

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Instituto René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**DE FRENTE COM A “*MORTE EM VIDA*”: uma etnografia do
cuidado médico no contexto hospitalar**

por
Janaína de Souza Aredes

Belo Horizonte
2018

JANAÍNA DE SOUZA AREDES

**DE FRENTE COM A “*MORTE EM VIDA*”: uma etnografia do
cuidado médico no contexto hospitalar**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva - área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

Orientação: Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo

Coorientação: Dra. Karla Cristina Giacomini

Belo Horizonte

2018

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do IRR
CRB/6 1975

A678f Aredes, Janaína de Souza.
2018

DE FRENTE COM A “MORTE EM VIDA”: uma
etnografia do cuidado médico no contexto hospitalar /
Janaína de Souza Aredes. – Belo Horizonte, 2018.

XVI, Total 178 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 156-168

Tese (Doutorado) – Tese para obtenção do título de
Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós -
Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou.
Área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em
Saúde.

1. Medicina de Emergência 2. Cuidados de Saúde 3.
Etnografia I. Título. II. Firmo, Josélia Oliveira Araújo
(Orientação). III. Giacomini, Karla Cristina (Coorientação)

CDD – 22. ed. – 362.1

JANAÍNA DE SOUZA AREDES

**DE FRENTE COM A “*MORTE EM VIDA*”: uma etnografia do
cuidado médico no contexto hospitalar**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva - área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

Orientação: Dra. Josélia de Araújo Firmo

Coorientação: Dra. Karla Cristina Giacomini

Banca examinadora:

Profa. Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo (FIOCRUZ Minas) - Presidente

Profa. Dra. Rachel Aisengart Menezes - Titular

Profa. Dra. Marcella Guimarães Assis - Titular

Profa. Dra. Sônia Maria Soares - Titular

Profa. Dra. Pricila Cristina Correa Ribeiro - Titular

Dr. Wagner Jorge dos Santos - Suplente

Tese defendida e aprovada em Belo Horizonte, 31/07/2018.

Belo Horizonte

2018

*Dedico este trabalho a todos os profissionais
que lidam diretamente com o sofrimento.*

AGRADECIMENTOS

Sempre digo que 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 as minhas orientadoras: Josélia Oliveira Araújo Firmo e Karla Cristina Giacomini. Juntas, cada uma a sua maneira, formam um par singular e harmônico de competência profissional. Somado a isso, o cuidado que tiveram comigo ao longo desses quatro anos foi fundamental para o meu crescimento pessoal e profissional.

Em segundo lugar, gostaria de agradecer a todos aqueles que participaram diretamente desta etnografia. 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 e, acima de tudo pela confiança no trabalho, meus sinceros agradecimentos! Aprender com vocês, para além dos objetivos acadêmicos, me fez uma pessoa melhor. Gostaria de agradecer a “família do João”, formada por essa grande cadeia de profissionais que se mobilizam em prol da vida, local de emoções e histórias intensas.

Sou especialmente grata à minha família: meu pai Paulo, meus irmãos Alan e Juliane e os meus queridos sobrinhos - Ana Clara, Gabriel, Felipe e Thiago. Também agradeço à Dra. Ana Ester pelo amparo, carinho, cuidado e, sobretudo o seu profissionalismo ao longo da minha trajetória acadêmica.

Ao Instituto René Rachou/Fiocruz MG, pela infraestrutura técnica e por todos os professores e funcionários que contribuíram para minha formação acadêmica e pessoal. À Biblioteca, pelo acesso gratuito à informação científica. À Patrícia da Conceição Parreiras, Nuzia Pereira dos Santos e Aline Sodré, sou muito agradecida pela atenção a meus incansáveis pedidos de ajuda. Aos colegas da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em especial Endi Lanza Galvão, Elislene Drummond, Gislaine Alves e Camila Menezes. A todos os professores que participaram indiretamente da construção deste trabalho, especialmente Léo Heller, Ana Lúcia Rabelo, João Carlos Pinto Dias e Karenina Vieira. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro (bolsa de Doutorado), pois o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

A todos que de alguma maneira contribuíram para a construção dessa tese: meus sinceros agradecimentos!

“Não tenho medo da morte, mas sim medo de morrer”

(Gilberto Gil)

RESUMO

Esta tese teve como objetivo geral investigar como os médicos na condição de sujeitos culturais - com diferentes vivências e percepções - orientam o cuidado a pacientes graves com risco de morte, no contexto do maior pronto socorro metropolitano de alta complexidade e referência na América Latina, localizado na cidade de Belo Horizonte/MG. Esta pesquisa qualitativa parte de uma abordagem antropológica hermenêutica, na qual se enfatiza o significado que os grupos sociais atribuem a determinados fenômenos, considerando-se o contexto sociocultural. O método etnográfico mediou a coleta e a análise dos dados. No âmbito da Saúde Pública, a etnografia contribui na compreensão do processo saúde-doença, dos valores e das atitudes de profissionais e pacientes em diferentes contextos de cuidado. A coleta dos dados se deu ao longo de nove meses de observação participante e da realização de entrevistas junto a 43 médicos que assistem pacientes com risco de morte, desde a admissão até a definição do quadro clínico-funcional ou óbito, em distintos setores da instituição. Foram entrevistados profissionais de diferentes especialidades, sendo 25 homens e 18 mulheres, com idades entre 28 e 69 anos. Os resultados dessa tese apontaram para as especificidades da aplicação do método etnográfico no contexto de um pronto atendimento. Esta etnografia revela um cuidado submetido ao saber biomédico, que varia segundo uma lógica específica: na *Porta de Entrada*, no CTI e na unidade de *Crônicos*. Os conceitos de Vida e Morte são balizados na prática profissional. Para o médico “vida” significa a recuperação plena da funcionalidade prévia ou com sequelas leves, enquanto a sobrevida com alto grau de dependência seria uma “morte em vida” ou morte social. Nesse último caso, o médico, embora se compadeça diante do paciente que demanda cuidados crônicos, se esquia de lidar com um ser humano altamente limitado, pois sente-se de algum modo responsável pelo desfecho. Quando, seguindo o modelo biomédico, o profissional não admite a morte como um desfecho possível, ele atua de forma obstinada e se revela um “Criador” diante da “Criatura” – o paciente que sobrevive com sequelas graves e definitivas que comprometem a sua reinserção social. Outro tipo de morte possível é a encefálica. Nesse caso, entre a sua constatação e a sua comunicação emergem percepções ambivalentes dos médicos e dos familiares, o que evidencia uma tênue definição do que seja a vida e a morte com implicações diretas no cuidado ao paciente/potencial doador e aos familiares. Conclui-se que para os profissionais de medicina, nenhuma morte é fácil. Cada uma pode ser mais ou menos difícil, a depender de diferentes critérios que intercedem o cuidado médico em uma unidade de pronto socorro e revelam questões de ordem social, ética e moral das mais diversas. As evidentes dificuldades para lidar com a morte e suas nuances revelam lacunas na formação médica. A insuficiência de uma rede de cuidados continuados e a falta de formação paliativista e humanista do médico geram sofrimentos a quem cuida e a quem é cuidado.

Palavras-chave: Medicina de Emergência. Pronto Socorro. Cuidados de Saúde. Pesquisa Qualitativa. Etnografia. Prática Médica. Quadro Crônico. Incapacidade. Atitude frente à Morte.

ABSTRACT

This thesis had as general objective to investigate how physicians in the condition of cultural subjects - with different experiences and perceptions - guide the care to critically ill patients with risk of death, in the context of the highest metropolitan first aid of high complexity and reference in Latin America, located in the city of Belo Horizonte/MG. This qualitative research is based on a hermeneutical anthropological approach, which emphasizes the meaning that social groups attribute to certain phenomena, considering the sociocultural context. The ethnographic method mediated data collection and analysis. In public health area, ethnography contributes to the understanding the health-disease process, values and attitudes of professionals and patients in different care contexts. The data collection took place during nine months of participant observation and interviews with 43 physicians who assist patients at risk of death, from admission to the definition of clinical-functional status or death, in different sectors of the institution. Professionals of different specialties were interviewed, being 25 men and 18 women, aged between 28 and 69 years. The results of this thesis pointed out to the specificities of the application of the ethnographic method in the context of Emergency Room. This ethnography reveals a care submitted to biomedical knowledge, which varies according to a specific logic: in the *Entrance Door*, in the *ICU* and in the sector of '*chronic*'. The concepts of Life and Death are marked in professional practice. For the doctor 'life' means full recovery from prior functionality or with mild sequelae, while survival with a high degree of dependence would be a 'death in life'. In the latter case, the physician, though he sympathizes with the patient who demands chronic care, shies away from dealing with a highly limited human being because he feels somehow responsible for the outcome. When, by respecting the biomedical model, the professional does not admit death as a possible result, he acts obstinately and reveals himself as a "Creator" before the "Creature" - the patient who survives with severe and definitive sequels that compromise his social reinsertion. Another type of possible death is the brain death. In this case, the ambivalent perceptions of physicians and family members emerge between confirmation and communication of this outcome, which shows a tenuous definition of life and death with direct implications for patient / potential donor care and family members. We conclude that for medical professionals, no death is easy. Each death can be more or less difficult, depending on different criteria that measure medical care in a first aid unit and reveal social, ethical and moral issues of the most diverse. The obvious difficulties in dealing with death and its nuances reveal gaps in medical training. The insufficiency of a network of continued care and the lack of palliative and humanistic training of the physician generate suffering for those who care and those who are cared for.

Keywords: Emergency Medicine. Emergency Room. Health Care. Qualitative Research. Ethnography. Medical Practice. Chronic Condition. Inability. Attitude towards Death.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Perspectiva histórica da morte na sociedade ocidental.....	30
FIGURA 2 - Escala de coma de Glasgow - subestimação em pacientes com respostas verbais impedidas.....	49
FIGURA 3 - Fitas de Classificação de Risco.....	50
FIGURA 4 - Uma visão geral da CIF.....	54
FIGURA 5 - Blocos Horizontal e Vertical.....	66
FIGURA 6 - Setor de Triagem.....	68
FIGURA 7 - Protocolo Onda Vermelha.....	69
FIGURA 8 - Protocolo Heliponto.....	70

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Número de profissionais por especialidade de Cirurgia Geral e Neurocirurgia.....	62
GRÁFICO 2 - Número de profissionais por faixa etária.....	63
GRÁFICO 3 - Distribuição dos óbitos segundo o sexo e a faixa etária, 2012.....	71
GRÁFICO 4 - Taxa (%) de óbitos por motivo de admissão e sexo, 2012.....	72
GRÁFICO 5 - Número de óbitos no intervalo de 24 horas de ingresso ao hospital em 2012.....	73
GRÁFICO 6 - Número de óbitos por período de entrada em 2012.....	73

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Estrutura de análise dos dados: contextos da atuação médica junto a pacientes graves.....	75
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

FPTC - Fora de Possibilidade Terapêutica de Cura

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LET - Limitação de Esforço Terapêutico

NEP - Núcleo de Ensino e Pesquisa

OMS - Organização Mundial da Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAT - Sala de Apoio ao Trauma

SEC - Serviço de Extensão de Cuidados

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

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Apresentação.....	18
1.2 Contextualização.....	19
1.3 Justificativa.....	21
2 OBJETIVOS.....	24
2.1 Objetivo Geral.....	24
2.2 Objetivos Específicos.....	24
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	25
3.1 A morte como processo: polissemia do conceito.....	25
3.1.1 A racionalização da vida e da morte: transformações sobre a percepção da morte e do morrer na sociedade ocidental.....	29
3.1.2 A morte e os reflexos da regulação institucional do curso da vida na atuação médica.....	33
3.2 O cuidado como construção sociocultural.....	35
3.2.1 A instituição hospitalar: da consolidação do modelo biomédico ao seu papel basilar no cuidado.....	37
3.2.2 A potência simbólica do discurso biomédico e os limites da atuação profissional.....	38
3.2.3 Complexidades na tomada de decisões ao longo do cuidado médico.....	41
3.2.4 Práticas médicas vinculadas aos pacientes com prognósticos críticos: a ética e o saber biomédico cotidianamente desafiados pela impossibilidade de cura.....	43
3.3 Paradoxos da atuação médica no contexto da urgência e emergência: recursos disponíveis versus morte e impossibilidade de cura.....	46
3.3.1 A possibilidade de morte como a variável que define a prioridade e a eficiência no atendimento: protocolos utilizados no atendimento da emergência.....	47
3.3.2 As limitações do contexto.....	51
3.3.3 Sequelas crônicas adquiridas: outro desfecho que contraria os ditames da Biomedicina.....	53

4 METODOLOGIA.....	57
4.1 Quadro teórico.....	57
4.2 Coleta dos dados.....	60
4.3 População de estudo.....	61
4.4 Área de estudo: dados organizacionais e funcionais sobre o território de observação.....	63
4.4.1 A triagem e os protocolos utilizados na emergência.....	67
4.4.2 A morte como uma questão de tempo: perfil dos óbitos na instituição.....	71
4.5 Estrutura de análise dos dados.....	74
4.6 Aspectos éticos.....	75
5 RESULTADOS.....	77
5.1 Artigo 1 - Reflexões sobre um fazer etnográfico no Pronto Socorro.....	77
5.2 Artigo 2 - O médico diante da morte no Pronto Socorro.....	96
5.3 Artigo 3 - A práxis médica no Pronto Atendimento diante do paciente com sequelas crônicas: culpa, temor e compaixão.....	111
5.4 Artigo 4 - A morte que pode salvar vidas: complexidades do cuidado médico ao paciente com suspeita de morte encefálica.....	135
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	153
7 REFERÊNCIAS.....	156
APÊNDICES.....	169
Apêndice A - Roteiro de Entrevista.....	169
Apêndice B - Caracterização dos Entrevistados.....	171
ANEXOS.....	172
Anexo A - Serviços prestados pelo hospital.....	172
Anexo B - Aprovação Comitê de Ética da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.....	174
Anexo C - Aprovação do Comitê de Ética da UFMG.....	175

Anexo D - Parecer Consubstanciado UFMG.....	176
Anexo E - Termo de Compromisso – Utilização de dados.....	177
Anexo F - Carta de aceite - Artigo 3.....	178
Anexo G - Carta de aceite - Artigo 4.....	179

1 - INTRODUÇÃO

Este volume é requisito parcial para obtenção do grau de doutor no curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde - ênfase em Antropologia Médica - do Instituto René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz.

Ele será apresentado em cinco seções, a saber:

- **Introdução:** composta pela *Apresentação* que expõe os motivos que despertaram a realização da pesquisa; pela *Contextualização* da temática abordada e, por fim, pela *Justificativa*, embasada na relevância do tema, nas lacunas existentes e nos possíveis impactos diretos e indiretos que a relação do profissional médico com a morte pode refletir na prática do cuidado;

- **Revisão de literatura:** relativa a um aprofundamento teórico da temática por meio de um levantamento bibliográfico sobre o que foi produzido até então;

- **Metodologia:** constituída por todas as etapas e os processos que mediaram a coleta e a análise dos dados. Está subdividida em: *Quadro Teórico*, *Coleta dos Dados*, *População de Estudo*, *Área de Estudo*, *Estrutura de Análise dos Dados* e *Aspectos Éticos*;

- **Resultados:** organizado a partir de quatro artigos - dois já publicados e dois aceitos para publicação. O primeiro artigo, intitulado “*Reflexões sobre um fazer etnográfico no Pronto Socorro*”, teve como objetivo apresentar e discutir o método etnográfico a partir da pesquisa empírica sobre a atuação médica hospitalar diante dos limites da vida e da morte. O segundo artigo - “*O médico diante da morte no Pronto Socorro*” - buscou analisar as percepções do profissional médico face aos diferentes tipos e contextos de morte existentes em um serviço de pronto atendimento metropolitano. O terceiro artigo - “*A práxis médica no Pronto Atendimento diante do paciente com sequelas crônicas: culpa, temor e compaixão*” - investigou o cuidado médico desde a admissão até a ratificação da condição clínico-funcional do paciente sequelado grave. O quarto artigo aborda uma faceta paradoxal da morte: “*A morte que pode salvar vidas: complexidades do cuidado médico ao paciente com suspeita de morte encefálica*”.

- **Considerações finais:** construídas na perspectiva de contribuir para o aprimoramento da saúde pública, da formação médica diante dos conceitos de vida e de morte e de suas implicações no cuidado aos dois públicos diretamente envolvidos: os médicos e os pacientes.

1.1 Apresentação

Estudar o sofrimento, o processo de morrer e demais assuntos que tangenciam a morte, não é tarefa fácil. Abordar essa temática - ainda evitada por boa parte dos ocidentais - sobretudo junto à categoria profissional médica, cuja profissão tem como um de seus pressupostos a luta contra a morte, mostra-se ainda mais delicado, mas ao mesmo tempo, fascinante. Foram justamente esses extremos e limites que despertaram o interesse para execução desta pesquisa.

Sabe-se que o objeto de estudo é, em síntese, uma extensão do sujeito que o investiga. A construção de um projeto de pesquisa parte da nossa própria história de vida, valores, experiências, aptidões e anseios. Como afirma Santos (2010): “os pressupostos metafísicos, os sistemas de crenças, os juízos de valor não estão antes nem depois da explicação científica da natureza ou da sociedade. São parte integrante dessa mesma explicação” (2010, p.67). Na prática científica cabe se autoconhecer para, em seguida, fazer ciência. Isso significa que o pesquisador deve primeiro fazer uma “autoanálise” a fim de guiar o olhar sobre o seu objeto de estudo.

Assim, minha inclinação pelo tema surgiu ainda criança - durante algumas estadias em hospitais e experiências pessoais com o adoecimento e o fim da vida - e se maturou enquanto inquietação científica no início da minha graduação em Ciências Sociais. Nela, tive a primeira aproximação com a Antropologia que me possibilitou, sobretudo, desvelar a nossa dificuldade de pensar a diferença e o nosso centramento exclusivo e excludente em verdades que acreditamos nossas.

As aulas com o antropólogo e hoje amigo, José Márcio Barros, me permitiram de modo simples e, ao mesmo tempo, complexo, compreender a análise antropológica, que para ele está baseada sumariamente na distinção entre o ver e o olhar. No primeiro, trata-se de uma atitude involuntária, que não exige espessura ou profundidade, basta o colocar-se à disposição do registro espontâneo da superfície visível: no ver o sujeito se acomoda. Enquanto o olhar vai além contemplação anestesiada do ver, há sempre uma intenção de descoberta: no olhar, o sujeito pensa e se torna um agente de mudanças.

Esse contato e identificação com a Antropologia aliado ao meu interesse e paixão pela medicina me interpelaram a questionar como o profissional médico, que tem como ofício o restabelecimento da vida, lida com situações de morte e impossibilidade de cura. Diante dessa

indagação, ao longo da minha trajetória acadêmica, realizei pesquisas¹ que buscavam compreender esse processo. Ainda assim, restaram questões que precisavam de respostas que a antropologia médica poderia oferecer, daí a realização desta tese no âmbito da Fundação Oswaldo Cruz.

1.2 Contextualização

Na sociedade ocidental, o processo de morrer é silenciado e ocultado, sendo deslocado da esfera familiar para as instituições hospitalares (ARIÈS, 2014; KOVÁCS, 2014; BARUZZI E IKEOKA, 2013; GADAMER, 2006; RODRIGUES, 2006; MENEZES, 2004). Aos médicos é atribuída a função de lutar incansavelmente pela manutenção da vida, ainda que a morte seja um evento recorrente no cotidiano profissional. Tal contraponto faz o médico lidar diuturnamente com situações para as quais não está preparado (LOWERY e QUEST, 2015; SILVA e RAMOS, 2014; VENKAT, BAKER e SCHEARS, 2014; REYNIERS et al., 2014; FERNANDEZ-PARSONS et al., 2013; SANTOS, AOKI e OLIVEIRA-CARDOSO, 2013; JUNYAN e JIANRON, 2012; LIMEHOUSE et al., 2012).

Contudo, a intensificação do processo de urbanização tem redundado em aumento da violência urbana, interpessoal, automobilística e motociclística (DINIZ, PINHEIRO e PROIETII, 2015), fazendo com que o trauma assuma destaque nas causas de morbimortalidade da população brasileira, o que configura um grave problema de saúde pública (PESSÔA et al., 2016). O crescente e alarmante número de vítimas que dão entrada em hospitais de urgência e emergência no Sistema Único de Saúde (SUS) (MARTINS e MELLO, 2014; MURRAY, CERQUEIRA e KAHN, 2013) o confirma, principalmente após a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que tem garantido maior agilidade ao processo de atendimento por ocasião de um acidente (SEMINOTTI e NEVES, 2014). Somam-se ao trauma, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que também concorrem para um número crescente de hospitalizações, especialmente nos serviços de pronto atendimento (COELHO, GOULART e CHAVES, 2013).

Por outro lado, quando alguém dá entrada ao setor de emergência de um Pronto Socorro, todos os esforços são direcionados à manutenção da vida e à cura do paciente. Apesar disso, esse mesmo serviço funciona como local onde a morte, considerada último

¹ Pesquisa de Iniciação Científica na graduação intitulada: “*De perto e de longe: um estudo sobre as representações da morte entre médicos de CTP*” (2010). Dissertação de Mestrado intitulada: “*Fizemos o possível”: os ritos e as narrativas médicas em torno da vida e da morte no Pronto Socorro* (2014).

limite da atuação médica, está visível, em maior ou menor grau, em praticamente todos os seus espaços. Nesse contexto, os médicos deparam-se com outros limites no âmbito do cuidado, ante a impossibilidade de reversão do quadro clínico. Muitos pacientes sobrevivem às custas de comprometimentos físicos e neurológicos definitivos, com repercussões diretas na vida de quem cuida e de quem demanda cuidados médicos. Porém, em que se baseia esse cuidado?

Uma pesquisa etnográfica realizada no maior hospital de Pronto Socorro de uma metrópole brasileira, serviu de campo de estudo para o Mestrado em Antropologia Social da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Na referida instituição hospitalar, os pacientes inicialmente são atendidos, na emergência, por médicos plantonistas e, depois, a depender da gravidade do quadro, são encaminhados para outras unidades dentro do mesmo hospital.

Os resultados do trabalho de campo apontaram distintas formas de morte e de vida com as quais o profissional se depara. Uma condição de vida, em especial, mostrou-se inquietante: os casos de pessoas que sobrevivem com sequelas graves - locomotoras, neurológicas, cardiorrespiratórias, entre outras -, oriundas de algum tipo de trauma ou agravo clínico, que demandam cuidados intensivos. Uma vez diagnosticada a irreversibilidade do quadro clínico, esses pacientes são direcionados à “Unidade de Cuidados Progressivos” (UCP) - uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) de longa permanência para pessoas com sequelas graves e definitivas. Pode-se dizer que a maioria delas, inclusive idosos (maiores de 60 anos), permanece internada no setor até a consumação da morte biológica. Durante essa etapa da internação, os pacientes são acompanhados pela equipe médica da UCP e, em caso de intercorrências, pelos plantonistas da emergência.

Usualmente, em decorrência da gravidade do trauma e das lesões, tais pessoas não retomam suas atividades sociais e intelectuais anteriores de forma plena - como trabalhar e estudar. Além da perda de capacidades, tais pacientes chamaram a atenção pela ininterrupta dependência de aparelhos e de ajuda humana; pelo isolamento social ao qual se veem confrontados; e, sobretudo pela resistência dos profissionais médicos em se envolverem com esse contexto, muitos dos quais chegavam a se recusar a trabalhar no local.

Assim, algumas questões nos interpelaram: por que o médico demonstrava resistência a atuar nesse setor onde há pessoas que sobreviveram com incapacidades graves? O discurso médico a favor da cura, tão visível na porta de entrada da emergência, encontraria sua

negação na UCP? Sabedor da irreversibilidade do quadro clínico de um paciente, o que motivaria a atuação médica?

1.3 Justificativa

A prática médica tem lugar nos hospitais, nos ambulatorios, 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).

Na contemporaneidade, não há espaço para a dúvida, o erro e, no limite, para a morte. Fenômeno indissociável à vida, ela está presente nas várias situações cotidianas: nos meios de comunicação, nas expressões artísticas, nas histórias familiares, ou até mesmo quando o homem pensa em sua própria morte. No âmbito profissional, uma diversidade de categorias lida com a morte, com o morrer ou com o morto, tais como: psicólogos, médicos, policiais, bombeiros, agentes funerários, antropólogos, tanatopraxistas, dentre outras (AREDES, 2014). Para esta tese de Doutorado optou-se pela atuação de uma categoria profissional específica, com legitimidade para tentar evitar, detectar as causas e atestar o momento do óbito: os médicos.

Em um pronto socorro, a morte se torna visível nos corpos que chegam traumatizados, esfacelados, com as vísceras à mostra, cabendo aos médicos deliberar quanto ao prognóstico e tratamento. Por outro lado, observa-se que tal função, nas sociedades complexas, lhes confere um saber sobre-humano e descomedido ao longo do cuidado. 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 papeis, 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 transitar de um para outro em função de um código relevante para suas experiências” (VELHO, 1994, p.26).

Porém, mesmo na sociedade do espetáculo (LLOSA, 2013), em que a morte é explorada na mídia, ela permanece um assunto proibido e tem sido deslocada para instituições hospitalares, sendo os médicos os profissionais autorizados a tomar decisões pautadas e orientadas pelo modelo biomédico hegemônico (CAMARGO, 2013; LE BRETON, 2011; GADAMER, 2006). Um hospital é um valioso campo de estudo para investigar os diversos

profissionais envolvidos com a vida, a doença, a dor, o sofrimento e a morte. Esses eventos, até certo ponto, previsíveis nesse cenário, nunca são isentos de reações.

Além disso, instituições que prestam serviços de pronto atendimento concentram um fluxo maior de atividades e emoções conflituosas. Ali, os profissionais trabalham 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 cuidado rápido e eficiente 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).

Discussões a respeito dessa temática na área da Saúde têm sido realizadas junto a outros contextos e atores. Estudos internacionais focam no cuidado ao paciente oncológico (CARRERA e OLIVER, 2015), na atuação da enfermagem (FRAZEE et al., 2015), na obstinação terapêutica (NEVILLE et al., 2015) ou têm cunho epidemiológico (HALFON et al., 2015; LACROIX et al., 2015). No Brasil, no contexto da emergência as pesquisas privilegiam o profissional da enfermagem (SILVA e RAMOS, 2014; NASCIMENTO et al., 2015); o cuidado de curta duração a idosos (CALDAS et al., 2015); as relações profissionais no SAMU (SEMINOTTI e NEVES, 2014); o atendimento às vítimas de violência (DESLANDES, 2002); os médicos de CTI (SILVA e MENEZES, 2015; MENEZES, 2004; 2000); os residentes em processo de aprendizagem (BONET, 1999). Alguns trabalhos apontam para a necessidade da realização de pesquisas que objetivem compreender os conceitos e demais definições da vida e da morte na prática hospitalar (AFONSO e MINAYO, 2013; NAIK, 2013; DELL'ACQUA, TOME e POPIM, 2013), sobretudo na formação e atuação dos profissionais de medicina (SHEARER et al., 2014; SANTOS e HORMANEZ, 2013; SANTOS, AOKI e OLIVEIRA-CARDOSO, 2013; MINAYO, 2013). Apesar do envolvimento cada vez maior dos médicos no que se refere ao encargo face à vida e à morte, no hospital acontecem simultaneamente: o afastamento do doente e dos que estão para morrer dos olhos de todos, a expropriação da dor, do envelhecimento e do fim da vida (BARUZZI e IKEOKA, 2013).

Diante disso, é importante ampliar o entendimento acerca do profissional de medicina - aqui considerado como parte de um grupo sociocultural - que atua no ambiente da urgência e emergência, contexto ainda pouco explorado no âmbito antropológico. Além disso, é pertinente a abordagem da incapacidade funcional adquirida - pacientes com sequelas graves e incuráveis - na perspectiva médica, levando em consideração o curso da vida (MATTÉI, 2011; HAREVEN, 1999).

Acredita-se que com a abordagem qualitativa, em que se dá “voz” ao interlocutor de pesquisa, seja possível identificar e compreender as dificuldades enfrentadas pelos médicos e suas implicações no cuidado aos pacientes, sobretudo àqueles com prognósticos críticos, que serão objeto desta tese. Essa discussão no meio acadêmico - por meio da divulgação dos resultados obtidos em publicações na comunidade científica - poderá incitar outras pesquisas e subsidiar propostas de intervenção na esfera da saúde pública.

2 - OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Investigar como os médicos na condição de sujeitos culturais - com diferentes vivências e percepções - orientam o cuidado em sua prática junto a pacientes graves com risco de morte e/ou sequelas crônicas adquiridas de um hospital referência para o pronto atendimento, localizado na cidade de Belo Horizonte/MG.

2.2 Objetivos Específicos

A - Discutir o método etnográfico a partir de uma pesquisa empírica sobre a atuação médica hospitalar diante dos limites da vida e da morte.

B - Conhecer os significados que os profissionais de medicina atribuem à vida e à morte no processo de hospitalização a pacientes com prognósticos críticos.

C - Compreender se estes significados variam segundo determinadas características do profissional (especialidade, tempo de profissão, local de trabalho) e também do perfil de cada paciente (idade, vítima, agressor, dentre outros).

D - Desvelar o processo de cuidado médico a pessoas cujo quadro clínico resulta em incapacidades definitivas ou em morte encefálica.

3 - REVISÃO DE LITERATURA

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, p.17).

A revisão de literatura será apresentada em subseções que tratam sobre “a morte como processo: polissemia do conceito”, seguida da abordagem acerca do “cuidado como construção sociocultural”. Discute-se de forma breve a evolução da concepção biomédica e histórica sobre a morte e da consolidação da biomedicina como saber legítimo sobre o corpo na cultura ocidental. Na terceira subseção são apresentados “paradoxos da atuação médica no contexto da urgência e emergência: recursos disponíveis versus morte e impossibilidade de cura”, que tangenciam a atuação médica, bem como são problematizadas as diversas decisões atribuídas ao médico ao longo do cuidado ao paciente, incluindo as tensões e os conflitos experimentados pelo profissional.

3.1 A morte como processo: polissemia do conceito

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 hipocrática², cerca de 500 anos antes do nascimento de Cristo (ZIEGLER, 1977). Até a Renascença pensava-se que o controle do corpo era realizado pelo coração. De acordo com Pitta e Carmona (2004), a partir do século XIX, três órgãos atestariam a manutenção da vida, a saber: o coração, os pulmões e o cérebro, de modo que estes estariam interligados e a falência 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

² Refere-se a Hipócrates o deus grego considerado o “pai da medicina”.

em 1940 e utilizado para “dar suporte de vida a pacientes com poliomielite”. A criação dessa ferramenta médica, com a função de substituir o 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 coração.

O avanço biotecnológico resultou na fundamentação de um conceito científico diferente de morte e, ao mesmo tempo, um critério para determinar o momento do óbito: a interrupção das funções cerebrais. A morte encefálica foi inicialmente descrita como *coma dépassé* pelos neurologistas Mollaret e Goulon, com base em eletroencefalogramas e dados clínicos de 23 pacientes em coma - sem reflexos de tronco e com eletroencefalografia isoeletrica (MACEDO, 2016; MORATO et al., 2009). No entanto, a publicação de Mollaret e Goulon não causou grande impacto na comunidade médica e científica.

Assim, embora o termo morte encefálica tenha surgido em 1959, na França, até a década de 1960, o único critério médico para a constatação do óbito era a parada cardiorrespiratória. Somente em 1967, as discussões sobre o conceito de morte clínica foram retomadas (MAGALHÃES, VERAS e MENDES, 2016; MACEDO, 2016; FILHO e JUNGES, 2015), com a realização do primeiro transplante de coração realizado na África do Sul. Esse feito ensejou novas discussões sobre a definição de morte clínica que permitisse a realização da doação e do transplante de órgãos³ (PITTA E CARMONA, 2004). Vale ressaltar que em 1968 a Universidade de Harvard criou um Comitê Ad Hoc para definir os critérios da morte encefálica.

Essa definição está alicerçada na perspectiva científica e jurídica. É científica porque foi aprovada de forma consensual pelos profissionais de saúde, sendo adotada como definição oficial da morte em diversos países. Enquanto, na perspectiva jurídica, ela viabiliza o uso dos órgãos dos doadores para fins de transplantes (GURGEL, 2007). No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) define a morte encefálica como a completa e irreversível interrupção das funções cerebrais que impossibilita a manutenção da vida sem o auxílio de meios artificiais (BRASIL, 2017).

Diante dessas considerações, o que se percebe é uma relação entre natureza e cultura - homem e máquina - alicerçada pelo advento de novas tecnologias biomédicas, o que Haraway (2000) denominou como ciborgue. De acordo com essa perspectiva, os pacientes em morte encefálica podem ser caracterizados como seres híbridos: sendo simultaneamente um ser morto no âmbito social inserido em um corpo físico vivo. Nessa nova condição, o indivíduo

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

adquire características ambíguas que se referem, necessariamente, à condição de não pertencimento à rede de classificações convencionais (GENNEP, 1977; TURNER, 1974).

Como visto, mesmo na perspectiva biológica a definição da morte não se exaure (KASTENBAUM e ASENBERG, 1983). O nascer, o viver e o morrer são fenômenos cruciais que o homem necessita enfrentar na sua constituição como sujeito social. No que se refere ao temor diante da morte, especialmente notado na sociedade ocidental, ele se relaciona à dificuldade dos vivos em se identificar com os moribundos, o que tem levado a morte e o processo de morrer para os *bastidores da vida social*, conforme apontado por Elias (1982).

O temor da morte baliza a vida ocidental ao atravessar diversas práticas cotidianas: desde a alimentação, a segurança, aos cuidados de saúde produzidos e reproduzidos pelo discurso biotecnológico. Assim: “como remédio, ou alívio para este medo, ou como consequência dele, muitos discursos são produzidos” (TEIXEIRA, 2016, p.152).

À procura não apenas de um conceito mas, sobretudo de uma compreensão, o homem não conseguindo se bastar com os significados científicos sobre a morte, busca respostas em outras esferas⁴ (ARIÈS, 2014; RODRIGUES, 2006). Um exemplo é a crença de que haveria uma continuidade da existência após a morte (FARIA, SANTOS e PATINO, 2017; ELIAS, 1982), a qual se refere ao anseio humano de desvelar os mistérios e o próprio tabu acerca da morte (ARIÈS, 2014; MORIN, 1997). De acordo Durkheim (1996), tabu é tudo aquilo que assume um significado de permanência e sacralidade, e envolve proteção junto ao grupo que o aceita e o reconhece e, ao mesmo tempo, constitui-se como algo temeroso e proibido.

Destaca-se ainda outro tipo de morte que provoca medo: a morte social, que não se constitui como morte no sentido restrito ao âmbito fisiológico, mas um paradoxo que revela como o biológico e o social se fundem. Segundo Thomas (1993), a morte social ocorre quando a idade ou a perda de funções acarreta interdições sociais que impedem o indivíduo de exercer papéis esperados em um determinado grupo ou sociedade de consumo, aos quais precisam se enquadrar ou ficarão à parte da vida social (KAMAL, 1983).

Além disso, a morte social implica na ocultação dos vivos, na sua desumanização e na sua perda de individualidade, o que constitui uma violência contra a sua integridade e compromete direitos fundamentais, culminando no seu desaparecimento junto ao tecido social a que antes pertencia (PEROSINO, 2012). Conjugada a essas questões, Hertz (1970), em seu

⁴ Os exemplos de como a morte é representada em cada sociedade não se esgotam aqui. Há ainda uma vasta literatura sobre outros contextos etnográficos - não só no que se refere a sociedades não ocidentais, como também distinções presentes na própria sociedade ocidental. Maiores detalhes ver: Ariès (1977); Bayard (1996); Cândido (2003); Chesnut (2011); Giacoia (2005); Munanga (1983); Rodrigues (2006).

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. Vinculada ao evento orgânico, se entrelaça um conjunto complexo de crenças, emoções e atitudes que confere à morte um fenômeno singular em cada sociedade (HERTZ, 1970).

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. Essa maneira de honrar a sua existência significava que ele ainda estava “vivo” e figurava junto à memória de sua comunidade. A “morte do morto” só acontecia, de fato - de forma absoluta-, na ocasião do desaparecimento total de seu nome e de sua lembrança na memória familiar e na *pólis* à qual era vinculado (CANDIDO, 2003).

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 nem em uma mesma sociedade, pois esses sentimentos se alteram conforme o tipo da morte e do morto. Os diversos tipos de morte, como a violenta ou acidental, por afogamento, suicídio, de mulheres virgens, dentre outros, carregam singularidades que proporcionam sentimentos mágicos e especiais. Assim, a reação de repulsa ou de empatia ao morto 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 frágeis. Assim, experiências emocionais entendidas como singulares, vivenciadas por um ator social específico, decorrem da relação entre os indivíduos, a cultura e a sociedade (REZENDE e COELHO, 2010; LE BRETON, 2009; KOURY, 2004; MAUSS, 2001).

Da mesma maneira, como todo fenômeno social de caráter totalizante, os conceitos de morte e de vida devem ser compreendidos de forma transversal aos prismas biológico, social, cultural, histórico e psicológico. É válido destacar também que essa totalidade em que os fenômenos sociais estão inseridos somente pode ser apreendida na experiência vivida do indivíduo (MAUSS, 2011). Assim, ao investigar o fenômeno morte, de modo indissociável, revela-se outro fenômeno total: a vida. Contudo, cabe evitar a adoção de uma perspectiva reducionista das relações, a qual supõe a existência de níveis – inferiores e superiores – um sobreposto ao outro, já definida por Geertz (1989) como “concepção estratigráfica”:

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).

Por extensão, adota-se o pensamento complexo de Morin (2001), que busca uma posição de crítica e superação do pensamento simplificador que isola e manipula a realidade. Trata-se de compreender a morte e o processo de morrer como uma construção social (MARTINEZ E VELARDE, 2013) definida como um entrelaçado de realidades dialógicas e polilógicas. Por isso, requer uma análise ancorada na noção de que a subjetividade e a objetividade afetam uma à outra, num processo sucessivo de contradições e paradoxos.

3.1.1 A racionalização da vida e da morte: transformações sobre a percepção da morte e do morrer na sociedade ocidental

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 cotidiana (ARIÈS, 1977, p. 171).

Embora as maneiras de sentir, perceber e reagir a determinados acontecimentos pareçam inatas ou naturais, elas são modeladas em consonância a contextos sociais e históricos específicos. Assim, as formas como a morte é representada variam com o tempo, o que a torna um produto da história (RODRIGUES, 2001). É válido destacar que ao aportar considerações temporais acerca da morte, utilizar-se-á uma proposta de periodização, a qual não deve ser tomada como norma geral para a compreensão do fenômeno, posto que revela tendências predominantes, mas que não traduzem por completo a temática (AREDES, 2010).

Ariès (1977) classifica a postura do homem diante da morte a partir de períodos históricos, quais sejam: *Morte Domesticada* (Primeira Idade Média); *Morte de si próprio* (Segunda Idade Média); *Morte do outro* (séculos XVIII e XIX) e *Morte interdita* (século XX até a atualidade). As principais características de cada período estão brevemente sintetizadas na Figura 1, também ancorada nos estudos de Rodrigues (2006).

FIGURA 1 - Perspectiva histórica da morte na sociedade ocidental

Morte Domesticada - Primeira Idade Média	Morte de si próprio - Segunda Idade Média	Morte do outro - Séculos XVIII e XIX	Morte Interdita - Século XX até os dias atuais
Domada	Túmulos individuais com inscrições	Como um problema não só do moribundo, mas da família	Deslocada para hospitais ou asilos
Evento comunitário e público: rito apaziguador que iguala a todos	Confere ao cadáver uma identidade	Exaltação do luto e da dor	Rituais gradativamente extintos
Moribundo como protagonista da sua própria morte	Conceito de Juízo Final: Acerto de contas a partir da biografia individual	Temor diante da perda do outro	Definida pelo cuidado médico
Sepulturas próximas as igrejas ou dentro delas	Laicização da morte / Ideal higienista materializado na configuração dos cemitérios		Integração do cemitério ao cenário urbano

Figura elaborada pela autora baseada nos estudos de Ariès (1977) e Rodrigues (2006).

- Morte Domesticada

Na Primeira Idade Média, seres e coisas eram vistos como uma continuidade (LE BRETON, 2011), não havia separação entre céu, terra, mar, animais. Por extensão, a morte era considerada um evento comum, próximo ao cotidiano das pessoas e não representava uma ruptura junto ao mundo dos vivos (ARIÈS, 1977). A habitual aproximação entre vivos e mortos era materializada geograficamente pela localização das sepulturas: bem próximas ou dentro das igrejas (ARIÈS, 1977).

Esse comportamento se vinculava ao convívio em comunidade prevaiente no período: a afetividade era estendida não só à família como também a vizinhos e amigos. Os ritos eram compartilhados por todos, tanto crianças como velhos; não havia censura e nem distinção social nessa festa: “todos eram iguais diante da morte” (RODRIGUES, 2006, p.103). Além disso, o enfermo participava de decisões acerca da sua morte.

- Morte de si próprio

A partir do século XV, a morte adquire características dramáticas, devido principalmente ao desabrochar da individualização: o homem começa a reorganizar toda a sua vida pensando na fatalidade de um dia vir a morrer (ARIÈS, 1977). A morte passa a ser temida e vista como o aniquilamento da individualidade e a destruição do corpo. Além disso, agora cada um é portador de uma biografia particular e deverá ser julgado no dia da sua morte - ou o indivíduo salva-se ou condena-se: “A boa morte passa a ser a do indivíduo que, tendo pensado durante toda a sua vida em sua morte física, soube se preparar para ela e pôde enfrentá-la tranquilamente, com a consciência leve” (RODRIGUES, 2006, p.118).

Nos séculos XVII e XVIII, a Igreja começa a reprovar a aproximação dos “vivos com os mortos”, o que é demarcado na construção de enormes muros que cercam o cemitério. Esse espaço agora deve ser isolado: se antes a proximidade entre o morto e o vivo era algo habitual, agora ela se transforma em repugnância e nojo dos odores e emanções de um cadáver. Rituais eram realizados em frente às sepulturas, na tentativa de fazer com que os mortos permanecessem em seus locais e não se misturassem ao mundo dos vivos. Consoante a isso tem-se o surgimento de um novo ideal urbanístico, demarcado pela higiene: as moradias dos vivos não devem ser construídas próximas às moradias dos mortos, a fim de prevenir o contágio de alguma enfermidade. Nesse período surgem diversos discursos sobre a nocividade dos defuntos e por conseguinte dos cemitérios: “o objeto dessa repulsa é o cemitério na superfície e o cadáver na profundidade” (RODRIGUES, 2006, p.147).

Na esfera da saúde pública, várias medidas são tomadas para regulamentar o trato com os mortos em nome do ideal higienista. Rodrigues (2006) sustenta que a preocupação anterior referente ao respeito com os mortos e o seu lugar de descanso fora “silenciada e dominada” pelo argumento científico. É nesse instante que se iniciam mudanças mais cristalizadas nas percepções acerca da vida e da morte, no mundo ocidental.

- Morte do outro

A partir do século XVIII nota-se uma mudança na sensibilidade vinculada à ideia do morto enquanto objeto belo. Nesse aspecto sua fisionomia deve estar isenta de sofrimentos físicos. Entretanto, trata-se de uma “estranha beleza”, envolta por uma dissimulação do temor à morte e uma forma de tentar superar a tristeza (RODRIGUES, 2006).

Nesse período, a presença de uma morte próxima despertará nas pessoas uma “exaltação da dor”; agora os sentimentos subjacentes à morte também são compartilhados junto aos sobreviventes e a expressão das emoções torna-se pública (ARIÈS, 1977).

- Morte interdita

É no século XX que se verifica uma forte ruptura nas formas como as pessoas percebem a morte, principalmente conjugada ao avanço da ciência e do tecnicismo. Antes, considerada como uma parte crucial junto ao ciclo normal da vida, agora se transfigura em um acontecimento cada vez mais ocultado no dia a dia. O luto deixa de ser um fato coletivo, para se tornar isolado e privatizado (RODRIGUES, 2006).

Ariès (1977) afirma que esse novo modelo contemporâneo da morte surgiu paralelo à mudança econômica ocorrida na sociedade ocidental. Com a emergência do capitalismo e, consequentemente de uma nova ordem, os modos como as pessoas viviam tiveram que ser remodelados à nova estrutura social. A expansão do processo de industrialização resultou no aumento da oferta de mão-de-obra e do êxodo rural, mas por outro lado favoreceu condições insalubres de vida e de trabalho. O cuidado aos trabalhadores doentes e, eventualmente, seu processo de morte, que anteriormente aconteciam no domicílio, foram migrados para locais considerados mais assépticos: os hospitais. Esses espaços passaram a ser percebidos como responsáveis pela técnica e pelo controle da morte, enquanto caberia aos médicos o papel fundamental de evitá-la (ARIÈS, 2014; RODRIGUES, 2006; ILLICH, 2003).

Ainda nessa direção, as grandes cidades foram se desenvolvendo e com o acréscimo populacional, os cemitérios e as maneiras de percebê-los foram se remodelando. Com isso, nasce a ideia do cemitério-parque moderno, refletida na arborização, em sepulturas discretas e inseridas na natureza (RODRIGUES, 2006). No entanto, essa perspectiva revela outra lógica: “integrar os mortos no mundo dos vivos, a partir da negação da morte” (RODRIGUES, 2006, p.172).

Assim, paradoxalmente, um interdito permeia a relação com a morte, o que convoca uma análise minuciosa por revelar – direta ou indiretamente – as relações de saber e de poder presentes na sociedade ocidental, cuja função basilar é a produção e a manutenção da ordem econômica (FOUCAULT, 1988). Nesse aspecto, a vida adquire status de mercadoria: o valor que se atribui à pessoa humana é proporcional ao que ela pode produzir para o mercado financeiro, o que a configura como um ‘capital social básico’ dotada de força produtiva (RODRIGUES, 2006).

Na lógica ocidental ancorada no progresso, na superprodução e no desenvolvimento econômico, torna-se difícil inserir a morte. Consequentemente, ela é reprimida e ocultada, pois passa a ser percebida como algo nocivo e vergonhoso para uma sociedade cada vez mais dotada de avanços tecnológicos (TEIXEIRA, 2016; RODRIGUES, 2006).

Pretensamente, a morte deixa de ser uma etapa natural do ciclo da vida, para se tornar um fato - que pode ou não acontecer - a depender do estilo de vida e das intervenções científicas. Essa percepção modelada pela perspectiva hodierna de se viver mais tem raízes nos ideais de evitar a morte e de criar técnicas que prorroguem a vida. A morte ideal viria acompanhada de medicamentos, sem sofrimento e acometeria apenas pessoas em idade avançada. Se antes a morte era vontade de Deus, agora ela seria considerada natural - quando

afetasse pessoas idosas - e anormal e inaceitável quando acontecesse por causas não-naturais, ou seja, as quais o homem não fosse capaz de controlar (RODRIGUES, 2006).

Ainda seguindo essa lógica, Rodrigues (2006) ressalta uma preocupação do homem ocidental sobre a saúde e a vida dos trabalhadores, enquanto um catalisador na produção e no consumo. O corpo, nesse sentido, precisa ser resguardado, a fim de que produza mais e consuma mais; enquanto a morte - tida como parte integrante de um arranjo de forças - passa a ser profissionalizada e comercializada, apropriada pela medicina e pelo poder público. Assim, a relação com o consumo e a capacidade de produção transparece nas transformações da relação com o envelhecimento e a perda da capacidade laboral.

3.1.2 A morte e os reflexos da regulação institucional do curso da vida na atuação médica

Outra característica da sociedade moderna é a regulação institucional do curso da vida, em que as etapas da vida são definidas a partir da idade cronológica. Várias decisões intermediam o cotidiano da prática médica, orientada por valores e princípios morais, especialmente no que se refere à etapa da vida experimentada pelo paciente. Assim, a idade torna-se um argumento balizador do cuidado, podendo ser tanto positivo como negativo, em situações nas quais há recursos escassos nos serviços públicos (FORTES e PEREIRA, 2012).

De um modo geral, a pessoa é definida como idosa a partir de quatro critérios:

- *Cronológico*: definido por uma idade específica - 60 anos para os países em desenvolvimento; 65 anos para os países desenvolvidos;
- *Social*: estabelecido na relação da pessoa idosa com a família, a sociedade e o Estado;
- *Funcional*: baseado na definição da capacidade funcional do indivíduo; e, por fim
- *Biológico*: referente a mudanças físicas inerentes à idade, como o surgimento de doenças e o envelhecimento do corpo (HAREVEN, 1999).

Como consequência, para Le Breton (2011) a velhice é atribuída a ideia de fim de vida, visão reforçada pelo saber biomédico que a define como “coisas da idade” (MORAES et al, 2014) que levam irremediavelmente à morte (LE BRETON, 2011).

De acordo com Moraes et al. (2014) a ciência biomédica entende a velhice a partir das seguintes características:

- *Mecanicista*: o corpo é visto como uma máquina desgastada no qual as doenças são esperadas e, para os quais a ciência biomédica pode oferecer pouco ou nenhum “conserto”;

- *Analítica*: o idoso é assistido de forma fragmentada, frequentemente como um sujeito sem autonomia no processo decisório do seu próprio cuidado;

- *Generalizante*: trata a velhice como condição homogênea, como se fossem todos os idosos iguais.

Ainda nessa direção, Elias (1982) pontua que os cuidados ministrados nos instantes finais de vida devem ser direcionados, especialmente para aquelas pessoas que demoram a morrer, que estão doentes e envelhecidas. Para esse autor, muitas vezes os idosos 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).

Seja conscientemente ou inconscientemente as pessoas ainda não conseguem lidar com o envelhecimento e com a morte. Para Rodrigues (2006), os jovens veem o velho como um anormal, fraco e decadente, muitas vezes porque ainda não experienciaram a velhice (e não imaginem ficar velhos um dia) e, sobretudo, por ser uma temática pouco discutida e velada do cotidiano. O que predomina é o “poder da juventude” e a sensação de sua superioridade perante os velhos.

Sabe-se que tanto o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, como o Estatuto do Idoso de 2003, garantem a priorização dessas faixas etárias no que se refere ao atendimento preferencial e imediato. Assim, há uma garantia legal para ambas as etapas de vida citadas, porém ela se confronta a preceitos morais na prática do serviço médico hospitalar. Exemplo disso é o privilegiamento de crianças e jovens quanto à prioridade a setores e serviços de alta complexidade como o tratamento intensivo (FORTES e PEREIRA, 2012).

Para Maio (2015) um dos resultados de sua pesquisa junto às prioridades elencadas por membros do Ministério Público reforçou a invisibilidade da categoria “idoso” ou da representação social da velhice. Em uma lista de nove temas prioritários, os promotores elegeram a questão do idoso como sendo a última dessas prioridades (MAIO, 2015). Esse panorama revela que, tanto os profissionais de saúde como os representantes de instituições que devem fazer cumprir a lei em defesa da sociedade, compartilham de uma percepção na qual tende a segregar e desprezar o idoso, por entender que este encontra-se afastado da produção, limitado em sua capacidade de consumo além de ser considerado um peso para o sistema de seguridade social (MAIO, 2015; PEREIRA, GIACOMIN e FIRMO, 2015).

No Brasil algumas pesquisas têm sido realizadas sobre a temática do cuidado nos diversos estágios da vida, a saber: cuidados paliativos em diferentes etapas da vida (MENEZES e BARBOSA, 2013); obstinação terapêutica em crianças (DINIZ, 2006); atenção à saúde do idoso nos serviços de urgência (YONEKURA et al., 2015); critérios utilizados pelos profissionais da saúde na priorização de pacientes na emergência (FORTES e PEREIRA, 2012). Porém, a análise de como o percurso de uma vida mais longa implica mudanças no nível das relações interpessoais e, sobretudo, nas representações sociais das idades na área da Saúde, ainda carece de estudos socioantropológicos, que incluam a percepção do cuidado no curso da vida por profissionais médicos.

Além disso, para Rodrigues (2006), quatro mitos se fazem presentes na sociedade ocidental, quais sejam: a extrema riqueza; a extrema capacidade produtiva; o progresso e, por fim, o mito da vida definido como: “síntese de todos os outros, o caminho que leva à compreensão do tabu com que envolvemos a morte e ao entendimento das estratégias pelas quais escondemos nossas dimensões de Morte” (RODRIGUES, 2006, p.239).

Essas novas maneiras de perceber a morte - e, por extensão, a própria vida - do homem ocidental emergiram conjugadas à racionalidade, ao progresso científico (RODRIGUES, 2001) e ao modelo hegemônico biomédico (BONET, 1999). Nesse processo, o conhecimento dissocia-se cada vez mais dos seres e torna-se fragmentado. A relação de um estreito vínculo, até então existente entre o pensamento e a cultura, é suprimida. Emergem agora oposições, como sociedade e indivíduo, natureza e cultura, subjetivo e objetivo, pautadas em lógicas e técnicas protegidas pelo saber biomédico, permeadas pelo afastamento e por uma ausência de sensibilidade em relação ao outro (RODRIGUES, 2001), que afeta o cuidado.

3.2 O cuidado como construção sociocultural

O cuidado enquanto um fato social total (MAUSS, 2011) é um conceito polissêmico. Se tomada a visão heideggeriana, o cuidado é compreendido como algo constitutivo da existência humana em todas as suas dimensões, o que significa que ele abarca todas as possibilidades da existência vinculadas às coisas e aos homens. Ainda segundo o mesmo autor, o cuidado apresentaria três dimensões: *sorge* (cuidar de si), *fürsorge* (cuidar de alguém) e *besorgen* (cuidar de algo). Como o cuidado é sempre “cuidado de...” percebe-se nele uma intencionalidade, algo que parte do eu em direção ao outro. Dessa forma, cuidar de algo

aludiria a uma tarefa e a um trabalho, enquanto o cuidar de alguém representaria alguma forma de ônus, interesse ou solicitude (HEIDEGGER, 2008).

No âmbito da saúde coletiva, ancorado na mesma visão heideggeriana, Ayres (2011) define Cuidado como “uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (AYRES, 2011, p.85). O autor recomenda o uso do termo em maiúsculo para diferenciar sua definição daquele cuidado “como substantivo comum, quando se trata de atividades e procedimentos no sentido comum” (AYRES, 2011, p.89).

Para esta pesquisa assume-se o conceito de cuidado inserido em um sistema cultural, modelado por experiências pessoais, contextos sociais, políticos, econômicos, históricos e biológicos específicos (KLEINMAN, EISENBERG e GOOD, 1978). Enquanto uma experiência vivida por alguém, o Cuidado aparece como uma atitude adequada que responde de maneira ajustada a situações sempre particulares, sem se furtar face à fragilidade do outro e sem destituí-lo de seu estatuto de ser humano em sua integralidade (MOLINIER, 2012).

A maneira de compreender o cuidado também revela uma construção sociocultural que varia segundo as épocas. No período pós-industrial, o cuidado, antes considerado como parte da obrigação das famílias, foi sendo gradualmente transferido para instituições especializadas, tais como as creches, as escolas, os hospitais. Além disso, na sociedade ocidental, a transformação e a redefinição das funções e valores da família moderna levaram ao estabelecimento de fronteiras mais estritas entre família e comunidade e à transferência das funções de bem-estar, outrora concentradas na família, para instituições (HAREVEN, 1999).

Além disso, cabe lembrar que as relações de cuidado são, fundamentalmente, interpessoais, mas também fazem parte de um processo social mais amplo. Tal processo comporta diferentes fases ou momentos morais que incluem múltiplos protagonistas (indivíduos, grupos, instituições), em relações frequentemente hierarquizadas que expõem dominação e competência (de quem cuida), vulnerabilidade (de quem é cuidado) e compaixão (MOLINIER & PAPERMAN, 2015). Cuidar do outro envolve variadas dimensões e atividades, a depender de quem cuida, de quem é cuidado e onde tal cuidado é oferecido.

Nesse sentido, assumir o cuidado no domicílio ou em espaços de diferentes graus de complexidade biotecnológica - como em um ambiente hospitalar -, não são, em absoluto, experiências iguais. Enquanto uma experiência cultural, a construção do cuidado se dá a partir de um contexto social e de experiências pessoais, atravessados por fatores políticos,

econômicos, históricos e biológicos. Pode-se pensar assim em uma tríade do cuidado que envolveria a pessoa que cuida, a pessoa cuidada e o ambiente onde acontece o cuidado.

Como será apresentado na próxima seção, o hospital aparece como ambiente privilegiado de cuidado dos problemas de saúde, além de ser um *lôcus* para a educação de profissionais de saúde.

3.2.1 A instituição hospitalar: da consolidação do modelo biomédico ao seu papel basilar no cuidado

[Hospital] 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).

Em paralelo às transformações sobre a percepção da sociedade ocidental frente à morte, observa-se que a instituição hospitalar, enquanto instrumento de intervenção no doente e na doença, também experimenta profundas mudanças. Até o século XVII, esse local era de separação e exclusão, sendo destinado, especialmente, aos pobres com enfermidade contagiosa (FOUCAULT, 1988). Ao final do século XVIII, o hospital passa por uma reconstrução e começa a ser percebido como uma *máquina de curar* - qualquer deficiência que coloque em risco a salvaguarda da saúde, deve ser corrigida e eliminada (FOUCAULT, 1988).

Ao fazer uso de técnicas médico-científicas, estabelece-se um regimento específico de administração de cuidados composto de regras, horários, orientações arquitetônicas e de leitos. Ao mesmo tempo, constitui-se em uma sociedade disciplinar, na qual observa-se o domínio sobre o corpo dos outros mediado pela lógica do conhecimento médico (FOUCAULT, 1988) e dos avanços tecnológicos e científicos (PITTA, 2016), fatores determinantes na consolidação do modelo biomédico (CAMARGO, 2013). Ao mesmo tempo, o hospital torna-se um local de acolhimento de doenças e casos clínicos, espaço legitimado ao aprendizado e treinamento de médicos e estudantes de medicina. Essa medicalização intensa resulta em uma fragmentação e objetivação do paciente, o que contribui para tornar a morte silenciada, regulada e rotinizada, culminando na sua própria banalização (SILVA E MENEZES, 2015). Porém, ela permanece incompreendida (RODRIGUES, 2006).

A instituição hospitalar servirá, portanto, para afastar o doente e os que estão para morrer dos olhos de todos (ARIÈS, 2014; GADAMER, 2006; RODRIGUES, 2006; MENEZES, 2004; MORIN, 1997; ARIÈS, 1977). 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, 2006, p.196).

Condicionado pelo avanço técnico da medicina, o hospital se transforma em local basilar de cuidados onde o doente deve receber assistência até a consumação da morte biológica (ARIÈS, 2014; GADAMER, 2006; RODRIGUES, 2006; MENEZES, 2004; MORIN, 1997; ARIÈS, 1977). Esse processo se acentuou, principalmente, a partir dos anos 1960, período de acelerado desenvolvimento científico da tecnologia médica com vasta criação de equipamentos, medicamentos, procedimentos, exames, intervenções cirúrgicas e medicamentosas para prolongar a vida (SILVA E MENEZES, 2015; MENEZES, 2004).

Nesse período começaram a surgir contestações no que se refere à prática médica hospitalar, notadamente a predominância do olhar técnico sobre o doente (CAMARGO, 2013). A visão preponderante é que se deve prolongar a vida e evitar a morte com todas as forças (REYNIERS et al., 2014; DELL’ACQUA, TOME e POPIM, 2013; RODRIGUES, 2006; GADAMER, 2006; TIMMERMAN, 2005; MENEZES, 2003; ILLICH, 2003), por meio, sobretudo, do saber científico e da desvalorização da subjetividade do médico e do paciente (CAMARGO, 2013). Como consequência, o paciente, na maioria das vezes, deixa de ser ouvido e não consegue mais compartilhar suas inquietações; reduzido a um objeto de sua própria morte, sem direitos e conhecimentos sobre ela (RODRIGUES, 2006, ELIAS, 1982).

Interessante ressaltar que quando não consegue evitar a morte, a credibilidade do profissional é ameaçada, e caso suas intervenções o façam, isso lhe atribui prestígio (AREDES e MODESTO, 2016). Logo, o ensino e a prática médica se ancoram no sentido de propor novas formas de prolongar a vida (RODRIGUES, 2006), mas para fazê-lo, a ciência busca colocar a natureza sob o seu controle.

3.2.2 A potência simbólica do discurso biomédico e os limites da atuação profissional

Com o desenvolvimento biotecnológico e científico, os médicos passam a ter condições de controlar o momento da morte, a depender de uma conjunção de fatores, tais como os limites do profissional e da família, os recursos financeiros disponibilizados, dentre outros (ARIÈS, 2014; SANTOS e HORMANEZ, 2013).

Na atuação médica, especialmente em setores de cuidados de alta complexidade, o profissional lida diretamente com pacientes e famílias que temem a perda da vida, e por esse motivo depositam nele certa devoção para a cura da doença e o restabelecimento vital que fora interrompido (LAPLANTINE, 1991).

Laplangtine (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, direciona as condutas. Lévi-Strauss traça um paralelo sobre a “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 (1996) 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. 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, 1996, p.89). Um enunciado performativo para ter êxito precisa ser pronunciado por alguém que disponha de ‘poder’ que é a função social do locutor.

No caso do médico, o fato de as instituições hospitalares contarem com forte aparato técnico blindando-o com uma série de recursos para a manutenção da vida, ao mesmo tempo, gera como consequência um contato 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 por meio de máquinas torna-se mais impessoal que lidar diretamente com os sofrimentos do paciente.

Por outro lado, o profissional 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 maneira, essa “máscara” dá-lhe força para resistir face aos acontecimentos e tentar se manter o mesmo diante de situações melindrosas e inerentes à

profissão, o que não é capaz de anular sua sensibilidade em relação aos problemas alheios (AREDES e MODESTO, 2016).

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 de *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.

Stedeford (1992) focaliza seus estudos nos subterfúgios 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 do médico. Muitas vezes, essa postura diante dos pacientes, interpretada por muitos como frieza e descaso, pode ter outros 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 lutaram para evitar durante o tratamento: a impossibilidade de cura e a morte (STEDEFORD, 1992). Os médicos utilizam “fugas evasivas” para escamotear sua sensibilidade (AREDES e MODESTO, 2016).

Por outro lado, embora o profissional de medicina conte com um aparato de técnicas científicas e aprendizagens para lidar com o corpo, a vida e a morte, no contexto de um hospital, é a sua experiência - conhecimento que se processa na prática, na qual as habilidades individuais são desenvolvidas - (INGOLD, 2000) que vai definir sua forma de lidar com tais fatos. Assim, o seu exercício profissional não se restringe apenas à sua racionalidade científica ao ministrar o tratamento e lidar com o enfermo, mas também a significados subjetivos e à trajetória pessoal (LAPLANTINE, 1991).

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 força e de dom cuja função é afastar o sofrimento. Agregados à doença, o paciente leva sua ansiedade, seus problemas psicossociais, que o configura como um carecedor de cuidados que só pode ser solucionado pelo médico. Assim, ao profissional é atribuído 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 (KAUFMAN, 1991).

Por outro lado, essa relação é mediada pelo poder e pela submissão. Há uma idealização do profissional, sobretudo por parte dos pacientes que não questionam as normas médicas prescritas, o que acaba por colocá-lo como um ser onipotente e acima das limitações da realidade. Isso, por vezes, é rompido no exercício da profissão, quando há sentimentos de fracasso e frustração decorrentes da não superação da não cura e da morte (PITTA, 2016; MONTEIRO et al., 2015; ARIÈS, 2014; SANTOS, AOKI e OLIVEIRA-CARDOSO, 2013; AFONSO e MINAYO, 2013; SANTOS e HORMANEZ, 2013; KOVÁCS, 2011; MENEZES, 2004; ILLICH, 2003; ARIÈS, 1977) que exigem dele decisões complexas.

3.2.3 Complexidades na tomada de decisões ao longo do cuidado médico

Assuntos relacionados à bioética e à tomada de decisões médicas são transversais às discussões sobre o cuidado no ambiente hospitalar e perpassam dilemas sobre as definições de conforto e sofrimento (MARTINEZ e VELARDE, 2013). Entende-se que os médicos em sua atuação profissional precisam lidar com fenômenos socioculturais particulares que permeiam o cuidado destinado a cada paciente. Assim, voltando a Ayres, também cabe pensar o Cuidado como uma categoria prática que busca revalorizar a dignidade enquanto seu compromisso fundamental (AYRES, 2004).

O cuidado médico envolve conflitos de subjetividades, sobre quais procedimentos médicos devem ser ministrados, qual o diagnóstico correto, isso se insere no que Bonet (1999) chamou de ‘social dramas’ e tensões existentes na prática médica. Elas têm origem quando os vários profissionais diante de um só caso tomam posições distintas, o que gera conflitos sobre qual procedimento adotar em relação ao doente.

Discorrendo a esse respeito, Bonet (1999) 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. Ou de outra maneira, trata-se da instituição do dualismo entre o corpo - material e objetivável - e o homem, associado ao espiritual, social e psicológico. Tal delimitação entre o ‘profissional’ e o ‘humano’, ou entre o saber e o sentir, como dois conjuntos de representações separadas, mostra-se ineficiente, pois cotidianamente, essa tensão estruturante que foi reprimida encontra uma brecha e repercute na prática biomédica cotidiana (BONET, 1999).

É nessas “brechas” que se tornam evidentes as manifestações de alguns receios enfrentados pelo profissional ao longo do cuidado. Haveria uma responsabilidade civil do médico quanto à prática da distanásia - futilidade terapêutica (MARREIRO, 2013) - segundo a qual seriam imputados a ele os danos sofridos pelos pacientes, privados do direito a uma morte digna. Por outro lado, esse encargo pela vida e pela morte atribuído ao profissional reflete a sua dificuldade em lidar com a própria impotência.

Todos esses fatores levam o médico a travar uma luta obstinada para manter a vida do paciente. Especialmente no contexto de pronto socorro, 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 (ROSADO, RUSSO E MAIA, 2015) dada a sua sobrecarga emocional (PITTA, 2016; LAMBA et al., 2015; FERNANDEZ-PARSONS et al., 2013; KOVÁCS, 2011; SALOME, CAVALI e ESPÓSITO, 2009). Tudo isso, em certa medida vincula-se à frustração e à impotência diante da impossibilidade de cura.

Ayres (2004) sumariza três ações transversais ao cuidado, bem como os desafios para as práticas de saúde: voltar-se à presença do outro; otimizar a interação; e enriquecer horizontes. Assim, trata-se de uma atenção à saúde voltada para o significado da experiência do adoecimento - físico ou mental -, que também se articula com as práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde (AYRES, 2011).

O cuidado é um modo de compreender o comportamento humano e, por isso, deve ser analisado de forma relacional às experiências dos sujeitos - tanto de quem cuida como de quem é cuidado. Para Ayres (2011), o cuidado - enquanto um ato e movimento - deve resultar em algo que faça sentido para a vida de quem o recebe. Para isso também deve ser levada em consideração a decisão do outro frente às condutas médicas e, sobretudo ao que ele “quer e acha que deve ser saúde e atenção à saúde” (AYRES, 2011, p.85). Logo, o ato de cuidar deve implicar na mobilização do ouvir, do ver e do tocar.

Desse encontro, redonda um cuidado que ultrapassa a saúde do sujeito, abarcando, principalmente o seu projeto de vida (AYRES, 2004). Além disso, considera a prática dos serviços de saúde e de seus profissionais, a fim de construir um vínculo terapêutico eficaz, consolidado na experiência alteritária.

É válido ressaltar que o avanço da medicina 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 relevantes. Porém, em alguns casos, ao seguir à risca o modelo biomédico, o profissional pode estabelecer um

processo de obstinação terapêutica, na qual a luta pela manutenção da vida biológica torna-se o propósito final da função médica, sem levar em consideração a qualidade de vida do outro (SANTOS e HORMANEZ, 2013; AFONSO e MINAYO, 2013).

3.2.4 Práticas médicas vinculadas aos pacientes com prognósticos críticos: a ética e o saber biomédico cotidianamente desafiados pela impossibilidade de cura

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).

O principal instrumento de delimitação da atuação do médico é o Código de Ética profissional, formulado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) (BRASIL, 2012). Seus princípios fundamentais ancoram-se na salvaguarda do bom desempenho ético da medicina, tendo como um de seus pilares a garantia do melhor relacionamento com o paciente, bem como a autonomia a sua vontade.

Conforme as necessidades, o CFM publica novas Resoluções de modo complementar ao código. Uma delas diz respeito ao caráter da personalidade do médico em sua relação com o paciente, a qual não se configura como uma relação de consumo. Quanto à culpabilidade por insucesso de alguma intervenção, o código reconhece que poderão existir fenômenos imprevisíveis e inevitáveis à medicina, e que a culpa também pode ser exclusiva do paciente, quando ele contrariar a prescrição e decidir abandonar o tratamento, sob pena de causar danos à saúde (BRASIL, 2012).

No que se refere à área deontológica, cumpre destacar o capítulo sobre Cuidados Paliativos (CP). Os CP foram definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990, e redefinidos em 2017 como “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e das famílias que enfrentam problemas que ameaçam a vida. Previnem e aliviam sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais” (OMS, 2017). Os CP 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), tendo como propósito reaver as práticas médicas

no que diz respeito à morte e ao processo de morrer nos hospitais contemporâneos. Seu objetivo basilar, consiste em proporcionar assistência ao enfermo (e a seus próximos) até a sua morte.

O Capítulo sobre CP amplia a autonomia dos pacientes terminais e crônicos na sua relação com o médico e determina que paciente deverá consentir ou não com o tratamento indicado, exceto em risco iminente de morte. Consoante a essa diretriz, o médico deverá apresentar todas as possibilidades terapêuticas, cientificamente reconhecidas, e aceitar a escolha do paciente. Destaca-se ainda que na sua atuação junto a pacientes com doenças irreversíveis e terminais - pacientes sem prognóstico - o médico focará na palição necessária, não se estendendo à realização de diagnósticos e terapias onerosas e desconfortáveis em busca de uma improvável cura (BRASIL, 2012).

Nesses pontos, o Código de Ética aproxima-se do que foi 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 consola).

Assim, os médicos e paliativistas deveriam propiciar a seus pacientes uma “boa morte” (MENEZES, 2004), de modo a amenizar dores oriundas de sofrimentos físicos e psicológicos decorrentes da enfermidade e dos procedimentos médicos. O CP defende que a pessoa tenha o controle em seu processo de morrer, bem como seja ativa e atuante nas decisões que dizem respeito a seu tratamento. Nesse sentido, o movimento dos CP sustenta que o óbito ocorra na própria residência do moribundo, em um ambiente próximo a amigos e familiares nos instantes finais de sua existência.

Nesse contexto, tem crescido o interesse pela Tanatologia (palavra derivada do idioma grego *thánatos*, que representa o deus da morte na mitologia grega), 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).

Inserido a essas questões éticas, em tempos de consolidação do modelo biomédico, ele se vê confrontado à prática recomendada de limitar o tratamento, a chamada “Limitação de

Esforço Terapêutico (LET)”. Também conhecida como ortotanásia, ela se destina 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 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).

Por outro lado, a resistência da sociedade diante da morte e sua cobrança para investir em pacientes muito graves (SILVA, QUINTANA e NIETSCHE, 2012) pode levar o profissional médico a se submeter a medidas desproporcionais de investimento ao longo do cuidado, mesmo que contrariando evidências científicas. O profissional pode ser questionado quanto à prática da distanásia (LÔBO MARREIRO, 2013), segundo a qual lhe seriam imputados os danos sofridos pelos pacientes, pois a sustentação artificial obstinada das funções vitais - futilidade terapêutica - pode afetar a dignidade humana (BARUZZI e IKEOKA, 2013). No Brasil, contribuem para isso o desconhecimento e a fragilidade das regulamentações existentes sobre cuidados paliativos e a ortotanásia, que desaconselham o uso de métodos descomedidos de prolongamento da vida, a fim de assegurar uma morte digna ao paciente terminal (BOMTEMPO, 2011).

Como visto, a medicina é uma prática profissional que envolve decisões complexas e aos médicos são conferidas responsabilidades alicerçadas nos liames técnicos, éticos, sociais e morais (AREDES e MODESTO, 2016; MENEZES, 2000). Ao mesmo tempo, a atuação médica sofre interferência de contextos sociais específicos como é o caso de um pronto atendimento. Assume-se como contexto um ambiente de significado, no interior do qual elementos simbólicos se relacionam entre si, e que engloba uma parte da experiência vivida, uma parte construída e outra que é formada pelo ato de relacioná-las (WAGNER, 2010).

3.3 Paradoxos da atuação médica no contexto da urgência e emergência: recursos disponíveis *versus* morte e impossibilidade de cura

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. (CONSORTE, 1983, p.41)

Nos hospitais de urgência e emergência, notam-se os reflexos da criação e desenvolvimento de serviços de alta complexidade destinados aos pacientes graves, do advento de espaços específicos de assistência intensiva – os Centros de Terapia Intensiva (CTI) e, mais recentemente, da implantação do SAMU.

No CTI, pacientes com instabilidade clínica e/ou hemodinâmica, conscientes ou não, demandam aparatos humanos e técnicos e monitoramento constante. Neste local de extrema organização e assepsia, vários profissionais realizam procedimentos, verificam o funcionamento dos aparelhos, discutem os casos com colegas. Esse número maior de funcionários, especialmente enfermeiros, torna a prática mais individualizada, se comparado a outros setores do hospital, mas quanto ao cuidado ao paciente crítico propriamente dito, o olhar do profissional é deslocado para a propedêutica (SILVA E MENEZES, 2015; MENEZES, 2004, 2000).

No que se refere ao SAMU, antes de sua criação, em muitos estados brasileiros os atendimentos de urgência eram direcionados apenas ao Corpo de Bombeiros, considerado única alternativa de atenção pré-hospitalar, restrita à via pública. Essa corporação, carecia de unidades e não conseguia dar uma assistência a esses pacientes de forma adequada (O'DWYER et al., 2017). Assim, a atenção às urgências tornou-se prioridade federal no Brasil, em razão da sobrecarga nos serviços hospitalares. O SAMU foi o primeiro componente da Política Nacional de Atenção às Urgências implantado no país no começo dos anos 2000. Em 2011, a fim de priorizar a integração entre os componentes da atenção às urgências, foi instituída a Rede de Urgência e Emergência (RUE), cujos integrantes assistenciais são: os componentes pré-hospitalares (atenção básica, salas de estabilização, SAMU-192 e Unidade de Pronto Atendimento), o componente hospitalar e a atenção domiciliar (O'DWYER et al., 2017, p. 2).

No contexto da urgência, o tempo e o risco de morte são elementos fundamentais na definição dos desfechos do cuidado.

3.3.1 A possibilidade de morte como a variável que define a prioridade e a eficiência no atendimento: protocolos utilizados no atendimento da emergência

No serviço de pronto socorro, a eficiência do atendimento é garantida quando se consegue evitar a morte do paciente. Em situações de trauma, comum neste contexto de cuidado, a morte é definida como trimodal (ATLS, 2012) e obedece a três picos, a saber:

- 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.

Assim, para diminuir os índices de mortalidade e melhorar o prognóstico de traumatizados graves nesse contexto de atuação, os médicos seguem alguns protocolos específicos. São eles: o Suporte Avançado de Vida no Trauma (SAVT); a Escala de Coma de Glasgow e o Protocolo de Manchester.

O SAVT - ou *ATLS Advanced Trauma Life* (ATLS, 2012) consiste em avaliar as condições do paciente de forma rápida e com acurácia; reanimar e estabilizar pacientes de acordo com prioridades estabelecidas; determinar se essas necessidades excedem os recursos do hospital ou a capacidade dos médicos; preparar adequadamente para transferência *inter* ou intra-hospitalar do paciente; assegurar que o padrão de cuidados não se deteriore em nenhum

momento durante a avaliação, reanimação ou transferência. Tal protocolo obedece a fases que consistem na análise de condições que mais causam óbito no trauma e 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 (ATLS, 2012). Tal critério se constitui a maneira mais eficaz para se evitarem mortes desnecessárias advindas de lesões curáveis (PIRES, 2010).

Trata-se do chamado ABCDE:

- 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;
- b) Em segundo lugar é verificado se a expansibilidade torácica está preservada;
- c) Em terceiro lugar é apurada a circulação e a frequência cardíaca;
- d) Em quarto lugar são realizados exames neurológicos. É analisada a posição dos membros superiores do doente. Esse exame avalia o índice de gravidade acometido, a rotação interna dos membros superiores (descerebrar) indica alto risco para coma profundo e estado avançado de lesão cerebral com déficit neurológico; e
- e) Verifica-se todo o dorso do paciente, ou seja, todas as partes externas do corpo.

O ABCDE 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 (ATLS, 2012).

O segundo tipo de protocolo também utilizado na emergência é a *Escala de Coma de Glasgow*, cujos parâmetros servem para aferição e avaliação do nível de consciência, que definem a maior ou a menor gravidade e risco de morte (ATLS, 2012; KOIZUMI e ARAÚJO, 2005). A Figura 1 apresenta os critérios para realização do teste.

FIGURA 2 - 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

Fonte: KOIZUMI e ARAÚJO, 2005, p.142.

Por fim, o *Protocolo de Manchester*, consiste no critério de seleção que prioriza o atendimento conforme o risco à vida que a doença ou o trauma oferece. Os enfermeiros são os profissionais responsáveis para classificar os pacientes com fitas de cores diferenciadas (FIG. 2) 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 (BRASIL, 2009).

Esse Protocolo se originou na cidade de Manchester, Inglaterra. Sua primeira utilização no Brasil data de 2008, no Estado de Minas Gerais, como ferramenta para ordenar o atendimento, diminuindo o grande volume de pacientes nas portas dos hospitais (BRASIL, 2009). Atualmente, tem sido reconhecido pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Enfermeiros e Ordem dos Médicos como responsável por uma evolução no atendimento aos que recorrem aos serviços de urgência. Nesse sentido, os pacientes não são atendidos pela ordem de chegada, mas em consequência da gravidade do quadro. Ele possibilita uma metodologia científica que classifica o risco de morte para os pacientes que chegam a 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 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 representam o tempo máximo para o atendimento do paciente sem que comprometa sua saúde.

FIGURA 3 - Fitas de Classificação de Risco

Fonte: PROTOCOLO DE MANCHESTER (BRASIL, 2009).

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;
- **Fita de cor laranja:** demanda 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;
- **Fita de cor amarela:** requer atendimento com tolerância de 1 hora, e, nesse caso, as enfermidades são passíveis de espera, como um membro fraturado, vômito constante, dentre outros;
- **Fita de cor verde:** requer atendimento com 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.

É necessário destacar ainda que, no caso específico do pronto socorro, na sua estrutura física os setores de emergência são construídos estrategicamente para acolher o intenso fluxo de pacientes. Tal composição permite a agilidade do atendimento (GIACOMO, 2011).

Assim, o profissional busca a eficiência no atendimento, baseada no modelo biomédico de manutenção da vida. Contudo, a depender da gravidade das lesões, nem a agilidade e eficiência do atendimento de emergência nem todo o aparato propedêutico e terapêutico CTI revelam-se suficientes para impedir a morte (LOWERY e QUEST, 2015; SILVA e RAMOS, 2014; VENKAT, BAKER e SCHEARS, 2014; REYNIERS et al., 2014; FERNANDEZ-PARSONS et al., 2013; SANTOS, AOKI e OLIVEIRA-CARDOSO, 2013; LIMEHOUSE et al., 2012; LEVIN et al., 2010; SALOME, CAVALI e ESPÓSITO, 2009) ou prevenir sequelas crônicas incapacitantes (MARTINS e MELLO, 2014).

3.3.2 As limitações do contexto

O contexto de um hospital de emergência engloba alguns fatores limitantes que dificultam a atuação médica, quais sejam:

- a insuficiência de recursos materiais e de suporte (financeiros, humanos, rede de contrarreferência, alta demanda no serviço⁵);
- o cuidado fragmentado em função das características do serviço (restrição de tempo, qualidade da assistência diminuída - escassez de conhecimento prévio sobre o paciente, a sua família e suas necessidades, relação impessoal e comunicação precária) (MONTEIRO et al., 2015; SILVA e RAMOS, 2014; FERNANDEZ-PARSONS et al., 2013; DELL'ACQUA, TOME e POPIM, 2013; DESLANDES, 2002);
- as dificuldades na relação médico-paciente tendo em vista o perfil institucional de cuidado: atendimentos a suicidas, vítimas de acidentes, indivíduos alcoolizados e agressivos, infratores da lei, morte inesperada e abrupta, falta de relacionamento prévio com a família do paciente, pouca disponibilidade de tempo, dentre outros (LAMBA et al., 2015; REYNIERS et al., 2014; SHOENBERGER et al. 2013; LIMEHOUSE et al., 2012; FORERO et al., 2012). Todas essas variáveis tornam a função de comunicar o óbito uma tarefa complexa para a qual o médico não se vê preparado (STELET, CASTIEL e MORAES, 2017; PITTA, 2016, MONTEIRO et al., 2015; ARIÈS, 2014; SANTOS, AOKI e OLIVEIRA-CARDOSO, 2013; AFONSO e MINAYO, 2013; SANTOS e HORMANEZ, 2013); e ainda,

⁵ Os serviços de emergência, na prática, também atendem a pacientes com queixas típicas da atenção básica, uma das causas da sobrecarga na prestação de cuidados: “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).

- a violência, uma das principais causas de morbimortalidade nos serviços de urgência brasileiros, configura-se um grave problema de saúde pública (MURRAY, CERQUEIRA e KAHN, 2013). Echeverri (1994) classifica a violência em três tipos: violência pessoal (contra si próprio), violência interpessoal (contra outras pessoas) e violência coletiva (intergrupar). Quanto à violência no trânsito, os acidentes mais comuns envolvem motos, atropelamentos e acidentes de carros em rodovia.

Os traumas violentos e os acidentes automobilísticos acarretam a morte de mais de 2,5 milhões de pessoas por ano em todo o mundo. De acordo com o Atlas da Violência de 2018, produzido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), o alarmante número de 62.517 assassinatos cometidos no país em 2016 coloca o Brasil em um patamar 30 vezes maior do que o observado na Europa. Apenas na última década, 553 mil brasileiros perderam a vida por morte violenta, o que representa cerca de 153 mortes por dia (IPEA, 2018).

No pronto atendimento, o pano de fundo é uma atuação profissional mediada por pressões e cobranças, sejam elas do próprio médico, da instituição em que trabalha ou do sistema de saúde. Porém, na relação interpessoal, estão envolvidos o médico, o paciente e a família do paciente, cada qual com suas expectativas diante da possibilidade da morte. Na tomada de decisão sobre a conduta terapêutica, cada um desses atores almeja que os seus anseios sejam compreendidos (DESLANDES, 2002).

Estudos consideram que o médico que atua nesse cenário identifica-se com o perfil organizacional do serviço, sobretudo o pensar e o agir rápido com a finalidade única de salvar vidas. Assim, se por um lado vivencia um trabalho que é emocionante e recompensador, por outro trata-se de um ofício conflitivo, desgastante e estressante (DESLANDES, 2002), pois geralmente, exerce sua função em regime de plantões intensos, muitas vezes associados a outras atividades, como atendimentos ambulatoriais em outros hospitais (LADEIRA, 2010). Embora os serviços de urgência e emergência tenham um caráter multidisciplinar, devido à complexidade dos casos e traumatismos, essa atuação ora promove uma visão mais precisa e integral do estado do paciente, ora mais fragmentada, pois dilui a responsabilidade e dificulta o estabelecimento de vínculos.

A relação do médico com o paciente e com a família (ainda que fugaz) estabelece-se por meio de narrativas que o auxiliam a completar o quebra-cabeça do caso, a fim de consolidar o diagnóstico. Para lançar mão dos recursos, de forma adequada, ele precisa avaliar racionalmente o prognóstico de cada paciente tão logo dá entrada à unidade. Ao mesmo

tempo, está submetido a pressões e aos seus próprios temores, diante da possibilidade de não cura e da morte, ao longo do cuidado (LADEIRA, 2010).

Assim, em casos nos quais o paciente falece, a morte se transfigura na materialização da derrota e do fracasso do médico (PITTA, 2016; MONTEIRO et al., 2015; ARIÈS, 2014; SANTOS, AOKI e OLIVEIRA-CARDOSO, 2013; AFONSO e MINAYO, 2013; SANTOS e HORMANEZ, 2013; KOVÁCS, 2011; MENEZES, 2004; ILLICH, 2003; ARIÈS, 1977). Sob outra perspectiva, a constante e melindrosa relação do médico com os limites da vida e da morte geram no profissional o dilema entre o prolongamento da vida/adiamento da morte, a utilização de todos os recursos técnicos e humanos e, ao mesmo, a aceitação da morte/dúvida sobre a utilização desses recursos (GADAMER, 2006; MENEZES, 2004).

Para Menezes (2004), no mesmo momento em que se evidencia o poder atribuído ao médico - e por extensão a reflexão sobre o seu alcance - emerge a sua fragilidade diante das limitações da técnica. A utilização descomedida das “terapêuticas heroicas” colocou o profissional diante do “caráter exclusivo de sua decisão” (MENEZES, 2004, p.34), com implicações diretas na vida do paciente e de seus próximos.

3.3.3 Sequelas crônicas adquiridas: outro desfecho que contraria os ditames da biomedicina

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).

A relevância da dimensão funcional da saúde apenas recentemente foi incorporada ao sistema de classificações da Organização Mundial da Saúde (OMS), com a publicação da Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) (WHO, 1980) e da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (CIF, 2004). Entende-se como funcionalidade todas as funções do corpo, atividades e participação; enquanto a incapacidade se refere às deficiências e limitações do corpo que implicam em perda funcional (CIF, 2004). A figura a seguir, sumariza as principais características e desdobramentos referentes à funcionalidade e à incapacidade:

FIGURA 4 - Uma visão geral da CIF (2004)

	Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade		Parte 2: Factores Contextuais	
Componentes	Funções e Estruturas do Corpo	Actividades e Participação	Factores Ambientais	Factores Pessoais
Domínios	Funções do Corpo Estruturas do Corpo	Áreas Vitais (tarefas, acções)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
Constructos	Mudança nas funções do corpo (fisiológicas) Mudança nas estruturas do corpo (anatómicas)	Capacidade Execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho/Execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspectos positivos	Integridade funcional e estrutural	Actividades Participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspectos negativos	Deficiência	Limitação da actividade Restrição da participação	Barreiras	Não aplicável
	Incapacidade			

Fonte: CIF, 2004, p.14.

Em conformidade com a definição da CIF (2004), a incapacidade está baseada em uma perspectiva biopsicossocial de compreender a complexidade imbricada aos fatores biológicos e sociais, nas quais o corpo passa a ser considerado tanto como fenômeno biológico, quanto uma produção cultural (SAMPAIO e LUZ, 2009). Considera-se que a gênese da incapacidade está inserida a contextos socioculturais específicos, não se constituindo o resultado de uma condição física de saúde, mas sim a sua relação a diversos fatores - sociais, psicológicos e ambientais. Isso reflete um grande avanço, uma vez que o conceito de incapacidade deixa de ser adotado como uma simples consequência da doença e passa a ser vista como uma classificação que engloba os diversos componentes da saúde (ALVES, LEITE E MACHADO, 2008).

No âmbito da biomedicina, por sua vez, essa condição física fica reduzida a uma doença corporal sendo o foco do cuidado o paciente e não a pessoa, no qual o médico tem a função de corrigir a desordem que desviou o corpo da normalidade (SAMPAIO e LUZ, 2009). Assim, a incapacidade está associada a algum tipo de “anormalidade” existente em um corpo que implica em algum grau de incapacidade ou limitação funcional. Para Foucault (2000), o indivíduo anormal é demarcado socialmente por sua limitação física, o que se desdobra a sua indefinição social como é posto por Le Breton:

É um homem com estatuto intermediário, um homem do meio-termo. O mal-estar que suscita vem igualmente da falta de clareza que cerca sua definição social. (...) Sua humanidade não é posta em questão e, no entanto, ele transgride a ideia habitual de humano. A ambivalência que a sociedade mantém a seu respeito é uma espécie de réplica à ambiguidade da situação, a seu caráter durável e intocável (LE BRETON, 2007, p.75-76)

Como consequência dessa nova condição, o sujeito torna-se oculto e desprovido de direitos fundamentais e elementares, perdendo o direito de ser diferente (DINIZ, BARBOSA e SANTOS, 2009) e, acima de tudo, de ser igual na sua diferença de forma equivalente, o que compromete a sua individualidade, representando assim, um risco para sua existência subjetiva e simbólica.

Nesse contexto, o processo de readaptação do sujeito requer o enfrentamento de vários entraves sociais, como o estigma da doença e, por consequência a incapacidade que pode englobar tanto os aspectos físicos, comportamentais ou morais. O estigma se refere a uma característica pejorativa que desqualifica determinada pessoa ou grupo social, impossibilitando-os a um convívio social pleno (GOFFMAN, 2004).

Sob outra perspectiva, na sociedade ocidental, a ênfase no controle sobre o corpo reforça o estatuto do indivíduo auto-suficiente e dificulta a aceitação das incapacidades quando elas ocorrem (AUBRY, 2008). Diante de um desfecho que contradiz os ditames da biomedicina, o profissional vive o dilema entre ser honesto ou ser agente da esperança (MENEZES, 2014), fonte que nutre uma expectativa otimista diante de um quadro desfavorável (NOGUEIRA FILHO, 2010), e ainda experimenta certa vergonha diante da sua impotência. Seu constrangimento pode ter dois significados: a vergonha sentida e a que é ocultada, não somente dos outros, mas de si mesmo (ELIAS, 1939). A vergonha que é experienciada pelo sujeito encontra seus alicerces na moralidade - as normas idealizadas e impostas pela sociedade.

Em alguns casos, o profissional opta por não revelar o real estado de saúde do paciente a fim de se defender diante de uma incapacidade definitiva, o que revela a sua dificuldade em lidar com as próprias reações e as do paciente. Com essa blindagem, estaria protegendo a si e a seus pacientes (NOGUEIRA FILHO, 2010) das próprias frustrações diante dos limites da Medicina.

Especialmente em um contexto de pronto socorro, os profissionais se empenham em conseguir realizar com êxito o cuidado, como forma de evitar a morte e prevenir incapacidades. No Brasil, estudos sobre incapacidades oriundas de DCNT e traumas

privilegiam questões epidemiológicas, incluindo a caracterização clínica do trauma raquimedular (VASCONCELOS e RIBERTO, 2011), as doenças adquiridas que causam deficiências físicas (SANTOS et al., 2014), as relações entre a qualidade de vida e atividade física de idosos com deficiência (FILHO et al., 2014). Quando realizados na perspectiva qualitativa abordam assuntos vinculados à inclusão da pessoa com deficiência (PASSERINO e PEREIRA, 2014; FIORATI e ELUI, 2015), suas necessidades de saúde (OTHERO e AYRES, 2012), suas condições sociodemográficas (MARIN et al., 2013), ou ainda à deficiência adquirida no trabalho de policiais (LOPES e LEITE, 2015). Porém, não incluem a percepção dos médicos face a sua prática profissional junto a pacientes com deficiências adquiridas.

Na esfera da saúde pública, a incapacidade traz à tona múltiplos componentes em que condições médicas e físicas idênticas podem gerar distintos padrões de incapacidade, a depender do contexto social e cultural em que acontecem (CIF, 2004). Além disso, tipos similares de incapacidade podem emergir conforme a (in)existência de recursos humanos, físicos, financeiros, sociais, o que sugere um componente sociogênico nesta questão (CIF, 2004).

4 - METODOLOGIA

Esta pesquisa parte de uma abordagem antropológica hermenêutica (GEERTZ, 1989), na qual há uma ênfase no significado que os grupos sociais atribuem a determinados fenômenos, levando em consideração o contexto sociocultural. Trata-se de uma análise das relações humanas a partir de um processo de significação imbricado junto às perspectivas individual e coletiva (CORIN et al., 1992).

Seguindo tais orientações, neste trabalho, a etnografia mediou a coleta e a análise dos dados. Sendo a última balizada pelo modelo dos “*signos, significados e ações*” que tem como alicerce a prática etnográfica (CORIN et al., 1992), como será exposto a seguir.

4.1 Quadro teórico

A corrente metodológica dos *signos, significados e ações* tem como fundamento a antropologia interpretativa. Para Geertz (1989), o produto do trabalho antropológico é interpretar as interpretações, é o pensar dos pensamentos do próprio objeto de estudo à procura de uma compreensão dos significados que tais grupos partilham, em outras palavras, seus aspectos culturais. A procura desse significado, por meio dessa ciência interpretativa, explica o conceito semiótico, weberiano, de cultura que compreende o homem como um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, sendo a cultura essas teias e a sua análise (GEERTZ, 1989).

Essas definições serviram de arcabouço para o desenvolvimento de trabalhos na área de antropologia médica norte americana. Por meio da perspectiva hermenêutica (GEERTZ, 1989), foi elaborada uma abordagem de saúde e doença que define uma distinção entre “doença experiência” (*illness*), baseada no processo psicossocial; e “doença processo” (*disease*) que se refere restritamente à patologia biológica. A antropologia médica contribui para uma crítica ao modelo biomédico de saúde, uma vez que ela introduz uma análise compreensiva direcionada para a dinâmica da doença, considerando a interferência da cultura no processo de saúde e doença (KLEINMAN, 1988). De forma complementar, Uchôa e Vidal (1994) sustentam que a abordagem antropológica se faz importante uma vez que propõe uma perspectiva crítica frente ao paradigma epistemológico ocidental que fragmenta a abordagem da doença.

Seguindo essa corrente, todos os elementos que envolvem o processo saúde-doença são tidos como resultado de significados e interpretações que se imbricam aos processos sociais, psicológicos e biológicos. Conjugado a essas questões o modelo desenvolvido por Good (1977) e Good & DelVecchio Good (1980, 1982), referente à análise de redes semânticas (*semantic network analysis*) contribui para a compreensão dos distintos fatores que medeiam a formação das “realidades médicas”. Os autores sustentam que toda prática terapêutica é interpretativa, que se constitui por um trabalho de tradução, de decodificação e de negociação entre distintos sistemas semânticos.

Tais processos de ressignificação da experiência vivida são de acordo com Geertz (1989), espontâneos e inconscientes, de modo que os aspectos semânticos que os organizam formam estruturas consideradas inerentes e naturais por se constituírem fora da consciência e do conhecimento cultural explícito (ALMEIDA, COELHO e PERES, 1999). Dessa forma, a metodologia dos *signos, significados e ações* parte do horizonte pragmático para remontar ao nível semântico: a análise inicia-se pelos comportamentos concretos dos indivíduos, a fim de identificar e compreender as lógicas conceituais agregadas a tais comportamentos, bem como os distintos fatores que os influenciam (CORIN et al., 1992).

Essa orientação metodológica compreende a saúde e a cultura como processos indissociáveis e se baseia na interlocução entre as representações (maneiras de pensar) e o comportamento (maneiras de agir) dos atores para ter acesso às lógicas conceituais intrínsecas que um grupo específico utiliza para compreender o processo saúde-doença (NAPIER et al., 2014; UCHÔA e VIDAL, 1994).

Por sua vez, para Geertz (1989) a análise dos fenômenos sociais também deve ter como base “os fatos concretos, empíricos”, por meio dos quais emergem teorias amplas, objetivos fundamentais do método etnográfico:

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 etnografia é composta por dois momentos: o “estar lá” e o “estar aqui” (GEERTZ, 2005). O primeiro momento diz respeito ao trabalho de campo propriamente dito, o contato com o outro, as observações empíricas, as entrevistas e os demais instrumentos que viabilizam

a análise da temática proposta. Já o segundo momento consiste na tentativa de convencer o leitor, por meio da escrita acadêmica, de que o pesquisador esteve em campo.

Abordagens sobre esses dois momentos também são colocadas por Fabian (2002), que discute a ideia da coetaneidade na prática etnográfica, em que pode ser criado um abismo entre “o interlocutor e o etnógrafo”. Muitas vezes, ao longo do trabalho de campo, etnógrafo e interlocutor estão “no mesmo tempo etnográfico”, ao contrário do que ocorre na escrita do trabalho, no qual há uma distância entre o “outro e o etnógrafo”. É o chamado “estar lá e estar aqui” de Geertz (2005), tempos que não necessariamente são coetâneos.

Além disso, o método etnográfico permite efetivamente entender para além do acesso ao discurso que as entrevistas permitem, por isso ele foi escolhido para esta pesquisa. Por meio dele foi possível identificar e compreender ritos e práticas institucionais que balizam a atuação médica. Segundo Peirano (2003), para definir uma prática ritual é necessário fazer uma análise etnográfica: “apreendida pelo pesquisador em campo junto ao grupo que ele observa” (PEIRANO, 2003, p.9).

Assim, não basta somente ouvir, é preciso descrever as ações dos interlocutores de pesquisa. A observação participante permite 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 a morte de seus pacientes.

Embora os modelos conceituais de sociedade pareçam compor sistemas em equilíbrio, as sociedades reais jamais estarão em equilíbrio. Na prática, compõem-se de uma estrutura dinâmica cujas partes se relacionam, sendo possível manipulá-las para delinear novas relações. Desse modo, os modelos podem servir como ferramentas úteis do antropólogo para o propósito de análise do tipo *como se*, ou seja, conceitos que são tidos *como se* fizessem parte de um sistema em equilíbrio (LEACH, 1995).⁶

Nesse sentido, a pesquisa etnográfica possibilita que a teoria antropológica se desenvolva e se sofisticue ao desafiar os conceitos estabelecidos pelo senso comum e confrontar a teoria que o pesquisador leva para o campo com a observação dos nativos que estuda (PEIRANO, 1995). Cabe ao pesquisador ir a campo tendo consciência da distinção entre a realidade que a pesquisa modela e a realidade vivida como ação, além das diferenças entre as representações e as ações dos sujeitos pesquisados. Vivendo o território de investigação, o resultado do trabalho produzirá sempre outra representação, conforme o modelo construído na tensão entre empiria e teoria. Nesse exercício ocorre a comunicação

⁶ Maiores detalhes ver: *Sistemas políticos da Alta Birmânia* (Leach, 1995) - análise comparativa sobre as populações kachin e chan do nordeste da Birmânia.

entre o conhecimento objetivo e a reflexão subjetiva do pesquisador; enquanto com a escrita, ou seja, a interpretação do que foi visto e ouvido no trabalho de campo, cumpre-se o estágio final da etnografia que, em suma, consiste no “*olhar, ouvir, escrever*”, proposto por Roberto Cardoso de Oliveira (2000).

Essa escrita requer o enfrentamento de vários dilemas inerentes ao percurso do trabalho de campo, quais sejam:

- a autoridade etnográfica ao falar sobre “o outro”;
- a colocação ou não de todas as fissuras envolvidas na pesquisa (conflitos vivenciados em campo, emoções experimentadas no contato com o outro);
- a cautela para que a escrita não se limite ao ponto de vista do antropólogo;
- a utilização de um “filtro ético” ao expor ou não situações comprometedoras sobre as quais os interlocutores não teriam ciência do seu uso;
- a consciência de que a etnografia é sempre limítrofe (não dá para se “apropriar” totalmente do pensamento do grupo estudado) e de que nossos interlocutores tornam-se, de fato, interlocutores, pois podem questionar os resultados da pesquisa.

Tudo isso para possibilitar a escrita de um texto que fale do “encontro” de duas culturas: a do antropólogo e a do interlocutor. O que se coloca em questão é: como fazer da escrita uma versão mais próxima do real vivido em campo, tendo em vista todos esses pontos elencados acima? Mas é justamente - e paradoxalmente - mediado por essas questões que se consolida a pesquisa etnográfica.

4.2 Coleta dos dados

O presente trabalho qualitativo, baseado nos pressupostos da antropologia médica, parte de uma pesquisa maior intitulada “*VIDAS EM RISCO: uma abordagem antropológica sobre as representações da morte entre médicos que trabalham em setores de urgência*”, iniciada em 2012 no curso de Mestrado em Antropologia Social. Trata-se de um estudo etnográfico, baseado em observações empíricas registradas em um diário de campo (direcionadas especialmente ao acompanhamento do fluxo dos pacientes e da rotina do trabalho dos médicos) e entrevistas - guiadas por roteiro semiestruturado (APÊNDICE A) - sobre os ritos e as narrativas médicas diante dos limites da vida e da morte.

O trabalho de campo foi realizado ao longo de 9 meses (entre dezembro de 2012 a agosto de 2013) de investigação no contexto de um hospital público de pronto socorro, com

referência nacional e também na América Latina, por sua excelência e qualificação no atendimento de demandas clínicas e traumatológicas das mais complexas e diversas.

Durante a coleta dos dados, a pesquisadora comparecia ao pronto socorro em turnos diferenciados: ora no plantão de 12 horas diurno, ora no plantão de 12 horas noturno, incluindo finais de semana e datas específicas como Natal, Réveillon, final de campeonato de futebol, manifestações populares, dentre outros. Em algumas situações a pesquisadora permaneceu em plantão de 24 horas, como no Natal e no Réveillon, a fim de investigar contextos distintos. Foram cerca de 8 plantões mensais, o que em 9 meses totalizou uma média de 864 horas de trabalho de campo.

O recurso de se utilizar dados já existentes nesta tese adveio da necessidade de potencializar os vários assuntos tangentes à temática da morte que foi elegida e abordada durante a etnografia e que não puderam ser totalmente esgotados, haja vista a limitação de tempo e de escopo do Mestrado.

Para o Doutorado, o foco foi ampliado para compreender como os médicos na condição de sujeitos culturais orientam o cuidado a pacientes graves com risco de morte e ou sequelas definitivas.

4.3 População de estudo

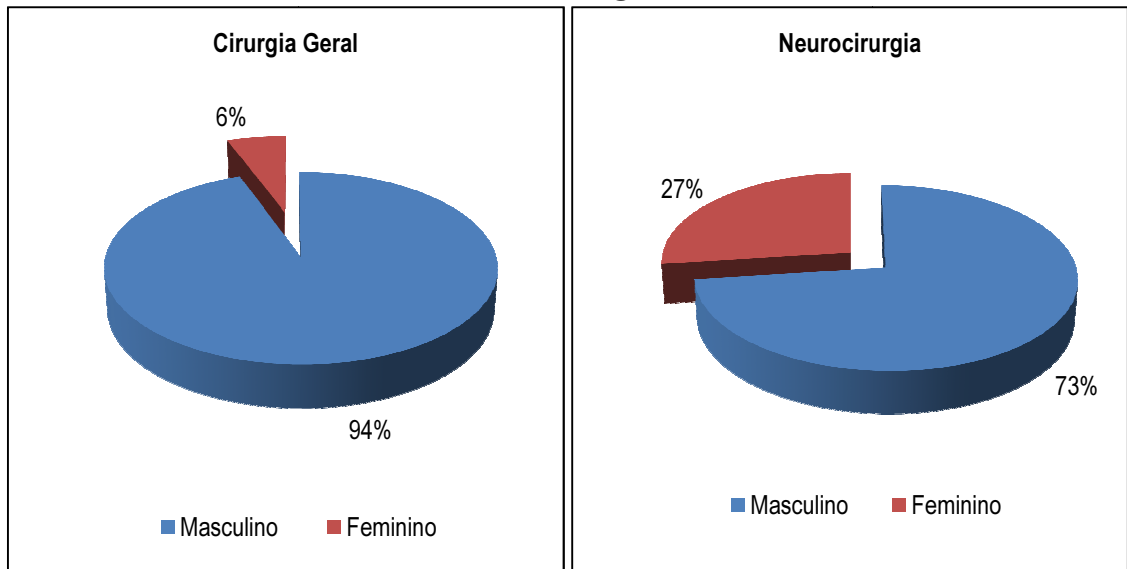
Os entrevistados foram selecionados a partir do método conhecido como “cadeia” ou “bola de neve”, em que um entrevistado sugere outro, por julgar que este tenha depoimentos importantes para a pesquisa (PATTON, 2002). O número final de entrevistados foi determinado por critério de saturação (FONTANELLA et al., 2011).

Foram entrevistados 43 médicos plantonistas que trabalham em setores específicos para pacientes graves com risco de morte ou sequela definitiva. As entrevistas aconteceram no próprio hospital com duração média de 60 minutos. A observação participante se deu durante plantões noturnos e diurnos. Conforme o Apêndice B, todos os informantes possuem especialidade ou residência em alguma área. Além desses também foram entrevistados alguns que eram coordenadores de cada um dos setores investigados, somado a diretores de dois setores fundamentais vinculados ao objeto do estudo, a saber: o diretor da emergência e o diretor do MG Transplantes.

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.

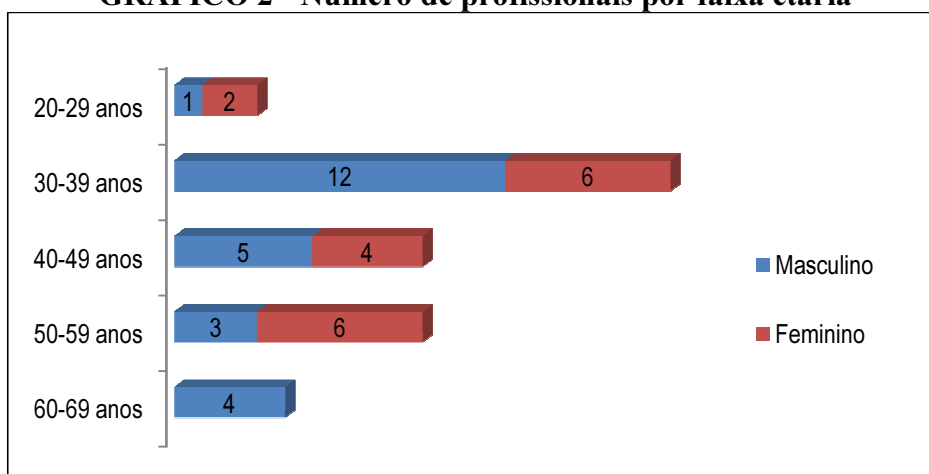
Em seguida vêm egressos das faculdades de Medicina de Barbacena, Ciências Médicas de Pouso Alegre (1) e Universidade Federal de Juiz de Fora (1). Apenas três entrevistados se formaram fora do Estado de Minas Gerais - nas Universidade Federal de Sergipe e de Goiás e na Faculdade de Medicina de Teresópolis.

GRÁFICO 1 - Número de profissionais por especialidade de Cirurgia Geral e Neurocirurgia



Fonte: Dissertação de Mestrado (AREDES, 2014).

Quanto ao sexo, observa-se certo equilíbrio nas especialidades com exceção dos setores de Politraumatizados e Bloco Cirúrgico que concentram mais homens - as equipes 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 1. Isso também ocorre com respeito à equipe de residentes. A neurocirurgia possui seis residentes, todos do sexo masculino, já a cirurgia geral possui dez residentes, sendo oito homens.

GRÁFICO 2 - Número de profissionais por faixa etária

Fonte: Dissertação de Mestrado (AREDES, 2014).

De acordo com o Gráfico 2, evidencia-se que a idade variou de 28 a 69 anos, com maior concentração nas faixas de 30 a e 39 anos, seguidas por 40 a 49 anos e 50 a 59 anos. As menores frequências recaem sobre os extremos: as faixas etárias entre 60-69 anos e entre 20 e 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.

4.4 Área de estudo: dados organizacionais e funcionais sobre o território de observação⁷

Em uma abordagem etnográfica, o território de investigação contempla um espaço físico delimitado, típico e próprio; vestuário e papéis específicos para cada grupo e/ou setor, segundo suas funções; grau de pertencimento e hierarquias; rituais de procedimentos; linguagem; entre outros atributos (MALINOWSKI, 1976). Já em campo, cabe explorar e mapear esse território, pois a própria estrutura física e organizacional apresenta instrumentos e situações relevantes para a condução da etnografia. Para tanto, nessa subseção além de uma descrição do campo de investigação, serão apresentados esquemas explicativos sobre alguns protocolos utilizados na instituição para o paciente grave com risco de morte, em consonância aos objetivos da tese.

Fundada em 4 de abril de 1973, a instituição está localizada no hipercentro da cidade de Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais. Trata-se do principal pronto socorro do estado e um dos maiores no atendimento ao politrauma e a queimados da América Latina. Foi considerado o melhor Pronto Socorro do país segundo pesquisa realizada em 2013 pelo

⁷ Toda a descrição deste tópico está ancorada em dados coletados ao longo da pesquisa de campo.

Ministério da Saúde, entre os hospitais incluídos no Programa SOS Emergências (BRASIL, 2013). À época da coleta dos dados, a instituição hospitalar dispunha de 440 leitos, cerca de 600 médicos e 52 residentes.

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, 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.

A instituição presta atendimento de pronto socorro às vítimas de traumas e doenças súbitas (oriundas de demanda espontânea; resgate pelo SAMU ou eventualmente, pelo serviço de Resgate da Autopista Fernão Dias; corpo de bombeiros ou viaturas policiais) e dispõe de 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, sendo dois leitos reservados para a realização do protocolo de morte encefálica) e UCP (Unidade de Cuidados Progressivos). O hospital contempla as seguintes especialidades: cirurgia geral, clínica médica, pediatria, neurologia, neurocirurgia, ortopedia, cirurgia plástica reparadora, cirurgia e traumatologia bucomaxilofaciais, otorrinolaringologia, medicina intensiva, anestesiologia, cirurgia cardiovascular e oftalmologia. Já os serviços se referem a: endoscopia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia, psicologia, assistência social, imagiologia e toxicologia (ANEXO A).

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 (FIG. 1). 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 para acolher o intenso fluxo de pacientes, principalmente aqueles desembarcados de ambulâncias e demais viaturas de atendimento pré-hospitalar.

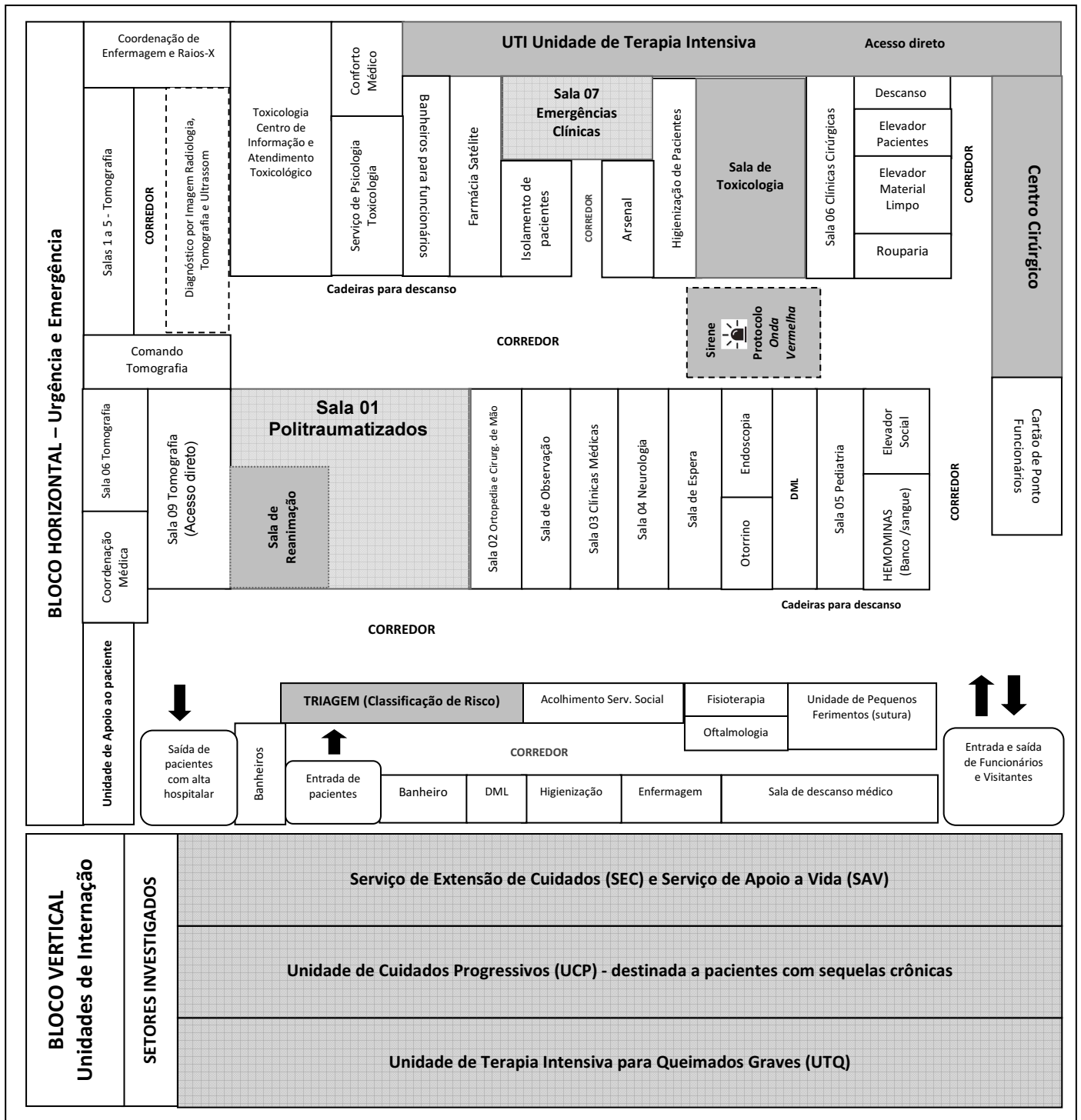
Na Figura 5 estão destacados os espaços de interesse para a pesquisa: locais em que os médicos assistem pacientes graves com risco de morte. Os setores da emergência são divididos em sete salas, segundo o tipo de enfermidade e, conseqüentemente, o tipo de atendimento. Consistem de dois corredores com diversas salas localizadas nos dois lados, bem próximo à sala da triagem visando a facilitar o atendimento, principalmente dos pacientes em

estado grave, que na emergência concentram-se na Sala 1 de Politraumatizados e na Sala 7 de Emergências Clínicas. A Sala de Politraumatizados é a porta de entrada do paciente “polifratado”, “poliperfurado”, “polimachucado”, “poliqueimado”. Esse contexto possui “polissentidos”, variáveis de acordo com as funções da sala e com as percepções de quem observa e de quem é observado. Ali, a luta pela vida se dá de modo intenso, as equipes literalmente correm para assistir um paciente grave que pode morrer de uma forma brutal. Essa morte é muito impactante visualmente, pois muitos pacientes chegam dilacerados, ensanguentados, com as vísceras à mostra. Na Sala 7, profissionais igualmente comprometidos atuam para tratar apenas emergências clínicas e complicações de DCNT (Diário de Campo, 2013).

Além dessas sete salas, há ainda no térreo dois espaços para onde os pacientes podem ser encaminhados, conforme a gravidade do caso - segundo os padrões exigidos em relação à planta física de um hospital de Pronto Socorro -, a saber: CTI e Bloco Cirúrgico - localizado a 30 segundos da Sala de Politrauma.

No bloco vertical concentram-se oito Unidades de Internação, 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, salas de prescrições médicas, quarto de descanso para os profissionais, dentre outros. Além das equipes dos médicos, há outras, como enfermagem, psicologia, fisioterapia, serviço social e nutrição.

FIGURA 5 - Blocos Horizontal e Vertical



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

4.4.1 A triagem e os protocolos utilizados na emergência

A triagem é o ponto de partida para o atendimento emergencial e consiste de uma breve avaliação do estado de saúde do paciente a fim de encaminhá-lo para emergência seguindo um critério de seleção - Protocolo de Manchester⁸ - conforme o risco à vida que a doença ou trauma oferece.

A sala de triagem ou 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 oxímetro (aparelho para medição do nível de oxigênio no sangue), de modo que as informações registradas nos equipamentos possam ser inseridas diretamente ao sistema de informática do hospital.

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 o paciente dá entrada) 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.

Caso o paciente esteja em estado grave e precise de atendimento de emergência, pelo risco iminente de morte, ele é encaminhado diretamente à Sala de Reanimação no Politraumas (Sala 1). O critério técnico utilizado é a Escala de Coma de Glasgow⁹.

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.

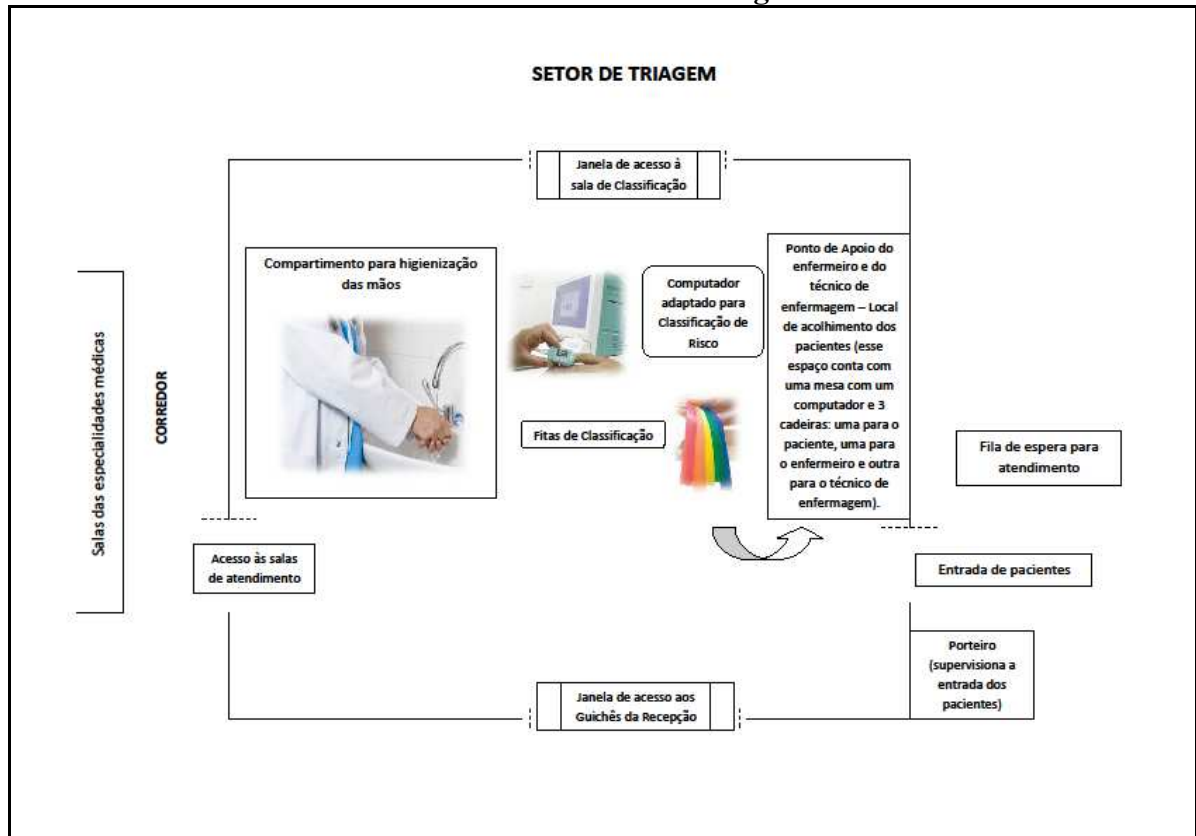
Em situações nas quais o paciente está em condições de falar, ele se dirige à triagem e a enfermeira inicia o atendimento com uma sequência de perguntas, como “*O que aconteceu?*”, “*Há quanto tempo isso aconteceu?*”, “*O que você está sentindo?*”, “*Desmaiou?*”, “*Vomitou?*”, “*Teve perda de consciência?*”, dentre outras. Tais perguntas, baseadas nos relatos subjetivos dos pacientes, são o alicerce para a realização de outros procedimentos, como o emprego do oxímetro, do termômetro e do glicosímetro. A enfermeira

⁸ Ver definição do protocolo na subseção 3.3.1 “*A possibilidade de morte como a variável que define a prioridade e a eficiência no atendimento: protocolos utilizados no atendimento da emergência*”.

⁹ Ver subseção 3.3.1 “*A possibilidade de morte como a variável que define a prioridade e a eficiência no atendimento: protocolos utilizados no atendimento da emergência*”, na qual são definidos os parâmetros utilizados na Escala de Coma de Glasgow.

centra-se na observação dos sinais vitais do paciente, relativos às funções orgânicas principais que mostram o equilíbrio ou desequilíbrio do processo saúde-doença.

FIGURA 6 - Setor de Triage



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

Foi identificado durante a observação participante que, em muitos casos, a triagem só é legitimada diante de constatações técnicas ou da presença do médico. Quando se trata de casos graves trazidos pelo SAMU com acompanhamento médico, o paciente não passa pela triagem da enfermagem, sendo encaminhado diretamente à sala de emergência para atendimento imediato. As medições técnicas e a presença do médico revelam como a maior ou menor proximidade com a morte determina a priorização e o direcionamento do cuidado.

Em casos de pacientes com risco iminente de morte, 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. Em casos de trauma, de imediato é realizado o SAVT¹⁰ (ATLS, 2012). Tudo é realizado muito rapidamente, começando pela colocação de aparelhos para medir sinais vitais, ingestão de drogas, etc. As equipes atuam em

¹⁰ Ver subseção 3.3.1 “A possibilidade de morte como a variável que define a prioridade e a eficiência no atendimento: protocolos utilizados no atendimento da emergência”, na qual são definidos os procedimentos técnicos do SAVT.

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 biombos eram colocados ao redor do paciente.

No que se refere aos protocolos específicos da instituição estudada, destaca-se a Onda Vermelha (FIG. 7). Ela consiste em estabelecer o encaminhamento imediato do paciente ao bloco cirúrgico (localizado a 30 segundos das salas de emergência), onde há reserva de sangue O⁻ (tipo sanguíneo utilizado quando não há tempo hábil para tipagem sanguínea) e estão disponíveis um anestesista e uma sala cirúrgica. Uma vez acionada a campainha da Onda Vermelha, nenhuma ação pode suplantá-la.

FIGURA 7 - Protocolo Onda Vermelha

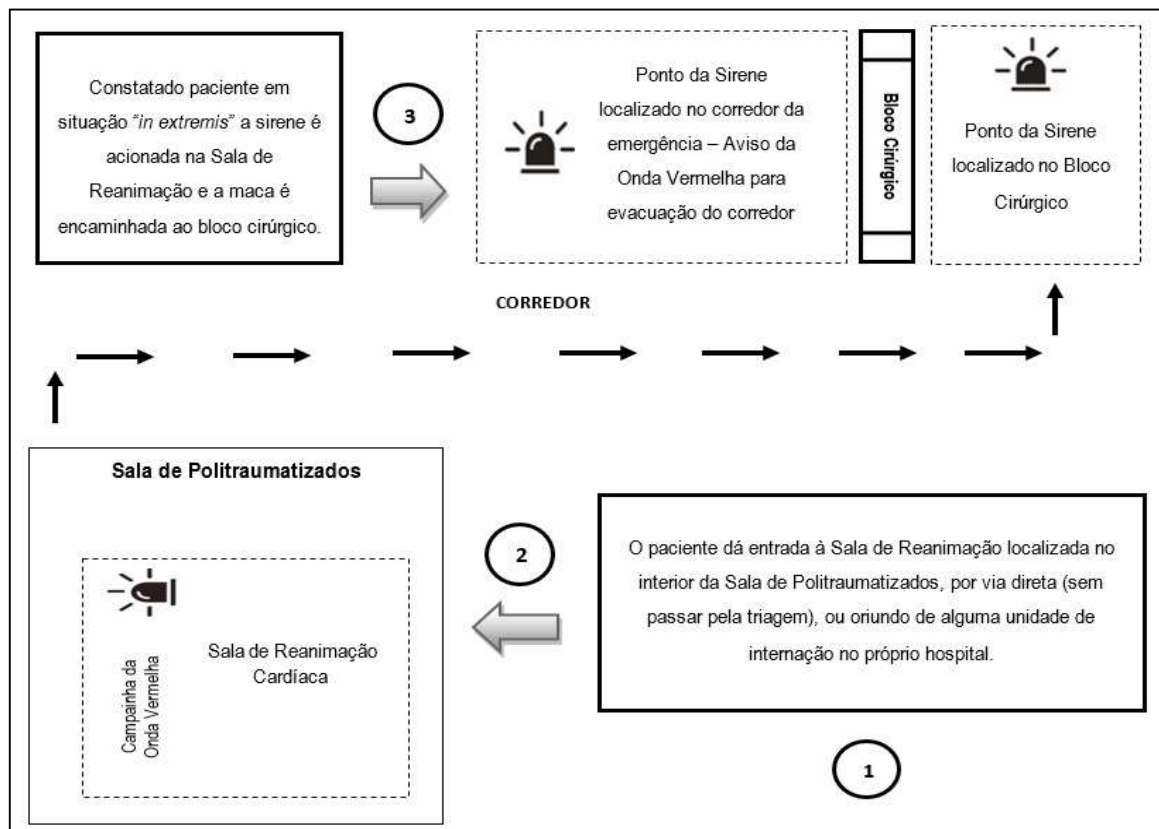


Figura elaborada pela autora

O heliponto (FIG. 8) está reservado para o transporte de pacientes em estado grave, 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. 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, que permite uma sobrevida maior aos doentes graves.

FIGURA 8 - Protocolo Heliponto

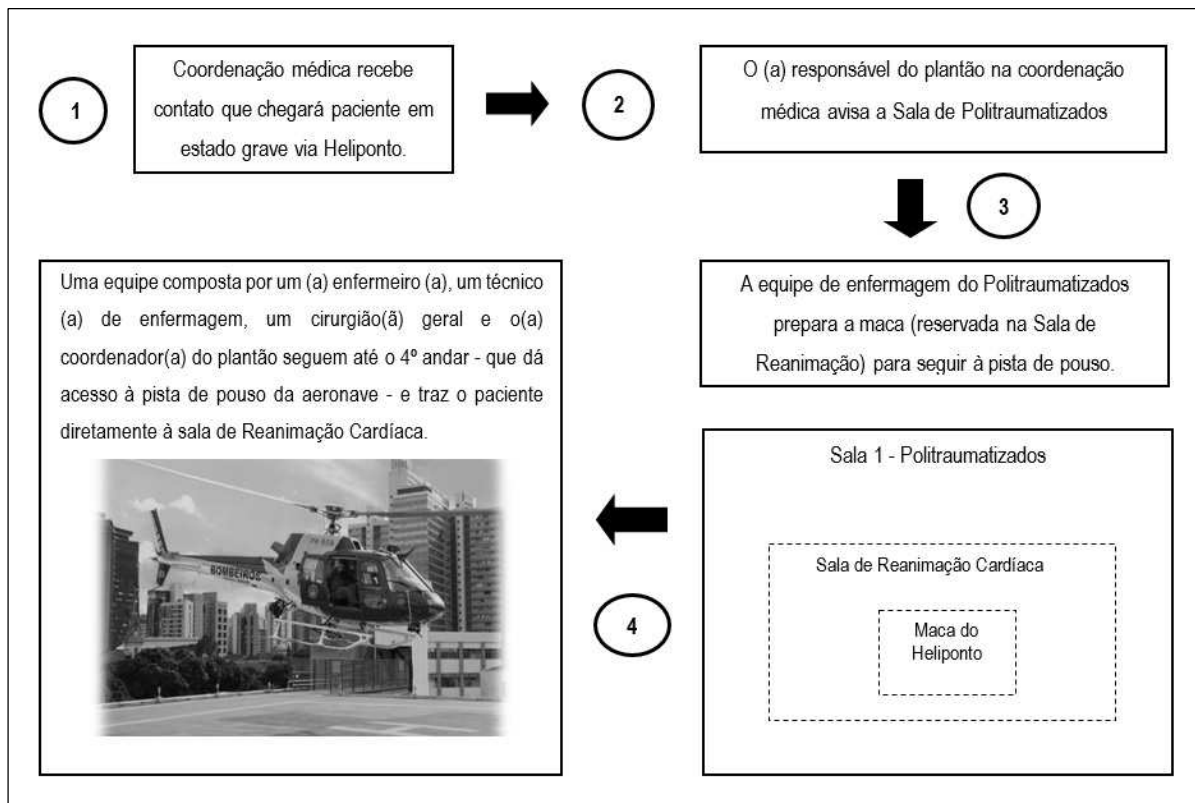


Figura elaborada pela autora (Pesquisa de campo - dezembro 2012)

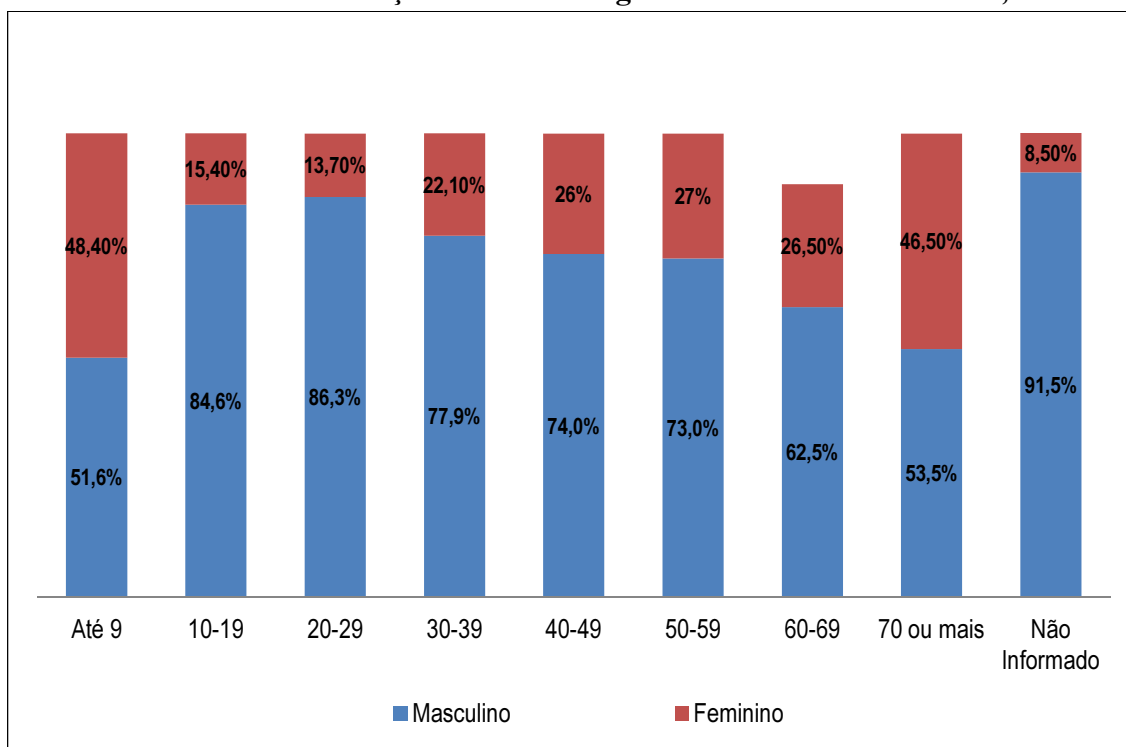
O serviço de atendimento por aeronaves é coordenado pela Central 193, sendo executado pelo Batalhão de Operações Aéreas (BOA) do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais, que possui três aeronaves. O SAMU também atua como um suporte a esse serviço e conta com um médico e um enfermeiro que permanecem de plantão no batalhão em parceria com o Corpo de Bombeiros (Diário de Campo, 2013).

4.4.2 A morte como uma questão de tempo: perfil dos óbitos na instituição

É válido ressaltar alguns dados referentes aos óbitos¹¹ que foram disponibilizados pela instituição e contribuíram para a contextualização do território investigado.

Em 2012,^{12,13} foram registrados 1.160 óbitos, com uma média de 97 óbitos/mês (variando de 90 a 109 óbitos). Do total de óbitos constatados em 2012, 76,5% aconteceram em pessoas abaixo de 70 anos, o que revela um expressivo número de mortes prematuras. A distribuição segundo o sexo e a faixa etária, visualizada no Gráfico 3, demonstra a predominância do sexo masculino em todas as faixas etárias (73%).

GRÁFICO 3 - Distribuição dos óbitos segundo o sexo e a faixa etária, 2012



Fonte: CIHDOTT da instituição.

No que diz respeito à distribuição do número de óbitos classificada por motivo de admissão e sexo¹⁴, apresentada no Gráfico 4, verifica-se que, entre óbitos de homens, a

¹¹ Pela limitação dos dados estatísticos disponibilizados pela instituição, não foi possível conhecer o número de pessoas que deram entrada no hospital. Somente foi possível a contagem bruta do total de óbitos no ano de 2012. Não tivemos acesso à condição de alta dos demais.

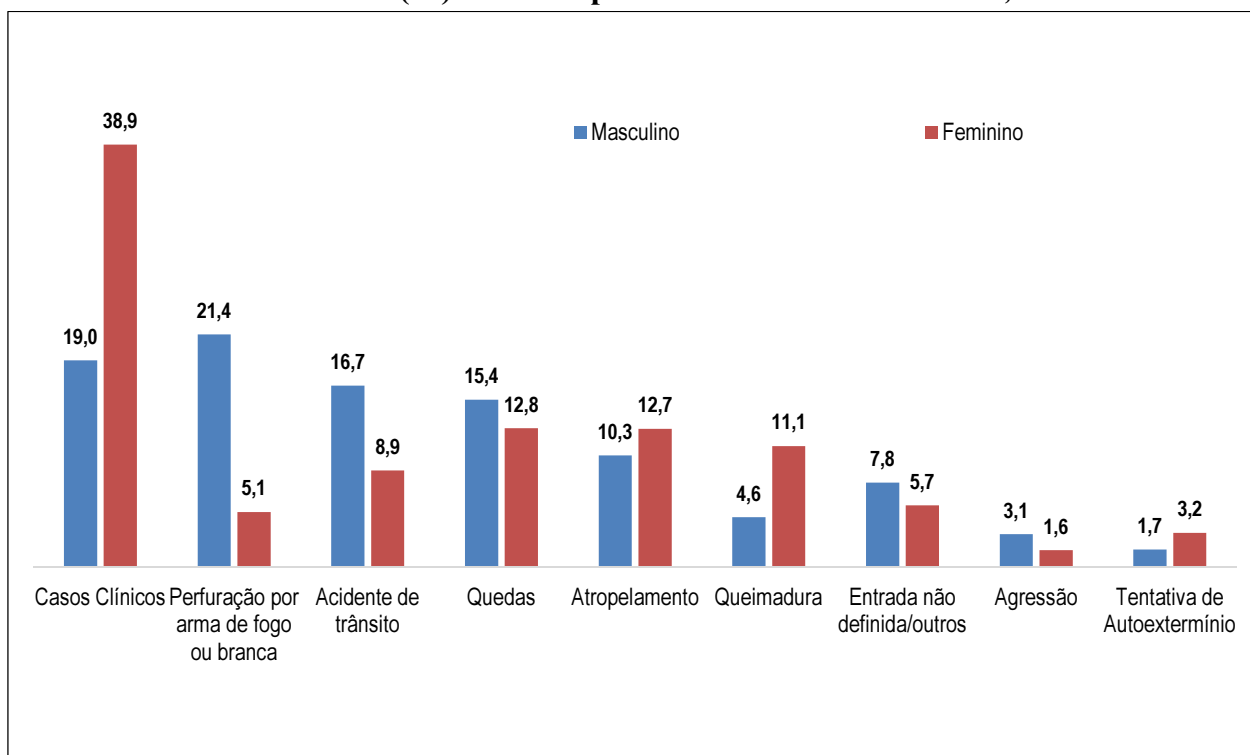
¹² Ano em que se deu o início da coleta dos dados utilizados nesta tese.

¹³ Segundo levantamento estatístico da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT) da instituição referente ao total de óbitos registrados em 2012.

¹⁴ Optou-se por “motivo de admissão” e não causa da morte, porque a maioria dos óbitos é por causas externas e, consequentemente, os corpos são transferidos ao IML para constatação da *causa mortis*.

principal causa de admissão foi “perfuração por arma de fogo ou branca” (21,4%) seguida por “casos clínicos” (19%) e “acidentes de trânsito” (16,7%). Entre óbitos femininos, os casos clínicos (38,9%), as quedas (12,8%) e os atropelamentos (12,7%) foram as causas mais frequentes de admissão.

GRÁFICO 4 - Taxa (%) de óbitos por motivo de admissão e sexo, 2012¹⁵



Fonte: CIHDOTT da instituição.

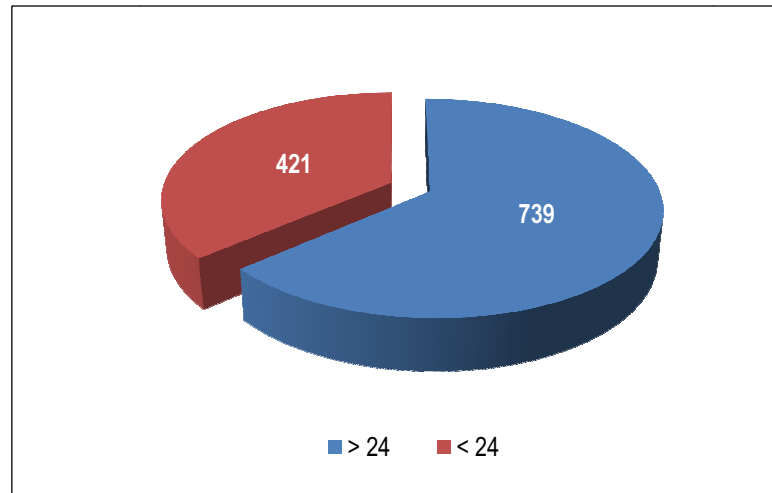
Usualmente, a morte ocorrida numa unidade de urgência e emergência resulta da ocorrência inesperada e súbita de um acidente ou do agravamento de enfermidades graves que requerem pronto atendimento especializado. Entretanto ela não se resume a isso. Há mortes e mortes, desde o morrer mais vagaroso, ao morrer iminente. O evento/incidente que leva um paciente a dar entrada num serviço de urgência e emergência se configura como repentino, enquanto a morte dependerá de outros fatores, como a gravidade e as circunstâncias em que ocorre (AREDES, 2014).

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 5,

¹⁵ Foi inserida 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; colocamos separado para mostrar sua predominância diante dos demais traumas.

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.

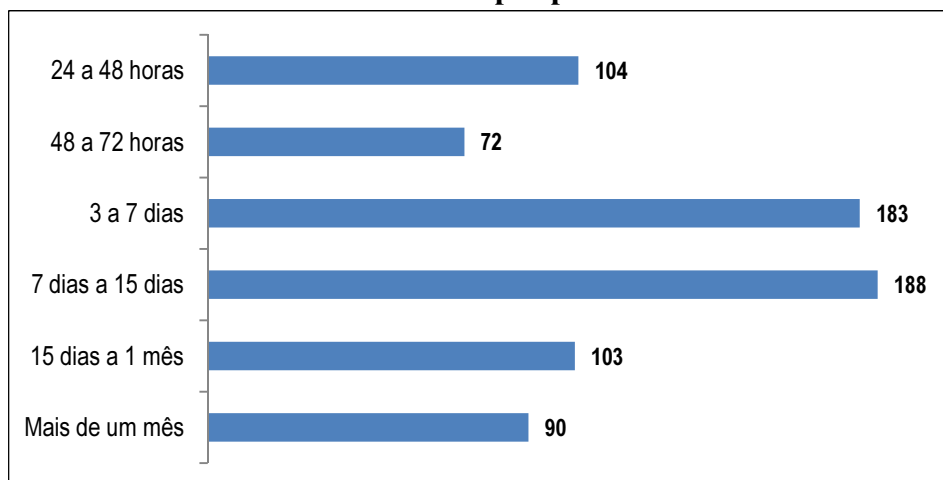
GRÁFICO 5 - Número de óbitos no intervalo de 24 horas de ingresso ao hospital em 2012



Fonte: CIHDOTT da instituição.

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 6. Os óbitos aconteceram predominantemente nas enfermarias de CTI do bloco vertical, como a UCP; o SEC e a UTQ (Unidade de Terapia Intensiva de Queimados Graves).

GRÁFICO 6 - Número de óbitos por período de entrada em 2012



Fonte: CIHDOTT da instituição.

No Gráfico 6, verifica-se o registro de 90 casos em 2012 de pacientes que morreram após internação superior a 1 mês (AREDES, 2014).

Todos esses dados e demais procedimentos e protocolos realizados pelos médicos em relação ao paciente grave com risco de morte compuseram a descrição do território de estudo e constituíram elementos indispensáveis para a análise dos dados, conforme será abordado na próxima subseção.

4.5 Estrutura de análise dos dados

A etapa inicial da metodologia consistiu nessa organização estrutural e funcional do hospital que possibilitou a elaboração de um esquema para o acompanhamento do cuidado médico diante de um paciente grave com risco de morte ou sequelas incuráveis que balizou a análise dos dados. Os médicos foram agrupados conforme setores de atuação em relação a um paciente grave que, por sua vez, foram congregados conforme o contexto de atuação médica.

O esquema apresentado no Quadro 1, sumariza o modelo de classificação adotado para a análise das entrevistas e anotações do diário de campo sobre o cuidado ministrado ao paciente grave que pode resultar em alta hospitalar, óbito ou sequela crônica.

Os diferentes setores foram agrupados em três contextos de atuação, a saber:

- a *porta de entrada* que engloba o bloco horizontal e o heliponto, localizado rente ao 4º andar do edifício e reservado para o transporte aéreo de pacientes em estado grave, com acesso direto à sala de Politrauma e Reanimação Cardíaca;
- o termo *CTI* referindo-se aos setores destinados a pacientes potencialmente recuperáveis, nos quais o investimento médico tem como objetivo uma mudança no prognóstico;
- *crônicos* referindo-se à UCP (Unidade de Cuidados Progressivos) um setor do hospital que embora contemple leitos de CTI possui um propósito singular se comparado aos demais, pois se destina a um paciente já ratificado como sem prognóstico de cura (paciente *crônico-sequelado*), cujo cuidado visa conforto e palição, ante a irreversibilidade do quadro clínico-funcional. O perfil dos pacientes inclui jovens, adultos e idosos que dependem de aparelhos e de cuidados contínuos por uma equipe multidisciplinar.

A divisão foi orientada conforme o território de atuação médica no trato com o paciente grave com risco de morte ou sequelas definitivas: desde o seu ingresso na unidade, até a definição final do prognóstico. Assim, alguns médicos podem atuar em dois territórios, porém com um cuidado dirigido de forma distinta. Os neurocirurgiões, por exemplo, atuam

especialmente na *porta de entrada*, mas também podem ministrar atendimento no setor dos pacientes *crônicos*, caso haja necessidade de cuidados advindos de alguma intercorrência.

QUADRO 1 - Estrutura de análise dos dados: contextos da atuação médica junto a pacientes graves

CONTEXTOS DE ATUAÇÃO MÉDICA	SETORES ENVOLVIDOS E PERFIL DOS CASOS	FUNÇÃO
<i>PORTA DE ENTRADA</i>	Sala de Politrauma e Reanimação Cardíaca (Vítimas de traumas graves)	Restabelecimento vital imediato, a partir da tomada de decisão em tempo hábil, a qual impacta diretamente no desfecho do cuidado.
	Sala 07 - Emergências Clínicas (Intoxicações, descompensações clínicas e infecções generalizadas)	
	Bloco Cirúrgico e Sala de Recuperação Pós-Anestésica (Casos clínicos, traumáticos ou situação “ <i>in extremis</i> ” - vítima de trauma que possivelmente sofrerá uma parada cardíaca iminente)	
<i>CTI</i>	UTI Geral	Leitos de CTI para todos os pacientes potencialmente recuperáveis, nos quais o investimento médico tem como objetivo intervir no prognóstico.
	SEC – Serviço de Extensão de Cuidados	
	UTQ – Unidade de Terapia Intensiva para o Queimado Grave	
<i>UNIDADE DE CRÔNICOS</i>	UCP – Unidade de Cuidados Progressivos	Leitos de CTI para pacientes sem prognóstico de cura (definidos pela instituição como <i>crônico-sequelados</i>), cujo cuidado visa conforto e palição.

Fonte: Figura elaborada pela autora.

4.6 Aspectos éticos

Esse estudo parte de um projeto maior, intitulado “*VIDAS EM RISCO: uma abordagem antropológica sobre as representações da morte entre médicos que trabalham em*

setores de urgência”, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 03751612.0.0000.5149), juntamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (Registro CEP/ADC/FHEMIG: 022/2012 – SIPRO: 29128/2012-7). Ver Anexos B, C, D e E. A pesquisa está em acordo com a Resolução nº196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Para assegurar o anonimato, os entrevistados foram identificados, respectivamente, pela ordem da entrevista, pela especialidade médica e pelo sexo (F para feminino, M para masculino).

5 RESULTADOS

Os resultados desta tese serão apresentados no formato de dois artigos já publicados, quais sejam: “*Reflexões sobre um fazer etnográfico no Pronto Socorro*”, “*O médico diante da morte no Pronto Socorro*”. E ainda, dois artigos aceitos para publicação, intitulados: “*A práxis médica no Pronto Atendimento diante do paciente com sequelas crônicas: culpa, temor e compaixão*” e “*A morte que pode salvar vidas: complexidades do cuidado médico ao paciente com suspeita de morte encefálica*”.

5.1 Artigo 1 - Reflexões sobre um fazer etnográfico no Pronto Socorro

Artigo publicado na Revista Cadernos de Saúde Pública.

Recebido em: 06/Jul/2016

Aprovado em: 04/Nov/2016

Como citar: AREDES, JS; FIRMO, JOA; LEIBING, A; GIACOMIN, KC. Reflexões sobre um fazer etnográfico no pronto-socorro. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017; 33(9): e00118016.

Resumo:

A etnografia é o método de investigação por excelência da Antropologia. De ampla abrangência, ela permite o uso de várias técnicas na coleta de dados e incorpora na análise elementos observados e obtidos no campo. Na Saúde Coletiva, pode contribuir na compreensão do processo saúde-doença, dos valores e das atitudes de profissionais e de pacientes em diferentes contextos de cuidado. O objetivo deste artigo é apresentar e discutir o método etnográfico a partir de uma pesquisa empírica sobre a atuação médica hospitalar diante dos limites da vida e da morte. A coleta de dados deu-se ao longo de 9 meses de observação participante e de entrevistas junto a 43 médicos, 25 homens e 18 mulheres, de 28 a 69 anos, que assistem pacientes com risco de morte, em setores distintos de um hospital metropolitano de pronto atendimento. Na fase de escrita, os diversos aspectos sociais e culturais - experienciados pelo pesquisador e obtidos junto aos interlocutores no campo - amalgamam uma *descrição densa* desta etnografia hospitalar.

Palavras-chave: Etnografia. Hospital. Morte. Prática Médica.

Reflections on the *métier* ethnographic in the Emergency Room

Abstract: Ethnography is a anthropology research method *par excellence*. Broad scope, it allows the use of various techniques to collect data and incorporates elements observed and obtained in the field in the analysis. In public health, can contribute to the understanding of the health-disease, values and attitudes of professionals and patients in different care settings. The purpose of this article is to present and discuss the ethnographic method from an empirical research on the hospital medical action on the boundaries of life and death. Data collection took place over 9 months of participant observation and interviews with 43 doctors, 25 men and 18 women from 28 to 69, who attend patients at risk of death in different of a metropolitan hospital sectors emergency care. In the writing phase, the various social and cultural aspects - experienced by the researcher and obtained from the partners in the field - amalgamate a *dense description* of this hospital ethnography.

Keywords: Ethnography. Hospital. Death. Medical practice.

Reflexiones sobre un hacer etnográfico en la sala de emergencias

Resumen: La etnografía es un método de investigación de *excelencia* de la antropología. Alcance amplio, se permite el uso de varias técnicas para recoger datos e incorpora elementos observados y obtenidos en el campo en el análisis. En materia de salud pública, puede contribuir a la comprensión de la enfermedad con la salud, los valores y las actitudes de los profesionales y los pacientes en diferentes entornos de atención. El propósito de este artículo es presentar y discutir el método etnográfico de una investigación empírica sobre la acción médica hospitalaria en los límites de la vida y la muerte. La recolección de datos se llevó a cabo más de 9 meses de observación participante y entrevistas con 43 médicos, 25 hombres y 18 mujeres de 28 a 69, que asisten a los pacientes en riesgo de muerte en los diferentes sectores de un hospital metropolitano atención de emergencia. En la fase de escritura, los diversos aspectos sociales y culturales - experimentadas por el investigador y obtenidos a partir de los socios en el campo - amalgaman una *descripción densa* de esta etnografía hospitalaria.

Palabras clave: Etnografía. Hospital. Muerte. La práctica médica.

1 - Introdução

A intercessão entre as ciências sociais com a saúde coletiva/pública é profícua e desejável.¹ Na abordagem dos fenômenos de interesse da saúde, a pesquisa qualitativa explora os aspectos que sustentam as relações, os motivos, os valores e as atitudes dos sujeitos, que

participam da gênese das enfermidades, das maneiras como lidam com elas,^{1,2} bem como do seu cuidado. Assume-se cuidado³ como um modo de compreender o comportamento humano que deve ser analisado de forma relacional às experiências dos sujeitos. Trata-se de uma atenção à saúde voltada para o significado da experiência do adoecimento - físico ou mental -, que também vincula-se às práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde.³

Dentre os métodos qualitativos, a etnografia sobressai por sua abrangência, diversidade de formatos (auto-etnografia, meta-etnografia, mini-etnografia, etnografia em multi-sítios, entre outros), e uso de variadas técnicas (entrevistas, observação participante, meios documentais e visuais, entre outros) na coleta dos dados empíricos. E, na etapa de análise, pode incorporar novos elementos observados e ou obtidos no campo.⁴

No início do século XX, a Antropologia transfere seu foco tradicional da análise cultural de sociedades exóticas para a compreensão da cultura de pertença do pesquisador. Esta apropriação do método etnográfico por uma multiplicidade de objetos e populações de estudo, cada vez mais próximas do investigador, torna ainda mais complexa a tarefa de compreender a diversidade humana como culturas independentes e delimitadas.⁵

Em sociedades imersas em um mundo ambíguo e multivocal, o “fazer etnográfico” observa *in loco* o contexto para tentar compreender seus significados – manifestos e latentes – expressos em falas, silêncios, gestos e ações dos múltiplos atores sociais que o constituem.⁶ Assume-se como contexto um ambiente de significado, no interior do qual elementos simbólicos se relacionam entre si, e integram uma parte da experiência vivida, uma parte construída e outra que é formada pelo ato de relacioná-las.⁷

Assim, a utilização do método etnográfico no contexto da saúde pressupõe lidar com questões metodológicas centrais que incluem a definição de limites éticos, a reflexão sobre o objeto e os próprios instrumentos de investigação aplicados.⁴ Ao voltar do trabalho de campo, procura-se transmitir no texto todos os interstícios experienciados, sobretudo as fissuras do contato entre pesquisador e interlocutor. Porém, caso não haja respeito aos pressupostos etnográficos e ou uma revisão bibliográfica apurada, dada a potencialidade e amplitude do método, corre-se o risco de sua incorporação inadequada, abrupta e inconsistente.

Obviamente não se trata aqui da primeira reflexão sobre este método para a pesquisa na saúde^{4,8,9,10}. Lambert e McKevitt (2002:212)⁹ sugerem que nos dados etnográficos em profundidade: “insights derivam de examinar a natureza e os significados de categorias aparentemente familiares – por exemplo, terminologias clínicas, ou construtos de serviços de saúde, tais como a ‘satisfação do paciente’ –, bem como de investigar como e por que tais

categorias são construídas e sustentadas”. Tudo isso sem desmerecer os limites éticos para não expor demais o outro nem o próprio pesquisador.

No âmbito da Saúde Coletiva, raras são as etnografias internacionais^{11,12} e nacionais^{8,13,14} sobre um contexto muito relevante: o da urgência e emergência. Este artigo busca apresentar e discutir o método etnográfico a partir de uma investigação empírica realizada em um pronto atendimento metropolitano. A apresentação dos processos da pesquisa, seu contexto, suas inflexões^{4,15,16} e da construção do texto orientado para as etapas, especificidades e pressupostos de uma etnografia, bem como a reflexão acerca de sua densidade teórica, ilustram algumas das potencialidades e dos limites do método.

2 - Metodologia

Trata-se de uma etnografia hospitalar sobre a atuação médica diante dos limites da vida e da morte e como se reflete na prestação de cuidados.

2.1 Área e população de estudo

O território escolhido é o maior pronto socorro de uma metrópole brasileira, de reconhecida excelência em traumas e agravos clínicos dos mais complexos, no Brasil e na América Latina. Situado no hipercentro de Belo Horizonte e habilitado como Referência em Alta Complexidade Traumato-Ortopédica, configura-se como instituição de ensino, pesquisa e formação de médicos.¹⁷

A instituição dispõe de 440 leitos e demais dependências, onde cerca de 600 médicos e 52 residentes trabalham para atender intenso fluxo de pacientes, em dois blocos: um horizontal, com todas as salas de emergência, e outro vertical com as enfermarias de internação. A triagem é o ponto de partida para o atendimento emergencial e consiste na breve avaliação do estado de saúde do paciente conforme o risco à vida que a doença ou o trauma oferece.¹⁸

A população de estudo foi constituída por 43 médicos plantonistas de diferentes especialidades, sendo 25 homens e 18 mulheres, entre 28 e 69 anos, que assistem pacientes com risco de morte, em setores distintos do hospital.

2.2 Coleta e análise dos dados

Os dados foram coletados entre dezembro de 2012 e agosto de 2013. Além da observação participante foram realizadas e gravadas entrevistas guiadas por roteiro

semiestruturado no próprio hospital. Os participantes foram selecionados a partir do método conhecido como “bola de neve”, em que um entrevistado sugere outro, por julgar que este tenha depoimentos relevantes para a pesquisa.¹⁹ O número final de entrevistas foi regulado pelo critério de saturação.²⁰

Para a análise dos dados optou-se pela antropologia interpretativa⁶ que permite revelar os processos pelos quais objetos culturais são construídos e reconhecidos como significativos.

2.3 Aspectos Éticos

A pesquisa está em acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Aprovada pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 03751612.0.0000.5149) e da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (CEP/ADC/FHEMIG: 022/2012 – SIPRO: 29128/2012-7).

3 - Resultados e Discussão

Didaticamente, esta experiência etnográfica será apresentada em momentos não necessariamente coetâneos: “*o estar lá*” (o contato, a imersão no campo) e “*o estar aqui*” (a elaboração de um texto científico que traduz a aplicabilidade da pesquisa a partir do trabalho empírico) que compõem a descrição densa^{6,21} (Quadro 1).

Quadro 1 – Etapas do “fazer etnográfico”

“ESTAR LÁ”	“ESTAR AQUI”
Estabelecimento do “pacto etnográfico” ponderando os limites ditados pelo interlocutor.	Cumprimento ético do “pacto etnográfico” na escrita.
Imersão do pesquisador.	Distanciamento do pesquisador.
Identificação de terminologias específicas ao grupo.	Interpretação minuciosa do fluxo do sistema cultural.
Observação atenta do fenômeno investigado.	Organização dos dados ordinários e identificação dos “ <i>imponderáveis da vida real</i> ”.
Utilização de técnicas de coleta de dados: observação, entrevistas, mapeamentos físicos – sistematizadas no diário de campo.	Análise sobre o dito e o observado traduzida em uma escrita acadêmica.
“DESCRIÇÃO DENSA” “Encontros e desencontros”	

Quadro elaborado pelas autoras, inspirado nos estudos de Malinowski (1976), Geertz (1989; 2005) e Clifford (1998).

A - O “estar lá”: a mobilização dos sentidos para o olhar e a escuta atenta

Nesta etnografia, o “*estar lá*” se deu durante nove meses, entre plantões noturnos e diurnos. Contudo a qualidade do trabalho não depende da duração cronológica do trabalho de campo e sim da habilidade do autor para demonstrar - de forma sistemática, plausível e convincente - em seu material empírico o ato de ter penetrado e ter sido penetrado pela cultura do outro.⁶

Assim, o ingresso no campo de pesquisa configura-se um momento envolto de significados sutis, cabendo ao pesquisador ter cuidado e empatia.⁴ Nesta etapa acontece o contato entre investigador e interlocutor mediado pelo “pacto etnográfico”, em respeito aos limites que o pesquisado impõe - por exemplo, não querer falar sobre determinado assunto - sem, contudo, deixar de observar fatos relevantes ao objeto do estudo. O mapeamento de espaços físicos, a observação, a utilização de entrevistas e ou de outros instrumentos de mediação, compõem dados sobre elementos que à força da repetição são tomados como algo “normal e típico”²² para os nativos. Também são perscrutados os conflitos, emoções e barreiras éticas, limitantes da “autoridade etnográfica”.²³

Encontros e desencontros se fazem presentes ao longo da *experiência* de campo - aqui ancorada a Clifford,⁵ que a conceitua como um termo ambíguo: ora enquanto uma presença participativa, mediada por uma relação de sensibilidade junto ao grupo ou indivíduo estudado; ora como um conhecimento que se acumula e se aprofunda.

O contato entre dois mundos: explorando o território de investigação

Nesta experiência, até a aprovação do projeto em todas as instâncias do hospital foram consumidos sete meses. Na percepção dos médicos, o cumprimento rigoroso dos procedimentos favoreceu a atuação etnográfica e conferiu credibilidade ao trabalho.

Em uma etnografia, o território de investigação contempla um espaço físico delimitado, típico e próprio; vestuário e papéis específicos para cada grupo e/ou setor, segundo suas funções; grau de pertencimento e hierarquias; rituais de procedimentos; linguagem; entre outros atributos.²²

O mapeamento do território possibilitou delimitar os espaços de interesse - locais que os médicos assistem pacientes graves com risco de morte, e conhecer alguns dos protocolos

utilizados na instituição para o paciente grave. Nesta etapa também aconteceu a exploração da estrutura física e organizacional da instituição.

No hospital, a chegada de uma antropóloga gerou curiosidade. O primeiro médico que lhe foi apresentado interpelou-a: “*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 está querendo matar alguém?* (risos)”. Com essas palavras desconcertantes de acolhida, o profissional externou sua dificuldade em entender por que alguém se interessava por compreender a morte.

Muitos médicos diziam: “*Que legal! Nunca conheci uma antropóloga. Me conte um pouco sobre a profissão*”. A maioria ligava a Antropologia a grupos indígenas, sociedades tradicionais, pois etnografias urbanas ainda surpreendem e expõem a complexidade e a heterogeneidade dos grandes centros contemporâneos que introduzem novas dimensões na experiência e comportamento humanos.²⁴

Alguns médicos brincavam: “*Sai pra lá... Você quer matar meu paciente...* (risos)”. Um residente em especial sempre perguntava em tom jocoso: “*Muitas mortes hoje?* (risos)”. Outro profissional alertava: “*Você vai ver muito o que está querendo, está no lugar certo...*”, “*Coitadinha... será que você vai dar conta desse cenário?*”. No campo, a pesquisadora recebeu vários apelidos. Um profissional, encantado pela excentricidade da Antropologia, pesquisou e começou a chamá-la de “*Papua Nova Guiné*” - remetendo a Malinowski, expoente dessa ciência. “*Dra. Morte*”, “*Dama da Morte*”, “*Papa Defunto*”, inicialmente interpretados como tentativas de quebrar a cerimônia, talvez fossem uma maneira velada de demonstrar os incômodos do serviço frente à temática investigada. Assim, para reduzir o estranhamento das equipes, a pesquisadora apropriou-se do comportamento dos observados e também passou a utilizar de um eufemismo para se referir ao seu tema de interesse: “*paciente grave com risco de morte*”.

Durante a observação, ficou evidente a intensidade do ritmo de atuação de todos que trabalham no Pronto Atendimento. No diário de campo, há o registro do Protocolo “*Onda Vermelha*” (encaminhamento imediato do paciente com risco iminente de morte ao bloco cirúrgico):

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 adrenalina não só para quem vê como para os profissionais ali envolvidos. É um corre-corre em prol da vida (...). Tudo é realizado muito rápido e de forma intensa, uma orquestração de manobras, em que cada profissional sabe exatamente o que fazer (Diário de Campo, 2013).

No primeiro plantão noturno, dois enfermeiros empurravam rapidamente uma maca em direção à Sala de Reanimação falando à equipe: “*É PAF, É PAF!!*”. Completamente perdida, a última coisa que ocorreu à pesquisadora foi que “*PAF*” era como se referiam a um ferimento provocado por arma de fogo.

Assim, outro desafio foi compreender a linguagem dos profissionais de saúde, composta por códigos e significados específicos à dinâmica hospitalar. Foi necessário realizar uma análise da conversação – estruturas e propriedades formais da linguagem, mediada por padrões²⁵ restritos a um grupo específico que, entre si, não precisam ser explicados. Essa linguagem, longe de ser simplesmente um jargão, ao mesmo tempo abrevia, especifica e define os termos, reduzindo as margens para desentendimento (Quadro 2).

Era frequente, durante os plantões, ouvir frases como: “*Ele está chocado*”; “*Ela sofreu duas PCRs e um TCE*”; “*Ele parou! Punciona noradrenalina!*”; “*Isso é ‘crise conversiva’, ela não está passando mal*”, dentre outros padrões.

Ao contrário de outros contextos etnográficos, nos quais o pesquisador se posiciona apenas como observador; em uma etnografia urbana,²⁴ ele permanece diluído entre seus interlocutores de pesquisa. Usar jaleco branco de manga comprida, calçado fechado e crachá de identificação funciona como um dispositivo para entrar e circular no hospital. Quando transitava sem essa indumentária, a antropóloga era vista como uma pessoa estranha: “*Está procurando alguém?*”, “*É parente de algum paciente?*”, “*Aqui não pode ficar acompanhante*”. À semelhança da experiência narrada por Chazan,²⁶ o jaleco representava um símbolo tão potente de pertencimento ao grupo dos médicos que, por vezes, a pesquisadora chegou a ser confundida com um deles: “*Bom dia, Dra.!*”, “*Parece que o plantão será tranquilo*”.

Quadro 2 – Síntese dos padrões utilizados no Pronto Socorro

Padrões	Significado
<i>Autoextermínio</i>	Suicídio
<i>Chocado</i>	Condição hemodinâmica em que há uma má perfusão tecidual, de forma que o oxigênio não consegue atingir os tecidos.
<i>Crise conversiva</i>	Refere-se ao quadro do paciente com interesse secundário na consulta ao médico, tais como: pedir atestado, chamar a atenção de alguém, dentre outros. Ele se contrapõe ao termo neurológico “crise convulsiva” quando a pessoa tem uma crise epiléptica verdadeira.
<i>LET</i>	Limitação de Esforço Terapêutico

<i>PAF</i>	Perfuração por arma de fogo.
<i>PAB</i>	Perfuração por arma branca.
<i>PCR</i>	Parada Cardiorrespiratória.
<i>Paciente Parado</i>	Aquele paciente que sofreu parada respiratória e cardiorrespiratória (e vice-versa).
<i>Prognóstico Reservado</i>	Casos em que não há mais o que fazer para reverter o quadro clínico.
<i>Prognóstico Sombrio</i>	Casos em que não há mais o que fazer para reverter o quadro clínico.
<i>Rebaixado</i>	Paciente com o nível de consciência baixo.
<i>Reflexo de Lázaro</i>	Reflexo medular em pacientes com morte encefálica.
<i>Ressuscitação</i>	Reanimação cardíaca para o paciente em parada cardiorrespiratória.
<i>TCE</i>	Traumatismo Crânio-Encefálico.

Confusão também favorecida por se tratar de pessoa branca, com idade próxima à de alunos em formação acadêmica, sempre inserida no grupo de médicos, e que, em certos momentos, participava empurrando macas, chamando funcionários, apanhando objetos, discutindo casos clínicos. Da mesma forma, Mol²⁷ foi bem aceita pelas equipes dos hospitais que investigava. Para Bonet,²⁸ o trabalho de campo torna-se um misto de “participação observante e observação participante”, pois, durante a coleta de dados, antropólogos entram e saem de cena para observar tudo, apreender e aprender sobre seu objeto de estudo.

Essa imersão oportunizou acessar a prática profissional dos médicos e sua relação com os limites vida x morte. Tenta-se fazer uma etnografia do “encontro” entre a cultura etnografada e a cultura do etnógrafo:¹⁵ durante o “fazer etnográfico” o antropólogo entra noutra cultura, sem deixar de pertencer à sua, tornando-se assim, um indivíduo duplamente marginal que vive simultaneamente em dois mundos mentais distintos.²⁹ Na interlocução entre os universos ético e êmico, um observador de fora (*outsider*) utiliza dos instrumentos éticos da própria cultura para ver o outro eticamente, sem, contudo, se tornar um deles.

Quanto às entrevistas, pretendia-se realizá-las no horário de almoço ou em outro período de descanso dos médicos, mas o ritmo incessante de trabalho dos pesquisados e a dinâmica dos setores não o permitiram. Pela menor possibilidade de interrupção foram realizadas em salas de descanso dos médicos ou excepcionalmente, quando a demanda era intensa, na própria sala de emergência. Como o tempo livre era escasso, a princípio, os

médicos ficavam ansiosos quanto à duração da entrevista, mas a maioria excedeu o limite previsto de 25 a 30 minutos e algumas ultrapassaram uma hora.

Alguns médicos ofereceram mais resistência do que outros e indagavam: “*Vai demorar muito? Tenho que evoluir um paciente e fazer uma internação*”. Contudo, durante a gravação, empolgavam-se, falavam muito e alertados sobre o tempo respondiam: “*vamos continuar, ainda dá tempo para terminar o meu trabalho, fique tranquila*”.

Contrapondo-se ao desconforto inicial, os interlocutores descobriam grande interesse em participar: “*Finalmente alguém preocupado com nós médicos! Quase ninguém dá atenção para gente... muito menos fazem pesquisa sobre a nossa categoria...*”. Uma entrevistada reconheceu: “*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*”. Entrevistas fazem o interlocutor pensar sobre questões do cotidiano sobre as quais não costuma refletir, e como numa catarse se sente afetado pelos assuntos abordados. Trata-se de uma autoanálise,³⁰ uma fala que expressa reflexões sobre assuntos até então reprimidos e reservados.

Independentemente da acolhida, curiosidade e interesse quanto ao tema, os investigados não entendiam como seria possível alguém “captar” tais informações “apenas” observando. Eles ignoravam o quanto observar pode ser transformador para os envolvidos – pesquisador e interlocutores.

Os “imponderáveis da vida real” e as diferenças entre o pensar e o agir

Nesta etnografia, uma gama enorme de dados foi coletada e ajudou a compreender como o conhecimento médico num Pronto Socorro se consolida na prática. Para Malinowski: “se, a par daquilo que é o normal e típico, o Etnógrafo anotar cuidadosamente os pequenos e grandes desvios à norma, ele estará a balizar os dois extremos entre os quais se movimenta a normalidade” (1976:33). Esses “*imponderáveis da vida real*”²² devem ser criteriosamente analisados, pois embora inerentes ao objeto de estudo, não estão localizados em sua estrutura, e somente uma observação exaustiva permite identificá-los.

No momento da coleta de dados, desconhecia-se a utilidade de várias informações, uma vez que o antropólogo acaba reunindo materiais aparentemente descoordenados devido ao imaturo conhecimento sobre as conexões que podem ser feitas a partir dos elementos descritos.²³ Depois de distanciados do campo, sua relevância para compreender certas nuances que medeiam a atuação médica naquele contexto ficou evidente.

Dentre os muitos episódios vivenciados em campo, um problema transversal e não específico da área da saúde, no entanto, a afeta: a violência^{8,31} e, subtendido a ela, tudo aquilo que revela. Por exemplo, insatisfeito com a demora no atendimento de seu familiar, um homem ateou fogo em uniformes dos médicos no banheiro, e fugiu em seguida; ou um furto no armário da equipe de enfermagem praticado por um paciente usuário de droga que havia recebido alta. Além disso, ameaças contra os profissionais de saúde também são frequentes naquele contexto, mas pouco valorizadas. Na sala de recuperação, um homem recém-operado de diversas perfurações por arma de fogo falou à médica: *“Se você não me der água agora, quando eu sair daqui você vai ter problema...”*. Ela argumentou: *“Se eu te der água você vai morrer, você quer isso?”*. Ele ficou quieto e calou-se. Segundo essa profissional, apesar das ameaças: *“Quando saem daqui eles agradecem bastante. Mas que eles intimidam e dão medo... isso é verdade. Você viu o tamanho dele?! (risos)”*.

Logo, nesta etnografia também emergiu o quanto a violência presente no cotidiano dos trabalhadores das emergências fundamenta definições e julgamentos próprios desses profissionais acerca do que seja a violência, nas esferas pública e privada.⁸ É válido ressaltar que esse hospital é conhecido como “Pronto Socorro Policial”, com dois policiais de plantão em tempo integral, direcionados à investigação de acidentes de trânsito, de tentativas de homicídio e a fazer contato com o Instituto Médico Legal para necropsia e identificação das vítimas.

Assim, a realidade de um Pronto Socorro não pode ser tomada como um dado *a priori*, os atores envolvidos interferem - e sofrem interferência - de eventos que ocorrem na práxis do serviço. Para Mol,²⁷ as técnicas dos profissionais não se restringem ao conhecimento acadêmico: fundem-se nos fatos que ocorrem no ambiente hospitalar e, sobretudo no que é vivido pelos médicos no cotidiano do serviço. Isso se dá por conexões que podem se coordenar, se chocar ou se sobrepor na dinâmica do grupo estudado.²⁷

Contudo, nota-se um hiato entre o conhecimento tácito - expresso nas entrevistas - e a aceitação das normas sociais e o grau pelo qual, na prática - observado no campo -, os médicos se submetem a elas. Por exemplo, durante uma reanimação cardiopulmonar, enquanto um profissional parou a manobra ao término do tempo protocolar; o outro desobedeceu ao protocolo e insistiu obstinadamente na tentativa de recuperação da paciente. Caso nos ativésemos somente ao campo ou exclusivamente às entrevistas, tais contradições não se revelariam.

Portanto, a abordagem etnográfica da prática médica é construída na tensão entre empiria e teoria. Compreendendo que tal diferença existente entre “o que dizem e o que fazem” reflete também a estrutura institucional biomédica a que pertencem, na qual a luta pela vida (e cura) se sobrepõe a uma realidade de morte (e impossibilidade curativa) bastante presente.

O “afetar” e o “estar afetado”: um risco inerente ao percurso etnográfico

Na Antropologia, a experiência pessoal é um meio de conhecimento.⁷ Na escrita desta etnografia buscou-se retratar ao máximo as sensações vivenciadas, tendo como suporte os órgãos sensoriais¹⁵ para permitir a aproximação intensa da lógica do grupo estudado.

Trata-se de seres humanos lidando com outros seres humanos. Um pronto atendimento é a face mais reveladora da sociedade e de todas as suas mazelas. Viam-se pessoas ensanguentadas, profissionais lutando contra o tempo para realizarem os cuidados demandados, semblantes tristes, alegres, tensos, em suma, uma azáfama de movimentos, sons, esperanças e decepções simultâneas. Sentia-se uma mescla de odores de materiais de limpeza, secreções, medicamentos. Ouviam-se os ruídos de uma “orquestra desafinada” feita de sinais sonoros de aparelhos, gemidos e suspiros dos pacientes, conversas e ordens dos profissionais, choros e reclamações de familiares e acompanhantes. A maior dificuldade foi estar ao lado do “grande queimado”, pelo impacto visual e odor carregado, difíceis de serem traduzidos em palavras.

No campo, houve momentos dramáticos em que a pesquisadora duvidou de sua capacidade de permanecer naquele local. Uma médica confortou-a: “*pelo menos você tem essa opção... eu tenho que secar as lágrimas e voltar fazendo cara de paisagem*”. Enquanto, outra previu: “*Nós médicos temos o nosso ‘armário de mortos e de histórias’... você também vai sair daqui com o seu*” e, de fato, o armário construído ao longo da etnografia encontra-se repleto de mortes e de histórias.

Naquele ambiente de trabalho sério e intenso, o receio de que a presença de alguém não ligado a área da saúde atrapalhasse a rotina da instituição, não se confirmou. Todos os membros das equipes foram acolhedores e cuidadosos para com a antropóloga. Como a pesquisadora tem a pele um tanto quanto alva, quase pálida, os médicos sempre queriam colocar soro com glicose: “*Acho que deve fazer alguns exames, quer que eu faça o pedido?*”. A noção de cuidado esteve sempre presente em campo e os pesquisados estavam o tempo todo ligados no exercício da medicina, no alívio de dores, traumas e doenças. Ao recusar remédio

para uma crise de dor de cabeça, um neurocirurgião a interpelou: “*O quê?! Você está sentindo dor e não vai tomar remédio?!?*”.

Estudos^{15,28} evidenciam a relevância da relação de amizade entre o pesquisador e seus interlocutores para o desenvolvimento da pesquisa. No campo, essa cumplicidade estendeu-se para a ligação com outros atores envolvidos na dinâmica hospitalar. Por exemplo, ao término da internação de um senhor septuagenário, hospitalizado durante três meses por tentativa de suicídio, seu acompanhante presenteou a antropóloga com sabonetes artesanais de sua fabricação. Essas parcerias e amizades podem afetar outras esferas da vida, para além da consolidação formal de uma pesquisa.

Surpreendidos pelo tema, muitos médicos se emocionaram, principalmente quando remetia a mortes que os marcaram na trajetória profissional. Demonstrações que também surpreenderam a pesquisadora: “ao se render às preocupações dos outros, o(a) pesquisador(a) de campo entra em relação com pessoas para as quais não há imaginação ou especulação suficientes que sirvam de preparação prévia” (2014:351).²³

Depois de algum tempo em campo, é inevitável o envolvimento com as atividades e sensações dos “nativos”, em relação ao foco de estudo: a morte e, por conseguinte, a vida. Tristeza e pavor foram sentidos, quando o médico notificava a família da morte ou da impossibilidade de recuperação; intensa alegria quando o paciente se recuperava e os esforços se viam recompensados; ou ainda, instantes de grande aflição, quando era preciso tomar decisões difíceis na conclusão de diagnósticos e definição de condutas. Momentos de dificuldades, inerentes a um trabalho de campo, referiam-se ao plano do não dito: as emoções subjacentes à vida e à morte.¹⁰ Rezende e Coelho³² questionam se as emoções teriam um caráter individual ou social, uma vez que as “experiências emocionais são, a um só tempo, subjetivas e sociais” (2010:74).³²

Em outras situações, o pesquisador mais participava que observava, da mesma forma a sua presença também afetava os interlocutores.¹⁶ Mesmo deixando-se afetar por toda a dinâmica e emoções do contexto, a descrição foi feita a partir do mundo próprio do pesquisador. Nesse exercício, foi possível perceber que o ato de compreender o outro é uma forma de autocompreensão. As angústias vivenciadas pelos médicos se estendem ao observador. A cada dia de pesquisa, reelaborações e autoquestionamentos sobre tais percepções eram efetuados, próximo à experiência de Crapanzano³³ que se envolveu na narrativa do seu interlocutor a ponto de fazer um exercício de pensamento sobre si mesmo.

Esse afetar,¹⁶ mediado pela alteridade, baliza a consolidação da etnografia. Interessante pontuar que ao longo das entrevistas era necessário alternar de posição e assumir o lugar do entrevistado para tentar compreender o que ele queria dizer. Para Bourdieu³⁰ no ato da entrevista, o pesquisador sofre uma *conversão do olhar*, na medida em que faz como seus os problemas enfrentados pelo outro, a fim de compreendê-los da forma como se apresentam.

Cabe aqui destacar a influência do temperamento do etnógrafo no desenvolvimento do trabalho.¹⁰ Em campo, a pesquisadora percebeu que sua personalidade e certa habilidade emocional para lidar com o território e o contexto estudados viabilizaram a continuidade do trabalho.

B - O “*estar aqui*”: a tradução da experiência alteritária para o texto

O desenvolvimento de uma etnografia está do começo ao fim imerso na escrita,⁵ a qual não se resume à soma das anotações no diário de campo com a transcrição de entrevistas. No “*estar aqui*” trata-se de uma escrita sobre o “encontro ou choque” entre mundos distintos,¹⁵ mediado por afetos¹⁶ do pesquisador: uma relação de sentido³⁴ entre o discurso de quem observa e quem é observado.

Quando a autoridade etnográfica fala sobre “o outro” faz-se imprescindível realizar a conjunção dos dados empíricos com a teoria - exercício no qual se realiza a comunicação entre o conhecimento objetivo e a reflexão subjetiva do pesquisador. Assim, com a escrita, ou seja, a interpretação do que foi observado no trabalho de campo, adentra-se ao estágio final da pesquisa que, em suma, consiste no “*olhar, ouvir, escrever*”, proposto por Cardoso de Oliveira.³⁵ Intercalado a isso, Latour³⁶ ressalta a legitimidade do texto antropológico, o qual não seria “*nem superior nem inferior*” às descrições dos próprios cientistas. A única diferença é que eles teriam um laboratório e os antropólogos, um texto.

Essa etapa abrange um processo complexo devido ao confronto de múltiplas subjetividades e constrangimentos políticos que fogem ao controle do pesquisador,⁴ envolvendo o seu “distanciamento” e respeito ao “pacto etnográfico” firmado com os interlocutores. Na etnografia hospitalar, cabe, sobretudo descrever e analisar a saúde, a doença e/ou cuidado inserido em uma complexidade de relações socioculturais, políticas, econômicas e cosmológicas que compõem uma ordem social.¹

A Antropologia é uma ciência que permite observar a maneira como o outro nos compreende por meio dos seus próprios termos e vice-versa. Nessa experiência relacional e dialética “*inventa-se*” a cultura do outro⁷ envolvendo valores, concepções e sensibilidades do

próprio antropólogo. Para Mcleane e Leibing,¹⁰ aceitar que outras vozes e fontes de significação participem da construção do conhecimento, inclusive as emoções do próprio pesquisador, possibilita que elementos que permaneceriam nas sombras do trabalho de campo sejam revelados.

Assim, o texto etnográfico revela a interpretação de dois mundos, o que torna o método desafiador ao contemplar uma escrita que também envolve uma imaginação decorrente dos efeitos da própria pesquisa de campo.²³

Além disso, colocar ou não todas as fissuras envolvidas na pesquisa (conflitos vivenciados em campo, emoções experimentadas, por exemplo) reflete a cautela do pesquisador para que a escrita não se limite ao seu ponto de vista. A utilização de um “filtro ético” na decisão de expor ou não situações comprometedoras sobre as quais os interlocutores não teriam ciência do seu uso, reforça a noção de que a etnografia é sempre limítrofe.

Indubitavelmente, a escrita etnográfica traz implícitos (ou explícitos) dilemas inerentes ao percurso do trabalho de campo, sendo necessária cautela para retratá-los, afinal os interlocutores são mais que entrevistados que respondem a perguntas: são informantes de fato e têm total controle sobre a informação disponibilizada.²³ Os sujeitos da pesquisa etnográfica podem questionar o que foi escrito sobre eles, o que envolve a autoria, mas também representa uma forma de contestar demandas e um meio de dominar as diversas situações de campo.³⁷ Nesse sentido, por temer a exposição desnecessária e indesejada dos envolvidos, determinadas ações e discursos dos interlocutores foram arbitrariamente ocultados no redigir desta etnografia.

Conforme Clifford⁵ a observação participante, se traduzida de forma estrita, é uma “fórmula paradoxal e enganosa”. Em certa medida falar sobre um outro mundo a partir do seu próprio mundo permite a dialética entre experiência e interpretação na qual se constrói o texto. Cada etnografia implica uma escolha estratégica entre os vários modos de autoridade etnográfica, tais como o experiencial, o interpretativo, o dialógico e o polifônico presentes nos textos. Cabe ao pesquisador propor ou se apropriar de um ou mais paradigmas conforme o seu objeto de estudo.⁵

No encontro etnográfico todos saem afetados pela construção de uma teoria do outro, por meio do acesso a seus costumes, práticas, hábitos, a partir de dados empíricos que não se vinculam apenas à entrevista nem à observação, mas a um modelo resultante da imbricação de todos esses elementos. Isso significa sumariamente: tirar grandes conclusões a partir de fatos

pequenos, mas densamente entrelaçados; apoiar amplas afirmativas sobre o papel da cultura na construção da vida coletiva empenhando-as exatamente em especificações complexas.⁶

C - Contribuições de uma “*descrição densa*” para a compreensão da vida e da morte no cuidado médico

Diferentemente do que marcou a Antropologia - estudar tribos indígenas, relações de parentesco, bruxaria -, nas ditas sociedades modernas, busca-se compreender as grandes instituições.³⁶ Abordar a prática hospitalar de uma categoria profissional que 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 despertaram o interesse desta pesquisa.

Por sua vez, no grupo de antropólogos a reação, seja em sala de aula ou em outro evento, também era desconcertante: “*Você vai entrevistar médicos!?!... Eles não vão te responder nada...*”; “*O ego dos médicos é muito superior ao dos outros mortais, eles se consideram deuses*”. Claro que incomodou ouvir as pessoas depreciando os futuros interlocutores.

Em campo, essa impressão dos colegas de que os médicos seriam sempre frios e superiores diante do sofrimento de outrem foi-se desfazendo à medida que encontrava médicos compassivos e afetivos na sua práxis, sempre dispostos a ajudar a pesquisadora na imersão em locais restritos num hospital, e nas entrevistas com riqueza de detalhes e muita sinceridade, decorrentes também do interesse deles pelo tema. Contudo, para corresponder à expectativa social, precisavam fazer uso de uma espécie de “escudo ou máscara” para se proteger e administrar essa sensibilidade em relação ao sofrimento do outro.

Mais do que salvar vidas ou encarar a morte, esse território de investigação nos permite enxergar o que tentamos desesperadamente escamotear de nossos sentidos: as mazelas e a violência da sociedade brasileira na forma da crueldade, da exclusão social, da falta de condições de trabalho na saúde pública e da morte em todo o seu espectro. A elucidação dessas questões revelou que a atuação dos médicos ultrapassa o que é propagado pelo senso comum. São pessoas dotadas de emoções e sentimentos que lidam com pessoas dotadas de emoções e sentimentos.

Essa etnografia experiencial, hospitalar e urbana discorre sobre dores, odores, sensações, emoções de profissionais, pacientes e do próprio pesquisador diante da vida e da morte. Por meio de uma “*descrição densa*”⁶ revelam-se as tensões entre os conceitos

estabelecidos pelo senso comum e a teoria que o pesquisador leva a campo, o que oferece novos dados e suscita questões para outros estudos.

4 - Considerações Finais

O método etnográfico revela contextos socioculturais específicos que podem ajudar a compreender a dinâmica do cuidado em várias práticas de intervenções na saúde. Apesar da sua riqueza e talvez por sua especificidade, ele ainda precisa ser mais discutido, especialmente em pesquisas na Saúde Coletiva.

Embora permita a utilização de várias técnicas na coleta dos dados, sua aplicação incorre em desafios e dilemas envolvendo a ética ao falar sobre o “outro”; cautela em relação aos conflitos e emoções experienciados em campo; consciência de que todo conhecimento antropológico tem uma implicação política e social, sem desconhecer os limites que essa metodologia apresenta. Nesse método o saber teórico vai sendo construído conjuntamente à coleta dos dados, que podem ser obtidos em várias etapas de investigação, na perspectiva de uma descrição dialógica com o outro.

Uma experiência etnográfica na Saúde requer um texto que fale do afetar mútuo de duas culturas, em que pesquisador e interlocutor contribuem com a matéria-prima dos sentidos e valores subjacentes ao encontro alteritário, o qual possibilita compreender o processo saúde-doença e aprimorar o cuidado em um dado contexto.

5 - Referências

- 1 - MINAYO, M. C. A Produção de Conhecimentos na Interface entre as Ciências Sociais e Humanas e a Saúde Coletiva. *Saúde Soc.* 2013; 22 (1):21-31.
- 2 - UCHÔA, E. et al. An anthropologic study on strategies for addressing health problems among the elderly in Bambuí, Minas Gerais State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27, suppl.3.
- 3 - AYRES, JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC- IMS/UERJ-ABRASCO, 2011.
- 4 - CAPRARA, A.; LANDIM, L.P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2008; 12 (25): 363-76.
- 5 - CLIFFORD, J. A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX. J. R. Gonçalves (org.), tradução de Patrícia Farias. Rio de Janeiro: UFRJ; 1998.
- 6 - GEERTZ, C. A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989.

- 7 - WAGNER, R. A Invenção da Cultura. São Paulo: Cosac Naify; 2010.
- 8 - DESLANDES, S. F. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- 9 - LAMBERT, H. and MCKEVITT, C. Anthropology in health research: from qualitative methods to multidisciplinary, British Medical Journal 2002; 325: 210-12.
- 10 - MCLEAN, A.; LEIBING, A. (Ed.). The shadow side of fieldwork: exploring the blurred borders between ethnography and life. John Wiley & Sons; 2008.
- 11 - BRUMMELL, S.; SEYMOUR, J.; HIGGINBOTTOM, G. Cardiopulmonary resuscitation decisions in the emergency department: An ethnography of tacit knowledge in practice. Social Science & Medicine 2016; 156:47-54.
- 12 - COOPER, S.; PORTER, J.; ENDACOTT, R. Mixed methods research: a design for emergency care research? Emerg Med J 2011; 28:682-85.
- 13 - SEMINOTTI, E.; NEVES, E. Dos Dramas de Narciso: reflexões antropológicas a partir de uma etnografia de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de João Pessoa – PB. Ilha Revista de Antropologia 2014; 16 (1):175-202.
- 14 - SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P. P. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública 2013;29(6):1230-40.
- 15 - READ, K. The High Valley. New York: Charles Scribner's Sons; 1965.
- 16 - FAVRET-SAADA, J. Ser afetado. Revista Cadernos de Campo 2005; 14(13):155-62.
- 17 - MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 90, de 27 de março de 2009. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0090_27_03_2009.html
Acesso em 13 de Fev. 2016.
- 18 - PROTOCOLO DE MANCHESTER. Portal da Enfermagem. Disponível em:
http://www.portaldaenfermagem.com.br/plantao_read.asp?id=1461 Acesso em: 9 dez. 2012.
- 19 - PATTON, M. Q. Qualitative research and evaluation methods. Londres: Sage Publications, 2002.
- 20 - FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.
- 21 - GEERTZ, C. Obras e Vidas: o antropólogo como autor. 2 ed. Rio de Janeiro: UFRJ; 2005.
- 22 - MALINOWSKI, B. Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné. Melanésia: São Paulo; 1976.

- 23 - STRATHERN, M. O efeito etnográfico. São Paulo: Cosac Naify; 2014.
- 24 - VELHO, G. Antropologia Urbana: encontro de tradições e novas perspectivas. *Sociologia, Problemas e Práticas* 2009; 59:11-18.
- 25 - COULON, A. Etnometodologia. Petrópolis: Vozes; 1995.
- 26 - CHAZAN, L. K. Vestindo o jaleco: reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico. *Cadernos de Campo*, v. 13, n. 13, 2005.
- 27 - MOL, A. *The Body multiple: ontology in medical practice*. London: Duke University Press; 2002.
- 28 - BONET, O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
- 29 - EVANS-PRITCHARD, E. E. *Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar; 2005.
- 30 - BOURDIEU, P. *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes; 1998.
- 31 - MINAYO, M. C. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Cad. Saúde Pública* 1994; 10 (supplement 1): 07-18.
- 32 - REZENDE, C. B; COELHO, M. C. *Antropologia das Emoções*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. Série Sociedade e Cultura; 2010.
- 33 - CRAPANZANO, V. *Tuhami – portrait of a Moroccan*. Chicago: Chicago University Press; 1985.
- 34 - VIVEIROS DE CASTRO, E. O nativo relativo. *Mana* [online] 2002; 8(1):113-48. Acesso em 16 de jun/2015
- 35 - CARDOSO DE OLIVEIRA, R. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir e escrever. In: *O Trabalho do Antropólogo*. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: UNESP; 2000.
- 36 - LATOUR, B. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1997.
- 37 - RAMOS, A. R. Do engajamento ao desprendimento. *Revista Campos* 2007; 8(1): 11-32.

5.2 Artigo 2 - O médico diante da morte no Pronto Socorro

Artigo publicado na Revista de Saúde Pública (versões português e inglês).

Recebido em: 13 jun 2017

Aprovado em: 2 out 2017

Como citar: Aredes JS, Giacomini KC, Firmo JOA. O médico diante da morte no pronto socorro. *Rev Saude Publica*. 2018; 52:42.

RESUMO - OBJETIVO: Analisar a forma como médicos, enquanto parte de um grupo sociocultural, lidam com diferentes tipos de morte, em um serviço de pronto socorro metropolitano.

MÉTODOS: Trata-se de uma etnografia realizada em um dos maiores serviços de pronto socorro da América Latina. A coleta dos dados deu-se ao longo de nove meses de observação participante e entrevistas com 43 médicos de diferentes especialidades – 25 homens e 18 mulheres, entre 28 e 69 anos.

RESULTADOS: À análise, guiada pelo modelo dos Signos, Significados e Ações, nota-se um vasto mosaico de situações e questões que medeiam o cuidado médico em uma unidade de pronto socorro. Os resultados apontaram que os médicos podem considerar uma morte mais difícil se comparada a outras, a depender de critérios: o etário; a identificação ou não com o paciente; as circunstâncias da morte e o questionamento médico quanto a sua responsabilidade no processo de morte.

CONCLUSÕES: Para os médicos, nenhuma morte é fácil. Cada morte pode ser mais ou menos difícil, a depender de diferentes critérios que medeiam o cuidado médico em uma unidade de pronto socorro e revelam questões de ordem social, ética e moral das mais diversas.

DESCRIPTORIOS: Médicos, psicologia. Atitude Frente à Morte, etnologia. Medicina de Emergência. Antropologia Médica. Pesquisa Qualitativa.

INTRODUÇÃO

A morte tem sido postergada em razão do avanço dos recursos biotecnológicos, do advento de espaços específicos de cuidado intensivo¹ e, mais recentemente, da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – essencial para sobrevivência de vítimas de acidente e violência^{2,3}. No pronto atendimento, espaço de luta pela vida, cabe ao médico evitar ou adiar a morte^{1,3}. Contudo, a depender da gravidade das lesões, nem a agilidade e a eficiência do atendimento de urgência e emergência nem todo o aparato biomédico revelam-se suficientes para impedir esse desfecho². Entende-se por urgência um

quadro agudo em que não há risco iminente de falência das funções vitais; enquanto a emergência refere-se à constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de falências das funções vitais e exige tratamento médico imediato⁴.

Pesquisas internacionais exploram o conceito de “salvar vidas”⁵, o uso racional das intervenções terapêuticas⁶ e os valores de vida e saúde que medeiam as decisões médicas⁷. No Brasil, estudos abordam os critérios médicos de priorização de pacientes na emergência⁸, as mortes nas unidades de terapia intensiva (UTI)¹, o impacto da violência no pronto atendimento⁹ e as relações entre categorias profissionais no SAMU¹⁰.

Porém, na literatura consultada, não foram identificados estudos que incluam a percepção do profissional médico ante a morte no contexto de urgência e emergência. Diante dessas lacunas, o objetivo desta etnografia hospitalar foi analisar a forma como médicos, enquanto parte de um grupo sociocultural, lidam com diferentes tipos de morte, em um serviço de pronto socorro metropolitano.

Métodos

Esta pesquisa qualitativa parte de uma abordagem antropológica hermenêutica¹¹, na qual se enfatiza o significado que os grupos sociais atribuem a determinados fenômenos, considerando-se o contexto sociocultural. Trata-se de uma análise das relações humanas a partir de um processo de significação imbricado junto às perspectivas individual e coletiva¹², ancorada nos pressupostos da antropologia médica. Essa corrente introduz uma análise compreensiva direcionada para a dinâmica do adoecimento, considera a interferência da cultura no processo de saúde e doença e propõe críticas ao modelo biomédico de saúde¹³. Todos os elementos que envolvem o processo saúde-doença resultam de significados e interpretações imbricados aos processos sociais, psicológicos e biológicos e contribuem para a compreensão dos distintos fatores que medeiam a formação das “realidades médicas”.

Área e População de Estudo

O presente trabalho compõe um estudo etnográfico¹¹ iniciado em 2012, no contexto de um dos maiores serviços públicos de pronto atendimento ao politrauma e a queimados da América Latina. A opção por um serviço de urgência e emergência justifica-se porque ali os médicos lidam com um público muito diverso e cujo processo de morte dá-se por circunstâncias variadas.

Situado no hipercentro da cidade de Belo Horizonte e referência para todo o estado de Minas Gerais, o território de investigação dispõe de 440 leitos, sendo 130 de cuidados intensivos, dos quais 24 destinam-se ao cuidado de pessoas gravemente incapacitadas (Diário de Campo, 2013). Com cerca de 600 médicos e 50 residentes, a população de estudo foi constituída por médicos plantonistas que atuam em setores específicos para pacientes graves com risco de morte ou de incapacidades definitivas.

Coleta e Análise dos Dados

Este estudo foi baseado em observações empíricas e entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado sobre o cuidado médico diante dos limites da vida e da morte no contexto hospitalar. A coleta dos dados deu-se ao longo de nove meses de observação participante e entrevistas voluntárias – durante plantões noturnos e diurnos – junto a 43 médicos de diferentes especialidades – 25 homens e 18 mulheres, entre 28 e 69 anos. A seleção aconteceu pelo método “bola de neve”¹⁴ e a amostra final foi regulada pelo critério de saturação¹⁵. Não houve recusas.

A análise dos dados foi indutiva e orientada pelo modelo dos “signos, significados e ações”¹², com o objetivo de conhecer como esses profissionais pensam e agem em relação aos diferentes tipos de morte presentes em sua atuação no pronto socorro. Parte-se do horizonte pragmático dos indivíduos a fim de identificar e compreender as lógicas conceituais agregadas a suas ações, bem como os distintos fatores que os influenciam¹².

Para assegurar o anonimato dos entrevistados, eles foram identificados, respectivamente, pela ordem da entrevista, especialidade médica, sexo (F para feminino, M para masculino) e idade.

Aspectos Éticos

Este estudo é parte do projeto maior “VIDAS EM RISCO: uma abordagem antropológica sobre as representações da morte entre médicos que trabalham em setores de urgência”, aprovado pelo Comitê de Ética (Registro CEP/ADC/FHEMIG: 022/2012 – SIPRO 29128/2012-7). Ele está em acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na esfera da saúde pública, uma multiplicidade de condições médicas e físicas idênticas podem gerar distintas demandas de atendimento. Os corredores e salas de um pronto socorro, geralmente, são lugares onde imperam a tensão e a pressa em favor da vida de um público muito diverso, que inclui profissionais atônitos, familiares, policiais, pacientes de todas as idades, entre outros (Diário de campo, 2013).

A análise dos dados etnográficos possibilitou identificar diferentes critérios êmicos que orientam as mortes “mais difíceis” para o médico no contexto pesquisado, a saber: a) o critério etário; b) a identificação ou não com o paciente; c) as circunstâncias da morte e d) o questionamento médico quanto à sua responsabilidade no processo de morte, conforme sumarizado na Figura 1.

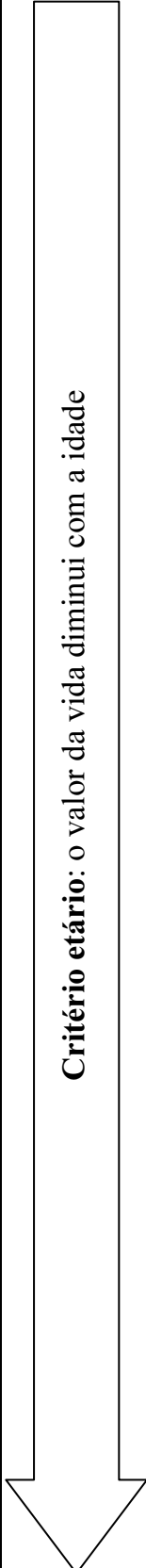
Na percepção deste médico, a morte de uma criança impacta todo o plantão:

“Não tem condições não, a sala inteira, naquele plantão inteiro murcha depois que morre uma criança, é muito ruim, porque não é natural uma criança morrer (...)” (E22, clínica médica, M, 33 anos)

Nessas ocasiões, observava-se uma “comoção em cadeia” por todo o hospital no caso de óbitos infantis – era frequente ouvir dos médicos: “Eu não consigo”, “Eu não aguento”, “Eu não tenho estrutura” (Diário de Campo, 2013). Tais reações potencializam a sensação de derrota e fracasso que os médicos experimentam em situações de óbito infantil¹. Nota-se que a dificuldade do médico é inversamente proporcional à idade de óbito do paciente, como neste relato:

“Na cronologia da vida, a gente está acostumado a enterrar velhos e não jovens.” (E38, pediatria, F, 57 anos)

Figura 1 - Critérios que orientam a definição de mortes “mais difíceis” para o médico

Critério etário: o valor da vida diminui com a idade 	SIGNOS	SIGNIFICADOS	Critério funcional: O valor da vida aumenta conforme a perspectiva de produtividade 
	<i>Morte de jovem, criança, são pessoas que não tiveram oportunidade, não deram opção para ela, tiraram dela a chance de viver (E31, Clínica Médica, M, 58 anos)</i> Quando o paciente é <i>idoso não muda muito</i>, mas pelo menos parece que você não sente tanto como se fosse um jovem. (E35, Clínica Médica, M, 69 anos)	O valor da vida e da morte varia conforme a idade do paciente	
	Eu já fui a velórios de pacientes, e eu levei quase um mês para me recuperar, nunca mais eu vou (...) porque <i>é como eu estivesse perdido um sobrinho</i>, daí você volta e a pauleira continua. Você vivencia outro luto e começa tudo de novo e <i>eu não posso perder um sobrinho toda semana</i>, senão eu enlouqueço. (E36, Pediatria, M, 46 anos) Quando você se identifica com a pessoa que está morrendo, quando é uma pessoa da sua idade, da sua classe social, da idade do seu sobrinho. Quando você olha e pensa: <i>poderia ter sido eu; meu sobrinho; minha mãe</i>. Esse tipo de coisa sempre abala. (E7, Anestesiologia, F, 35 anos)	Identificação do médico com o paciente	
	(...) são as <i>mulheres grávidas</i>, porque é uma responsabilidade dobrada de cuidar de uma mulher que vai ser mãe e cuidar de uma criança que nem nasceu e viveu. (E10, Cirurgia Geral, M, 39 anos) Tem vez que além da morte resta um passivo de confusão, <i>problema jurídico, financeiro</i> e as <i>pessoas despreparadas</i>. Você vê mãe perdendo filho, isso é um negócio incomensurável. (E1, Cirurgia Cardiovascular, M, 53 anos) <i>Às vezes o ser humano é culpado</i> por aquilo que trouxe a circunstância, então o cara que estava dirigindo completamente alcoolizado bateu o carro, isso não me sensibiliza tanto do que o cara que estava indo trabalhar e um maluco atropelou ele. (E19, Neurocirurgia, M, 32 anos) A moça foi atropelada, era <i>prostituta, usuária de crack</i> (...). Eu chorei nesse caso, porque eu tive tanta dó do pai que eu não consegui nem dar a notícia, quem deu a notícia foi a assistente social. Ele disse que tentou tirá-la das drogas, da prostituição e era o marido que a obrigava a se prostituir. Ela tinha 19 anos, já tinha 3 filhos. Eu fico pensando a que ponto chega o ser humano, porque <i>é o protótipo que a sociedade não liga, se morrer foi mais um</i>. (E5, Anestesiologia, F, 32 anos) Eu não consigo entender uma <i>criança querer morrer</i>. Eu já vi uma criança de 7 anos, tomou remédio duas vezes, nas duas vezes foi salva, 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. (E39, Pediatria, F, 58 anos). Já vi <i>paciente de 80 anos tentar suicídio, porque ele não tinha mais nada na vida</i>, ele me disse “não tenho nada, eu já deveria ter morrido. Não sei o que estou fazendo aqui. Estou fazendo hora extra”. (E23, Clínica Médica, F, 57 anos)	Circunstâncias que ocasionaram e/ou medeiam o óbito	
	A morte que eu mais tenho dificuldade para lidar é quando eu penso que <i>podia ter sido feito algo para evitar</i>. (E26, Clínica Médica, M, 32 anos) Porque isso (a morte) não é culpa do profissional com quem acontece, isso é inerente à prática médica (...). <i>Deve ser algo horrível</i>, se alguma medicação, ou por alguma razão, <i>o paciente complicar e morrer sob sua responsabilidade</i>. (E6, Anestesiologia, M, 33 anos) <i>Perder um paciente na mesa é a pior morte</i>, porque na mesa você está diretamente colocando a mão no problema. (E1, Cirurgia Cardiovascular, M, 53 anos)	Dúvidas sobre a responsabilidade pelo desfecho que levou ao óbito do paciente	

Nessa perspectiva, quanto mais jovem, maior é a chance de um prognóstico de cura favorável, maior a potencialidade de recuperação e maior o investimento em recursos biomédicos. Em contrapartida, mais difícil é a morte. Essa percepção difere daquela observada por Ariès¹⁶, autor que se dedicou a pesquisar o lugar da criança e da morte nas sociedades tradicional e industrial, conforme esquema apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Evolução da expectativa da morte, nas sociedades tradicional, industrial e pós-moderna.



Figura elaborada pelas autoras, baseada nos estudos de Ariès¹⁶

Na sociedade tradicional, a socialização infantil, incluindo a transmissão dos valores e dos conhecimentos, não era garantida pela família, o que enfraquecia os vínculos e reduzia o valor social da vida e da morte da criança^{1,16}. Quanto à morte infantil, tratava-se de um evento recorrente e precoce, devido à pouca infraestrutura higiênica, que acontecia no domicílio, sem maior repercussão social. Por outro lado, nas sociedades industrial e pós-moderna, a melhoria das condições de vida e o progresso biotecnológico da Medicina modificaram essa situação e a morte de crianças passou a causar comoção e sofrimento¹⁶.

O critério etário se desdobra nas ações médicas, ou seja, a orientação do cuidado segue também a lógica do curso de vida. Médicos de diferentes especialidades refletem sobre o que baliza a escolha de um paciente em detrimento de outro, caso surja uma vaga no CTI:

“Se você tem, por exemplo, um paciente de 80 anos de idade, com um trauma gravíssimo, que eu sei que a chance de ele morrer é enorme, e eu tenho um jovem com o mesmo trauma, que a chance de se recuperar é muito maior, se eu tiver que decidir, eu vou optar pelo jovem. (...) Algumas vezes,

a gente é obrigado a tomar esse tipo de decisão.” (E10, cirurgia geral, M, 39 anos)

“Na hora de mandar para o CTI, a gente vê aquele paciente com maior possibilidade de recuperação. Pensa-se que o leito do CTI é muito nobre, muito importante, então quem merece esse leito é aquele que possui uma melhor condição de ter uma recuperação mais rápida, que tem uma perspectiva após a alta de voltar a ser uma pessoa produtiva, apta para viver a vida dela normalmente. Isso é um padrão utilizado talvez pelo mundo inteiro.” (E21, clínica médica, M, 34 anos)

A expectativa dos médicos traduz, portanto, uma recuperação funcional (restabelecimento de todas as funções do corpo) e social (restabelecimento de vínculos – “interação familiar”, “apto a trabalhar, sustentar a família, estudar”) plena do indivíduo. Para o médico, o signo “leito nobre” serve para justificar o seu grau de investimento (ou não) no cuidado, baseado em parâmetros de ordem cronológica, biológica, social e funcional. Dessa forma, a idade torna-se ainda um argumento tanto positivo (o mais jovem tem mais chances) quanto negativo (o mais idoso é preterido), em situações nas quais há recursos escassos nos serviços públicos⁸.

Para Debert¹⁷, a idade cronológica torna-se um fator essencial na função do Estado moderno de regular o corpo social a partir da produção de categorias e hierarquização das populações. Diversos fatores levaram à cronologização da vida: a separação delimitada da infância, adolescência, idade adulta e velhice pode ser analisada como uma resposta às alterações econômicas – transição da unidade doméstica para o mercado de trabalho. O curso da vida moderno, especialmente o valor positivo atribuído à juventude, espelha a lógica fordista, baseada na produtividade econômica e no condicionamento do indivíduo “aos requisitos racionalizadores da ordem social”. Por outro lado, o Estado seria a instituição mestra do curso da vida, na medida em que regulamenta todas as suas etapas, do nascimento à morte¹⁷.

Portanto, subjacente ao critério etário, privilegia-se o investimento no cuidado conforme a maior perspectiva de funcionalidade do paciente. A funcionalidade diz respeito a todas as funções do corpo, atividades e participação; enquanto a incapacidade relaciona-se às deficiências, à limitação da atividade ou à restrição na participação social¹⁸.

Os critérios etário e funcional atravessam todos os demais. Na percepção dos entrevistados, o cuidado baseia-se na perspectiva da produtividade econômica e na funcionalidade do indivíduo, especialmente quanto a sua adequação a condições de produção. Isso espelha os preceitos que regem a organização ocidental capitalista, segundo os quais a sociedade – e, por extensão, o sistema de saúde – deveria investir somente em pessoas potencialmente produtivas¹⁹. Na saúde, a funcionalidade associa-se a características positivas enquanto a incapacidade usualmente está vinculada a aspectos negativos, a depender do contexto social e cultural em que acontecem¹⁸.

O novo modelo contemporâneo da morte²⁰ – e da vida – repercute a alteração na percepção desses conceitos, paralela 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 que ser remodelados à nova estrutura social. A expansão do processo de industrialização e a exigência de maior oferta de mão-de-obra no meio urbano resultaram em forte êxodo rural. Tais mudanças ocasionaram condições insalubres de moradia e indisponibilidade da família para cuidar do enfermo. Por sua vez, a indústria precisava de trabalhadores com boas condições de saúde; porém, a família não conseguia mais fazê-lo e os doentes foram levados para outros locais de cuidado: os hospitais. A migração do processo de morrer para o hospital suscitou uma redefinição da morte, sobretudo os princípios éticos e morais que atravessa a prática dos médicos. A morte passa a ser medicalizada, inscrita em regras e rotinas institucionais que focam a competência e a eficiência médica para manter a vida²¹.

Ao mesmo tempo, a morte e aqueles pacientes sem possibilidade de cura passaram a ser ocultados e rechaçados em uma sociedade cada vez mais dotada de progressos científicos, tecnológicos²⁰ e baseada em valores de produção e consumo²². Nessa sociedade, aqueles que não conseguem participar do trabalho, da compra e do lazer são abandonados, marginalizados e esquecidos.

Outro critério é a identificação ou não com o paciente morto (Figura 1). Este médico reconhece:

“A gente não pode ser hipócrita, eu estou aqui na emergência e chega um paciente, vítima de um tiro, então, você fica sabendo da história que era um assaltante que estava trocando tiro com a polícia. Claro que como médico as intervenções são as mesmas em qualquer paciente. Agora, é muito diferente

se eu estou aqui de plantão e chega uma criança de um ou dois anos que se afogou na piscina da casa da avó. Claro que foram dois pacientes que chegaram aqui no hospital e morreram, mas tem casos que te comove, então quem é da equipe e tem filho nessa idade, eles se projetam naquela situação. Você tem uma família que sofreu um acidente de carro, e no acidente morreu pai e mãe e a criança ficou sozinha. Ou um pai que perdeu um filho, é claro que isso aí, o envolvimento, a comoção, é diferente. Ninguém fica frio numa situação dessa, mas é claro que você tem que exercitar e trabalhar de forma técnica, as situações que você vive não podem interferir nas decisões que você tem que tomar, no seu raciocínio clínico, isso não pode acontecer.” (E14, cirurgia geral, M, 47 anos)

Durante a observação participante, foi possível notar que o cuidado médico e a técnica em favor do restabelecimento da vida respeitam a prioridade ditada pela condição clínica e hemodinâmica, independentemente de quem seja o paciente. Porém, nota-se uma contradição entre o pensar e o agir do profissional: o médico assiste prontamente o paciente sem distinção de qualquer natureza; mas, paralelamente a isso, ele emite juízos de valor que contrariam os postulados de uma prática médica imparcial²³. O vínculo, a relação e a solidariedade do profissional reverberam a violência social do cotidiano do serviço, a depender do perfil “mocinho, vítima ou bandido” que o médico supõe em cada paciente. Nesse sentido, pode-se dizer que no contexto de urgência e emergência, a técnica e a relação médico-paciente podem ser duas ações de sentidos opostos ao longo do cuidado²³.

Quanto às circunstâncias do óbito (Figura 1), algumas são consideradas mais difíceis do que outras, como destacam estes profissionais:

“Eu sempre brinco aqui que eu não gosto de dar plantão aqui no período de férias, porque é a época que as famílias viajam, pegam a estrada, e sempre vai acontecer uma tragédia familiar, mãe, pai, filhos, envolvidos em algum tipo de acidente mais grave.” (E11, cirurgia geral, M, 39 anos)

“A natureza já define que quem tem que morrer primeiro é o idoso (...). Além disso, nós pegamos crianças aqui totalmente saudáveis. (...) É uma

agressão para a gente, é a interrupção de uma vida que tinha um potencial muito grande ainda.” (E3, anestesiologia, F, 42 anos)

No universo pesquisado, exceto em idosos, as mortes de crianças, pais, jovens e gestantes são consideradas como “precoces ou injustas”. Para os médicos, o óbito de crianças ou jovens trata-se de uma interrupção brusca do devir ou vir-a-ser, que se refere a todo o potencial de concretizar realizações no futuro¹. Este médico enfatiza as consequências dessas mortes abruptas:

“Morte abrupta, morte violenta, é o trânsito, o assassinato, o roubo (...) deixa sequelas muito dramáticas para quem fica.” (E31, clínica médica, M, 58 anos)

Quanto às mortes relacionadas à violência, trata-se de um problema de saúde pública brasileiro²⁴, pois, em um ciclo vicioso, ela está na origem do trauma – compreendido como toda e qualquer lesão no corpo, ocasionada por ação externa a ele, de origem física ou química (Diário de Campo, 2013) – e na obrigação da vítima de lidar com eventuais sequelas que não a deixam esquecer a causa de seu sofrimento.

Na percepção do médico, a morte por suicídio adquire contornos distintos a depender da etapa de vida do paciente. Na infância e na juventude alguém atentar contra a própria vida gera um sentimento de culpa ante a impotência do profissional em abordar o sofrimento que ele supõe que a pessoa experimenta. No suicida idoso, a ausência de vínculos sociais, a desesperança e o sofrimento emocional²⁵ que o profissional atribui à velhice tornam o ato em certa medida justificável. Ressalte-se a subnotificação de casos de suicídio nesse grupo etário: em idosos, a morte é esperada e muitos autoextermínios são atestados como se fossem acidentes ou mortes por causa natural²⁶.

Para os profissionais entrevistados, o idoso já experimenta, de certo modo, uma *morte em vida* (Diário de campo, 2013), que traduz uma morte social – aquela que ocorre antes do morrer biológico e implica em perdas de papéis sociais com repercussões políticas, econômicas, na assistência à saúde e na medicalização da vida²⁷. Essa condição se estende a todos os pacientes emicamente considerados “*crônico-sequelados*”: vítimas de trauma ou agravamento de doença clínica que ocasionaram uma sequela crônica. Essas pessoas experimentam a dependência contínua de ajuda humana e de aparelhos, o isolamento social e a falta de possibilidade de interação com o meio.

Conforme apresentado na Figura 1, uma morte é considerada difícil quando o profissional tem dúvidas quanto à sua responsabilidade pelo desfecho. Esta profissional explica:

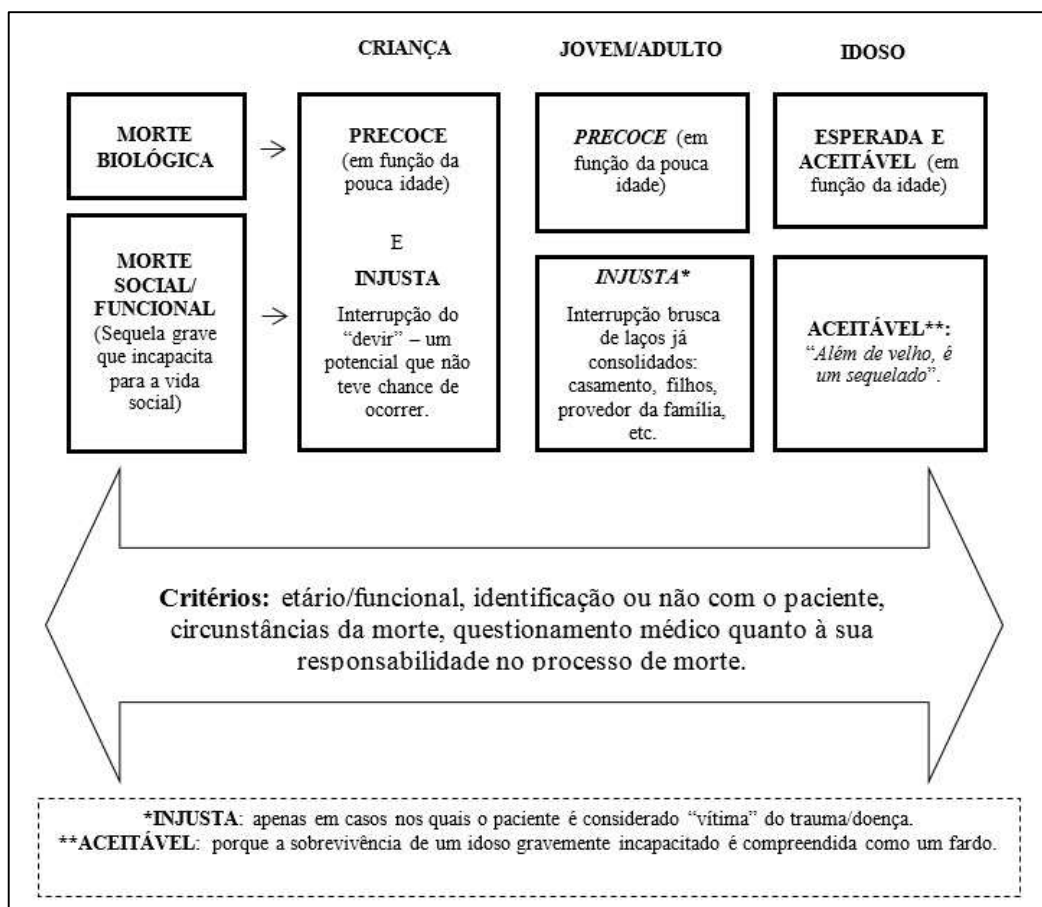
“Eventualmente, a gente chega à conclusão de que alguma coisa poderia ter sido feita aqui dentro (...). Não que a gente tenha demorado por desleixo, por imperícia ou negligência. No trauma, você tem que pensar e agir rápido, e às vezes a gente não consegue definir (a conduta) naquele momento (...). Às vezes uma conduta, tomada dois minutos depois, faz diferença.” (E11, cirurgia geral, M, 39 anos)

Nos dias atuais, o progresso da medicina permite a cura e o tratamento de inúmeras doenças, mas ainda acontecem mortes que os profissionais julgam que poderiam ser evitadas ou menos penosas.

Para cada profissional, independentemente da especialidade médica e do tempo de trabalho, a pior morte é aquela com quem ele(a) tem de lidar. Isso evidencia o impacto da morte de um paciente em suas vidas²³, tendo em vista a sua reação ante a consciência da finitude, própria da condição humana. Ora, a morte não escolhe o momento, a modalidade ou a quem vai revestir – crianças, jovens, idosos, pobres e ricos, brancos e negros e de modos distintos, mortes naturais, violentas, acidentais, prematuras – delegando ao médico uma reflexão distinta para cada caso³.

O esquema analítico da Figura 3 apresenta como os médicos definem a morte e como a justificam, segundo os diferentes aspectos envolvidos.

Figura 3 - A morte como desfecho do cuidado nas diferentes etapas da vida



Na prática médica de um pronto atendimento, ainda que se almeje um acesso universal aos cuidados de saúde para os cidadãos, os sistemas de saúde, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, têm restrições de recursos, que devem ser consideradas ao elaborar decisões racionais sobre as intervenções terapêuticas⁶. Para Menezes²⁸, ao profissional de medicina são conferidas responsabilidades sobre decisões alicerçadas a perspectivas técnicas, sociais e morais que possuem implicações diretas nos indivíduos (profissionais e pacientes), nas instituições e na coletividade⁸. Outro estudo⁶ sustenta que a tomada de decisão médica é sumariamente baseada em dois tipos de julgamento: o científico e o de valor social. O primeiro é necessário para interpretar a ciência: o quanto é confiável a eficácia de determinada conduta? Os resultados são generalizáveis para a população na qual a intervenção poderia ser utilizada? Enquanto o segundo relaciona-se às ciências sociais e não às ciências clínicas, e propõe questões como, por exemplo, o ano da vida das crianças deve ser considerado mais valioso do que um ano de vida extra de seus avós?⁶

Não há respostas simples. Inserido em um campo profissional específico, que deve por um lado garantir a vida e por outro reagir de forma ética à morte de seus pacientes, o que se percebe é uma imbricação circular entre a condição de profissional médico e de sujeito²⁹.

Pensar as dificuldades da prática médica diante da morte remete ao conceito de fato social total proposto por Mauss³⁰, que diz respeito à compreensão transversal de diferentes esferas constitutivas da vida social (psicológicas, fisiológicas, culturais, históricas, dentre outras). É válido destacar que essa totalidade na qual os fenômenos sociais se inserem somente pode ser apreendida na experiência vivida do indivíduo³⁰.

Embora esta análise etnográfica tenha se debruçado sobre uma miríade de tipologias de morte, não foi possível abarcar toda a complexidade que o fenômeno morte traz para o profissional médico que atua no imperativo do tempo, sob forte pressão pessoal, profissional e institucional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No pronto atendimento, o envolvimento dos médicos entrevistados varia conforme o contexto da morte. O posicionamento subjetivo dos profissionais – mediado por suas percepções e ações – é balizado conforme o momento do curso da vida experimentado pelo paciente. Nesse ciclo de vida compartimentalizado – criança, jovem/adulto e idoso –, o cuidado médico (e o seu desfecho) é orientado (e justificado) de forma relacional ao critério etário e à funcionalidade potencial do paciente.

Depreende-se da análise que não há mortes fáceis para os médicos. Elas podem ser mais ou menos difíceis, a depender de diferentes critérios que medeiam o cuidado médico em uma unidade de pronto socorro e revelam questões de ordem social, ética e moral das mais diversas.

Pesquisas futuras são necessárias para compreender como médicos que atuam em outros contextos e junto a outras tipologias de morte lidam com esse fenômeno.

REFERÊNCIAS

1. Menezes RA, Barbosa PC. A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(9):2653-62. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900020>

2. Martins CBG, Mello Jorge MHP. Analysis of service to fatal victims by external causes: domiciliary survey. *Jl Nurs UFPE*. 2014;8(3):669-79. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i3a9724p669-679-2014>
3. Consorte J. A morte na prática médica. In: Martins JS, organizador. A morte e os mortos na sociedade brasileira. São Paulo: Hucitec, 1983. p.38-57.
4. Gomes AM. Emergência: planejamento e organização da unidade: assistência de enfermagem. São Paulo: E.P.U.; 1994.
5. Chapell RY. Against 'Saving Lives': equal concern and differential impact. *Bioethics*. 2016;30(3):159-64. <https://doi.org/10.1111/bioe.12171>
6. Rawlins MD. A population approach to the rational use of therapeutic interventions. *Clin Ther*. 2013;35(10):1634-8. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2013.08.010>
7. Watt H. Life and health: a value in itself for human beings? *HEC Forum*. 2015;27(3):207-28. <https://doi.org/10.1007/s10730-015-9288-2>
8. Fortes PAC, Pereira PCA. Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética. *Rev Assoc Med Bras*. 2012 58(3):335-40. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000300014>
9. Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
10. Seminotti EP, Neves EM. Dos dramas de Narciso: reflexões antropológicas a partir de uma etnografia de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de João Pessoa - PB. *Ilha Rev Antropol*. 2014;16(1):175-202. <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2014v16n1p175>
11. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989.
12. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Koumare B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathol Afr*. 1992;24(2):183-204.
13. Good BJ, Del Vecchio Good MJ. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: Eisenberg L, Kleinman A, editors. The relevance of Social Science for Medicine. Dordrecht: Reideil Publishing; 1980. p.165-96.
14. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
15. Fontanella BJB, Luchesi BM, Moretti B, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica*. 2011 27(2):388-94. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
16. Ariès P. História social da criança e da família. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC; 1981.

17. Debert GG. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. *Horiz Antropol.* 2010;16(34):49-70. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832010000200003>
18. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF. Lisboa: OMS; 2004 [citado 25 maio 2017]. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf
19. Bauman Z. Modernidade líquida. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
20. Ariès P. História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.
21. Herzlich C. Os encargos da morte. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 1993. (Estudos de Saúde Coletiva)
22. Kamal TA. A morte, o sobrenatural e a continuação da vida. In: Martins JS (Org.). A morte e os mortos na sociedade brasileira. São Paulo: Hucitec; 1983. p.201-10.
23. Aredes JS, Modesto AL. “Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas”: um estudo sobre a prática médica hospitalar. *Physis.* 2016;26(2):435-53. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200006>
24. Murray J, Cerqueira DR, Kahn T. Crime and violence in Brazil: systematic review of time trends, prevalence rates and risk factors. *Aggress Violent Behav.* 2013;18(5):471-83. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.07.003>
25. Minayo MCDS, Cavalcante FG. Tentativas de suicídio entre pessoas Idosas: revisão de literatura (2002/2013). *Cienc Saude Coletiva.* 2015;20(6):1751-62. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.10962014>
26. Deuter K, Procter N, Evans D, Jaworski K. Suicide in older people: revisioning new approaches. *Int J Mental Health Nurs.* 2016;25(2):144-50. <https://doi.org/10.1111/inm.12182>
27. Gurgel WB. A morte como questão social. *Barbaroi.* 2007;27(2):60-91. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.138>
28. Menezes RA. Díficeis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI. *Physis.* 2000;10(2):27-49. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312000000200002>
29. Aredes JS. De perto e de longe: um estudo sobre as representações da morte entre médicos de CTI. *Rev Med Minas Gerais.* 2012;22 Supl 2:78-87.
30. Mauss,M. Sociologia e antropologia. São Paulo: Cosac Naify; 1950 (primeira publicação).

Financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES – bolsa de doutorado). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – bolsa de produtividade, Processo 303372/2014-1).

5.3 Artigo 3 - A *práxis* médica no Pronto Atendimento diante do paciente com sequelas crônicas: culpa, temor e compaixão

Artigo aceito para publicação na Revista Trabalho, Educação e Saúde¹⁶.

Recebido em: 05/09/2017

Aprovado em: 23/01/2018

A *práxis* médica no pronto atendimento diante do paciente com sequelas crônicas: culpa, temor e compaixão

Resumo: Qual a relação entre as urgências e o cuidado crônico? Esta questão, aparentemente paradoxal, foi abordada em uma etnografia realizada no maior hospital de pronto socorro de uma metrópole brasileira, a qual investigou o cuidado médico desde a admissão até a ratificação da condição clínico-funcional do paciente sequelado grave. Entre dez./2012 e ago./2013 foram realizadas observação participante e entrevistas com 43 médicos – 25 homens e 18 mulheres, de 28 a 69 anos. A análise, guiada pelo modelo dos signos, significados e ações, levou à constatação de que o cuidado varia segundo o contexto: na ‘porta de entrada’ e no CTI [centro de terapia intensiva] luta-se intensamente pela manutenção da vida; no setor ‘crônicos’, cuida-se de pessoas que sobrevivem, mas com alto grau de dependência. Para o médico, ‘vida’ significa a recuperação da funcionalidade prévia, enquanto a sobrevida com dependência seria uma ‘morte em vida’. O médico se esquia de lidar com um ser humano altamente limitado, pois sente-se de algum modo culpado pelo quadro, embora se compadeça diante do paciente que demanda cuidados crônicos. A insuficiência de uma rede de cuidados continuados e a falta de formação paliativista do médico geram sofrimentos a quem cuida e a quem é cuidado.

Palavras-chave: cuidados de saúde; quadro crônico; incapacidade; pronto socorro.

The medical praxis in the emergency care before the patient with chronic sequelae: guilt, fear and compassion

Abstract: What is the relationship between urgencies and chronic care? This apparently paradoxical question was addressed in an ethnography, performed in the largest first-aid hospital in a Brazilian metropolis, which investigated medical care from admission to

¹⁶ Ver Anexo F (Carta de Aceite).

ratification of the clinical-functional condition of the severe sequelae patient. Between december 2012 and august 2013, participant observation and interviews with 43 physicians were carried out - 25 men and 18 women, from 28 to 69 years. To the analysis, guided by the model of signs, meanings and actions, it is noticed that the care varies according to the context: the 'entrance door' and the ICU 'intensive care' struggle intensively for the maintenance of life; in the sector of 'chronic' takes care of people who survive, but with a high degree of dependency. For the doctor 'life' means recovery from previous functionality, while survival with dependence would be a 'death in life'. The doctor shies away from dealing with a highly limited human being, for he feels somehow guilty for the picture, though he pities himself before the patient who demands chronic care. The insufficiency of a network of continued care and the lack of palliative training of the physician generate suffering for the caregiver and caregiver.

Keywords: health care; chronic condition; disability; emergency care.

La praxis médica en el cuidado de emergencia ante el paciente con secuelas crónicas: culpa, temor y compasión

Resumen: ¿Cuál es la relación entre las urgencias y el cuidado crónico? Esta cuestión, aparentemente paradójica, fue abordada en una etnografía realizada en el mayor hospital de pronto socorro de una metrópoli brasileña, la cual investigó el cuidado médico desde la admisión hasta la ratificación de la condición clínico-funcional del paciente secuestrado grave. Entre diez./2012 y el ago./2013 se realizaron observación participante y entrevistas con 43 médicos - 25 hombres y 18 mujeres, de 28 a 69 años. El análisis, guiado por el modelo de los signos, significados y acciones, llevó a la constatación de que el cuidado varía según el contexto: en 'la puerta de entrada' y en 'el centro de terapia intensiva' se lucha intensamente por el mantenimiento de la vida; en el sector 'crónico', se cuida de personas que sobreviven, pero con alto grado de dependencia. Para el médico, 'vida' significa la recuperación de la funcionalidad previa, mientras que la supervivencia con dependencia sería una 'muerte en vida'. El médico se esquivo de lidiar con un ser humano altamente limitado, pues se siente de algún modo culpable por el cuadro, aunque se compadezca ante el paciente que demanda cuidados crónicos. La insuficiencia de una red de cuidados continuados y la falta de formación paliativista del médico generan sufrimientos a quienes cuidan ya quién es cuidado.

Palabras clave: cuidados de la salud; cuadro crónico; incapacidad; cuidado de emergencia.

Introdução

A medicina moderna luta para prolongar a vida do paciente e espera com o seu cuidado preservar-lhe a funcionalidade (Fontes e Martins, 2015), ou seja, as funções do corpo, as atividades e a participação social do indivíduo (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, 2004). Contudo, a evolução biotecnológica e os cuidados pré, per e pós-hospitalares nas urgências têm assegurado a sobrevivência de pessoas, inclusive aquelas sem prognóstico de cura (Silva e Menezes, 2015) e com sequelas funcionais definitivas muito graves, em decorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e da violência – urbana, interpessoal, automobilística e motociclística (Diniz, Pinheiro e Proietti, 2015; Deslandes, 2002). Tal fato contradiz os preceitos biomédicos curativos e desafia a prática dos cuidados médicos.

Estudos sobre a temática da prática do cuidado exploram o contexto da terapia intensiva (Frazee et al., 2015), a obstinação terapêutica (Neville et al., 2015), a abordagem do paciente oncológico (Carrera e Olver, 2015), a atuação do profissional da enfermagem (Silva e Ramos, 2014; Nascimento et al., 2015) ou ainda o atendimento à pessoa idosa (Caldas et al., 2015). Porém, na literatura consultada, não foram encontradas pesquisas que abordassem, especificamente, a atuação médica em pacientes com adoecimentos de longa duração no contexto das urgências.

Assim, o estudo que deu origem a este artigo buscou compreender a percepção do profissional médico acerca do cuidado ao paciente grave atendido no pronto atendimento, desde a admissão até a alta ou o óbito, ou quando seja definitivamente ratificada uma sequela crônica que incorra na dependência definitiva de aparelhos e da ajuda humana.

A práxis e o cuidado médico no contexto hospitalar: a luta pela vida contra a morte na sociedade ocidental

A lógica funcional da sociedade ocidental enfatiza o progresso, a superprodução e o desenvolvimento. Nela, é função basilar dos hospitais prestar serviços cujos objetivos são: garantir a saúde, curar as doenças e evitar a morte (Menezes, 2004), favorecendo a vida produtiva dos indivíduos. Por isso, além de aliviar sofrimentos, os hospitais podem ser considerados como indicadores de desenvolvimento econômico de uma sociedade (Rodrigues, 2006).

Nessa organização médica e social (Menezes, 2004), o médico passou a ter o poder de decisão e intervenção apoiado e justificado pela instituição hospitalar (Foucault, 2003). O

acelerado desenvolvimento científico da biotecnologia para prolongar a vida resultou no advento de espaços específicos de cuidado intensivo (Menezes, 2004) e, mais recentemente, na implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), uma vez que foi possível interligar uma central telefônica de chamados de urgência, planejar a atuação no território e oferecer ambulâncias equipadas com recursos e insumos para atender pessoas com traumas simples e permitir até a ressuscitação cardiorrespiratória. Esse atendimento pré-hospitalar é considerado essencial para a sobrevivência de vítimas de acidente e violência, especialmente pela rapidez e precocidade do atendimento (Seminotti e Neves, 2014).

Ao mesmo tempo que o hospital se transforma em local de cuidados médicos, ele pretende se transfigurar em um espaço cuja função é eliminar a dor e a morte (Rodrigues, 2006). Contudo, a depender da gravidade das lesões, nem a agilidade e a eficiência do atendimento de emergência nem todo o aparato propedêutico e terapêutico hospitalar revelam-se suficientes para impedir a morte ou prevenir sequelas crônicas incapacitantes, desfechos que desafiam a práxis e o cuidado médico.

Entendem-se como práxis as práticas cujo sentido dirige-se ao estabelecimento de uma intencionalidade, solicita uma intervenção planejada e científica sobre o objeto, ensejando a transformação da realidade social (Franco e Amélia, 2015). Apesar disso, Carr (1996, p. 101) pondera que, ainda que se planeje a intervenção, os resultados dessa atuação permanecem imprevisíveis, pois “nem a teoria, nem a prática tem anterioridade, cada uma modifica e revisa continuamente a outra”.

Por cuidado médico compreende-se uma tentativa de reconstruir uma atenção integral à saúde dos indivíduos, com base nos problemas e tensões identificados, bem como de “recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas” (Ayres, 2009, p.18).

Ao se investigar a práxis (Franco e Amélia, 2015; Carr, 1996) e a dinâmica do cuidado médico (Ayres, 2009), questões culturais permeiam a compreensão do processo saúde-enfermidade ou do tratamento entre profissionais e usuários. Nesse percurso, notam-se interações humanas que existem fora dos indivíduos e entre eles, e o que se revela é a vida cotidiana em ato (Kleinman, 1980).

No estudo que originou este artigo, assumiu-se o corpo, a vida e a morte como alguns desses fenômenos socioculturais que ultrapassam a dimensão biológica do homem e repercutem na práxis e no cuidado médico. Com significados diversos e polissêmicos, sempre associados a contextos, sujeitos e universos simbólicos próprios, esses fenômenos são

consonantes ao conceito de fato social total proposto por Mauss (2011). Para este autor, o fato social total diz respeito à integração de diferentes esferas constitutivas da vida social, para que haja uma compreensão transversal. É válido destacar 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 percepções a respeito de determinado fenômeno da vida social (Mauss, 2011). Daí o interesse em se investigar como o profissional médico percebe o cuidado prodigado ao paciente grave atendido no pronto atendimento, que resulta em algum dano ou sequela definitiva ou mesmo no óbito do paciente.

Percurso Metodológico

O estudo aqui apresentado foi do tipo qualitativo⁴ e baseou-se nos pressupostos da antropologia médica hermenêutica (Geertz, 1989), que analisa as relações humanas segundo um processo de significação imbricado às perspectivas individual e coletiva (Corin, Uchôa e Bibeau, 1992).

Para Kleinman (1980), ao explorar o território que se deseja estudar deve-se ter como foco a doença-experiência, as relações médico-paciente e o processo de cura/cuidado. Analisa-se, então, como esses elementos afetam e como são influenciados no contexto em que estão inseridos.

Área e população de estudo

O território de investigação, situado no hipercentro da cidade de Belo Horizonte, é um dos maiores hospitais de pronto atendimento ao politrauma e a queimados da América Latina e referência para todo o estado de Minas Gerais. É certificado e credenciado pelos ministérios da Saúde e da Educação e habilitado como Centro de Referência em Alta Complexidade Traumato-Ortopédica, isto por se configurar como uma instituição de ensino, desenvolvimento de pesquisas e tecnologias em saúde, treinamento e formação de recursos humanos. Como já discorria Foucault sobre as instituições hospitalares: “que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber” (Foucault, 2003, p. 110).

A instituição possui cerca de seiscentos médicos e cinquenta residentes. A população de estudo para a pesquisa aqui apresentada constituiu-se de 43 médicos plantonistas de diferentes especialidades – 25 homens e 18 mulheres, entre 28 e 69 anos – que atuam em

setores específicos para pacientes graves com risco de morte e ou de incapacidades definitivas.

Coleta e análise dos dados

Na etnografia (Geertz, 1989) que deu origem a este artigo, foi necessário portar indumentária própria do território de investigação, apropriar-se de um vocabulário novo e específico e participar de atividades típicas da rotina do serviço: empurrar macas, procurar funcionários, buscar instrumentais cirúrgicos e até discutir casos clínicos. Usar jaleco branco de manga comprida, calçado fechado e crachá de identificação funcionou como um dispositivo para entrar e circular no hospital (Aredes, Giacomini e Firmo, 2017). A vestimenta, de modo especial, representava um símbolo potente de pertencimento ao grupo dos médicos, experiência similar à de Chazan (2005).

Durante nove meses de investigação (dezembro de 2012 a agosto de 2013), foi realizada uma observação participante – em plantões noturnos e diurnos – direcionada, especialmente, ao acompanhamento do fluxo dos pacientes e da rotina do trabalho dos médicos. A relação foi mediada pela cumplicidade entre pesquisador e interlocutor, o que viabilizou, de modo eficaz, a realização do trabalho de campo (Aredes, Giacomini e Firmo, 2017).

As entrevistas, com duração média de sessenta minutos, foram guiadas por roteiro semiestruturado, e os participantes foram selecionados segundo o método conhecido como ‘bola de neve’ (Patton, 2002). Determinou-se o número final de entrevistados pelo critério de saturação (Fontanella et al., 2011).

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas de forma literal. A leitura exaustiva desses relatos e das anotações de campo permitiu a análise dos dados, orientada pelo modelo de ‘signos, significados e ações’ (Corin, Uchôa e Bibeau, 1992). Nele, analisam-se os comportamentos concretos dos indivíduos (profissionais médicos) a fim de identificar e compreender as lógicas conceituais agregadas a tais ações (o cuidado a pessoas com sequelas definitivas), bem como os distintos fatores que os influenciam. Essa abordagem viabiliza o acesso às lógicas conceituais intrínsecas a um grupo específico que as utiliza para compreender o processo saúde-doença-cuidado.

Para assegurar o anonimato dos entrevistados, os profissionais foram identificados, respectivamente, por ordem da entrevista, especialidade médica, sexo e idade. Todos eles leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, e não houve recusa no

recrutamento. Na percepção dos médicos, o cumprimento rigoroso dos procedimentos éticos favoreceu a atuação etnográfica e conferiu credibilidade ao trabalho. Para eles, o termo de consentimento dá uma segurança de que a pesquisa que será realizada na instituição constitui um trabalho sério e aplicável (Aredes, Giacomini e Firmo, 2017).

O estudo aqui apresentado partiu de um projeto maior, aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais e da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e está em conformidade com a resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Da análise etnográfica emergiram as categorias: “O percurso do cuidado médico ao paciente ‘crônico-sequelado’ em um pronto socorro: o médico diante dos limites da vida e da morte”; e “A urgência como um ‘não lugar’ para a cronicidade: os dilemas do ‘Criador’ diante da ‘Criatura’ na práxis médica”.

O percurso do cuidado médico ao paciente ‘crônico-sequelado’ em um pronto socorro: o médico diante dos limites da vida e da morte

Esta categoria apresenta a percepção do médico sobre o cuidado ao paciente ‘crônico-sequelado’ em três contextos identificados durante a etnografia: o pronto atendimento, aqui denominado ‘porta de entrada’; o cuidado intensivo (‘CTI’); e o setor ‘crônicos’, que se refere à Unidade de Cuidados Progressivos (UCP). Este último é dedicado a pacientes que paradoxalmente demandam cuidados intensivos e paliativos, pois não apresentam qualquer prognóstico de cura. Em cada cenário, a percepção do médico sobre o cuidado e sobre a sua atuação será apresentada nas suas características peculiares.

Na ‘porta de entrada’, a agilidade no atendimento é fundamental para o prognóstico, a recuperação e o restabelecimento imediato da vida (Giacomo, 2011). No diário de campo, estão registrados os signos ‘desafio’, ‘adrenalina’, ‘tomada de decisão imediata’, que expressam a escolha dos médicos em trabalhar nesse contexto. Todos os esforços técnicos e humanos do médico são canalizados para tomar decisões sob pressão e em tempo hábil (Deslandes, 2002), que definirão o prognóstico do paciente. O pensar e o agir dos profissionais referem-se ao cumprimento da expectativa atribuída ao seu papel de evitar a morte, como nestes dizeres: “não posso deixar o paciente morrer na minha frente sabendo que foi por algo que deixei de fazer, esse é o meu trabalho”; “fizemos um juramento pela vida dos pacientes” (diário de campo, de 2013). Este profissional explicou:

Ali no *póli* tem um paciente extremamente grave, está morrendo. (...) se a gente não fizer nada, ele vai morrer, mas se a gente optar por fazer alguma coisa, acho que ele vai morrer também na mesa cirúrgica. (...) Meu dever é tentar resolver o problema cirurgicamente, se o doente vai aguentar ou não aquela situação é outra coisa (E11, cirurgia geral, M, 39 anos).

De acordo com Deslandes (2002), por um lado o profissional vivencia um trabalho que é emocionante e recompensador; por outro, trata-se de um trabalho conflituoso, desgastante e estressante. A angústia do plantonista expressa o receio do não cumprimento da sua função, a qual respeita o modelo biomédico (Camargo, 2013) que orienta tratar a lesão biológica sem refletir sobre outras consequências, inclusive a impossibilidade de cura.

O segundo contexto ('CTI') inclui os setores de cuidado intensivo destinados a pacientes com instabilidade clínica e/ou hemodinâmica (Silva e Menezes, 2015), potencialmente recuperáveis e que demandam diferentes aparatos técnicos e humanos, como esclareceu este médico:

Aqui [CTI] eu sinto que eu tenho um controle maior de tudo, na maioria das vezes eu sei o que vai acontecer nas horas seguintes com o paciente (...). Vários parâmetros estão monitorizados (...). Isso me dá mais segurança (E41, clínica médica, M, 38 anos).

O 'controle' das doenças é mediado por ações disciplinares que visam à cura, ao prolongamento e/ou à manutenção da vida (Silva e Menezes, 2015) e sustentam o poder da instituição hospitalar (Foucault, 2003). Contudo, o cuidado intensivo pode resultar em ainda maior fragmentação e objetivação do paciente (Silva e Menezes, 2015), além de contribuir para a sobrevivência de pessoas gravemente sequeladas. Quando isso ocorre, observa-se a resistência dos profissionais e residentes em lidar com esses pacientes, como neste relato:

Essa ojeriza que os residentes, as pessoas mais jovens, têm pelo andar ('crônicos') é porque você topa com uma fase... em que você fez tudo pela pessoa lá embaixo ('porta de entrada'), você fez tudo para salvar a vida ('CTI'), agora aqui no andar ('crônicos') você vai ver o resultado do que você fez lá embaixo. (...) Em muitas cirurgias não adiantou nada, e o que você vai ver é gente vegetando, e o estrago que isso traz para a sociedade, para as famílias. Isso é uma coisa que as pessoas não querem ver, chegar naquele lado deprimente (E32, clínica médica, F, 56 anos).

O setor 'crônicos' destina-se a pacientes sem prognóstico de cura. Os médicos denominam esses pacientes como 'crônico-sequelados', referindo-se a alguém que experimenta a dependência definitiva da ajuda humana e de aparelhos, o isolamento social e a falta de possibilidade de interação com o meio (Aredes e Modesto, 2016), os quais podem

obstruir a participação plena e efetiva do sujeito na sociedade (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, 2004).

Os pacientes cuidados neste setor refletem os resultados da cobrança imposta aos médicos no meio acadêmico e na sociedade de ter de evitar a morte a qualquer custo (Aredes e Modesto, 2016; Silva e Menezes, 2015; Kovács, 2014). Todavia, a visão de pessoas dependentes pode ser difícil de suportar, não tanto pelos custos sociais e financeiros que impõem, mas pelo significado apreendido por quem os assiste – na maioria das vezes, profissionais de saúde jovens e funcionalmente independentes (Giacomin e Firmo, 2015).

Conforme sumarizado no Quadro 1, em cada contexto de atuação a percepção do médico sobre quais seriam os mecanismos do cuidado aparece sempre balizada pelos conceitos êmicos de Vida e de Morte, como nos excertos a seguir:

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? (E27, clínica médica, M, 34 anos).

O conceito clínico de morte é a parada de funcionamento do cérebro (...). Mas isso é muito questionável na prática da medicina, porque a gente (...) vê algumas coisas acontecendo no dia a dia que não tem explicação, a ciência não tem explicação (E28, terapia intensiva, F, 49 anos).

Eu também vejo a morte [biológica] como um alívio para o sofrimento, levando em consideração principalmente o local onde eu trabalho (unidade de crônicos) (E30, clínica médica, F, 44 anos).

Nota-se que as definições de Vida e Morte estão alicerçadas em perspectivas técnicas, sociais e morais (Silva e Menezes, 2015). Como ‘fenômenos sociais totais’ (Mauss, 2011), Vida e Morte são de difícil conceituação, pois extrapolam a dimensão biológica, envolvem dinâmicas socioculturais específicas e reverberam na experiência vivida do indivíduo. A mesma instituição hospitalar que visa manter a vida contribui para tornar a morte a tal ponto silenciada, regulada e rotinizada que culmina na sua banalização (Silva e Menezes, 2015; Kovács, 2014).

Ainda nessa direção, o cuidado médico fundamenta-se no conceito biomédico da incapacidade funcional (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, 2004) e se associa a perspectivas culturais, políticas e socioeconômicas, como a assistência à saúde e a medicalização da vida (Gurgel, 2007). Tal panorama também repercute na instituição, pois pacientes que demandam cuidados crônicos não encontram lugar em um

contexto de urgência e expõem o médico a dilemas, como apresentado na próxima categoria analítica.

Quadro 1 - Evolução do cuidado ao paciente atendido no pronto atendimento, Belo Horizonte, 2013

Critério/Contexto	Porta de Entrada	CTI	Crônicos (UCP)*
Atuação do médico	Tomada rápida de decisão	Propedêutica e controle	Terapia intensiva crônica
Foco do cuidado	Restabelecimento vital imediato	Restabelecimento vital progressivo	Sobrevida com ajuda de recursos técnicos e humanos
Mecanismo de cuidado	Aplicação irrefletida do modelo biomédico	Utilização de todos os recursos biotecnológicos	Dúvida/Gestão de complicações/Conforto e Palição
Determinante do êxito ou do fracasso do cuidado	Tempo decorrido entre o trauma/lesão e o atendimento	Evolução da condição que gerou a internação	Falta de evolução na recuperação funcional
Entendimento sobre a Vida do paciente na urgência	Recuperável: luta pela vida	Potencialmente recuperável: luta pela vida	Sem prognóstico de recuperação funcional: conflitos diante da limitação de cuidados
Entendimento sobre a Morte do paciente na urgência	Fracasso	Fracasso	Fracasso/Alívio



*UCP: unidade de tratamento intensivo destinada ao cuidado de pacientes sem possibilidades de cura.

Fonte: As autoras.

A urgência como um ‘não lugar’ para a cronicidade: os dilemas do ‘Criador’ diante da ‘Criatura’ na práxis médica

Esta categoria apresenta a que os médicos atribuem a etnoetologia – compreendida como origem ou causa (Calvasina et al., 2007) – do paciente ‘crônico-sequelado’, bem como os signos e significados que o caracterizam. O pronto atendimento constitui-se como um ‘não lugar’ (Augé, 1994) para a cronicidade (Canesqui, 2013), e por essa circunstância emergem dilemas no cuidado médico.

Perguntados sobre como percebem a gênese de um paciente ‘crônico-sequelado’, médicos de diferentes especialidades e setores explicaram:

Antigamente o povo dava tiro na cabeça para matar em ajuste de contas, hoje eles dão tiro na coluna para o cara ficar paraplégico, tetraplégico. (...) Para o crime organizado não interessa que o paciente morra, interessa que ele fique sequelado, que ele sofra (...). O paciente está consciente, mas não mexe, não faz nada, sofrimento e dependência muito grande. Para algumas pessoas, hoje a morte é vista como punição, mas não ‘a morte’ em si, mas o morrer (E33, terapia intensiva, F, 34 anos).

O paciente antigamente morria na cena [do trauma], ele chegava ao hospital todo arreventado (...). E à medida que foram surgindo essas técnicas (atendimento pré-hospitalar), que realmente são úteis porque salvam vidas, mas ao mesmo tempo surgiu uma legião de sequelados. Então o terceiro andar [unidade de crônicos] surgiu da necessidade [de cuidados prolongados]. A medicina criou um novo tipo de paciente: o altamente sequelado. Esse paciente antes morria, alguns tinham a sorte de não morrer, ou azar, porque fica aqui sofrendo e depois de um tempo morre. E os meios legais e tudo, a gente não tem uma base científica: “ah, esse pode morrer, aquele não pode” (E29, cardiologia, M, 63 anos).

Eu acho que tem casos que realmente a gente não gosta de perder. Não que eu encare a morte como um jogo, uma queda de braço, (...) mas eu também não tenho sangue de barata para chegar e falar: “o paciente tá parando o tempo todo, então é melhor você perder” (E22, clínica médica, M, 33 anos).

Assim, quanto à etnoetologia (Calvasina et al., 2007) desse paciente, os médicos enfatizaram:

– fatores relacionados à morbimortalidade por causas externas, especialmente aquela proveniente da violência, uma constante nos serviços de saúde pública do Brasil (Murray, Cerqueira e Kahn, 2013);

– a evolução da medicina: o médico se sente corresponsável pela criação de um ser humano incapacitado e socialmente improdutivo; afinal, o progresso biotecnológico oferece maiores chances de sobrevivência aos pacientes críticos (Diniz, Pinheiro e Proietti, 2015; Kovács, 2014), e o Serviço Móvel de Urgência (Samu) viabiliza o atendimento pré-hospitalar rápido e precoce – condição essencial para a sobrevivência de vítimas de acidente e violência (Seminotti e Neves, 2014; Baruzzi e Ikeoka, 2013);

– as evidentes dificuldades do saber biomédico em lidar com a morte e o morrer, ainda que a possibilidade da morte tenha sido deslocada para o hospital (Aredes e Modesto, 2016; Kovács, 2014; Rodrigues, 2006; Menezes, 2004; Foucault, 2003).

Este médico jovem discutiu as dificuldades experimentadas no cotidiano:

Eu acho que é essa manutenção da vida a todo custo. Hoje eles [a sociedade] pensam que a nossa função é essa. (...) você vê o terceiro andar [unidade de crônicos], você viu e eu tenho certeza que você mudou sua concepção de morte. Se você perguntar a qualquer familiar daqueles pacientes, no dia da cirurgia [de posicionamento da coluna, sem propósito de cura], se você explicasse a eles [na porta de entrada] que isso iria acontecer, eles iam responder: “eu quero que opere, eu quero ele vivo comigo”. (...) Então tem muitas coisas em questão, e na hora fica difícil você definir o que fazer (E19, neurocirurgia, M, 32 anos).

O mesmo profissional buscou justificativas compensatórias ao ter de anunciar o óbito:

Eu sempre tento jogar o outro lado: se ele tivesse sobrevivido ele iria sobreviver vegetando (...) à custa de sequelas irreversíveis, e eu vejo os familiares se apegando muito nisso (E19, neurocirurgia, M, 32 anos).

Assim, a medicina moderna ‘fabrica’ pessoas em estado crônico vegetativo (ECV) ou em estados paucirrelacionais crônicos, que não mostram capacidade de responder a estímulos, de falar, compreender, de se relacionar nem de controlar seus esfíncteres (Aubry, 2008). Ainda que busque manter certo distanciamento físico e mental diante do sujeito limitado (Aredes e Modesto, 2016; Silva e Menezes, 2015), o profissional não consegue demover os familiares da vontade de lutar pela vida de seus entes. Por sua vez, o médico (re)encontra diuturnamente ‘condições intransponíveis’ que lhe causam compaixão, culpa, desconforto, especialmente em relação à perspectiva de lidar com desfechos não desejados do cuidado médico. Tais situações se traduzem em diferentes signos que aparecem em destaque no Quadro 2.

Em sua práxis, o médico reflete sobre a sua atuação, de modo a reelaborar quais seriam os significados de vida e de morte. Os signos ‘sofrimento prolongado’, ‘apodrecendo em vida’, ‘morte arrastada’ denotam a perspectiva de um lento processo até a consumação da morte biológica (Fontes e Martins, 2015). ‘Prognóstico de má qualidade de vida’ e ‘dependente’ dizem respeito à grave limitação funcional que impossibilita o paciente de interagir plenamente com o meio em que vive e desafia o domínio do saber biomédico sobre o corpo e a vida (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, 2004). Quanto ao signo ‘Ocupando um espaço’, ele alude à carência de leitos e à opção da medicina em privilegiar o cuidado com propósito curativo, embora ela possa resultar na sobrevivência

de pessoas gravemente incapacitadas (Aubry, 2008). Segundo Le Breton (2007, p. 76), esse sujeito – socialmente demarcado pela mudança radical em prejuízo da sua funcionalidade –, ao contrariar a hegemonia da norma, adquire um estatuto intermediário/um meio termo, não estando morto, nem completamente vivo, “nem fora da sociedade, nem dentro dela”.

Quadro 2 - Os signos e os significados do médico diante de um paciente ‘crônico-sequelado’

SIGNOS	SIGNIFICADOS (Condições Intransponíveis)
“Ter um paciente <i>sem prognóstico</i> na sua vida, é <i>difícil de lidar</i> (...) a questão do <i>vagabundo</i> é mais difícil para mim”. (E9, Cirurgia Geral, F. 38 anos) “Quando você não consegue ter nenhum contato com o paciente e você vê que ele está <i>apodrecendo em vida</i> a gente sente muita limitação. É um <i>paciente difícil</i>, a gente tem certo <i>desconforto em lidar</i>. Você não pode <i>fazer nada para mudar</i>”. (...) A morte do <i>sofrimento prolongado</i> (...) o caminho para a morte em si é que eu acho o pior (...). Essa <i>morte arrastada</i>, cheia de feridas, escaras, dentro de um hospital. Eu acho terrível”. (E32, Clínica Médica, F. 56 anos)	Pessoa que experimenta a morte física em potência e o lento e solitário processo de morrer.
“Os TRM’s (Traumatismo Raquimedular) acabam comigo. Não é um prognóstico de morte. É um <i>prognóstico de má qualidade de vida</i> (...) Ficar <i>dependente</i>, 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”. (E30, Clínica Médica, F. 44 anos)	Pessoa que vivencia a perda da funcionalidade e configura um sujeito cuja vida será piorada pela gravidade da seqüela e por sua impotência.
“Um <i>hospital superlotado</i> como esse, você precisa pensar que os que estão chegando precisam de espaço, e o paciente <i>sem prognóstico</i> está <i>ocupando um espaço</i>”. (E21, Clínica Médica, M. 34 anos)	Retira a chance de alguém com potencial de cura, pois encontra-se em um local indevido para a cronicidade.
“Principalmente que esses casos são <i>mal regulamentados</i> no Brasil, a <i>distanásia</i>, <i>eutanásia</i>; nós <i>não temos respaldo</i> nenhum praticamente. Vejo colegas fazendo investimento em pacientes em vão, porque eles não vão se recuperar (...) o médico tem essa postura com <i>receito de processos</i>”. (E22, Clínica Médica, M. 33 anos)	
“Na faculdade eles te ensinam tudo o que você precisa fazer para <i>manter o doente</i> vivo até o dia que o seu doente morre. Ai você tem que lidar com a primeira <i>frustração da sua vida</i>”. (E11, Cirurgia Geral, M. 39 anos) “A morte dos seus pacientes é aquilo que você tem que <i>evitar a todo custo</i>, afinal nenhum médico quer <i>perder</i> o seu paciente, é um <i>objetivo técnico</i>, <i>não morrer</i>”. (E41, Clínica Médica, M. 38 anos)	Obstinação terapêutica e limitações da medicina em lidar com a morte
“Tem coisas que não adianta conversar com a família (...). É muito difícil passar a gravidade de um quadro para um leigo (...) tem familiares que acham que a gente está <i>mentando o familiar dele</i>”. (E22, Clínica Médica, M. 33 anos)	
“Você chama eles aqui e fala que o paciente está de alta. Eles chegam e vê um <i>sequeletado</i> de todo tamanho. Tem família que foge, <i>isso assusta</i>. A maioria não tem condições: são pacientes que <i>demandam muito</i>. A assistente social vai até a casa dessas pessoas e às vezes tem 6 pessoas dormindo num cômodo só, como eles vão acolher o sequeletado? Isso é terrível é só a gente pensar na gente. Veja-se sequeletado: o peso que você vai ser para sua família!?” (E29, Clínica Médica, M. 63 anos)	Limitações dos familiares diante do paciente crônico-sequelado
“No Brasil é muito difícil devido as religiões, de que <i>não se deve morrer</i>, e ao dizer sobre limitação, as pessoas comentam que <i>perda Deus nada é impossível</i>”. (E34, Clínica Médica, F. 29 anos)	Apelo a crenças e religiões
“Os evangélicos ficam um tempo danado ao lado da gente para ver se não vamos desligar os aparelhos (...). Nós somos quase que um obstáculo para o <i>milagre</i> dos evangélicos. Os católicos pensam mais que a gente está do lado deles, eles falam muito de <i>instrumento na mão de Deus</i>”. (E36, Pediatria, M. 46 anos)	

Fonte: As autoras.

Outras questões disfuncionais da saúde pública, como a insuficiência de leitos de retaguarda e de reabilitação (Conselho Federal de Medicina, 2011), também geram conflitos, dilemas éticos e sofrimentos diretamente relacionados às inconsistências entre os procedimentos biomédicos cabíveis à recuperação da saúde dos pacientes e os gargalos institucionais que bloqueiam sua efetivação (Rosado, Russo e Maia, 2015).

Por sua vez, a dificuldade da sociedade diante da morte e sua cobrança para investir em pacientes muito graves (Silva, Quintana e Nietzsche, 2012) leva o profissional a se

submeter (“receio de processos; não temos respaldo; objetivo técnico: não morrer”), mesmo que contrariando evidências científicas. O médico pode ser questionado quanto à prática da distanásia (Lôbo Marreiro, 2013), segundo a qual lhe seriam imputados os danos sofridos pelos pacientes, pois a sustentação artificial obstinada das funções vitais – futilidade terapêutica – pode afetar a dignidade humana (Baruzzi e Ikeoka, 2013). No Brasil, contribuem para isso o desconhecimento e a fragilidade das regulamentações existentes sobre cuidados paliativos e a ortotanásia, que desaconselham o uso de métodos desproporcionais de prolongamento da vida, a fim de assegurar uma morte digna ao paciente terminal (Bomtempo, 2011).

Uma atuação médica pautada no domínio do saber biomédico (Camargo, 2013) sobre o corpo dos outros (Foucault, 2003; Le Breton, 2007) passa a admitir a morte e a apresentá-la como plausível tendo em vista a ‘opção b’: sobreviver com sequelas que limitariam, de modo definitivo, a funcionalidade e a participação social do paciente (Le Breton, 2007).

O profissional compreende essa nova condição como um fardo e/ou peso social (Fontes e Martins, 2015). Quando o paciente encontra-se em condição de alta hospitalar do ponto de vista clínico, ficam evidentes as limitações dos familiares no cuidado ao paciente ‘crônico-sequelado’ (definido pelos signos: ‘sequeladão’, ‘peso’). Falta-lhes a garantia da integralidade do cuidado (Kalichman e Ayres, 2016): o serviço e a rede pública não oferecem condições para reabilitação de maior complexidade nem dispõem de uma política de cuidados prolongados que apoie pacientes e familiares (Romero et al., 2010).

Esta profissional discorreu sobre seus conflitos diante de um paciente sem prognóstico:

Eu tenho muito medo da futilidade terapêutica, 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, está em estado vegetativo permanente (...). Eu fico pensando: se ele morrer, eu vou sentir como um fracasso pessoal? Ele já teve situações em que quase morreu, mas eu interfeiri e não deixei. Será que eu estou fazendo isso para ele ou para mim? (E39, pediatria-CTI, F, 58 anos).

Médicos, especialmente de UTI pediátrica, enfrentam conflitos no que se refere à obstinação terapêutica. A inclusão de assuntos relacionados à bioética e à tomada de decisões médicas no ambiente hospitalar contribui para a formação ética e moral dos profissionais (Martinez e Velarde, 2013). Contudo, a expectativa social de que não se deve morrer espelha a negação da morte, sustentada em crenças religiosas:

É muito difícil você cuidar de um paciente sem prognóstico, porque 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 (...) (E36, pediatria-CTI, M, 46 anos).

Na falta de recursos, o ‘apelo religioso’ também participa da compreensão desse processo. Na cultura local, sob influência cristã, as religiões buscam dar sentido aos acontecimentos da vida, reforçam a imagem social de que ‘não se deve morrer’ e possibilitam que a pessoa compreenda tais significados como parte de um propósito mais amplo, determinado por uma força superior (Xavier, Miziara e Miziara, 2014). Porém, a forma de lidar com a condição crônica depende da biografia, do modo de vida, da crença de todos os envolvidos – pacientes, familiares, médicos –, que é sempre relativa, e pode se modificar ao longo do processo de acompanhamento, adoecimento e morte. Todos podem negar, projetar, desejar, temer, ocultar a mesma verdade: somos todos, médicos e pacientes, seres de sentimentos e histórias, frágeis, finitos, mortais.

Estes médicos reconheceram que a morte ou a sobrevivência de um paciente sequelado podem gerar sofrimento no profissional:

O médico de pronto socorro coloca um escudo na frente dele: da urgência e da emergência. (...) Para não se expor, não perder tempo, não se desgastar, não sofrer, para deixar as suas questões de morte guardadas (E33, terapia intensiva, F, 34 anos).

O médico tem que ter uma postura fria, porque absorver a dor dos outros é uma coisa complexa. Eu saio da minha casa todos os dias e vou para o epicentro do tumulto, eu vou para onde todo mundo quer fugir (...). Você tem que ter uma certa blindagem, mas isso não significa que você seja frio (E31, clínica médica, M, 58 anos).

Em sua prática profissional, os médicos fazem uso de uma postura resistente para encobrir sua sobrecarga física e mental diante do sofrimento alheio (Aredes e Modesto, 2016), o que não os impede de se afetar. Essa ‘blindagem’ busca disfarçar suas dificuldades em criar vínculos, inerentes ao tratamento crônico de um paciente grave e definitivamente incapacitado, bem como encobrir certas manifestações sutis de sensibilidade em relação ao outro (Aredes e Modesto, 2016) e proteger a si e aos outros (Nogueira Filho, 2010) das frustrações ante os limites da medicina.

Durante o período de campo, um profissional ressaltou a importância de ações focadas na saúde do médico como trabalhador:

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 estresse, agressão. Recentemente, uma residente se suicidou, enforcando-se. A

garota era linda, com vida social normal, com uma carreira invejada (...). 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? (E11, cirurgia geral, M, 39 anos).

Especialmente no contexto de pronto socorro, o exercício profissional, a carreira médica, o lidar com a morte e com o sofrimento podem ser estressantes a ponto de interferir na própria saúde e na vida do médico (Rosado, Russo e Maia, 2015), com casos de depressão e uso abusivo de álcool (Santos et al., 2017), além da síndrome de burnout. Esta última caracteriza-se por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal – é comum em médicos expostos a um alto nível de estresse no trabalho, com impacto negativo no cuidado ao paciente e na qualidade de vida do profissional (Romani e Ashkar, 2014). O apoio psicológico seria uma das ações essenciais para resguardar a saúde dos profissionais e, como consequência, a qualidade da assistência ao usuário (Rosado, Russo e Maia, 2015). Um estudo apontou índices mais elevados de adoecimento em profissionais que atuam em hospitais públicos em comparação com os hospitais privados. Uma das razões apontadas pelos autores seria a existência, no âmbito privado, de recursos mais eficazes para o profissional lidar com as adversidades com as quais ele se depara na prática profissional (Santos et al., 2017). Além disso, o diagnóstico de uma condição incurável ou potencialmente letal provoca reações no indivíduo, em seus próximos e no profissional, em um processo que desloca os que estão em processo de morte para os bastidores da vida social (Elias, 1982).

Perguntada sobre qual seria o pior tipo de morte, esta médica ponderou:

Se eu estivesse na condição de um paciente tetraplégico, (...) me sentiria morta, com o compromisso de estar viva biologicamente. É uma morte em vida que se estende para todo o redor (...). Essa morte social que tem aqui é uma morte mais difícil do que a morte propriamente dita (E30, clínica médica, F, 44 anos).

Transversal a todos os signos que remetem a um paciente ‘crônico-sequelado’ subjaz o termo êmico ‘morte em vida’, que traduz uma ‘morte social’ (Gurgel, 2007) ocorrida antes do óbito e implica importantes perdas de papéis. No pronto atendimento, observa-se a mesma lógica de uma sociedade que produz o trauma e as DCNT e impõe ao sistema de saúde a obrigação de reparar o indivíduo e devolvê-lo em condições de produção (Bauman, 2001). Essa concepção de vida e de morte reflete preceitos capitalistas segundo os quais a sociedade deveria investir somente em pessoas potencialmente produtivas.

A perspectiva ocidental de considerar manter a ‘vida a todo custo’ como ‘sucesso’ e a morte como um ‘fracasso’ prolonga o processo de morrer com sofrimento (Baruzzi e Ikeoka,

2013) e deixa os sobreviventes ainda mais vulneráveis aos agravos em saúde, à exclusão social e à própria violência (Fontes e Martins, 2015). Para Fassin (2010), um corpo portador de um mal passa a ser reconhecido pelo seu sofrimento. Assim, o corpo torna-se o local onde a compaixão pode ser exercida. O referido autor define a compaixão vinculada a sentimentos como empatia, sensibilidade ao mal-estar do outro, bem como uma busca pela proximidade.

Ainda que, em um ‘ato de compaixão’, o médico transfira para si o infortúnio experienciado pelo paciente (Wenceslau, Portocarrero-Gross e Demarzo, 2016), ancorado em liames que submergem as esferas éticas, profissionais e subjetivas (Aredes e Modesto, 2016), ele erra porque embora o saber biomédico estabeleça os limites da atuação do profissional (exames, procedimentos, meios que confirmam ou não as chances de êxito), ao mesmo tempo o força a continuar intervindo por esses mesmos meios. Ao resistir aos limites de até onde intervir (Kovács, 2014), o profissional acaba por ultrapassá-los, ficando exposto a um conflito ético.

Assim, paradoxalmente cobrado para e por obedecer ao modelo biomédico (Camargo, 2013), o profissional é apenas mais uma peça na engrenagem complexa de uma sociedade inserida em um mosaico de contextos específicos, moldados por aspectos tão diversos quanto a sensibilidade humana, a violência urbana (Deslandes, 2002; Murray, Cerqueira e Kahn, 2013) e as crenças religiosas (Xavier, Miziara e Miziara, 2014), cujos reflexos a dinâmica de um pronto socorro permite desvelar. Fassin (2010) destaca que os sentimentos morais tornam-se um elemento crucial das políticas contemporâneas, pois permeiam os discursos políticos e legitimam as práticas coletivas de compaixão.

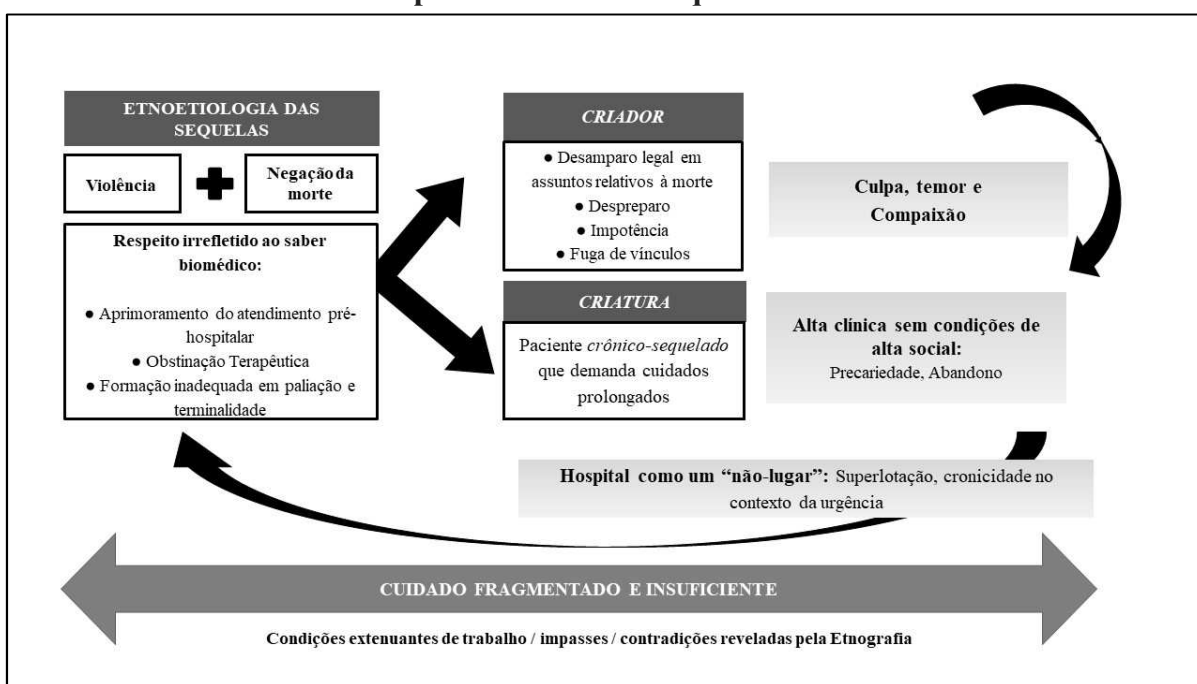
À guisa de uma síntese abrangente, ética e politicamente implicada, na Figura 2 são apresentadas ambivalências no pensar e no agir do profissional médico em face de um paciente ‘crônico-sequelado’ cuidado no pronto atendimento. O método etnográfico permite revelar situações latentes que se manifestam mediante a conjugação da observação empírica com as entrevistas. Caso nos ativésemos somente ao relato dos entrevistados, esses novos dados não se revelariam. Talvez a inconsistência existente entre ‘o que dizem e o que fazem’ espelhe a estrutura institucional biomédica a que pertencem, na qual a luta pela vida e pela cura deve se sobrepor ao longo do cuidado (Aredes e Modesto, 2016).

Este diagrama (Figura 1) pretende conjugar os vários aspectos envolvidos no esforço que os médicos fazem para cuidar, ainda que de modo fragmentado e insuficiente, em uma instituição de cuidados ágeis e relações voláteis que remetem ao não lugar proposto por Augé

(1994). Nesse território de passagem, mediado por relações fugazes e protegidas por ‘escudos’, a cronicidade (Canesqui, 2013) não encontra uma posição definida.

A presença de pacientes crônicos em um serviço de urgência repercute na vida institucional, profissional e familiar. Sobram cobranças pelo que o médico fez e pelo que ele não conseguiu fazer, pois o que está em jogo é a manutenção biológica da vida. Ele sofre diante da ‘Criatura’ que ajudou a criar, pois ela configura a um só tempo a materialização do seu fracasso e ou da sua obstinação terapêutica, bem como revela o que foi ou não realizado nos diferentes contextos de cuidado, em termos técnicos, humanos e éticos. Essas circunstâncias também afetam a qualidade de vida e de morte dos pacientes (Siqueira, Pessine e Siqueira, 2013). Para Fassin (2010), é necessário pensar de modo concreto como a vida humana é tratada, não apenas restrita a uma questão de discursos e tecnologias, mas sobretudo em nome de quais princípios morais.

Figura 1 Ambivalências no pensar e no agir do profissional médico no cuidado ao paciente ‘crônico-sequelado’



Fonte: As autoras.

Nas sombras de uma etnografia (McLean e Leibing, 2007), é possível perceber emoções ambivalentes e limites em todos os envolvidos e ampliar a compreensão da etnoetiological (Calvasina et al., 2007) de pessoas com sequelas graves e definitivas. Uma sociedade violenta somada à atuação de um profissional que exerce o modelo biomédico de maneira irrefletida para atender às expectativas de familiares e pacientes – enquanto se

submete a condições extenuantes de trabalho – revela uma verdadeira medicina de guerra. Por sua vez, faltam recursos ao médico (formação, impotência e solidão, ausência de espaço para discussão de casos com a equipe, os pacientes e os familiares), ao serviço (condições de trabalho, insuficiência de reabilitação de maior complexidade e de cuidados prolongados na rede pública), aos familiares, à sociedade, inclusive de sustentação legal para atuação médica e de proteção aos pacientes.

Por não saber como assistir a morte de alguém como ‘Criador’, o profissional experimenta culpa, medo e compaixão pela ‘Criatura’ que, ao impedir de morrer, condenou a não viver em uma sociedade que não admite um indivíduo que contrarie a hegemonia da norma (Le Breton, 2007).

Considerações finais

A etnografia aqui apresentada procurou desvelar uma questão fundamental que perpassa o cuidado e a atuação médica: os conceitos de vida e morte, revistos e atualizados na prática cotidiana em um pronto socorro. Um contexto que expõe as mazelas da sociedade brasileira em todo o seu espectro, sobretudo a violência, a exclusão social, os desafios e os limites da saúde pública.

Em uma unidade de pronto socorro, a sequela adquirida materializa o desfecho de um cuidado médico que contraria as expectativas de todos os envolvidos, pois resulta em uma condição grave e definitivamente incapacitante. Cotidianamente confrontados com seus próprios limites e aqueles do serviço, dos pacientes e familiares, os médicos atribuem a gênese de pacientes ‘crônico-sequelados’ à atuação da medicina e à violência – a primeira ancorada ao modelo biomédico que atribui o êxito do trabalho médico à manutenção irrefletida da vida biológica, enquanto a segunda configura-se como um grave problema de saúde pública no Brasil, uma vez que a cronicidade desses pacientes no serviço de urgência compromete seu cuidado e sua reabilitação.

Nesse contexto, os médicos questionam a finalidade da sua atuação e se reconhecem despreparados para lidar com a inescapável condição humana de fragilidade, imperfeição e finitude. Para amortecer sentimentos e emoções e continuarem atuando como se espera deles, portam escudos que os mantêm à distância e sofrem incompreensões. Além disso, no cuidado a um paciente ‘crônico-sequelado’ revelam-se os temores do médico: o excesso ou a falta de investimento espelha o seu fracasso como profissional. O saber biomédico e a pressão da sociedade exigem uma atuação obstinada do médico contra a morte, desconhecendo que não

se trata de uma escolha binária: investir ou não investir na vida, mas de reconhecer os vários limites do cuidado – os do profissional, os dos pacientes, os das famílias e os do serviço.

Para alterar esse cenário, será necessário investir na formação paliativista para superar a visão pessimista do modelo biomédico sobre as limitações funcionais, bem como promover debates sobre os limites éticos que definem a qualidade de vida e de morte. Cabe ainda reconhecer os esforços dos médicos para superar as próprias angústias e serem compassivos com os pacientes e suas famílias. Porém, isso não fará sentido se não forem implantadas políticas de prevenção e enfrentamento da violência, bem como de oferta de leitos de retaguarda e de cuidados de longa duração para pessoas com deficiências adquiridas que possibilitem um cuidado digno e adequado a cada situação, em todas as fases do curso da vida.

Referências

AREDES, Janaína S. et al. Reflexões sobre um fazer etnográfico no pronto socorro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, 2017.

AREDES, Janaína S; MODESTO, Ana L. ‘Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas’: um estudo sobre a prática médica hospitalar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 435-453, 2016.

AUBRY, Régis. L’alimentation artificielle et l’hydratation chez la personne en état végétatif chronique: soin, traitement ou acharnement thérapeutique? *Médecine Palliative: soins de support-accompagnement-éthique*, v. 7, n. 2, p. 74-85, 2008.

AUGÉ, Marc. *Não-lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade*. Campinas: Papirus, 1994.

AYRES, José R. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009.

BARUZZI, Antônio C.; IKEOKA, Dimas T. Terminalidade e cuidados paliativos em terapia intensiva. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 59, n. 6, p. 528-530, 2013.

BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade líquida*. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BOMTEMPO, Tiago V. A ortotanásia e o direito de morrer com dignidade: uma análise constitucional. *Revista Internacional de Direito e Cidadania*, n. 9, fev. p. 169-182, 2011.

CALDAS, Celia P. et al. Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde [Internet]*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 62-69, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2015/v7n1/a4757.pdf>

Acesso em 25 de Maio de 2017

CALVASINA, Paola G. et al. 'Fraqueza de nascença': sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 371-380, 2007.

CAMARGO, Kenneth R. O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico. *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 183-195, 2013.

CANESQUI, Ana M. (org.). *Adoecimentos e sofrimentos de longa duração*. São Paulo: Hucitec, 2013.

CARRERA, Pricivel M.; OLVER, Ian. The financial hazard of personalized medicine and supportive care. *Supportive Care in Cancer*, v. 23, n. 12, p. 3.399-3.401, 2015.

CARR, Wilfred. *Una teoría para la educación: hacia una investigación educativa crítica*. Madrid: Morata, 1996.

CHAZAN, Lilian K. Vestindo o jaleco: reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico. *Cadernos de Campo*, São Paulo, v. 13, n. 13, p. 15-32, 2005.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE – CIF – 2004.

Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>. Acesso em: 25 maio 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Falta de leitos e de estrutura de atendimento agravam [sic] crise na rede pública. 2011. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22337:falta-de-leitos-e-de-estrutura-de-atendimento-agravam-crise-na-rede-publica&catid=3:portal>. Acesso em: 16 fev. 2016.

CORIN, Ellen; UCHÔA, Elizabeth; BIBEAU, Gilles. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'action. *Psychopathologie Africaine*, v. 24, n. 2, p. 183-204, 1992.

DESLANDES, Suely F. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

DINIZ, Eugênio P. H.; PINHEIRO, Letícia C.; PROIETTI, Fernando A. Quando e onde se acidentam e morrem os motociclistas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2.621-2.634, 2015.

ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos: seguido de 'Envelhecer e morrer'*. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982.

FASSIN, Didier. *La raison humanitaire: une histoire morale du temps présent*. Paris: Seuil, Gallimard, 2010.

FONTANELLA, Bruno J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

FONTES, Fernando; MARTINS, Bruno S. Deficiência e inclusão social: os percursos da lesão medular em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, Lisboa, n. 77, p. 153-172, 2015.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FRANCO, Santoro; AMÉLIA, Maria. Práticas pedagógicas de ensinar-aprender: por entre resistências e resignações. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 601-614, 2015.

FRAZEE, Erin N. et al. Intensive care nurses' knowledge about use of neuromuscular blocking agents in patients with respiratory failure. *American Journal of Critical Care*, v. 24, n. 5, p. 431-439, 2015.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIACOMIN, Karla C.; FIRMO, Josélia O. A. Old age, disability and care in public health. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3.631-3.640, 2015.

GIACOMO, Nelson S. *Diretrizes projetuais para unidades de urgência e emergência hospitalares eficientes*. Tese de Doutorado em Arquitetura e Urbanismo. 390p. 2011, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo.

GURGEL, Wildoberto B. A morte como questão social. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 27, p. 60-91, 2007.

KALICHMAN, Artur; AYRES, José Ricardo. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, 2016.

KLEINMAN, Arthur. Patients and healers in the context of cultures. *An exploration of borderland between Anthropology and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press, 1980.

KOVÁCS, Maria J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*, Brasília, v. 22, n. 1, p.94-104, 2014.

LE BRETON, David. *A sociologia do corpo*. 2. ed. Tradução de Sônia M. S. Fuhrmann. Petrópolis: Vozes, 2007.

LÔBO MARREIRO, Cecília. Responsabilidade civil do médico na prática da distanásia. *Revista Bioética*, Brasília, v. 21, n. 2, p.308-317, 2013.

MARTINEZ, Maria L.; VELARDE, Cristina C. Dilemas bioéticos y sus posibles soluciones em las unidades de terapia intensiva pediátrica del Distrito Federal (México). *Acta Bioethica [on-line]*, Santiago, v. 19, n. 2, p. 275-283, 2013.
Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v19n2/art12.pdf>

Acesso em 02 de Jun de 2017

MAUSS, Marcel. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2011.

MCLEAN, Athena; LEIBING, Annette (eds.). *The shadow side of field work: exploring the blurred borders between ethnography and life*. 1.ed. Boston: Blackwell/Wileys, 2007. v. 1. 250p.

MENEZES, Rachel A. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MURRAY, Joseph; CERQUEIRA, Daniel R. C.; KAHN, Tulio. Crime and violence in Brazil: systematic review of time trends, prevalence rates and risk factors. *Aggression and Violent Behavior*, v. 18, n. 5, p. 471-483, 2013.

NASCIMENTO, Eliane R. P. et al. Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 338-342, 2015.

NEVILLE, Thanh H. et al. Concordance of nurses and physicians on whether critical care patients are receiving futile treatment. *American Journal of Critical Care*, Los Angeles, v. 24, n. 5, p. 403-410, 2015.

NOGUEIRA FILHO, Luiz N. Desafios do médico na manutenção da esperança dos pacientes gravemente enfermos. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, supl. 2, p. s279-s287, 2010.

PATTON, Michael Q. *Qualitative research and evaluation methods*. Londres: Sage Publications, 2002.

ROMANI, Maya; ASHKAR, Khalil. Burnout among physicians. *The Libyan Journal of Medicine*, v. 9, 2014.

RODRIGUES, José C. *Tabu da morte*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

ROMERO, Dalia E. et al. Internações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do SUS no Rio de Janeiro: uma análise de suas características e da fragilidade das redes sociais de cuidado. In: CAMARANO, Ana Amélia. (org.). *Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido*. Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p. 249-278.

ROSADO, Iana V. M.; RUSSO, Gláucia H. A.; MAIA, Eulália M. C. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3.021-3.032, 2015.

SANTOS, Anelise S. et al. Contexto hospitalar público e privado: impacto no adoecimento mental de trabalhadores da saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 421-438, 2017.

SEMINOTTI, Elisa P.; NEVES, Ednalva M. Dos dramas de Narciso: reflexões antropológicas a partir de uma etnografia de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) de João Pessoa-PB. *Ilha Revista de Antropologia*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 175-202, 2014.

SILVA, Karla C. O.; QUINTANA, Alberto M.; NIETSCHE, Elisabeta A. Obstinação terapêutica em unidade de terapia intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 697-703, 2012.

SILVA, Nathalia R.; MENEZES, Rachel A. 'Se parar, parou': categorização do morrer em uma unidade de terapia intensiva da cidade do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 265-285, 2015.

SILVA, Sander M.; RAMOS, Márcia Z. Profissionais de saúde de um serviço de emergência hospitalar: discursividades em torno do cuidado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 693-714, 2014.

SIQUEIRA, José E.; PESSINI, Leo; SIQUEIRA, Carlos E. M. Conflitos morais sobre a terminalidade da vida: aspectos médicos, filosóficos e jurídicos. *Revista Colombiana de Bioética*, Bogotá, v. 8, n. 2, p. 104-115, 2013.

XAVIER, Marcelo S.; MIZIARA, Carmen S. M. G.; MIZIARA, Ivan D. Terminalidade da vida: questões éticas e religiosas sobre a ortotanásia. *Saúde, Ética & Justiça*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 26-34, 2014.

WENCESLAU, Leandro D.; PORTOCARRERO-GROSS, Eberhart; DEMARZO, Marcelo P. Compaixão e medicina centrada na pessoa: convergências entre o Dalai Lama Tenzin Gyatso e Ian McWhinney. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-10, 2016.

5.4 Artigo 4 - A MORTE QUE PODE SALVAR VIDAS: complexidades do cuidado médico ao paciente com suspeita de morte encefálica

Artigo aceito para publicação na Revista Cadernos de Saúde Pública¹⁷.

Aprovado em: 12/07/2018

RESUMO: O objetivo do presente trabalho é compreender como os médicos do maior pronto atendimento de uma metrópole brasileira orientam o cuidado aos pacientes graves com suspeita de morte encefálica e potenciais doadores de órgãos. Trata-se de uma etnografia, desenvolvida em um hospital de pronto socorro, referência em trauma na América Latina, situado no hipercentro da cidade de Belo Horizonte/MG. A instituição, de modo pioneiro no Brasil, possui um setor específico para onde são encaminhados os pacientes com suspeita de morte encefálica. O trabalho de campo foi realizado durante 9 meses, baseado em observações empíricas e entrevistas junto a 43 médicos plantonistas - 25 homens e 18 mulheres, entre 28 e 69 anos. A análise dos dados foi orientada pelo modelo de “signos, significados e ações”. À etnografia, emergiu o processo de cuidado médico ao paciente em suspeita de morte encefálica que contempla: terapia intensiva; realização do protocolo e comunicação do fato à família do paciente. Nesse último caso, a interlocução perpassa as controvérsias na definição da morte encefálica, o contexto sociocultural e o contexto de pronto atendimento. Ficou claro que esse processo de cuidado médico ultrapassa questões meramente normativas e adentra uma complexidade de elementos, sobretudo o papel do profissional enquanto mediador de uma miríade de elementos e tensões imbricados. Entre a constatação e a comunicação da morte encefálica emergem percepções ambivalentes dos médicos e dos familiares. O estudo evidenciou que a tênue definição do que seja a vida e a morte tangencia toda a atuação médica tendo implicações diretas no cuidado ao paciente/potencial doador e aos familiares.

Palavras-chave: Morte Encefálica. Medicina de Emergência. Cuidados de Saúde. Relações Profissional-Família. Atitude Frente à Morte.

Introdução

Doenças provocadas por causas externas, especialmente oriundas de trauma, assumem expressiva relevância no âmbito das internações hospitalares no Sistema Único de Saúde.¹ O aumento da violência urbana² repercute na morbimortalidade da população brasileira e

¹⁷ Ver Anexo G (Carta de Aceite).

configura grave problema de saúde pública.¹ Somam-se ao trauma, as doenças crônicas não transmissíveis que também concorrem para um número crescente de hospitalizações na urgência.³

Nesse contexto, para evitar a morte, desfecho que contraria e desafia os ditames biomédicos, adotam-se diferentes dispositivos médicos e institucionais a serviço da manutenção da vida.⁴ Nesse sentido, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e os Centros de Terapia Intensiva assumem importante papel: o primeiro assegura maior agilidade no processo de atendimento,⁵ enquanto os segundos, oferecem condições para a sustentação da vida.⁶⁻⁸

O cuidado médico pré⁵ e per-hospitalar^{6,7} tem postergado a possibilidade da morte para o hospital,⁷ incluindo a morte encefálica, cujas causas mais frequentes são o traumatismo crânioencefálico e o acidente vascular encefálico.⁹ Todavia essas condições graves permitem a preservação da vida de outras pessoas por meio da doação de órgãos.¹⁰

Assume-se cuidado médico como um modo de reconstruir a atenção integral à saúde dos indivíduos, a partir dos problemas e tensões identificados na prática profissional. Para tanto, sua compreensão deve relacionar-se ao encontro alteritário de quem cuida e de quem é cuidado resultante das experiências de ambos.¹¹

Na literatura internacional, estudos sobre o cuidado médico ao paciente em suspeita de morte encefálica focam no envolvimento da família nesse processo, sobretudo, durante a realização do protocolo de morte encefálica;^{12,13} nos desafios enfrentados pelos médicos durante a abordagem sobre a doação de órgãos^{14,15} e nas próprias dificuldades desses profissionais referentes ao conceito de morte encefálica.^{16,17}

No Brasil, de forma distinta, os estudos privilegiam, especialmente, a perspectiva do enfermeiro,^{6,8,18} fatores relacionados à não-doação,¹⁹ a legislação sobre a doação de órgãos²⁰ e diretrizes para avaliação e validação do potencial doador.¹⁰ Poucas pesquisas contemplam as complexidades do processo de diagnóstico de morte encefálica na perspectiva do médico.^{9,21}

Assim, o presente trabalho objetiva compreender como os profissionais médicos do maior pronto atendimento de uma metrópole brasileira - referência na América Latina - orientam o cuidado aos pacientes graves com suspeita de morte encefálica.

Metodologia

Essa pesquisa parte de uma abordagem antropológica hermenêutica,²² na qual se enfatiza o significado que os grupos sociais atribuem a determinados fenômenos, a partir de um processo de significação imbricado junto às perspectivas individual e coletiva.²³

No âmbito da Saúde Coletiva, essa orientação ancorada ao método Etnográfico, contribui na compreensão do processo saúde-doença, dos valores e das atitudes de profissionais e pacientes em diferentes contextos de cuidado.²⁴

Área e população de estudo

O presente trabalho compõe um estudo etnográfico maior iniciado em 2012, realizado por uma antropóloga no contexto de um dos maiores serviços públicos de pronto atendimento ao politrauma e a queimados da América Latina, situado no hipercentro de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais - estado brasileiro que possui a maior malha viária do país e grande prevalência de acidentes de trânsito (Diário de Campo, 2013).

A exemplo de outros hospitais de urgência, no território de observação pesquisado utilizam-se protocolos específicos no cuidado:²⁵ *Escala de Coma de Glasgow*: permite aferir e avaliar o nível de consciência, o que define a maior ou a menor gravidade e risco de morte; *Protocolo de Manchester*: estabelece critérios de gravidade que orientam o tempo de espera para o atendimento conforme o risco à vida e; *Suporte Avançado de Vida no Trauma (SAVT)*: busca identificar as lesões graves e instituir medidas terapêuticas e emergenciais que restabeleçam a vida.

Quando as medidas mostram-se ineficazes, a morte do paciente traumatizado obedece a três picos de tempo:²⁵ *Morte imediata*: ocorre dentro de segundos a minutos após a injúria, devido à gravidade das lesões; *Morte prematura*: acontece dentro de minutos até várias horas após a injúria e representa a janela de oportunidade durante a qual a equipe médica pode ter impacto positivo na morbimortalidade e; *Morte tardia*: sobrevém entre vários dias a semanas após a injúria inicial. O cuidado dispensado aos pacientes durante cada uma das fases anteriores tem impacto sobre o prognóstico a longo prazo.

Assim, na cadeia de serviços que tangenciam esse perfil de cuidado, há uma variável importante denominada “*hora de ouro*”, referente ao tempo entre o transporte do local do incidente até o atendimento definitivo, fundamental no prognóstico, na recuperação e no restabelecimento da vida.²⁵ Outro dispositivo utilizado - presente no referido campo de estudo - é o heliponto, reservado ao transporte aéreo de pacientes com risco iminente de morte.²⁶

A instituição possui 440 leitos, sendo 130 de cuidados intensivos. Todo hospital com mais de 80 leitos possui uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, responsável por organizar e viabilizar o diagnóstico de morte encefálica; identificar possíveis doadores de órgãos e tecidos; oferecer suporte aos familiares desses pacientes e articular-se com a Central de Transplante estadual.²⁷ No presente caso, a captação e distribuição dos órgãos compete ao MG Transplantes, cuja sede está localizada no interior do próprio hospital.

Com cerca de 600 médicos, a população de estudo foi constituída por médicos 43 médicos plantonistas - 25 homens e 18 mulheres, entre 28 e 69 anos que atuam em setores específicos para pacientes graves com risco de morte.²⁴

Coleta e análise dos dados

A coleta dos dados deu-se ao longo de nove meses de observação participante e entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado. A seleção aconteceu pelo método “bola de neve”,²⁸ sendo a amostra final regulada pelo critério de saturação.²⁹

A análise dos dados foi orientada pela corrente metodológica dos “*signos, significados e ações*”,²³ que parte do horizonte pragmático dos indivíduos a fim de identificar e compreender as lógicas conceituais agregadas a suas ações, bem como os distintos fatores que as influenciam.²³

Para assegurar o anonimato, os entrevistados foram identificados, respectivamente, pela ordem da entrevista, especialidade médica, sexo (F para feminino, M para masculino) e idade.

Aspectos éticos

Este estudo está em acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 03751612.0.0000.5149) e da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (SIPRO: 29128/2012-7).

Resultados e discussão

No trabalho de campo, verificou-se que o hospital pesquisado, de modo pioneiro no Brasil, possui dois leitos destinados à realização do protocolo para confirmação ou não da morte cerebral e à definição da viabilidade de pacientes doadores de órgãos. Contudo, ao

longo da etnografia foi possível compreender que tais funções, legitimadas e delegadas ao médico, extrapolam objetivos meramente técnicos e burocráticos.

Entre a constatação e a comunicação da morte emergem percepções ambivalentes dos profissionais que afetam direta e indiretamente a atuação médica, como será mostrado na categoria “*O processo de cuidado no Serviço de “Apoio à Vida”*”, desdobrado conforme suas competências - apresentadas na forma de subcategorias.

O processo de cuidado no Serviço de “Apoio à Vida”

Na maioria dos hospitais, o diagnóstico, a confirmação da morte encefálica e a identificação de potenciais doadores ocorre no CTI.^{8,10} Assim, a existência desse espaço peculiar gerou inquietações. À etnografia, ficou claro que, para além da atuação médica relativa ao momento da morte, suas funções adentram uma complexidade de elementos e relações imbricadas que não são passíveis de delimitações estanques nem foram apreendidas de forma temporal linear.²⁴

Nestes excertos, o próprio nome - Serviço de Apoio à Vida (SAV) - em tese, contrasta com um de seus propósitos: diagnosticar a morte encefálica:

No SAV o doente já chega aqui mais para morto do que para vivo. Ele não está aqui para tratar, para ver se vai melhorar, ele vem para confirmar se está morto ou não. (E24, Cardiologia, M, 63 anos)

É o doente sem nenhuma perspectiva, com uma lesão neurológica irreversível que vai morrer de qualquer jeito. Aí a gente faz os testes para ver se ele pode ser um doador de órgãos, antes que todos os órgãos morram(...) Cérebro morto é igual a morte; o coração ainda bate, mas daí a pouco ele vai parar de bater. (E25, Clínica Médica, F, 56 anos)

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) define a morte encefálica como a completa e irreversível interrupção das funções cerebrais que impossibilita a manutenção da vida sem o auxílio de meios artificiais.³⁰ Dois médicos explicam as funções do SAV:

Documentar a morte encefálica e manter o paciente em condições adequadas do ponto de vista clínico e circulatório. Porque se for diagnosticada a morte encefálica e a família estiver de acordo ele é um doador de órgãos. (E24, Cardiologia, M, 63 anos)

Definido (a doação), a gente liga para o MG Transplantes, que tem uma equipe mais capacitada com psicólogo e tudo, e eles que abordam essa parte de transplante. (E26, Clínica Médica, M, 32 anos)

O processo de cuidado no SAV responde ao cumprimento rigoroso de suas funções basilares exercidas e validadas pelo profissional de medicina: a garantia do cuidado intensivo

ao paciente para estabelecer se se trata de um potencial doador;⁶ a realização do protocolo de constatação da morte encefálica^{10,31} e a comunicação do fato à família do paciente,^{7,32} como apresentado nas três subcategorias a seguir.

A garantia do cuidado intensivo ao paciente/potencial doador

Um dos idealizadores da criação do SAV testemunha:

Se nós só estivéssemos preocupados com a morte encefálica e não cuidarmos adequadamente desse paciente, na hora que der o diagnóstico não dá para você aproveitar nenhum órgão (...) É preciso ter uma unidade adequada para isso (...). O paciente, a partir do momento que perde o controle neurológico por morte encefálica, perde o controle de tudo: temperatura, circulação, respiração e você tem que dar isso a ele de uma forma muito adequada (...). Os profissionais de outros setores não têm formação para fazer isso, (...) ou seja, é uma adequação dos recursos às necessidades dos pacientes. (E24, Cardiologia, M, 63 anos)

Este clínico explica o dilema em outros serviços diante da necessidade de utilização de um leito de CTI para um paciente clinicamente não recuperável:

Em outros hospitais é mais complicado (...). Estatisticamente, fora daqui eles conseguem um número pequeno (de doadores), porque é difícil ter um leito disponível para um doente desse e viabilizar isso sem um conhecimento técnico específico. Na maioria das vezes, o paciente acaba falecendo nas observações, nas salas de emergência, porque muitas vezes eles não deixam de ocupar esse leito de CTI, para um paciente, digamos potencialmente recuperável, para mandar um com suspeita de morte encefálica. (E27, Clínica Médica, M, 34 anos)

Assim, por cuidado intensivo no SAV, entende-se manter o paciente/potencial doador em condições hemodinâmicas favoráveis à doação de órgãos e tecidos após constatada a morte encefálica.^{15,18} Tal cuidado demanda aparatos humanos e técnicos e o monitoramento constante e controlado de vários parâmetros vitais e sistemas fisiológicos -^{10,31} elemento crucial para possibilitar a doação de órgãos:

Porque é um paciente sem prognóstico que muitas vezes é um doador e é uma pessoa que pode dar uma qualidade de vida para 6, 5 pessoas (...). Imagina uma pessoa que não enxerga voltar a enxergar com uma doação? Então o doente que está em morte encefálica, ele merece um cuidado especial, porque (...) só uma pessoa que recebe um órgão consegue descrever o que é. (E18, Neurocirurgia M, 34 anos)

Nesse cuidado, são realizadas avaliações clínicas e laboratoriais para verificar e validar as condições do potencial doador, de modo a garantir qualidade e segurança para o processo de doação a partir da identificação de fatos e indícios de contraindicações, inclusive a presença de doenças infecciosas.^{6,15,18}

Simultaneamente à garantia do melhor cuidado para esse doador, realiza-se o protocolo para a confirmação de uma possível morte encefálica.

O processo de confirmação da morte encefálica: o velório no leito

De acordo com a Resolução N° 2.173/2017 do CFM, para a constatação da morte encefálica são necessárias obrigatoriamente três condições clínicas simultâneas: coma não perceptivo, ausência de reflexos do tronco cerebral e apneia persistente (retirada do ventilador mecânico para verificação da capacidade de respiração espontânea).³⁰

Uma vez suspeitada, aplica-se o Protocolo de Morte Encefálica, composto por testes clínicos realizados repetidamente em intervalos predeterminados que servem para confirmar que o cérebro do potencial doador já não responde mais a estímulos.³⁰ Esse processo tem duração variável, como explica este profissional:

Demora muito ou pouco. Para o paciente fazer os testes, depende de algumas condições: temperatura boa, (...) íons bons, condições hemodinâmicas e ventilatórias adequadas. Porque no teste tira o paciente do ventilador (mecânico) e deixa 10 minutos, para ver se ele respira. Então tem as condições mínimas. (...) Há pacientes que chegam pela manhã e à noite já estão com o diagnóstico definido de morte encefálica e há pacientes que ficam até 5 dias. (E26, Clínica Médica, M, 32 anos)

Talvez por isso, no período de realização do protocolo, pôde-se presenciar alguns familiares indagando ao médico: “*E aí? Ele está bem hoje, doutor?*”, “*Ontem ela estava meio caidinha, hoje ela está melhor?*” (Diário de Campo, 2013). Dois profissionais explicam:

Não podemos dizer que ele já ‘morreu’, temos que dizer sobre o óbito quando ele for decretado cientificamente, mesmo sabendo da sua quase certeza (E24, Cardiologia, M, 63 anos).

Às vezes é um luto prolongado que começa aqui com o paciente “quase-morto, ainda vivo”, 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, pois liberamos a família para ficar junto do enfermo. (E26, Clínica Médica, M, 32 anos)

A presença do familiar pode ajudar na sua compreensão do processo de morte encefálica.^{12,13} Porém, apesar de a morte cerebral ser ratificada somente após o cumprimento estrito do protocolo, ao longo desse percurso, já se observa um processo de luto e negação dos familiares. Pesquisas internacionais^{12,13} consideram que as famílias devem ter a opção de estar presente nesse momento, porém poucas unidades oferecem tal alternativa.¹² Isso requer o desenvolvimento de diretrizes que envolvam os profissionais a fim de proporcionar excelência em cuidados no fim de vida.

Esse paciente híbrido - “vivo e morto ao mesmo tempo” - encontra-se em um estado de fronteira: um corpo morto inserido num corpo vivo, que não possui - ou possui pouco - os atributos do passado ou do futuro.³³ Nessa perspectiva, Le Breton reconhece que com o cérebro inerte o homem se desvanece, mas a morte latente não consegue alterar sua face ou seu corpo. Ninguém saberia dizer onde ele está, se em vida ou em morte, se presente ou ausente e mesmo os parentes desconhecem se devem continuar a ter esperanças ou se já devem chorar.³³

Essa ambiguidade refere-se, necessariamente, à condição de não pertencimento à rede de classificações convencionais que definem a localização de estados e posições num espaço cultural,³³ e contribui para a dificuldade dos profissionais diante desses pacientes, principalmente quando apresentam o reflexo de Lázaro. Dois médicos reconhecem:

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. (E28, Terapia Intensiva, F, 49 anos)

É um reflexo medular, aquele mesmo da bíblia. (...) Você está no horário de visitas, o familiar diz: “ah, ele está quentinho”, aí a pessoa põe a mão nele e o pé levanta. Mas ele não está vivo, está em morte encefálica. Para a doação essa questão é muito mais difícil, porque para o familiar, se o doente for doador, fica parecendo que a gente está matando o paciente, porque as pessoas pensam que ele não está morto. (E26, Clínica Médica, M, 32 anos)

Cabe ao médico balizar elementos que se tencionam ao longo do cuidado ao paciente em suspeita de morte encefálica. Comumente, durante o teste de apneia, o paciente subitamente levanta ambos os braços e os coloca sobre o tórax. Em outros casos, pode ocorrer a flexão total do tronco e o paciente sentar-se na cama, resultando na contração de toda a musculatura (Diário de Campo, 2013). Embora dramático para quem observa e catalisador para a não aceitação do óbito quando ele ocorre, tais reflexos não inviabilizam o diagnóstico final da morte encefálica, sendo necessário desmitificá-los para evitar atrasos no protocolo e falsas interpretações.^{10,34}

Confirmada a morte cerebral, a terceira função do SAV é comunicá-la aos familiares e abordar a possibilidade de doação de órgãos.

A comunicação da morte encefálica e a abordagem da família para a doação de órgãos

Toda comunicação inclui a mensagem, o contexto e os interlocutores envolvidos. Este profissional expõe suas dificuldades no processo de comunicação da morte encefálica:

A relação com os familiares às vezes é difícil, pois eles tendem a negar: racionalizam e negam ao mesmo tempo. Na hora da visita no SAV, você explica que o paciente não vai andar, não vai conversar, que só por um milagre ele vai se recuperar. Você fica uns 20 minutos falando da gravidade. Eu só não tiro a esperança. Tem gente que fala “olha, meus sentimentos, ele está morto, nós só estamos aguardando para definir com os exames”. Eu não, eu gosto de conversar, aí no final da conversa depois de explicar mil coisas, a pessoa pergunta: “mas e aí, doutor? Daqui a uns dias ele vai embora para casa?”. Parece que o parente não ouviu nada do que você falou, ele nega totalmente. (E26, Clínica Médica, M, 32 anos)

Comunicar o óbito é parte fundamental da assistência dada ao paciente e a seus familiares,⁹ porém revela-se uma tarefa complexa para a qual o médico não se vê preparado.^{7,32} Nesse caso, a dificuldade na comunicação ainda é potencializada por diferentes signos agrupados em seus respectivos significados: *as controvérsias na definição da morte encefálica; o contexto sociocultural e o contexto do Pronto Atendimento* (Quadro 1).

Quanto às *controvérsias na definição da morte encefálica* (Quadro 1), os entrevistados discorrem sobre dificuldades que envolvem “*uma função vital artificial*” e levam à negação e incompreensão por profissionais e familiares. Embora a morte do cérebro seja clínica e legalmente reconhecida, há um desacordo do seu significado entre médicos, filósofos e outros atores diretamente envolvidos.¹⁶ Estudos^{16,35,36} consideram que, desde a sua criação, este conceito expõe controvérsias acerca da sua validade e coerência, sobretudo sua equivalência à definição de morte tradicionalmente aceita, vinculada à parada cardiorrespiratória.

Na sociedade ocidental, o conceito de morte biológica passou por várias definições. Até a Renascença pensava-se que o controle do corpo era realizado pelo coração.³⁶ A partir do século XIX, foram identificados três órgãos responsáveis pela manutenção da vida: o coração, os pulmões e o cérebro, os quais estariam de tal modo interligados que a morte ou falência de um implicaria na dos demais.^{9,21} E, embora o termo morte encefálica tenha surgido em 1959 na França, até a década de 1960, o único critério médico para a constatação da morte era a parada cardiorrespiratória. Apenas em 1967, com a realização do primeiro transplante de coração humano, retomaram-se as discussões sobre o conceito de morte clínica.^{21,36}

Essa “nova morte”, como definida por Macedo,²¹ somente é viabilizada porque existe um contexto social singular que contempla ciência, tecnologia, medicina e modernidade. Todavia, cria-se uma linha tênue entre corpo e máquina, natureza e cultura, vida e morte, alicerçada, sobretudo pelo advento de novas tecnologias biomédicas.²¹ Tais avanços reforçam a noção do corpo humano compreendido como máquina e submetido à lógica do saber biomédico, restrito a um grupo de especialistas e protegido pela racionalidade de seus discursos.³³

Por sua vez, o *contexto sociocultural* (Quadro 1) é atravessado por aspectos religiosos e de configurações específicas a cada cultura,^{12,26} que revelam uma diversidade de comportamentos e compreensões acerca da morte. Na sociedade brasileira, caracterizada por uma pluralidade de crenças e sob forte influência cristã, o apelo religioso vincula-se à esperança da reversão do quadro mediada por um milagre divino que faça o paciente voltar a viver.³⁷ Assim, o médico não consegue demover os familiares da vontade de lutar pela vida de seus entes.²⁶

Quadro 1 - Os signos e os significados envolvidos na comunicação da morte encefálica

SIGNOS	SIGNIFICADOS
Eu tenho mais dificuldade de dar notícia quando ele está em morte cerebral do que quando ele morre. (...) <i>O paciente morreu, mas o coração está batendo e ele vai morrer.</i> Esse é o mais difícil para você abordar a família. Não é que é difícil explicar, mas é que a agonia que a família entra... porque o que é a morte cerebral? O conceito? O que é morte? É a cessação das funções vitais, mas o paciente em morte cerebral tem <i>função vital artificial</i> . (E19, Neurocirurgia, M, 32 anos)	Controvérsias na definição da Morte Encefálica
Eu acho que ainda tem um medo, um misticismo em volta disso e uma negação, principalmente nas experiências que eu tive com morte encefálica. Eles (os familiares) não entendem. A morte está muito ligada com a parada do coração. A pessoa vê que o coração está batendo, mas não entende que <i>o cérebro está morto</i> , que não tem como a pessoa viver. (E42, Clínica Médica, F, 28 anos)	
O Brasil é um país com uma raiz católica muito grande. O catolicismo por si só tem uma dificuldade muito grande para lidar com a morte, e o brasileiro mais ainda, por ter esse sangue latino, então <i>a gente é muito passional</i> . Eu fiquei um tempo no exterior (...) e lá é surpreendente. Você falava “morreu”, <i>o anglo-saxão é frio</i> . Então quando tinha um doente grave canadense, americano, inglês, vinha uma pessoa para receber a notícia, totalmente equilibrada para passar a notícia para frente. Quando era um paciente latino, sul-americano vinham 300 familiares. Quando você falava que o doente estava grave, meia dúzia caía no chão, era aquela gritaria. Então é muito diferente. (E19, Neurocirurgia, M, 32 anos)	Contexto Sociocultural
Teve um menino que fez uma cirurgia cardíaca e depois teve uma complicação e entrou em morte encefálica, e o pai dele era um pediatra japonês. O pai dele ficou de pé ao lado dele uns três dias, em pé de braço cruzado, igual a <i>uma imagem de samurai</i> . Ele <i>não deu uma palavra, não falou nada com ninguém, não reclamou</i> . Isso foi uma das coisas que me impressionou demais e eu vi muita gente despreparada para lidar com isso, eu vi vários tipos de manifestação sempre quando envolve gente muito jovem, no final das contas a gente vê muitas cenas grotescas, um misto de dor, não aceitação. (E1, Cirurgia Cardiovascular, M, 53 anos)	
Aqui por a gente lidar com uma pessoa que <i>há um minuto estava bem e daqui um minuto está à frente da morte</i> , os familiares não estão preparados para aceitar isso. Diferente de um hospital que a gente trata de pacientes cancerosos, crônicos que já se absorveu a ideia de morte (...). Então <i>ninguém está preparado</i> , no caso a família, para receber esse tipo de notícia. (E15, Neurocirurgia, M, 40 anos)	Contexto do Pronto Atendimento
O SAV é o principal lugar onde a família nega a morte, porque olha só: você vê o seu familiar pela manhã e à tarde alguém te liga, você vem para o hospital e fica sabendo que ele não vai viver mais. E tem alguns pacientes que ficam no SAV, cujo trauma que o lesou não machuca muito externamente, só machuca internamente. Então o paciente <i>não tem um arranhão, parece que está dormindo</i> . (E26, Clínica Médica, M, 32 anos)	
Eu acho que <i>ninguém nunca está preparado</i> , principalmente se é algo abrupto como o trauma. Ninguém na sociedade está preparado <i>para perder</i> um parente, <i>alguém que gosta de um modo abrupto</i> . (E5, Anestesiologia, F, 32 anos)	

Outrossim, é importante demarcar, que a morte encefálica sobrevém no *contexto do pronto atendimento* (Quadro 1), cujas características de cuidado configuram-se fatores limitantes para a atuação médica e a comunicação com a família. Dentre eles, ressaltam-se o fato de se tratar de *uma morte inesperada e abrupta* para a qual *ninguém está preparado*. Nesse contexto de atuação, inexistiu um relacionamento prévio do médico com o paciente e sua família e falta-lhe tempo para dedicar-se exclusivamente a cada um, devido às múltiplas e urgentes demandas dos demais.^{24,38,39}

A comunicação da morte encefálica antevê dois desfechos: o primeiro, o paciente/potencial doador nessa condição morrerá; o segundo, por meio da sua morte e doação de órgãos, ele pode favorecer e prolongar a vida de outras pessoas.^{14,17} Nesse sentido, a compreensão do que seja a morte e a vida pode variar, a depender do desejo do familiar de que o paciente/potencial doador sobreviva e, portanto, a doação não se cumpra; ou o contrário, de que ele sobreviva por meio da doação de órgãos para outras pessoas, como traduz este relato:

Na época que nós criamos esses leitos para o protocolo da morte encefálica, tinha acontecido uma situação em São Paulo em que eles pegaram um doador e o pai chegou na televisão e falou: “infelizmente eles cuidaram do meu filho melhor na morte do que quando ele estava vivo ainda”. (...) Um dia eu recebi várias mensagens de um suposto paciente que falava assim: “estou aqui no CTI (da instituição) em morte encefálica. Eu já morri e quero doar os meus órgãos (...)”. Daí eu liguei para cá e perguntei o que estava acontecendo. Eles disseram que o cara estava completamente em sepse, sem a menor condição de doar e uma pessoa que teve um relacionamento com ele (...) quer porque quer que ele doe órgãos, porque seria uma forma dele sobreviver. Aí eu vi como o transplante pode ser interpretado de uma forma louca. (...) A vida continua de alguma forma, a linha da vida continua, mas a pessoa não continua. Então, é muito difícil. (E1, Cirurgia Cardiovascular, M, 53 anos)

Quando o médico valida o paciente como potencial doador, ainda assim a doação pode não ocorrer caso o paciente, embora preencha os critérios, tenha optado em vida pela não doação ou a família recuse a doação.^{15,19,20} Nesse último caso, os principais motivos envolvem: receio de mutilação e desejo da manutenção do corpo íntegro, por considerá-lo sagrado e intocável; desconfiança sobre a licitude do processo de doação; convicção religiosa; demora na liberação do corpo (realização do protocolo); desconhecimento do desejo do doador; insatisfação com a abordagem realizada pela equipe.^{15,19,20}

Embora o diagnóstico de morte encefálica deva ser realizado somente por médicos especializados - intensivista, neurologista ou neurocirurgião - e experientes, isso é insuficiente para garantir a análise abrangente da situação do indivíduo e a abordagem adequada dos

familiares.^{8,35} Faz-se necessário aliar as diretrizes técnicas do conceito de morte encefálica e as variações socioculturais dos atores envolvidos no processo.¹²

Nota-se uma dubiedade de sentidos acerca do conceito de morte encefálica, a depender do ator envolvido no processo:

A morte no SAV para o médico é sempre mais tranquilo, porque o paciente já chega aqui sem prognóstico. Nada que eu fizer vai mudar o desfecho final que é a morte. Já para a família é sempre pior, pois geralmente são pacientes que saíram de manhã para trabalhar e de repente está morto. (E26, Clínica Médica, M, 32 anos)

Quando o paciente em morte encefálica não pode ser doador, seja por razões técnicas, pessoais ou familiares, o médico está amparado por respaldos legal e ético a desligar os aparelhos.⁴⁰ Esta profissional pontua:

Esse momento é muito difícil, porque às vezes demora muito entre você desligar o respirador e o coração parar de bater. Já aconteceu comigo de demorar 27 minutos. Eu desligo e sento do lado e fico lá, olhando para o monitor, com a mão no pulso do paciente. Parece que é o instinto vital do paciente insistindo para que ele não morra. (...) 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. Fica uma morte mais suave, e não abruptamente concretizada” (E28, Terapia Intensiva, F, 49 anos).

Embora do ponto de vista técnico para os médicos a morte encefálica seja a “mais tranquila” de lidar, a entrevistada revela sua angústia diante da espera pela consumação de um óbito que ela sabia certo e evidencia as dificuldades do saber biomédico em lidar com a morte e o morrer.⁴

Caso seja doador, depois de concluído o protocolo, a família comunicada e de acordo, a doação de órgãos se cumpre. O paciente/potencial doador é encaminhado ao bloco cirúrgico com o coração ainda batendo para a retirada dos órgãos. Um médico esclarece:

O momento da morte é quando finaliza o protocolo. Definimos o horário após cumprir todos os exames prescritos ainda aqui no SAV. Tem outra questão: como poderíamos definir a morte de um corpo sem todos os seus órgãos, com seus órgãos incompletos?! (E26, Clínica Médica, M, 32 anos)

Segundo o profissional, caso o horário da morte fosse atestado após a retirada dos órgãos, não se caracterizaria e atestaria a morte de um corpo. Os entrevistados não demonstraram dificuldades ou dúvidas em determinar o horário legal do óbito, o que contrasta com outro estudo no qual a maioria dos participantes consideraram como horário do óbito o momento de abertura do protocolo de morte encefálica ou da retirada de órgãos.⁹

Assim, embora a morte seja um evento recorrente no cotidiano profissional, ela assume nuances e contornos distintos, a depender de suas circunstâncias e dos conceitos de vida e de morte.^{4,7,26} Como todo fenômeno social de caráter totalizante,⁴ essas definições extrapolam a dimensão biológica e envolvem dinâmicas socioculturais específicas, o que reverbera na experiência vivida do indivíduo.²⁶ O cuidado médico é atravessado por questões culturais que permeiam a compreensão do processo de saúde/doecimento entre profissionais e usuários. Nesse movimento, são identificadas interações fora e entre os indivíduos e o que se manifesta é a vida cotidiana em ato.^{11,24,26}

Na perspectiva de uma síntese, propõe-se um diagrama esquemático (Figura 1) que visa integrar os diferentes elementos que orientam o processo de cuidado médico ao paciente grave com suspeita de morte encefálica em um serviço de pronto atendimento, para além do cuidado intensivo, da realização do protocolo e da comunicação com a família.

Sem pretender esgotar toda a complexidade dos fenômenos estudados, diferentemente dos outros cenários de atuação médica identificados e investigados na etnografia,^{24,26} a morte encefálica provoca reações distintas, a depender do desfecho final do cuidado. O dilema doação/não doação num contexto sociocultural e de um pronto atendimento encobre as dificuldades do médico em lidar com a morte encefálica e em comunicá-la, dadas as controvérsias desse conceito. Somam-se a isso os conflitos teóricos entre o prognóstico (o paciente está morrendo) e diagnóstico (o paciente está morto) nesse tipo de morte.³⁵

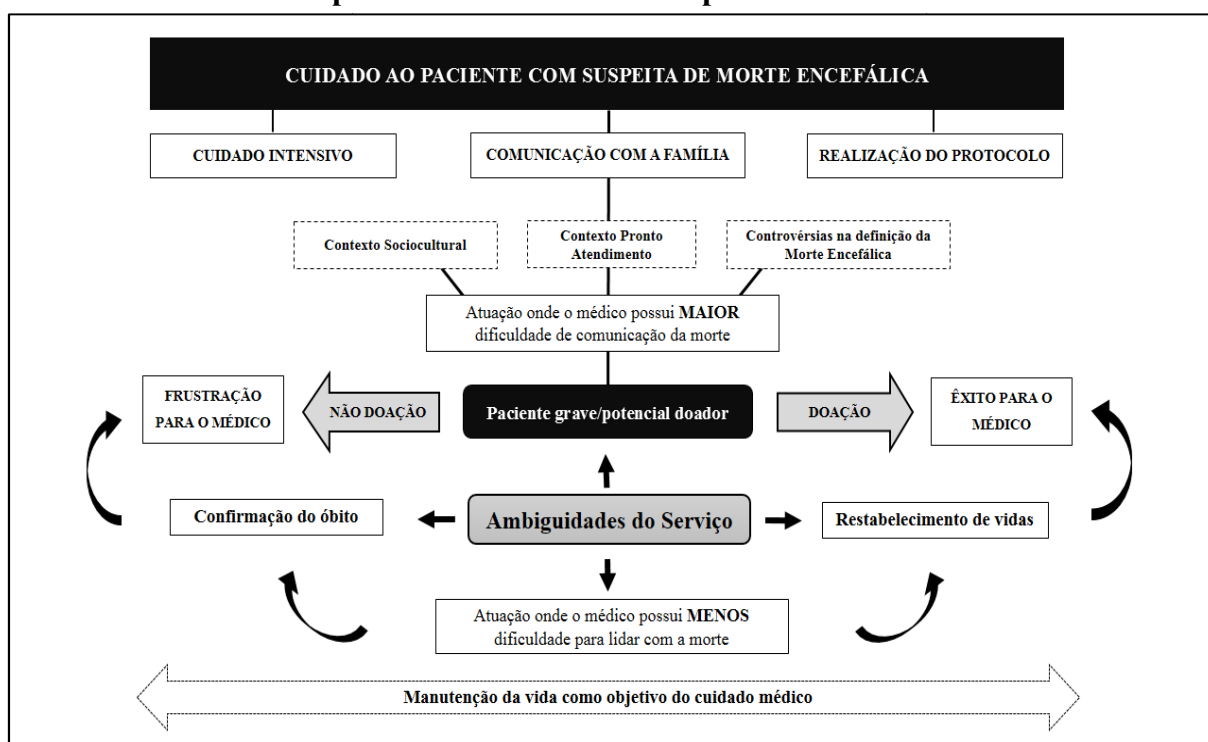
Para Macedo,²¹ conflitos éticos que englobam questões acerca de certo “caráter utilitário” da morte encefálica também atravessam esse conceito. É como se o processo de confirmação desse tipo de morte pudesse ser comparado a um jogo com regras e fases específicas, no qual o desfecho de cada uma definirá a seguinte, considerando-se vitorioso quando culminar na doação de órgãos.

No universo pesquisado, ao final desse processo, foi possível observar a frustração do profissional, quando a família não permite a doação de órgãos e o óbito ocorre sem que haja o restabelecimento de vidas. Porém, quando há a concordância da família, percebe-se uma sensação de êxito da atuação médica, pois a morte daquela pessoa de algum modo foi suplantada na vida que seus órgãos carregam e continuam em outras histórias de vida. Como bem colocado por Macedo,²¹ a morte encefálica seria uma forma de “matar a morte” no campo médico.

Por outro lado, como já confirmado em outros estudos,^{24,26} seja qual for o setor de atuação médica no Pronto Atendimento, nota-se latente ou manifesta a estrutura institucional

biomédica, na qual a luta pela manutenção da vida se confunde com o cuidado.^{24,26} Assim, no cuidado a um paciente grave com suspeita de morte encefálica, o que vai tornar esse processo de morte menos difícil para o profissional é o seu contato ainda ténue com a vida manifesta no corpo, a qual se esvai lentamente, mas guarda o potencial de auxiliar a manter outras vidas concretizado na doação de órgãos. Mesmo num local onde a morte é tangível, o saber biomédico persiste em busca da manutenção da vida como propósito basilar da atuação médica.

Figura 1 - Elementos que orientam o processo de cuidado médico ao paciente com suspeita de morte encefálica e potencial doador



Considerações finais

No último século, a expansão de novas tecnologias biomédicas de suporte cardíaco e ventilação mecânica possibilitou o prolongamento da vida, inclusive de pacientes com morte encefálica. Por sua vez, essa nova condição de morte propiciou a doação de órgãos e a continuidade da vida.

Nesta etnografia, nota-se que o processo de cuidado médico ao paciente em suspeita de morte encefálica ultrapassa questões normativas e envolve, sobretudo o papel do profissional enquanto mediador de uma miríade de elementos e tensões imbricados. Embora seja um conceito definido e legitimado, na prática, ele adquire interpretações controversas: a

definição, a constatação e a comunicação da morte encefálica envolve percepções ambivalentes dos profissionais e dos familiares.

Dada a complexidade da questão, sem desmerecer os limites e angústias do cuidado ao paciente vítima de morte encefálica, na formulação de políticas públicas na área da saúde, a capacitação das equipes médicas quanto à morte encefálica não deve se restringir à legitimação do óbito e às melhorias nos índices de doação. Ela precisa estar associada às concepções dos indivíduos acerca dos significados de vida e de morte, no seu contexto sociocultural. Isso inclui compreender os sentidos elaborados pelo próprio médico que repercutem no cuidado ao paciente/potencial doador e aos familiares.

Referências

- 1 PESSÔA LR, SANTOS IS, MACHADO JP, MARTINS ACM, LIMA CRA. Realocar a oferta do SUS para atender problemas do futuro: caso do trauma no Brasil. *Saúde Debate* 2016 jul-set; 40(110):9-19.
- 2 DINIZ EPH, PINHEIRO LC, PROIETTI FA. Quando e onde se acidentam e morrem os motociclistas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad de Saúde Pública* 2015; 31(12):2621-2634.
- 3 COELHO MF, GOULART BF, CHAVES LDP. Urgências clínicas: perfil de atendimentos hospitalares. *Rev Rene* 2013; 14(1):50-9.
- 4 AREDES JS, MODESTO AL. “Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas”: um estudo sobre a prática médica hospitalar. *Physis* 2016; 26(2):435-53.
- 5 O'DWYER G, KONDER MT, RECIPUTTI LP, MACEDO C, LOPES MGM. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(7).
- 6 MAGALHÃES ALP, LANZONI GMM, KNIHS NS, SILVA EL, ERDMANN AL. Segurança do paciente no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos. *Cogitare Enferm.* 2017; 22(2).
- 7 MONTEIRO DT, REIS CGC, QUINTANA AM, MENDES JMR. Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* 2015; 15(2):547-567.
- 8 MORAES EL, NEVES FF, SANTOS MJ, MERIGHI MAB, MASSAROLLO MCKB. Experiências e expectativas de enfermeiros no cuidado ao doador de órgãos e à sua família. *Rev Esc Enferm USP* 2015; 49(Esp2):129-135.
- 9 MAGALHÃES JV, VERAS KN, MENDES CMM. Avaliação do conhecimento de médicos intensivistas de Teresina sobre morte encefálica. *Rev. Bioét.* 2016; 24(1):156-64.

- 10 WESTPHAL GA. Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Rev Bras Ter Intensiva* 2016; 28(3):220-255.
- 11 AYRES, JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC- IMS/UERJ-ABRASCO, 2011.
- 12 DORAN M, BLACK P. Seeing for themselves – healthcare professionals' views about the presence of family members during brainstem death testing. *J Clin Nurs* 2017 Jun; 26(11-12):1597-1607.
- 13 TAWIL I, BROWN LH, COMFORT D, CRANDALL CS, WEST SD, ROLLSTIN AD, DETTMER TS, MALKOFF MD, MARINARO J. Family presence during brain death evaluation: a randomized controlled trial. *Crit Care Med* 2014; 42(4):934-42.
- 14 ESCUDERO D, OTERO J. Intensive care medicine and organ donation: exploring the last frontiers? *Med Intensiva* 2015 Aug-Sep; 39(6):373-81.
- 15 BIRTAN D, ARSLANTAS MK, DINCER PC, ALTUN GT, BILGILI B, UCAR FB, BOZOKLAR CA, AYANOGLU HO. Effect of Interviews Done by Intensive Care Physicians on Organ Donation. *Transplant Proc* 2017; 49(3):396-398
- 16 JOHNSON LS. The case for reasonable accommodation of conscientious objections to declarations of brain death. *J Bioeth Inq* 2016 Mar; 13(1):105-15.
- 17 CAMUT S, BAUMANN A, DUBOIS V, DUCROCQ X, AUDIBERT G. Non-therapeutic intensive care for organ donation: A healthcare professionals' opinion survey. *Nurs Ethics* 2016 Mar; 23(2):191-202.
- 18 CISNE M S V, NETTO JM, SANTOS TC, BRITO MC, SOARES JSA, GOYANNA NT. Percepção de acadêmicos de enfermagem e medicina sobre fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos. *Rev Enferm Atenção Saúde* 2016 Jan/Jul; 5(1):64-73
- 19 BARRETO B S, SANTANA RJB, NOGUEIRA EC, FERNANDEZ BO, BRITO FPG. Fatores relacionados a não doação de órgãos de potenciais doadores no estado de Sergipe, Brasil. *Rev. Bras. Pesq. Saúde* 2016 jul-set; 18(3):40-48.
- 20 MAYNARD LOD. Os conflitos do consentimento acerca da doação de órgãos post mortem no Brasil. *R. Dir. Sanit.* 2016; 16(3):122-144.
- 21 MACEDO JL. As regras do jogo da morte encefálica. *Rev. Antropol* 2016 Ago; 59(2): 32-58.
- 22 GEERTZ C. A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989.
- 23 CORIN E, UCHÔA E, BIBEAU G, KOUMARE B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathologie Africaine* 1992; 24:183-204.
- 24 AREDES JS, FIRMO JOA, LEIBING A, GIACOMIN KC. Reflexões sobre um fazer etnográfico no pronto-socorro. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(9).

- 25 ATLS - American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support: Student Course Manual, 9. ed. Chicago: American College of Surgeons; 2012.
- 26 AREDES JS, GIACOMIN KC, FIRMO JOA. O médico diante da morte no pronto socorro. *Rev Saúde Pública* 2018; 52(42).
- 27 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.752, de 23 de setembro de 2005. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 set. 2005.
- 28 PATTON MQ. Qualitative research and evaluation methods. Londres: Sage Publications; 2002.
- 29 FONTANELLA BJB, LUCHESI BM, SAIDEL MGB, RICAS J, TURATO ER, MELO DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública* 2011; 27(2):388-394.
- 30 BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 2.173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 de dez. 2017.
- 31 RODRIGUES SLL, NETO JBE, SARDINHA LAC, ARAÚJO S, ZAMBELLI HJL, BOIN IFSF et al. Perfil de doadores efetivos do serviço de procura de órgãos e tecidos. *Rev Bras Ter Intensiva* 2014; 26(1):21-27.
- 32 STELET BP, CASTIEL LD, MORAES DR. Anomalia e o ensino da comunicação clínica na prática médica. *Cad Saúde Pública* 2017; 33(2).
- 33 LE BRETON D. A síndrome de Frankenstein. In: SANTANA D B (Org.). Políticas do Corpo: elementos para uma história das práticas corporais. São Paulo: Estação Liberdade; 1995:49-67.
- 34 MORATO EG, RESENDE MT, TRIVELATO FP, PIMENTA NG, MALUF FB, LEÃO ADG, ULHOA TH, GUSMÃO SN. “Sinal de Lázaro”: reflexo medular complexo na morte encefálica - relato de dois casos. *Rev Med Minas Gerais* 2009; 19(3):253-257.
- 35 RODRIGUES CFA, STYCHNICKI AS, BOCCALON B, CEZAR GS. Morte encefálica, uma certeza? O conceito de “morte cerebral” como critério de morte. *Revista Bioethicos* 2013;7(3):271-281.
- 36 FILHO E M R, JUNGES J R. Morte encefálica: uma discussão encerrada? *Rev. Bioét.* 2015; 23(3):485-94.
- 37 XAVIER MS, MIZIARA CSMG, MIZIARA ID. Terminalidade da vida: questões éticas e religiosas sobre a ortotanásia. *Saúde, Ética & Justiça* 2014; 19(1):26-34.
- 38 LAMBA S, NAGURKA R, OFFIN M, SCOTT SR. Structured communication: teaching delivery of difficult news with simulated resuscitations in an Emergency Medicine Clerkship. *Western Journal of Emergency Medicine* 2015; 16(2):344-352.

39 REYNIERS T, HOUTTEKIER D, COHEN J, PASMEN HR, DELIENS L. The acute hospital setting as a place of death and final care: a qualitative study on perspectives of Family physicians, nurses and Family carers. Elsevier Health & Place 2014; 27:77-83.

40 BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1.826/2007, de 06 de dezembro de 2007, Seção I, pg. 133. Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador, Brasília, 24 de out. 2007.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa apresenta a instituição hospitalar como um rico campo etnográfico, que oferece elementos para subsidiar propostas de intervenção no cuidado e em saúde pública. O saber biomédico orienta uma atuação obstinada que visa à manutenção da vida - independentemente de a qual desfecho esse cuidado levará. Porém, o hospital tem corpo e alma. Para além das paredes e da assepsia, por ali transitam emoções e conflitos e acontece simultânea e paradoxalmente um cuidado que busca ser eficiente do ponto de vista técnico, mas que envolve as histórias de vida das pessoas que ali trabalham e dos pacientes assistidos.

Por sua vez, de modo surpreendente, em tempos de grande pressão midiática e social sobre erros médicos, os profissionais se expuseram sem disfarces e permitiram adentrar locais de grande restrição e impacto para não médicos – o bloco cirúrgico, o CTI, a Unidade de Queimados, o necrotério, dentre outros. A categoria investigada mostrou-se receptiva, sensível e desejosa de externar suas percepções sobre a morte, tema sobre o qual demonstrou grande interesse.

Além disso, os médicos entrevistados vestem a camisa da instituição e permanecem atuando ali, apesar de todas as adversidades, inclusive a carência de recursos e as extenuantes condições de trabalho. Tentam suplantar as dificuldades e limites por meio do seu comprometimento institucional e profissional. Embora a assistência médica na urgência siga protocolos técnicos comuns a todos os pacientes, a forma de cuidar do profissional, sua interação e o vínculo construído com a pessoa cuidada variam segundo o perfil dos casos e os papéis que cada um desempenha na sociedade: vítima/agressor; bandido/mocinho; rico/pobre; criança/idoso.

Outra questão que perpassa a atuação médica no pronto atendimento é a definição do que seja a vida e a morte, com implicações diretas no cuidado provido aos pacientes. Nesta etnografia, foi possível perceber que o prognóstico clínico-funcional de pacientes, o *timing* e o foco de atuação do profissional influem sobre o poder médico e sobre os conceitos de vida e morte. “Vida” para eles significaria a recuperação plena da funcionalidade prévia ou apenas com sequelas leves, enquanto a definição de “morte” introduz várias nuances. Existem a morte biológica, a morte encefálica que possibilita a vida e a morte social que revela uma morte em vida.

Com os relatos elaborados pelos médicos participantes do estudo sobre esses conceitos, pode-se afirmar que existe uma imbricação entre a condição profissional e de

sujeito que institui uma circularidade singular, em que o ético e o cultural se contaminam. Além disso, a preparação e a imagem social do médico somam-se a essa circularidade, comprovando o caráter complexo e dinâmico do cuidado. O hospital investigado serve como cenário para a formação de acadêmicos de medicina e residentes de diferentes especialidades clínicas e cirúrgicas.

Trabalhar junto a um paciente “potencialmente recuperável”, na *Porta de Entrada* e no *CTI*, confere grande relevância à atuação médica; enquanto cuidar de pacientes *crônicos* e sem perspectiva de cura coloca o profissional em uma zona de penumbra. Saem a “adrenalina” da *Porta de Entrada* e o “controle do cuidado” do *CTI* - ambos experimentados “com paixão” pelos médicos - e entram a “dúvida”, o “conforto”, a “compaixão” da Unidade de *Crônicos*. Em todos os cenários investigados, profissionais experientes ou não têm dificuldades com os vários limites do cuidado: os seus, os dos pacientes, os das famílias, os do serviço.

Assim, quando precisam lidar com os efeitos da sua atuação obstinada - espelhados principalmente, nas sequelas crônicas e incapacitantes -, os médicos desta etnografia refletem que, talvez, evitar a morte possa não ser a finalidade única da medicina. Porém, temas relacionados à ortotanásia têm pouco espaço na rotina da urgência. Assim, os profissionais entrevistados não conseguem interferir no modelo biomédico, estando submetidos à sua complexa e delicada relação com a morte. Naquele contexto, a morte revela-se um tema a um só tempo tão próximo e real quanto temido e evitado pela sociedade, pela instituição hospitalar e pelos profissionais.

Outra presença constante, latente e manifesta é a violência que impregna todo o ambiente. Impossível manter-se indiferente às questões morais subjacentes a essa temática. O profissional médico vivencia em sua prática os reflexos de uma sociedade desigual, injusta e cruel. Assim, ele também se vê violentado por fazer parte dessa engrenagem social que visa à manutenção do *status quo*. Na rotina dos plantões, alguns personagens se repetem: pessoas em situação de rua, profissionais do sexo, dependentes químicos, vítimas da violência urbana e do trânsito, policiais militares e do Corpo de Bombeiros, jornalistas em busca de notícias de crimes e acidentes.

A cada plantão, observa-se o médico impotente diante da necessidade recorrente de tentar suturar e consolidar as múltiplas e profundas fraturas da sociedade brasileira, expostas nos pacientes que ele assiste. Esse ciclo de um cuidado repetido - tecnicamente eficiente e socialmente ineficaz - leva ao comprometimento da própria saúde do profissional de

medicina, principalmente no que tange a transtornos mentais, uso de drogas e, em casos extremos, ao autoextermínio.

No âmbito da saúde coletiva, o presente estudo expõe as lacunas no ensino acadêmico de medicina e das demais ciências envolvidas no cuidado no que se refere à comunicação e à abordagem de assuntos relacionados à morte e à perspectiva de uma incapacidade definitiva. Isso reforça a necessidade de uma formação humanista e paliativista de todos os profissionais da saúde, inclusive os médicos que atuam na urgência.

Outra lacuna evidenciada foi a falta de uma política de cuidados de longa duração que assegure aos pacientes *crônico-sequelados* o acesso à reabilitação de alta e média complexidade, a leitos de média e longa permanência, bem como ofereça suporte às suas famílias.

Os resultados dessa etnografia apontaram para outras questões relevantes, quais sejam: o cuidado médico atravessado por questões de gênero (do profissional e do paciente); a relação dos profissionais com as tentativas de autoextermínio por colegas médicos e outras temáticas com interface junto à saúde mental, que ultrapassaram o escopo desta tese.

Em continuidade a essa discussão, outros trabalhos poderão aprofundar como os conceitos de vida e de morte são reinterpretados ao longo da prática profissional. Espera-se como contribuição científica que esta tese sirva de inspiração para propostas de intervenção na esfera da saúde pública que apoiem o cuidado aos dois públicos mais diretamente envolvidos: os médicos e os pacientes.

7 - REFERÊNCIAS

- AFONSO, S.B.C.; MINAYO, M.C.S. Notícias difíceis e o posicionamento dos oncopediatras: revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p.2747-2756, 2013.
- ALMEIDA, F. N.; COELHO, A.M.T.; PERES, T.M.F. Modelos explicativos da saúde na Antropologia Médica Contemporânea. *Rev USP*, São Paulo, v.43, p.100-25, 1999.
- ALVES LC, LEITE IC, MACHADO CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Cien Saude Colet*, v.13, n.4, p.1199-207, 2008.
- AREDES, J. S. *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.
- AREDES, J. S. *FIZEMOS O POSSÍVEL: os ritos e as narrativas médicas em torno da vida e da morte no Pronto Socorro*, Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social UFMG), UFMG, Belo Horizonte, 2014.
- AREDES, J.S.; MODESTO, A.L. “Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas”: um estudo sobre a prática médica hospitalar. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.435-453, 2016.
- ARIÈS, P. *História da morte no ocidente – Da idade média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1977.
- ARIÈS, P. *O homem diante da morte*. 1ed. Tradução: Ribeiro, L. São Paulo: Unesp; 2014. 837p.
- ATLS - American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support: Student Course Manual, 9. ed. Chicago: American College of Surgeons; 2012.
- AUBRY, R. L'alimentation artificielle et l'hydratation chez la personne en état végétatif chronique: soin, traitement ou acharnement thérapeutique? *Médecine Palliative: Soins de Support-Accompagnement-Éthique*, v.7, n.2, p.74-85, 2008.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.8, n.14, p.73-92, set/fev 2004.
- AYRES, J.R.C.M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC- IMS/UERJ-ABRASCO, 2011.
- BARUZZI, A.C.; IKEOKA, D.T. Terminalidade e cuidados paliativos em terapia intensiva. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.59, n.6, p.528-530, 2013.
- BAYARD, J-P. *Sentido oculto dos ritos mortuários*. São Paulo: Paulus, 1996.

BOMTEMPO, Tiago V. A ortotanásia e o direito de morrer com dignidade: uma análise constitucional. *Revista Internacional de Direito e Cidadania*, n. 9, fevereiro/2011. Disponível em: <http://www.ipebj.com.br/docdown/_7ce.pdf>

BONET, O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da Biomedicina. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p.123-150, 1999.

BOURDIEU, P. *A economia das trocas linguísticas - O que falar quer dizer*. São Paulo: Edusp, 1996.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 2.173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Diário Oficial da União, Brasília, 15 de dez. 2017.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1997/2012, de 10 de agosto de 2012, Seção I, pg.159. Dispõe sobre a alteração da redação do artigo 77 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília, 16 de ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Definição de hospital*. OMS - Organização Mundial de Saúde 1956, 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. *Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Brasília: Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde 2009. 56 p. (Série B – Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, L. Luta sem trégua pela vida é rotina no Hospital João XXIII, o maior pronto-socorro de Minas Gerais. *REVISTA VEJA BH*. 2013. 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.

CALDAS, C.P.; VERAS, R.P.; MOTTA, L.B.; GUERRA, A.C.L.C; CARLOS, M.J.; TROCADO, C.V.M. Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos. *J Bras Econ Saúde*. [Internet], v.7, n.1, p.62-69, 2015.

CAMARGO, K. O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico. *Revista Brasileira de História da Ciência*, v.6, n.2, p.183-195, 2013.

CANDIDO, M.R. 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.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir e escrever. In: *O Trabalho do Antropólogo*. Brasília: Paralelo 15; São Paulo, Editora UNESP, 2000.

CARRERA, P.M.; OLIVER, I. The financial hazard of personalized medicine and supportive care. *Supportive care in cancer*, v.23, n.12, p.3399-3401, 2015.

CERQUEIRA, D.; LIMA, R.S.; BUENO, S.; NEME, C.; FERREIRA, H.; COELHO, D.; ALVES, P.P.; PINHEIRO, M.; ASTOLFI, R.; MARQUES, D.; REIS, M.; MERIAN, F. *Atlas da violência 2018*. Brasília, DF: Ipea, 2018. 96 p.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *LET: Limitação de Esforço Terapêutico*. Resolução CFM n. 1805, 2006.

CHESNUT, R.A. Santa Morte, a Santa Esquelética no México e nos Estados Unidos. *História: Questões e Debates*, Curitiba, n.55, p.195-217, jul./dez. 2011.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf Acesso em 25 de maio/2014.

COELHO, M.F.; GOULART, B.F.; CHAVES, L.D.P. Urgências clínicas: perfil de atendimentos hospitalares, *Rev Rene*, n.14, v.1, p.50-9, 2013.

CONSORTE, J. A morte na prática médica. In: MARTINS, José de Souza (Org.). *A morte e os mortos na sociedade brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1983.

CORIN, E.; UCHÔA, E.; BIBEAU, G. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'action. *Psychopathologie africaine*, v.24, n.2, p.183-204, 1992.

D'ASSUMPÇÃO, E.A. *Tanatologia - Ciência da Vida e da Morte*. 2. ed. Belo Horizonte: Fumarc, 2002.

DELL'ACQUA, M.C.Q; TOME, L.Y.; POPIM, R.C. O processo de trabalho em urgência e emergência em interface com a morte. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v.14, n.6, p.1149-1159, 2013.

DESLANDES, S.F. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. Deficiência, direitos humanos e justiça. *SUR – Revista Internacional de Direitos Humanos*, v.6, n.11, p.65-77, 2009.

DINIZ, D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1741-1748, 2006.

DINIZ, E.P.H.; PINHEIRO, L.C.; PROIETTI, F.A. Quando e onde se acidentam e morrem os motociclistas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.31, n.12, p.2621-2634, 2015.

DURKHEIM, É. *As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

ECHEVÉRRRI, O. La violencia: Ubicua, Elusiva, prevenible, cuidades y violências. In *América Latina. Série Gestion Urbana*. Quito: PGU/ONU, 1994.

ELIAS, N. *Über den Prozess der Zivilisation*. Reprinted in 1978 as *The Civilizing Process*. London: Blackwell, 1939.

ELIAS, N. *A Solidão dos Moribundos: seguido de "Envelhecer e morrer"*. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982.

FABIAN, J. *The time and the other: how anthropology makes its object*. 2ed. New York: Columbia University Press, 2002.

FARIA, L.; SANTOS, L.A.C.; PATINO, R.A. A fenomenologia do envelhecer e da morte na perspectiva de Norbert Elias. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.33, n.12, e00068217, 2017.

FERNANDEZ-PARSONS, R.; RODRIGUEZ, L.; GOYAL, D. Moral distress in Emergency Nurses. *Journal of Emergency Nursing*, v.39, n.6, p.547-552, 2013.

FILHO, P.J.B.G.; GERALDO, T.L.; BENTO, G.G.; SILVA, F.C.; ARANCIBIA, B.A.V.; SILVA, R. Qualidade de vida de idosos com deficiência e prática de atividade física em instituições de longa permanência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.141-151, 2014.

FILHO, E.M.R.; JUNGES, J.R. Morte encefálica: uma discussão encerrada? *Rev. Bioét.*, v.23, n.3, p.485-94, 2015.

FONTANELLA, B.J.B.; LUCHESI, B.M.; SAIDEL, M.G.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R.; MELO, D.G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.389-394, 2011.

FORERO, R.; McDONNELL, G.; GALLEGU, B.; MCCARTHY, S.; MOHSIN, M.; SHANLEY, C.; FORMBY, F.; HILLMAN, K. A literature review on care at the end-of-life in the Emergency Department. *Emergency Medicine International*, Article ID 486516, 11p. 2012.

FORTES, P.A.; PEREIRA, P.C. Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética. *Rev. Assoc. Med. Bras*, v.58, n.3, p.335-340, 2012.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. *Los Anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2000.

FRAZEE, E.N.; PERSONETT, H.A.; BAUER, S.R.; DZIERBA, A.L.; STOLLINGS, J.L.; RYDER, L.P.; ELMER, J.L.; CAPLES, S.M.; DANIELS, C.E. Intensive Care Nurses' Knowledge About Use of Neuromuscular Blocking Agents in Patients with Respiratory Failure. *American Journal of Critical Care*, v.24, n.5, p.431-439, 2015.

GADAMER, H.G. *O caráter oculto da saúde*. Tradução: Costa A.L. Rio de Janeiro: Vozes, 2006. 176p.

GARLET, E.R.; LIMA, M.A.D.S.; SANTOS, J.L.G.; MARQUES, G.Q.M. 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, C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GEERTZ, C. *Obras e Vidas: o antropólogo como autor*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2005.

GENNEP, A.V. *Os ritos de passagem*. Petrópolis: Vozes, 1977.

GIACOIA, J.O. *A visão da morte ao longo do tempo*. 2005. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n1/1_a_visao_morte_longo_tempo>. Acesso em: 3 abr. 2017.

GIACOMO, N.S. *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, E. *Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

GOOD, B. The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v.1, p.25-58, 1977.

GOOD, B. & DELVECCHIO GOOD, M.J. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: *The Relevance of Social Science for Medicine* (L. Eisenberg & A. Kleinman, eds.), p.165-196, Dordrecht: Reidel Publishing, 1980.

GOOD, B. & DELVECCHIO GOOD, M.J. Toward a meaning-centered analysis as popular illness categories: "Fright-Illness" and "Heart Distress" in Iran. In: *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy* (A. J. Marsella & G. White, eds.), pp. 141-166, Dordrecht: D. Reidel Publishing, 1982.

GURGEL, W.B. A morte como questão social. *Barabarói*, Santa Cruz do Sul, n.27, jul./dez, p.60-91, 2007.

HALFON, P.; EGGLI, Y.; MOREL, Y.; & TAFFÉ, P. The effect of patient, provider and financing regulations on the intensity of ambulatory physical therapy episodes: a multilevel analysis based on routinely available data. *BMC health services research*, v.15, n.1, 2015.

HARAWAY, D.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.

HAREVEN, T. Novas imagens do envelhecimento e a construção social do curso da vida. In: *Cadernos Pagu*, v.13, 1999.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Parte I e II. 3ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

- HERTZ, R. *Sociologie religieuse et folklore*. Paris: Presses Universitaires de France, 1970.
- ILLICH, I. Medical nemesis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, v.57, n.12, p.919-922, 2003.
- INGOLD, T. *The perception of the environment: Essays in livelihood, dwelling and skill*. London: Routledge, 2000.
- JUNYAN, G.; JIANRON, W. Reply to death notification. *J Emerg Nurs*, v.38, n.5, p.417, 2012.
- KAMAL, T.A. 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, A. *Teatro pedagógico: bastidores da iniciação médica*. São Paulo: Agora, 1991.
- KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Ann Intern Med*. v.88, n.2, p.251-258, 1978.
- KLEINMAN, A. *The illness narratives: suffering, healing & the human condition*. New York: Basic Books, 1988.
- KOIZUMI, M.S.; ARAÚJO, G.L. 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, G. *Introdução a Sociologia da Emoção*. João Pessoa: Manufatura, 2004.
- KOVÁCS, M.J. Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. *Psicologia Ciência e Profissão*, v.31, n.3, p.482-503, 2011.
- KOVÁCS, M.J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*, v.22, n.1, 2014.
- KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- LACROIX, J.; HÉBERT, P. C.; FERGUSON, D.; TINMOUTH, A.; CAPELLIER, G.; TIBERGHIE, P.; & BARDIAUX, L. [The ABLE study: A randomized controlled trial on the efficacy of fresh red cell units to improve the outcome of transfused critically ill adults]. *Transfusion clinique et biologique: journal de la Société française de transfusion sanguine*, v.22, n.3, p.107-111, 2015.
- LADEIRA, R.M. 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.1018-1019.

LAMBA, S.; NAGURKA, R.; OFFIN, M.; SCOTT, S.R. Structured communication: teaching delivery of difficult news with simulated resuscitations in Emergency Medicine Clerkship. *Western Journal of Emergency Medicine*, v.16, n.2, p.344-352, 2015.

LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LE BRETON, D. *A sociologia do corpo*. 2 edição. Tradução de Sônia M. S. Fuhrmann. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

LE BRETON, D. *As Paixões Ordinárias: Antropologia das Emoções*. Tradução: Peretti, L.A.S. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. 276p.

LE BRETON, D. *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

LEACH, E. *Sistemas políticos da Alta Birmânia*. São Paulo: Edusp, 1995.

LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967.

LEVIN, T.T.; MORENO, B.; SILVESTER, W.; KISSANE, D.W. End-of-life communication in the intensive care unit. *Elsivier General Hospital Psychiatry*, v.32, p.433-442, 2010.

LIMEHOUSE, W.E.; FEESER, V.R.; BOOKMAN, K.J.; DERSE, A. A model for emergency departament end of life communications after acute devastating events - Part II: moving from resuscitative to end of life or palliative treatment. *Academic Emergency Medicine*, v.19, n.11, p.1300-8, 2012.

LÔBO MARREIRO, C. Responsabilidade civil do médico na prática da distanásia. *Revista Bioética*, v.21, n.2, 2013.

LLOSA, M.V. *A civilização do espetáculo: uma radiografia do nosso tempo e da nossa cultura*. Tradução de Ivone Benetti. Rio de Janeiro: Objetiva, 2013.

LOPES, E.M.C.; LEITE, L.P. Deficiência adquirida no trabalho em policiais militares: significados e sentidos. *Psicologia & Sociedade*, v.27, n.3, p.668-677, 2015.

LOWERY, D.S.; QUEST, T.E. Emergency medicine and palliative care. *Clin Geriatr Med*, v.31, n.2, p.295-303, 2015.

MACEDO, J.L. *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.

MACEDO, J.L. As regras do jogo da morte encefálica. *Rev. Antropol*, São Paulo, Online, v.59, n.2, p.32-58, 2016.

MAGALHÃES, J.V.; VERAS, K.N.; MENDES, C.M.M. Avaliação do conhecimento de médicos intensivistas de Teresina sobre morte encefálica. *Rev. bioét. (Impr.)*, v.24, n.1, p.156-64, 2016.

MAIO, I.G. *Desafios da implementação de políticas de cuidados intermediários no Brasil e a atuação do Ministério Público*. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2015.

MALINOWSKI, B. *Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné, Melanésia*. São Paulo: 1976. p 9-90; 369-375.

MARIN, M.J.S.; LORENZETTI, D.; CHACON, M.C.M.; POLO, M.C.; MARTINS, V.S.; MOREIRA, S.A.C. As condições de vida e saúde de pessoas acima de 50 anos com deficiência e seus cuidadores em um município paulista. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, Rio de Janeiro, v. 16, n.2, p.365-374, 2013.

MARREIRO, C.L. Responsabilidade civil do médico na prática da distanásia. *Rev. bioét. (Impr.)*, v.21, n.2, p.308-17, 2013.

MARTINEZ, M.L.; VELARDE, C.C. Dilemas bioéticos y sus posibles soluciones en las unidades de terapia intensiva pediátrica del Distrito Federal (México). *Acta bioeth.* [online], v.19, n.2, p.275-283, 2013.

MARTINS, C.B.G.; MELLO, J.M.H.P. Analysis of service to fatal victims by external causes: domiciliary survey. *Jl Nurs UFPE*, v.8, n.3, p.669-79, 2014.

MATTÉI, J.F. La dignité de la vieillesse et du handicap. In: *Yves Jeanne, Vieillirhandicapé* ERES Connaissances de la diversité. p.169-181, 2011.

MAUSS, M. Algumas formas primitivas de classificação. In: *Ensaio de sociologia*. São Paulo: Perspectiva, 2001. p.399-455.

MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2011.

MENEZES, R.A.; BARBOSA, P.C. A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.18, n.9, p.2653-2662, 2013.

MENEZES, R.A. Difíceis Decisões: uma abordagem antropológica da Prática Médica em CTI. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.2, jul./dez., 2000.

MENEZES, R.A. Tecnologia e "Morte Natural": o morrer na contemporaneidade. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v.13, n.2, p.367-385, 2003.

MENEZES, R.A. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MENEZES, R.A. A medicalização da esperança: reflexões em torno de vida, saúde/doença e morte. *Amazônica-Revista de Antropologia*, v.5, n.2, p.478-498, 2014.

MINAYO, M.C.S. Cuidar do processo de morrer e do luto. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.9, 2013.

MOLINIER, P. Ética e trabalho do care. In: Hirata, H. Guimarães, N. A. (org). *Cuidado e Cuidadoras - As várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Ed. Atlas, 2012. p. 29-43.

MOLINIER, P.; PAPERMAN, P. (2015). Descompartimentar a noção de cuidado? *Revista Brasileira de Ciência Política*, v.18, p.43-57, 2015.

MONTEIRO, D.T.; REIS, C.G.C.; QUINTANA, A.M.; MENDES, J.M.R. Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v.15, n.2, p.547-567, 2015.

MORAES, G.V.O; GIACOMIN, K.C.; SANTOS, W.J.; FIRMO, J.O.A. O saber biomédico no cuidado à velhice e às “coisas da idade”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.24, n.3, 2014.

MORATO, E.G.; RESENDE, M.T.; TRIVELATO, F.P.; PIMENTA, N.G.; MALUF F.B.; LEÃO, A.D.G.; ULHOA, T.H.; GUSMÃO, S.N. “Sinal de Lázaro”: reflexo medular complexo na morte encefálica - relato de dois casos. *Rev Med Minas Gerais*, v.19, n.3, p.253-257, 2009.

MORIN, E. *O Homem e a morte*. Tradutor: Rodrigues, C.A. Rio de Janeiro: Imago, 1997. 356p.

MORIN, E. *O método II: a vida da vida*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2001.

MUNANGA, K. 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.

MURRAY, J.; CERQUEIRA, D.R.C.; KAHN, T. Crime and violence in Brazil: Systematic review of time trends, prevalence rates and risk factors. *Aggression and Violent Behavior*, v.18, n.5, p.471-483, 2013.

NAIK, S.B. Death in the hospital: Breaking the bad news to the bereaved family. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, v.17, n.3, p.178, 2013.

NAPIER, A.D.; ANCARNO, C.; BUTLER, B. et al. Culture and health. *The Lancet*, v.384, n.9954, p.1607-1639, 2014.

NASCIMENTO, E.R.P.; SILVA, S.G.; SOUZA, B.C.; SOUZA, D.D.; NETTO, A.G. Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v.19, n.2, p.338-342, 2015.

NEVILLE, T.H.; WILEY, J.F.; YAMAMOTO, M.C.; FLITCRAFT, M.; ANDERSON, B.; CURTIS, J.R.; WENGER, N.S. Concordance of nurses and physicians on whether critical care patients are receiving futile treatment. *American Journal of Critical Care*, v.24, n.5, p.403-410, 2015.

NOGUEIRA FILHO, L.N. Desafios do médico na manutenção da esperança dos pacientes gravemente enfermos. *Rev. bras. saúde matern. infant*, v.10, n. supl. 2, p. s279-s287, 2010.

O'DWYER, G.; KONDER, M.T.; RECIPUTTI, L.P.; MACEDO, C.; LOPES, M.G.M. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad. Saúde Pública*, v.33, n.7, 2017.

OMS. Cuidados Paliativos – Nota descritiva. Agosto, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>
Acesso em: 26 de mar. 2018.

OTHERO, M.B.; AYRES, J.R.C.M. Healthcare needs of people with disabilities: subjects' perspectives through their life histories. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*, v.16, n.40, p.219-33, jan./mar, 2012.

PASSERINO, L.M.; PEREIRA, A.C.C. Educação, Inclusão e Trabalho: um debate necessário. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v.39, n.3, p.831-846, jul./set. 2014.

PATTON, M.Q. *Qualitative research e evaluation methods*. Londres: Sage Publications, 2002.

PEIRANO, M. *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.

PEIRANO, M. *Rituais ontem e hoje*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

PEREIRA, J.K.; GIACOMIN, K.C.; FIRMO, J.O.A. A funcionalidade e incapacidade na velhice: ficar ou não ficar quieto. *Cad. saúde pública*, v.31, n.7, p.1451-1459, 2015.

PEROSINO, M.C. *Umbral. Praxis, Ética y Derechos Humanos en el cuerpo muerto*. 2012. Tesis doctoral. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires.

PESSÔA, L.R.; SANTOS, I.S.; MACHADO, J.P.; MARTINS, A.C.M.; LIMA, C.R.A. Realocar a oferta do SUS para atender problemas do futuro: caso do trauma no Brasil. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.40, n.110, p.9-19, Jul-set 2016.

PIRES, M.T.B. 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, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. 7ª ed. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2016. 198p.

PITTA, F.; CARMONA, C. Morte Cerebral – do medo de ser enterrado vivo ao mito do doador vivo. *Acta Médica Portuguesa*, v.17, p.70-75, 2004.

REYNIERS, T.; HOUTTEKIER, D.; COHEN, J.; PASMAN, H.R.; DELIENS, L. The acute hospital setting as a place of death and final care: a qualitative study on perspectives of Family physicians, nurses and Family carers. *Elsevier Health & Place*, v.27, p.77-83, 2014.

REZENDE, J.M. *Curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre*. 2008. Disponível em: <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/curarconsolar.htm> Acesso em: 7 jul. 2016.

REZENDE, C.B.; COELHO, M.C. *Antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

RODRIGUES, J.C. *O corpo na história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

RODRIGUES, J.C. *Tabu da morte*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ROSADO, I.V.M.; RUSSO, G.H.A.; MAIA, E.M.C. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.20, n.10, p.3021-3032, 2015.

SALOME, G.M.; CAVALI, A.; ESPOSITO, V.H.C. Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. *Revista brasileira enfermagem*, v.62, n.5, p.681-686, 2009.

SAMPAIO, R.F.; LUZ, M.T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saude Publica*, v.25, n.3, p.475-83, 2009.

SANTOS, B.S. *Um discurso sobre as ciências*. 16ed. Porto: B. Sousa Santos e Edições Afrontamento, 2010.

SANTOS, M.A.; AOKI, F.C.O.S.; OLIVEIRA-CARDOSO, É.A. Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao Transplante de Medula Óssea. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.9, p.2625-2634, 2013.

SANTOS, M.A.; HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, v.18, n.9, p.2757-2768, 2013.

SANTOS, S.; PEQUENO, A.A.S.; GALVÃO, C.R.C.; PESSOA, A.L.S.; ALMEIDA, E.S.; PEREIRA, J.C.; MEDEIROS, J.L.A.; KOK, F. As causas da deficiência física em municípios do nordeste brasileiro e estimativa de custos de serviços especializados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.2, p.559-568, 2014.

SCHRAMM, F.R. 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.

SEMINOTTI, E.P.; NEVES, E.M. Dos Dramas de Narciso: reflexões antropológicas a partir de uma etnografia de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de João Pessoa–PB. *Ilha Revista de Antropologia*, v.16, n.1, p.175-202, 2014.

SHEARER, F.M.; ROGERS, I.R.; MONTEROSSO, L.; ROSS-ADJIE, G.; ROGERS, J.R. Understanding emergency department staff needs and perceptions in the provision of palliative care. *Emergency Medicine Australasia*, v.26, 249-255, 2014.

SHOENBERGER, J.M.; YEGHIAZARIAN, S.; RIOS, C.; HENDERSON, S.O. Death notification in the emergency departamento: survivors and physicians. *Western Journal of Emergency Medicine*, v.14, n.2, p.181-185, 2013.

SILVA, N.R.; MENEZES, R.A. "Se parar, parou": categorização do morrer em uma unidade de terapia intensiva da cidade do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.25, n.1, 2015.

SILVA, K.C.O.; QUINTANA, A.M.; NIETSCHE, E.A. Obstinação terapêutica em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v.16, n.4, p.697-703, 2012.

SILVA, S.M.; RAMOS, M.Z. Profissionais de saúde de um serviço de emergência hospitalar: discursividades em torno do cuidado. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v.24, n.3, p.693-714, 2014.

STEDEFORD, A. *Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

STELET, BP; CASTIEL, L.D., MORAES, D.R. Anomalia e o ensino da comunicação clínica na prática médica. *Cad Saúde Pública*, v.33, n.2, e00154016, 2017.

TAYLOR, C. *As fontes do self: a construção da identidade moderna*. São Paulo: Loyola, 1997.

TEIXEIRA, A.L. Gestões de vida e morte: um olhar sobre o morrer no contemporâneo. *Ayvu, Rev. Psicol.*, v.2, n.2, p.150-171, 2016.

THOMAS, L-V. *Antropologia de la muert*. México: Fondo de cultura econômica, 1993.

TIMMERMANS, S. Death brokering: constructing culturally appropriate deaths. *Sociology of Health & Illness*, p.993-1013, 2005.

TURNER, V.W. Liminaridade e "Communitas". In: *O processo ritual: estrutura e antiestrutura*. Petrópolis: Vozes, 1974. p.116-159.

UCHÔA, E.; VIDAL, J.M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, v.10, n.4, p.497-504, 1994.

VASCONCELOS, E.C.L.; RIBERTO, M. Caracterização clínica e das situações de fratura da coluna vertebral no município de Ribeirão Preto, propostas para um programa de prevenção do trauma raquimedular. *Coluna/Columna*, v.10, n.1, p.40-3, 2011.

VELHO, G. *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

VELHO, G. *Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

VENKAT, A.; BAKER, E.F.; SCHEARS, R.M. Ethical controversies surrounding the management of potential organ donors in the emergency department. *J Emerg Med*, v.47, n.2, p.232-236, 2014.

WAGNER, R. *A Invenção da Cultura*. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 1980.

YONEKURA, T.; QUINTANS, J.R.; KATO, M.Y.; MACEDO, C.; FILHO, A.N. A atenção à saúde do idoso nos serviços brasileiros de urgência: uma revisão integrativa. *Atas Investigação Qualitativa na Saúde*. 2015, v. 1.

ZIEGLER, J. *Os vivos e a morte*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro de Entrevista

PESQUISA: “*VIDAS EM RISCO: uma abordagem antropológica sobre as representações da morte entre médicos que trabalham em setores de urgência*”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Pro^{fa}.: Ana Lúcia Modesto (orientadora) / José Márcio Barros (coorientador)

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)?

Apêndice B - Caracterização dos Entrevistados

Contextos de Atuação Médica	Sector	Sexo	Idade (Anos)	Especialidade	Tempo de formação	Instituição de formação	Função	Ordem da Entrevista
PORTA DE ENTRADA	MG Transplantes	M	53	Cirurgião Cardiovascular	30 anos	UFMG	Diretor do MG Transplantes	E1
	Diretoria Setor de Emergência	M	41	Cirurgia Geral	16 anos	FCMMG	Diretor da Emergência do João XXIII	E2
	Equipe de Anestesistas do Bloco Cirúrgico e Sala de Recuperação Pós Anestésica	F	42	Anestesiologia	26 anos	UFMG	Plantonista	E3
		F	33	Anestesiologia	10 anos	UFJF	Plantonista	E4
		F	32	Anestesiologia	8 anos	Fac. Med. Barbacena	Plantonista	E5
		M	33	Anestesiologia	7 anos	UFMG	Plantonista	E6
		F	35	Anestesiologia	14 anos	UFMG	Plantonista	E7
	Sala 01 Politraumatizados e Equipe de Cirurgiões que atuam no Bloco Cirúrgico	M	58	Cirurgia Geral e Trauma	33 anos	UFMG	Coordenador Cirurgia Geral	E8
		F	38	Cirurgia Geral e Trauma	8 anos	FCMMG	Plantonista	E9
		M	39	Cirurgia Geral	16 anos	FCMMG	Plantonista	E10
		M	39	Cirurgia Geral e Trauma	16 anos	UFMG	Plantonista	E11
		M	64	Cirurgia Geral	não sabe	FCMMG	Plantonista	E12
		M	39	Cirurgia Geral e Trauma	13 anos	FCMMG	Plantonista	E13
		M	47	Cirurgia Geral e Trauma	24 anos	UFMG	Plantonista	E14
		M	40	Neurocirurgia	17 anos	FCMMG	Coordenador Neurocirurgia	E15
		M	32	Neurocirurgia	8 anos	UFS	Plantonista	E16
		F	39	Neurocirurgia	18 anos	UFG	Plantonista	E17
		M	34	Neurocirurgia	9 anos	Fac. Med. Barbacena	Plantonista	E18
		M	32	Neurocirurgia	9 anos	Fac. Med. Barbacena	Plantonista	E19
	Sala 07 Emergências Clínicas e Toxicologia	F	47	Clinica Médica	16 anos	UFMG	Plantonista	E20
		M	34	Clinica Médica	8 anos	UFMG	Plantonista	E21
		M	33	Clinica Médica	-	-	Plantonista	E22
		F	57	Clinica Médica	33 anos	UFMG	Plantonista	E23
UTI	SEC (Serviço de Extensão de Cuidados) e SAV (Serviço de Apoio a Vida)	M	63	Cardiologia	39 anos	UFMG	Coordenador	E24
		F	56	Cardiologia, Clínica Médica e Terapia Intensiva	33 anos	UFMG	Coordenadora	E25
		M	32	Clinica Médica, Cardiologia e Ecocardiologia	6 anos	UFMG	Plantonista	E26
		M	34	Clinica Médica	11 anos	Fac. Med. Teresópolis	Plantonista	E27
		F	49	Nefrologia e Terapia Intensiva	21 anos	UFMG	Plantonista	E28
	Unidade de Terapia Intensiva Adulto	F	34	Terapia Intensiva e Clínica Médica	9 anos	FCMMG	Coordenadora UTI Adulto	E33
		F	29	Clinica Médica	5 anos	UFMG	Plantonista	E34
		M	69	Terapia Intensiva e Clínica Médica	39 anos	FACIMPA	Plantonista	E35
	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	M	46	Pediatria e Terapia Intensiva	21 anos	UFMG	Coordenador UTI Pediátrica	E36
		F	58	Pediatria	34 anos	UFMG	Plantonista	E37
		F	57	Pediatria e Terapia Intensiva	32 anos	FCMMG	Plantonista	E38
		F	58	Pediatria	35 anos	UFMG	Plantonista	E39
	UTQ - Unidade de Terapia Intensiva do setor de Queimados	M	29	Clinica Médica	4 anos	UFMG	Plantonista	E40
		M	38	Clinica Médica e Nefrologia	14 anos	UFMG	Plantonista	E41
		F	28	Clinica Médica	3 anos	UFMG	Plantonista	E42
		M	42	Clinica Médica	18 anos	UFMG	Coordenador UTI de Queimados	E43
CRÔNICOS	Unidade de Cuidados Progressivos	M	63	Cardiologia	38 anos	UFMG	Coordenador	E29
		F	44	Clinica Médica e Oncologia	19 anos	UFMG	Plantonista	E30
		M	58	Cardiologia e Clínica Médica	31 anos	UFMG	Plantonista	E31
		F	56	Cardiologia e Clínica Médica	33 anos	UFMG	Plantonista	E32

ANEXOS

Anexo A - 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 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.

Continuação

Serviço	Descrição
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.
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)¹⁸

¹⁸Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/atendimento-hospitalar/complexo-de-urgencia-e-emergencia/hospital-joao-xxiii> Acesso em 9 de dezembro 2015.

Anexo B - Aprovação Comitê de Ética da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais



PARECER Nº. 022/2012

Registro CEP/ADC/FHEMIG: 022/2012 (este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
Data: 09/11/2012.

Hospital de Pronto Socorro João XXIII/FHEMIG.

Pesquisadora responsável:
Ana Lúcia Modesto.

DECISÃO:

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FHEMIG) aprovou em 08 novembro de 2012, o projeto de pesquisa intitulado: "Vidas em risco: uma abordagem antropológica sobre as representações da morte entre médicos que trabalham em setores de urgência".

Segundo o item VII.13.d da Resolução 196/96, os pesquisadores ficam **OBRIGADOS** a enviar relatórios anualmente.

Assim o relatório parcial deverá ser entregue em 08/11/2013 e/ou o relatório final ao término da pesquisa. O relatório poderá seguir o modelo de acompanhamento disponível na Intranet/FHEMIG.


Vanderilson Assis Romualdo
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa / FHEMIG

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

SIPRO: 29128/2012-7

Alameda Vereador Álvaro Celso, 100 - Santa Efigênia - Belo Horizonte/MG
CEP: 30150-200 - Fone: 0(xx)31 3239-9500 - Fax: 0(xx)31 3239-9579
Site: <http://www.fhemig.mg.gov.br/> E-mail: fhemig@fhemig.mg.gov.br

Anexo C - Aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 03751612.0.0000.5149

Interessado(a): Profa. Ana Lúcia Modesto
Departamento de Sociologia e Antropologia
FAFICH - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 31 de agosto de 2012, o projeto de pesquisa intitulado **"Vidas em risco: uma abordagem antropológica sobre as representações da morte entre médicos que trabalham em setores de urgência"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Assinatura manuscrita da Prof.ª Maria Teresa Marques Amaral.

Prof.ª Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Anexo D - Parecer Consubstanciado UFMG

PARECER CONSUBSTANCIADO

TÍTULO DA PESQUISA: "VIDAS EM RISCO: uma abordagem antropológica sobre as representações da morte entre médicos que trabalham em setores de urgência"

PESQUISADORES:

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof^ª D^a Ana Lúcia Modesto

TITULAÇÃO: Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas

PESQUISADOR ASSISTENTE: Janaína de Souza Aredes

TITULAÇÃO: Mestranda em Antropologia Social pela UFMG

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Universidade Federal de Minas Gerais

CEP DE ORIGEM: COEP – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

ÁREA TEMÁTICA: Antropologia Social

RESUMO DO ESTUDO

Objetivo Geral: Trata-se de um estudo que consiste em analisar as representações construídas sobre a morte entre os dois grupos de médicos que trabalham no Pronto Socorro do Hospital João XXIII localizado na cidade de Belo Horizonte/MG, a saber: médicos socorristas (serviço de triagem) e médicos intensivistas.

Objetivos Específicos:

- 1 – Estudar a morte como problema sócio-antropológico e as formas como ela é representada em várias culturas (tanto nas sociedades tradicionais como nas sociedades complexas);
- 2 – Estudar a maneira como o campo médico, incluindo a formação e exercício profissional define e prevê as atitudes perante a morte;
- 3 – Estudar o conceito e o processo de construção das representações simbólicas;
- 4 - Analisar por meio do método de entrevistas, como os médicos que trabalham no Pronto Socorro – dos dois grupos definidos - lidam com as várias situações de morte e de risco de morte;
- 5 - Analisar como o médico enquanto indivíduo, sujeito e profissional, baliza suas maneiras de compreender a morte no exercício profissional;
- 6 – Analisar a função da instituição hospitalar na qual o médico está inserido e suas implicações na atuação do mesmo;

Prof. Andrés Zarankin
Chefe do Departamento de
Sociologia e Antropologia

Aprovado(a) em Reunião da Câmara do
Departamento de Sociologia e Antropologia
em 23/05/2012

Anexo E – Termo de Compromisso – Utilização de dados**Termo de Compromisso - Utilização de Dados de Pesquisa Científica**

Eu, ANA LÚCIA MODESTO, abaixo assinado, pesquisadora responsável no projeto de título: "VIDAS EM RISCO: uma abordagem antropológica sobre as representações da morte entre médicos que trabalham em setores de urgência", declaro estar de acordo com a utilização dos dados deste trabalho pela Professora Dra. JOSÉLIA ARAÚJO FIRMO (FIOCRUZ-Minas) e pela aluna de Doutorado JANAÍNA DE SOUZA AREDES (FIOCRUZ-Minas). Tal pesquisa é oriunda de uma dissertação de Mestrado sob minha orientação, realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFMG.

Informo que este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 03751612.0.0000.5149), juntamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (Registro CEP/ADC/FHEMIG: 022/2012 – SIPRO: 29128/2012-7) e do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital de Pronto Socorro João XXIII. 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, em acordo com a Resolução nº196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Belo Horizonte, de de 2015

Nome
ANA LÚCIA MODESTO

R.G.
M. 2.089.159

Assinatura


Anexo F - Carta de aceite - Artigo 3



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Saúde, Educação, Ciência
Cultura, Tecnologia
Ciência, Trabalho, Saúde

Sistema
Manuscritos
Habilitar perfil de Parecerista
Dados Pessoais
Instruções aos Autores
Alterar Senha

[VOLTAR](#)

Mensagem de Finalização do Manuscrito

Prezado(a) Professor(a) Dr(a) JOSÉLIA OLIVEIRA ARAÚJO FIRMO:

Esta mensagem é para informá-las sobre o resultado da 2ª etapa de avaliação do artigo intitulado "A praxis médica no Pronto Atendimento diante do paciente com sequelas crônicas: culpa, temor e compaixão".

A editoria avaliou a última versão do seu artigo e o considera aprovado para publicação. Aproveitamos para informá-los sobre as etapas que se seguirão:

- a) revisão formal e adequação às normas editoriais;
- b) alterações do texto pelos autores, a partir das indicações da etapa a;
- c) editoração;
- d) revisão final.

Assim que concluirmos a etapa a, entraremos em contato novamente.

Atenciosamente,

Angélica Ferreira Fonseca
Carla Martins
Marcela Pronko

Coordenação Editorial
Revista Trabalho, Educação e Saúde
www.revista.epsjv.fiocruz.br
www.scielo.br/tes
e-mail: revtes@fiocruz.br
tel: (21) 3865-9850
fax: (21) 2560-8279

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Anexo G - Carta de aceite - Artigo 4

CSP CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

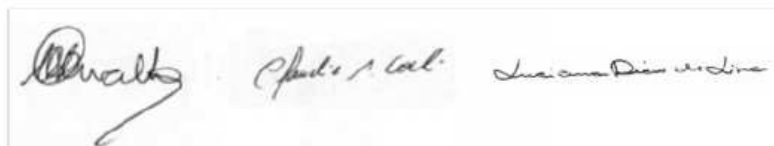
Rio de Janeiro, 12 de julho de 2018.

Ilmo(a) Sr(a). KARLA CRISTINA GIACOMIN:

Em nome do Conselho Editorial de Cadernos de Saúde Pública, comunicamos que o artigo de sua autoria, em colaboração com Janaína de Souza Aredes, Josélia Oliveira Araújo Firmo, intitulado "A MORTE QUE SALVA VIDAS: complexidades do cuidado médico ao paciente com suspeita de morte encefálica", foi aprovado quanto ao seu mérito científico.

A conclusão do processo editorial de seu artigo dependerá da avaliação técnico-editorial com vistas a detectar dúvidas de formatação, referências bibliográficas, figuras e/ou tabelas. Comunicação nesse sentido lhe será enviada oportunamente.

Atenciosamente,



Marília Sá Carvalho

Cláudia Medica Coeli

Luciana Dias de Lima
Editoras