E realmente o corpo sai, então é uma cena muito pesada, difícil [...]. Nesses anos todos lidando com a morte, ela sempre gera um impacto. Não sou daqueles médicos que têm uma postura fria diante da morte, não é possível ter essa neutralidade. Acho que muitos médicos se escondem, podem até disfarçar. Não é só falar ‘morreu e pronto’, a morte ainda tem um impacto muito grande para mim e para os outros. (Lucas – Intensivista Pronto Socorro – Grifos meus).

Os próprios relatos apontam que as atitudes dos médicos perante as contingências do tratamento e da própria fatalidade da morte abarcam ações que envolvem a sua legitimidade profissional, definida pelo campo médico, e suas próprias emoções, sendo a última, ações que submergem a intersubjetividade nas relações cotidianas dos sujeitos sociais.⁹ Essa intersubjetividade é nítida, principalmente, quando os médicos remetem a casos de morte tidos ao longo da trajetória profissional, seja a lembrança do primeiro óbito ou alguma morte específica que ocorreu no decorrer da carreira profissional:

[...] Todo médico tem um cemitério na cabeça, você sepulta da mesma forma que sepulta o corpo daquele paciente no cemitério, o médico sepulta dentro da cabeça dele. [...] Eu me lembro que a primeira morte que presenciei o paciente vomitava sangue e inundou o chão do quarto do CTI. Para você ter ideia a gente tentava reanimá-lo e o meu sapato estava ensopado de sangue e realmente ele faleceu pela intensidade e velocidade com que ele sangrou. Então, muito pouco podia ser feito [...]. Eu lembro que eu tive que jogar o sapato fora, ficou

imprestável. Então, essas mortes marcam pela dramaticidade, pela intensidade, pela forma com que é; pois momentos antes dele morrer ele ainda tem consciência, e ele pede ‘doutor, me ajuda. O que está acontecendo comigo?’, e não há muito tempo para ter o que fazer. Então são mortes que ficam [...]. (Lucas – Intensivista Pronto Socorro – Grifos meus).

O que mais marcou nesses relatos foi a dramaticidade e sensibilidade com que os entrevistados remetem aos casos específicos de morte dos seus pacientes. Outro ponto interessante nos relatos, diz respeito à história que continha por detrás desses óbitos, a história pessoal do enfermo que evoluiu para um óbito e também o contexto e complexidade em que se deu o caso, pois o médico acaba se envolvendo emocionalmente com a situação, como se ele se reconhecesse na dor do outro. Ou ainda, pela agilidade da evolução da doença, numa situação que tecnicamente parecia reversível o quadro clínico, nesse aspecto uma expectativa de melhora já cultivada pelos médicos é rompida diante do evento da morte:

Eu me lembro do último que morreu que me marcou muito, pois era um prematuro que já estava super bem e já estava quase indo para a casa. Mas acabou evoluindo uma infecção interocelômica, indo para óbito em menos de três horas. [...] Tínhamos expectativas de melhora, pois ele ia se recuperando super bem [...]. Então, foi difícil de aceitar aquela rapidez de evolução da infecção, isso impactou muito. (Marta – Intensivista CTI Neonatal).

É consoante a esses aspectos que se insere a noção de *habitus* de Bourdieu,¹⁰ que se refere a um conjunto de percepções e ações, onde a sensibilidade do indivíduo é construída ao longo da sua vida, ele 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.

Aqui, os conceitos de *habitus* e campo não se constituem por esferas opostas e delimitadas, cada um com suas orientações, e sim que há interseções entre am-

bos. Nesse aspecto, Bourdieu *apud* Azevedo ¹¹ 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*. Em seu exercício profissional, o médico ancora e articula suas ações nesses liames que envolvem o lado ético, profissional e subjetivo.

Ambivalências dos Centros de Terapia Intensiva: a morte fora do lugar ou o lugar para se morrer?

Um ponto destacado pelos dois grupos de médicos entrevistados diz respeito à perspectiva que a maioria das pessoas possui de que os CTI são locais para morrer. Conforme os relatos, a maioria daqueles que ingressam nesse setor saem com melhora significativa do quadro clínico. Nesse aspecto, é interessante destacar que por ser um local preparado para resistir ao perigo de morte – e por esse motivo na maioria das vezes pode haver um êxito nesse propósito – faz com que a morte, quando ocorre, esteja fora do lugar.

Assim, os médicos lidam com os pacientes limitados como um desafio. Enquanto não há certeza de tudo o que está acontecendo com o paciente e que realmente não há mais nada o que fazer para reverter o quadro, os médicos continuam intervindo no doente. Nesse ponto é interessante ressaltar que a morte também é uma ameaça à credibilidade profissional do médico, que em alguns casos não pode evitá-la e, ao mesmo tempo, a morte também lhe atribui prestígio quando suas intervenções conseguem detê-la:

Eu gosto mesmo é da medicina grave, eu gosto do paciente em estado crítico. Lidar com pacientes graves, tirá-lo da morte e trazê-lo novamente à vida. A oportunidade que temos de tirar esse paciente da morte, quando isso acontece, é muito gratificante. (Rafaela – Coordenadora CTI Neonatal).

Segundo os entrevistados, o CTI por ser um local considerado o “nível mais alto” da instituição hospitalar, a morte quando ocorre remete a uma certa impotência por parte do médico, uma vez que ele tinha vários recursos disponíveis a fim de resguardar a vida do paciente. Por outro lado, em alguns depoimentos os médicos consideram que por ser o CTI um ambien-

te preparado tecnicamente para resistir ao perigo de morte, desperta certo alívio ao médico, pois é uma espécie de limite da sua atuação profissional, onde – de uma forma extrema – encerra-se os recursos disponíveis para a salvaguarda da vida do paciente.

Os contextos da morte nos CTI: para quem é mais fácil ou mais difícil?

Um dos objetivos dessa pesquisa consistiu numa análise das percepções acerca da morte em dois contextos: CTI Neonatal e CTI de Pronto Socorro. Os relatos apontaram uma nítida diferença de uma morte no momento em que a vida se manifesta – CTI Neonatal –, de uma morte que ocorre de uma forma abrupta e inesperada – CTI Pronto Socorro.

Nos relatos dos intensivistas vinculados ao CTI Neonatal foi enfatizado que os óbitos neonatais são mais fáceis de serem vivenciados, justamente pelo fato do recém-nascido ainda não ter nenhum vínculo social fortalecido e ainda não ter construído uma história:

Isso pra mim não é um problema, eu até acho que é mais fácil lidar com a morte de recém-nascido do que de uma criança maior e um adulto. Eu acho que eu escolhi a neonatologia, justamente por isso, porque é mais fácil lidar com a morte, pois esse neném ainda não teve nenhuma relação com a família, a única relação que ele teve foi com a mãe, mesmo assim intra-útero. Ele ainda não criou vínculos, então eu acho que isso protege a gente. Como se, de uma forma extrema, ele ainda não tivesse se tornado uma pessoa [...]. (Carla – Intensivista CTI Neonatal).

Nessa fala, percebe-se que a neonatologista entende a morte de um neonato com certo alívio e também como um balizador para sua escolha profissional. Nesse aspecto é ainda uma espécie de proteção para o médico, uma vez que esse recém-nascido ainda não se constituiu como sujeito, e pelo contexto, pois o neonato que ingressa no CTI já se tem uma expectativa que ele não possui muitas chances de sobreviver, devido às condições que o levaram até lá:

Na verdade o neonato é assim, no momento em que você tem uma vida, a partir dali você

tem o risco de perder aquela vida. Você está trabalhando com um menino que chegou com as possibilidades diminuídas para você [...] (Suzana – Intensivista CTI Neonatal).

É interessante destacar ainda outro ponto: conforme Macedo,¹² na sociedade ocidental a ordenação da vida obedece a uma lógica delimitada pelo tempo, assim, a morte de um velho parece ser menos impactante que a morte de um jovem, pois se espera que este tenha uma cronologia de vida a ser cumprida e experienciada. Porém, os relatos dos intensivistas neonatais apontaram que a morte de um neonato também pode se constituir de uma morte esperada e menos impactante. Consoante a isso, devemos destacar dois fatores apresentados nos depoimentos, a saber: primeiramente o neonato ainda não possui vínculos sociais fortalecidos, pois ao nascer já foi migrado para um CTI, sem ainda alicerçar-se como sujeito social; em segundo lugar, as condições que levam um neonato para os CTI, já se subtende que ele tem poucas chances de sobreviver.

Conjugado a esses dois aspectos, nota-se uma ambiguidade, pois se o neonato não possui vínculos sociais, ele tem pureza e ingenuidade o que faz da sua morte uma espécie de injustiça. Ora, ele ainda não teve a possibilidade de estar em contato, ou ainda, estabelecer formas de contato com os outros. Sua chance de consolidar vínculos e de se constituir como sujeito social foi perdida diante da fatalidade da sua morte “ainda precoce”. Essa prematuridade embora compreendida pelos médicos como mais “fácil” e encoberta por certo alívio, não garante, por outro lado, que essa morte seja uma morte mais aprazível. O neonato traz consigo o potencial de uma vida a ser construída, como também a ideia de um ser desprotegido, pois ainda não teceu arranjos sociais mais fortes.

Nesse aspecto, é pertinente remeter ao conceito de liminaridade proposto por Turner,¹³ quando se refere aos ritos de passagem, que se caracterizam pela demarcação de toda mudança de lugar, estado ou posição social de idade. O neonato se caracteriza por um ser em fase liminar, segundo o autor, nessa fase o sujeito ritual adquire características ambíguas, o “transitante” não possui – ou possui pouco – os atributos do passado ou do futuro. Os sujeitos liminares podem ser caracterizados como se nada possuíssem, e como seres passivos e ingênuos. Talvez, por essa localização do neonato enquanto um ser em estado de transição e, portanto, ocupando um lugar ainda

pouco definido e poroso de vínculos sociais, faz com que a sua morte seja mais aceitável sob o ponto de vista do médico intensivista.

Por outro lado, no CTI vinculado a um Pronto Socorro a temática é abordada de uma forma completamente diferente. Pelos relatos, uma morte nesse tipo de CTI é uma morte que não é para acontecer, pois a sua ocorrência advém de uma ação externa inesperada:

Sob esse aspecto de uma vida interrompida, por não ser uma morte anunciada, é que me dá mais responsabilidade para trabalhar, tendo em vista que a pessoa muitas vezes vinha exercendo a vida dela tranquilamente e de repente aquilo foi interrompido [...]. Eu não lido bem é com uma vida interrompida, com uma juventude interrompida, com uma história interrompida, um amor interrompido. Isso me dá mais medo de lidar [...]. Têm doentes, por exemplo, que já era diabético e de repente ele tem uma infecção e o diabético tem uma dificuldade maior com as infecções e ele fica muito grave. Mas ele vinha vivendo normalmente, construindo, sonhando, pensando, projetando, fazendo planos, sendo assim uma morte inesperada e que choca de qualquer maneira, pois você não espera. (Luan – Coordenador CTI Pronto Socorro – Grifos meus).

Assim, percebe-se que a morte em um CTI de Pronto Socorro é inesperada mesmo em situações em que o doente já sofria de alguma enfermidade. Isso é um aspecto interessante, pois na percepção dos intensivistas o que garante o impacto da morte não é o caráter abrupto, como acidentes, e sim, o caráter de imprevisibilidade e a interrupção de vínculos sociais. O primeiro se refere a um paciente que já sofria de alguma enfermidade, mas não se esperava que ele fosse morrer repentinamente; já o segundo, diz respeito aos laços sociais que o indivíduo havia estabelecido em vida:

Isso é bastante importante, porque um processo de vida e de morte, o morrer é algo assim bastante diferente de acordo com a doença que cada doente apresenta. Esse contexto nosso, é um doente que não tinha nada e muitas vezes alguns deles, foram

vítimas de violência, de algum trauma, acidente automobilístico e para aquele paciente e para aquela família não vinha de um processo natural, são jovens que tinham uma vida pela frente, uma expectativa de vida que de repente esse processo se interrompe. Então, com certeza isso é um processo mais sofrido, mais difícil. [...] (Bárbara – Intensivista CTI Pronto Socorro).

Conforme os relatos dos intensivistas de ambos os grupos, entende-se que a morte adquire “graus” de preocupação conforme há rompimentos de vínculos sociais já consolidados, bem como o seu caráter de imprevisibilidade. A um médico, a morte se traduz como mais problemática na medida em que ela quebra com os liames sociais nos quais um indivíduo teceu sua história de vida.

A vida, assim como a morte perpassa por um diversificado campo semântico, envolvendo dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais, o que a configura também como um fato social total, como proposto por Mauss.¹ Quando o médico define que a morte de um neonato é menos impactante que a morte de um adulto, ele se refere a um ser que, de uma forma extrema, ainda não teceu sua vida. Assim, essa “vida” manifesta no momento do seu nascimento adquire uma perspectiva restrita a um acontecimento biológico, que não abarca outras dimensões do fenômeno. Entretanto, a espera de um recém-nascido também pode despertar expectativas por parte da família, embora seja um vínculo ainda frágil, pois a fatalidade da morte não permitiu que ele se desenvolvesse e se consolidasse. Não é importante aqui julgar até que ponto uma morte é mais aceitável ou menos aceitável, mas sim, extrapolar para outros aspectos que permeiam o assunto e suas relações sob outros prismas de uma realidade social.

Cabe aqui a adoção do pensamento complexo de Morin,¹⁴ baseado numa posição de crítica e superação do pensamento simplificador, entendido como um paradigma redutor. O pensamento complexo adota o prisma da circularidade, de modo que vários aspectos como a subjetividade e objetividade afetam um ao outro, num processo sucessivo de organização e desorganização, além disso, ancora-se numa perspectiva dialética onde existem contradições e paradoxos. Há que se pensar ainda na perspectiva holística do pensamento complexo: “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”.^{14:233}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte institui dilemas permanentes que se atualizam e que se desdobram em diversos questionamentos e reações. Ao analisar as representações sobre a morte entre médicos que lidam direta e cotidianamente com ela, nos deparamos com uma riqueza de sentidos. Com essa pesquisa, buscou-se elucidar as maneiras como o médico intensivista projeta e lida com a morte, valendo-se da sua condição profissional e de sujeito social.

Nessa breve análise percebe-se que seja qual for a postura ou *habitus* do médico, o ponto é que sua disposição e seus dispositivos não são necessariamente seus, nem de sua formação, nem de seu “campo”. Eles derivam de uma posição geral da sociedade ou da cultura. Ao analisar seus relatos, encontra-se uma continuidade entre a esfera pessoal e profissional do médico. Parece não existir uma ruptura entre as representações sobre a morte em ambos os papéis. 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 a sua condição de profissional e sujeito. O que ele vive em sua prática profissional interfere em outros aspectos da sua vida e vice-versa. Suas representações são elaboradas considerando as especificidades sociais de cada grupo de enfermos ingressos nos CTI. Essas especificidades dizem respeito aos vínculos sociais consolidados, os arranjos sociais, a idade e ao caráter de imprevisibilidade (ou previsibilidade) que garantem uma morte “mais fácil ou mais difícil”, conforme apontado pelos depoimentos dos intensivistas.

É interessante ressaltar certa unanimidade na afirmação da falta de preparo acadêmico para a atuação em situações de morte. Além disso, a imagem social construída sobre os médicos, especialmente de familiares de pacientes, expressa uma visão de frieza e distanciamento, que revela certa contradição com relação à maneira como os próprios médicos se veem.

A temática morte é complexa. Suas representações, os reflexos que produz no comportamento humano, estão envoltos por diversos sentidos, muitas vezes ambíguos e de difícil explicação. Com os re-

latos elaborados pelos médicos sobre a morte, pode-se afirmar que há uma imbricação entre a condição profissional e de sujeito que institui uma circularidade singular, onde o ético e o cultural se contaminam. Além disso, a preparação e a imagem social somam-se a essa circularidade, comprovando o caráter complexo e dinâmico do fenômeno.

REFERÊNCIAS

1. Mauss M. Sociologia e antropologia. São Paulo: Cosac; 2003.
2. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989.
3. Rodrigues JC. Tabu da morte. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
4. Kaufman A. Teatro pedagógico: bastidores da iniciação médica. São Paulo: Agora; 1991.
5. Callahan D. The troubled dream of live: living with mortality. Nova Iorque: Simon and Schuster; 1993.
6. Bonet O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da Biomedicina. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 1999; 9(1):123-50.
7. Laplantine F. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
8. Bourdieu, P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.
9. Koury MG. Introdução a sociologia da emoção. João Pessoa: Manufatura; 2004.
10. Bourdieu P. A economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva; 2004.
11. Azevedo PG, Bourdieu P, Taylor C. A construção social da pessoa. 2012. [Citado em 2012 jan. 02]. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAARTAAE/pierre-bourdieu-charles-taylor-a-construcao-social-pessoa>.
12. Macedo JL. A subversão da morte: um estudo antropológico sobre as concepções de morte encefálica entre médicos. Porto Alegre: Sulina; 2008.
13. Turner VW. Liminaridade e "Communitas". In: Turner VW. O processo ritual: estrutura e antiestrutura. Petrópolis: Vozes; 1974. p.116-59.
14. Morin E. O método II: a vida da vida. Porto Alegre: Sulina; 2001.