

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

**COMUNICAR A MORTE EM UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA:  
A SIGNIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA NA PERCEPÇÃO DO MÉDICO**

Por  
Gislaine Alves de Souza

Belo Horizonte  
2018

**DISSERTAÇÃO MSC-IRR**

**G.A.SOUZA**

**2018**

Gislaine Alves de Souza

**COMUNICAR A MORTE EM UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA:  
A SIGNIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA NA PERCEPÇÃO DO MÉDICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva - área de concentração Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

Orientadora: Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo  
Coorientadora: Dra. Karla Cristina Giacomini

Belo Horizonte  
2018

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

S729c Souza, Gislaine Alves de  
Ano 2018

Comunicar a morte em um hospital de emergência:  
a significação da experiência na percepção do  
médico/ Gislaine Alves de Souza. – Belo Horizonte,  
2018.

XIV, 96 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 84 - 93

Dissertação (mestrado) – Dissertação para  
obtenção do título de Mestre 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. Morte/ Atitude Frente à Morte 2. Comunicação 3.  
Antropologia Médica 4. Serviço Hospitalar de  
Emergência I. Título. II. Firmo, Josélia Oliveira Araújo  
(Orientação). III. Giacomini, Karla Cristina  
(Coorientação)

CDD – 22. ed. – 153.6

Gislaine Alves de Souza

**COMUNICAR A MORTE EM UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA:  
A SIGNIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA NA PERCEPÇÃO DO MÉDICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva - área de concentração Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

**Banca examinadora:**

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

Profa. Dra. Sônia Maria Soares (UFMG) Titular

Profa. Dra. Isabela Cândia Velloso (UFMG) Titular

Prof. Dr. Wagner Jorge dos Santos (FIOCRUZ Minas) Suplente

Dissertação defendida e aprovada em Belo Horizonte, 15/02/2018.

*“Não sei se a vida é curta ou longa demais para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.”*

Cora Coralina

À  
*minha família*  
*Amo muito vocês.*

## AGRADECIMENTO

Às orientadoras Josélia Oliveira Araújo Firmo e Karla Cristina Giacomini pela dedicação, cuidado, profissionalismo e generosidade de compartilhar seus ensinamentos e me ajudarem nesta trajetória.

À Janaína de Souza Aredes pela confiança, disponibilidade, por compartilhar os registros de sua pesquisa de campo e se fazer presente neste percurso.

Ao Instituto René Rachou pela acolhida, suporte, vivências e aprendizados.

À CAPES e a Fiocruz pela bolsa de mestrado. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Agradeço também a todos professores do Instituto René Rachou pelas interlocuções, em especial à Josélia Oliveira Araújo Firmo, Celina Maria Modena, Sérgio William Viana Peixoto, Antônio Inácio de Loyola Filho, Léo Heller, Fabíola Boff de Andrade, e Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa.

Agradeço à professora Regina Medeiros pelas gentis e relevantes contribuições à minha pesquisa no processo de qualificação.

Às doutoras Sônia Maria Soares, Isabela Câncio Velloso e ao doutor Wagner Jorge dos Santos pela generosidade ao aceitar ler e contribuir com esta dissertação.

Às amigas Michely Aparecida Souza, Fernanda Oliveira e Daniele Carmona pelo incentivo e contribuições.

Ao NESPE pelas trocas e aprendizados tanto com os professores como entre os colegas, dentre eles: Wagner Santos, Beatriz Prado, Elislene Drummond e Janaína Aredes.

Aos colegas da pós-graduação em Saúde Coletiva, em especial Juliana Aurora, Juliana Prosdócimi, Keilla Rezende, Danubia Jardim e Anna Laura Almeida.

Também agradeço à Patrícia da Conceição Parreiras, Nuzia Pereira dos Santos, Aline Sodré, Andréia Patrício, Ana Paula Batista dos Santos e demais trabalhadores do IRR pelo suporte cotidiano.

Aos profissionais do hospital João XXIII que possibilitaram aproximar de sua vivência.

À minha família, especialmente agradeço à: Bernardo Sena Alves de Souza, pelo aprendizado ímpar sobre a vida; Adeilton Cleiber de Souza, meu companheiro e amante nesta jornada; minha mãe Dulcinea Oliveira Souza, pela participação inquestionável sempre que sua saúde permite; minha irmã Grecilaine Alves de Souza, por acreditar que meus sonhos são alcançáveis e me apoiar; meu pai Geraldo Alves de Souza, que de seu modo singular torce por minha felicidade; minha cunhada Adria Gleyce de Souza, pelo apoio acerca da vida acadêmica; e todos meus familiares, pelo modo com que cada um se fez presente e foi especial nesta jornada. Esta conquista é nossa. Família, é indescritível o quanto sou grata a vocês.

Enfim, agradeço a todos familiares, amigos e colegas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta dissertação.

## RESUMO

A presente pesquisa buscou compreender como os médicos na condição de sujeitos culturais lidam com o processo de comunicar a morte aos familiares em um hospital de emergência. Os objetivos específicos foram: analisar como os médicos agem, significam, representam e interpretam a comunicação da morte do paciente e analisar as múltiplas significações da morte a partir da atuação clínica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, embasada na antropologia interpretativa e médica. A coleta dos dados deu-se em um dos maiores hospitais públicos de emergência da América Latina, ao longo de 9 meses de observação participante. Foram entrevistados 43 médicos – 25 homens e 18 mulheres – entre 28 e 69 anos. A análise foi êmica e guiada pelo modelo dos signos, significados e ações. Os resultados demonstram que embora a morte seja um evento frequente pela gravidade dos casos atendidos na emergência as vivências da comunicação da morte a significam como uma das tarefas mais árduas do seu fazer profissional. Na emergência a ação é predominantemente técnica pautada em um cenário de pressão, cujo tempo, ambiente e atenção são direcionados a medicina curativa. Geralmente, o vínculo com o paciente e a família é inexistente, e a comunicação é complexa. Para lidar com a morte a gerenciam, fazem uso de roteiros, eufemismos, mecanismos defensivos, enfatizam a gravidade clínica e informam progressivamente para que a morte esteja aguardada pela família e encaixada na rotina da emergência. Os signos e significados estão especialmente correlacionados ao paradigma biomédico: a morte como tabu e fracasso. As ações evidenciam a morte e a interação intersubjetiva como terreno obrigatório de emoções que se dão escondidas no hospital: angustiam, assustam, choram, desculpam, desgastam, escondem, fogem, incomodam e rezam. Evidencia-se a preponderância, mas também o limite do paradigma biomédico na vivência dos profissionais como sujeitos socioculturais. Percebe-se a incipiência da humanização, da abordagem de qualidade de vida e de morte no contexto estudado. Os elementos apontados podem subsidiar intervenções, planejamento e gestão na atenção à saúde, no âmbito da educação, saúde do trabalhador e organização institucional.

**Palavras-chave:** Morte. Comunicação. Antropologia Médica. Serviço Hospitalar de Emergência. Médicos.



## ABSTRACT

The objective of this research is to understand the process of communication of death in an emergency hospital. The specific objectives were: to analyze how physicians act, signify, represent and interpret the patient's death communication and to analyze the multiple meanings of death to the physicians in the emergency. It is a qualitative research, based on interpretive and medical anthropology. The data were collected in one of the largest public hospitals in Latin America, during 9 months of participant observation. A total of 43 physicians were interviewed - 25 men and 18 women - between 28 and 69 years old. The model of signs, meanings and actions guided the analysis of data. The results show that death is a frequent event due to the severity of the patients in the emergency. But, the communication of death there is the most strenuous tasks of his or her profession. In emergency hospital the action is predominantly technical, biological. The time, the pressure, the environment and the attention are directed to curative medicine. The relation with patient and family are usually non-existent. The communication is fragile among professionals, patient and family. To deal with death, use of scripts, euphemisms, defensive mechanisms, emphasize the clinical severity and progressively inform so that death is expected by the family and embedded in the emergency routine. The signs and meanings are especially correlated to the biomedical paradigm: death as taboo and failure. The reactions evidence the death as intersubjective interaction and as compulsory terrain of emotions expressions. But the emotions cannot be expressed in the hospital occurring hidden. The physicians if anguish, scare, cry, apologize, weary, hide, escape, bother and pray. It is perceived the incipience of humanization and of approach to quality of life and death in the studied context. It is evident the preponderance, but also the limit of the biomedical paradigm in the experience of professionals as sociocultural subjects. This study brings elements that can subsidize interventions, planning and management in health care, in the education, worker health and institutional routine adapted to the Brazilian context.

**Key words:** Death. Communication. Anthropology, Medical. Emergency Service, Hospital. Physicians.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Subseções da revisão de literatura .....	20
Figura 2 – A morte nas sociedades ocidentais.....	25
Figura 3 – Categorização das análises.....	56

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Signos utilizados em substituição a palavra morte.....	68
Quadro 2 – Reações relatadas ao comunicar a morte.....	72

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA .....	14
2 OBJETIVOS .....	18
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2 Objetivos Específicos.....	18
3 REVISÃO DE LITERATURA .....	19
3.1 A morte.....	20
3.1.1 Aspectos filosóficos e antropológicos da morte.....	21
3.1.2 Concepção histórica da morte na sociedade ocidental capitalista .....	24
3.2 Da medicina à emergência: a medicina na sociedade ocidental industrializada .	27
3.2.1 O paradigma biomédico diante da morte.....	32
3.3 Comunicação e Saúde.....	35
3.3.1 A comunicação da morte.....	39
3.4 As emoções e a morte.....	42
3.4.1 Antropologia das emoções.....	42
3.4.2 Emoções perante a morte na cultura ocidental capitalista.....	44
4 PERCURSO METODOLÓGICO .....	48
4.1 Referencial teórico metodológico.....	48
4.2 Local de estudo .....	50
4.3 População estudada.....	52
4.4 Coleta de dados .....	53
4.5 Análise de dados.....	54
4.6 Aspectos éticos .....	57
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	58
5.1 Artigo: "Comunicação da morte: modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência" .....	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	81
REFERÊNCIAS.....	84
ANEXO A: Submissão do artigo.....	94
ANEXO B: Aprovação Comitê de Ética da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.....	95

ANEXO C: Aprovação Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais.....	96
ANEXO D: Autorização para utilização dos dados da pesquisa “Vidas em Risco: uma abordagem antropológica sobre as representações da morte entre médicos que trabalham em setores de urgência” .....	97

## 1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A morte é condição humana. Já a consciência, atitude e emoção frente a ela é um fenômeno predominantemente antropológico e determinado sócio historicamente (ARIÈS, 2014; SANTOS, HORMANEZ, 2013; IGLESIAS, LAFUENTE, 2010; REZENDE, COELHO, 2010; RODRIGUES, 2006; TIMMERMANS, 2005; MENEZES, 2004; ELIAS, 2001; MORIN, 1997; ARIÈS, 1989). De modo que toda morte reverte-se em um problema mais sociológico que biológico, pois nunca se faz um fenômeno neutro ao indivíduo e, talvez por isso, para a maior parte das sociedades a morte “natural” acaba por não existir (RODRIGUES, 2006). Assim, as interpretações acerca do conjunto de eventos que marcam o morrer são construções sociais (MARTINEZ, 2013).

Na maioria das sociedades ocidentais, modernas e capitalistas a morte é predominantemente um tabu, uma palavra inconcebível, quase impronunciável, silenciada (ARIÈS, 2014; MORIN, 1997) e transformada em um problema técnico – de médicos que lutam incessantemente para evitá-la (ARIÈS, 2014; RODRIGUES, 2006; ILLICH, 2003; MORIN, 1997). Neste contexto, vista como uma adversidade, o doente e a morte saem do âmbito familiar e ficam delegados aos hospitais (ARIÈS, 2014; SANTOS, 2009; GADAMER, 2006; RODRIGUES, 2006; MENEZES, 2004; MORIN, 1997; ARIÈS, 1989).

No hospital, embora as vivências de morte sejam recorrentes no cotidiano institucional e profissional, ainda são acompanhadas por inúmeras dificuldades éticas, políticas, sofrimentos, conflitos e ambiguidades geralmente falta formação para a morte e instrução no campo comunicacional (ALELWANI, AHMED, 2014; SANTOS, AOKI, OLIVEIRA-CARDOSO, 2013; JUNYAN, JIANRON, 2012; TAPAJÓS, 2007). Especialmente os setores de urgência e emergência hospitalar configuram-se como o lugar onde se luta pela vida, mas nem sempre se consegue evitar a morte (LOWERY, QUEST, 2015; SILVA, RAMOS, 2014; VENKAT, BAKER, SCHEARS, 2014; REYNIERS et al., 2014; FERNANDEZ-PARSONS, RODRIGUEZ, GOYAL, 2013; SANTOS, AOKI, OLIVEIRA-CARDOSO, 2013; LIMEHOUSE et al., 2012b; LEVIN et al., 2010; SALOME, CAVALI, ESPÓSITO, 2009). De modo que, a morte é habitual, mas comunicá-la revela-se uma tarefa árdua, estressante,

dolorosa, penosa, desgastante, e também essencial aos médicos (LAMBA et al., 2015; ASCENCIO-ROMERO et al., 2015; ALELWANI, AHMED, 2014; SHOENBERGER et al., 2013; NAIK, 2013; AFONSO E MINAYO, 2013; GILMORE, 2012; ARAUJO, 2009; TAPAJÓS, 2007).

No âmbito da assistência à saúde, comunicar não é apenas transmitir informação técnica e unidirecional, é uma maneira de interagir, é construção e prática social. A comunicação é complexa, multipolar e multidimensional; é dependente do contexto; e indissociável das vivências, significados e produção de sentidos em saúde (STELET, CASTIEL, MORAES, 2017; DESLANDES, MITRE, 2009; ARAÚJO, CARDOSO, 2007; PITTA, 1995). E envolve aspectos psicossociais, afetivos, cognitivos, culturais, contextuais, bioéticos, religiosos, espirituais, econômicos, políticos e legais (AFONSO, MINAYO, 2013; SANTOS, MORAES, MASSAROLLO, 2012; ARAÚJO, CARDOSO, 2007). Logo, entende-se que a prática comunicativa sobre a morte ultrapassa a delimitação informacional de transmissão de mensagens, trata-se de uma interação complexa e com significados entre sujeitos culturais (AREDES E MODESTO, 2016; PITTA, 2016).

É nesse cenário que emerge como problema de pesquisa a compreensão do processo de comunicação da morte: como o médico lida com a morte e como comunica este fato no contexto da emergência? Como o médico, como sujeito cultural, comunica o impronunciável, que não quer ser ouvido? Como esse profissional lida com o processo de morte neste serviço de alta complexidade que é predominantemente biomédico? Quais são os códigos e significação culturalmente estabelecidos presentes nessa interação?

Esta pesquisa é parte de um projeto maior nomeado “Vidas em risco: uma abordagem antropológica sobre as representações da morte entre médicos que trabalham em setores de urgência” dedicado a compreender como médicos em um serviço de urgência e emergência lidam com a vida e a morte em sua práxis. A questão de pesquisa e objeto de trabalho desta dissertação emergiu posterior à minha inserção no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Sou psicóloga, especialista em saúde do idoso, vivenciei a assistência à saúde e atendimentos clínicos em um hospital de urgência e emergência público em Belo Horizonte durante a residência multiprofissional, no período nove meses e também tive

experiências de atuação junto a equipes de cuidados paliativos. Inicialmente li as transcrições das 43 entrevistas cega ao objeto da pesquisa maior de qual esta dissertação originou. A partir da voz dos interlocutores, percebi que a comunicação da morte como uma ação cotidiana no serviço de emergência hospitalar carregada de sofrimento e incômodo. Comunicar a morte rompe com a rotina técnica instrumental e traz ao fazer médico um desafio que é no hospital desconsiderado e silenciado. Devido ao impacto desse fenômeno aos envolvidos e implicações no cotidiano da assistência à saúde, percebi a necessidade de discussão sobre a temática. Assim a partir do projeto macro elegi minha proposta de pesquisa e o recorte desta dissertação, de aprimorar e aprofundar os estudos na temática da comunicação da morte em um hospital de emergência. Incorporei a leitura dos diários de campos e após diversas leituras, iniciei a categorização dos dados e análises. Também realizei uma visita técnica ao hospital de emergência no qual os dados foram coletados para compreensão do contexto em que foram produzidos.

Embora haja uma articulação do processo comunicacional com a humanização em saúde (DESLANDES, MITRE, 2009), no âmbito da saúde coletiva, esta realidade insofismável da humanidade, a morte, ainda tem sido pouco abordada nas produções do campo (MINAYO, 2013). São necessárias pesquisas que considerem a percepção dos profissionais de saúde quanto à comunicação de notícias difíceis e investiguem a interpretação da morte no ambiente hospitalar (AFONSO, MINAYO, 2013; NAIK, 2013; DELL'ACQUA, TOME, POPIM, 2013). Santos, Aoki, Oliveira-Cardoso (2013) constatam a dificuldade dos médicos em lidar com a morte e a necessidade de esclarecimento sobre os impactos desse fenômeno. Evidencia-se também a relevância da emoção na prática médica em lidar com o processo de morte e ter que comunicá-la (LE BRETON, 2009). Discute-se ainda a necessidade de melhorar a formação do médico com o processo de morte e sua comunicação (ALELWANI, AHMED, 2014; SHEARER, et al., 2014; SANTOS, HORMANEZ, 2013; SANTOS, AOKI, OLIVEIRA-CARDOSO, 2013; AFONSO, MINAYO, 2013; NAIK, 2013; MINAYO, 2013; GILMORE, 2012; STONE et al., 2011; MEDEIROS, LUSTOSA, 2011; ARAÚJO, 2009; SANTOS, 2009; VICTORINO et al., 2007; JUNIOR, ROLIM, MARRONE, 2005). Além disso, na revisão bibliográfica sobre comunicação de morte na emergência hospitalar, em comparação ao cenário



de publicações internacionais percebe-se pouca produção sobre a temática no Brasil, característica evidenciada também no estudo de Pereira et al. (2017) e Minayo (2013).

Considerando o exposto, embasa-se no referencial teórico metodológico a antropologia interpretativa e médica. Sustenta-se ainda que a saúde e a cultura são inseparáveis, devendo as intervenções em saúde atentar-se aos aspectos culturais (NAPIER et al., 2014; UCHÔA, VIDAL, 1994). A antropologia é a ciência que busca o significado e a cultura é sistema de signos interpretáveis no qual o indivíduo encontra sentido (UCHÔA VIDAL, 1994; GEERTZ, 1989).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Compreender como os médicos na condição de sujeitos culturais lidam com o processo de comunicar a morte aos familiares e responsáveis pelo paciente em um hospital de emergência.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Analisar o processo de comunicação da morte: como os médicos agem, significam, representam e interpretam a morte do paciente.
- b) Analisar as múltiplas significações da morte a partir da atuação clínica dos médicos na emergência.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas publicações da Biblioteca Virtual em Saúde (bvsa.org), nas bases de dados Medline e Lilacs, e via SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Utilizou-se o operador booleano “and” para a consulta com os descritores: “Death”; “Communication”; “Emergency Service, Hospital”; e “bad news”. A estratégia foi elaborada pela ausência de um termo ou descritor correspondente diretamente ao assunto comunicação de morte. As buscas foram delimitadas a publicações a partir de 2012, disponíveis na íntegra tendo como idiomas o português, o inglês e o espanhol. Foram selecionadas 41 publicações para leitura de aproximação e 18 foram lidas na íntegra, dessas, 03 foram excluídas por não estarem diretamente relacionadas ao objetivo desta pesquisa e 02 artigos foram incorporados, um por complementar uma publicação pré-selecionada e o outro resultante da busca pelo descritor “bad news” no Brasil. Resultaram 17 publicações. Dessas apenas uma era brasileira, porém estava escrito em inglês (PEREIRA et al., 2017); 15 tinham o médico como primeiro autor e dentre as demais autorias haviam profissionais da enfermagem, direito e consultor de economia social e estatística. Os artigos incluídos têm como característica comum refletir sobre a experiência de assistência à saúde. Aparece consenso que a comunicação da morte é um desafio ao médico (ASCENIO-ROMERO et al., 2015; FALCONI CHALCO, 2013; JUNYAN, JIANRON, 2012; ROE, 2012; GILMORE, 2012; PEREIRA et al., 2017); a comunicação é determinante na avaliação da qualidade de cuidado no hospital no fim de vida (SHAH, SWINTON, YOU, 2017; MCKEOWN et al., 2015; LONG et al., 2014; LIMEHOUSE et al., 2012b), e reflexões sobre cuidados paliativos no departamento de emergência (LOWERY, QUEST, 2015; SHEARER et al., 2014; LAMBA, MOSENTHAL, 2012; LIMEHOUSE et al., 2012b).

Na literatura internacional a comunicação é associada à qualidade da assistência à saúde e no Brasil também à humanização, política do Sistema Único de Saúde. Já a comunicação da morte em muitos artigos é diretamente correlacionada à medicina paliativa. E frequentemente más notícias são associadas as notícias de óbito (IGLESIAS, LAFUENTE, 2010; MONTEIRO et al., 2015). Essa

pesquisa bibliográfica foi atualizada e segue incorporada à revisão de literatura e à discussão dos resultados.

A revisão de literatura será apresentada nas seguintes subseções:

Figura 1: Subseções da revisão de literatura

### **3.1 A morte**

- *3.1.1 Aspectos filosóficos e antropológicos da morte.*
- *3.1.2 Conceção histórica da morte na sociedade ocidental capitalista*

### **3.2 Da medicina à emergência: a medicina na sociedade ocidental industrializada**

- *3.2.1 O paradigma biomédico diante da morte*

### **3.3 Comunicação e Saúde**

- *3.3.1 A comunicação da morte*

### **3.4 As emoções e a morte**

- *3.4.1 Antropologia das emoções*
- *3.4.2 Emoções perante a morte na cultura ocidental capitalista*

Fonte: Elaborado pela autora

Na primeira subseção aborda-se a morte em seus aspectos antropológicos, filosóficos e históricos na sociedade ocidental capitalista. Na sequência, apresenta-se o processo da medicalização da sociedade, o fazer médico, o paradigma biomédico cujo lema é salvar vidas, que se presentifica na emergência hospitalar. O tema da terceira subseção é o processo comunicativo e na quarta, a antropologia das emoções para auxiliar a compreensão acerca do que está culturalmente envolto ao processo de comunicação da morte pelo médico e as emoções silenciadas no hospital diante da morte.

### **3.1 A morte**

Embora o tema morte participe de toda a história da humanidade, para fins desta revisão, a discussão será detalhada nos subtópicos “Aspectos filosóficos e

antropológicos da morte” próprio dos indivíduos nas diferentes civilizações e a “Concepção histórica da morte na sociedade ocidental capitalista”.

### *3.1.1 Aspectos filosóficos e antropológicos da morte*

Edgar Morin (1997) sustenta a tese de que a sociedade humana funciona apesar da morte e contra a morte, mas só existe organização social por, com e na morte, uma vez que a cultura tem sentido porque as gerações antigas morrem. O autor apresenta o triplo dado antropológico associado à morte: a consciência de morte, a aspiração à imortalidade por crer na vida além da vida e o trauma ocasionado pela condição das duas anteriores por perceber a perda da sua individualidade. Esse triplo dado antropológico ocorre pelo horror à morte e ao risco que ela traduz. A afirmação da individualidade comanda a consciência da morte de modo originário, dialético e global, além de elaborar o mito da imortalidade - como se a morte não fosse acontecer (MORIN, 1997).

O autor discute que, a consciência humana da morte não é inata, mas apreendida pelo indivíduo e revela a inadequação fundamental do homem à própria espécie. Essa inadequação condiciona as adaptações possíveis, pelo fato do homem ser um ser social. O ser humano afirma sua individualidade e crê na prorrogação da vida e na imortalidade, assim, a morte se situa em uma dialética biocultural e bioantropológica. Há uma angústia do indivíduo face a morte e na vivência do desespero, a consciência humana refugia-se na imortalidade (MORIN, 1997).

Para Morin (1997) o homem se constrói a partir da técnica, do símbolo, da linguagem, do mito e da magia. Não podendo destruir a morte, nem reconciliar-se com ela, os homens tentam esquecê-la com a crença por meio da participação e da religião. Frente às dificuldades em lidar com a morte, inadaptado a essa natureza, o homem recorre à técnica numa dialética entre o homem e o mundo, conforme Morin (1997) criando generalidades, especialidades e autodetermina-se ao determinar seu meio. Desse modo, a morte é apropriada pela magia e pelo mito para ser inteligível, adaptar-se a ela e escapar da destruição da individualidade. Da mitologia, passa para filosofia e dessa para ciência, pois conforme Morin (1997) desencantado pela religião o homem recorre à imaginação científica, mas há um elo profundo que une o

mito a técnica, e a ferramenta prolonga o mito em ato buscando a imortalidade. A angústia diante da morte e o horror a ela permanecem no decorrer da história, seja com a criança, o “primitivo” ou o escravo (MORIN, 1997). A angústia, essência do ser humano que se preocupa em domiciliar-se no mundo, durante muito tempo o fez por meio do mito, da magia, da religião, e agora da ciência, do ser-capaz-de-fazer (GADAMER, 2006; MORIN, 1997).

Assim, a revisão de literatura atenta de autores referência na temática, observa-se que descrevem pontos que permanecem imutáveis no decorrer da história da humanidade quanto à atitude diante da morte. Para Ariès (2014) a morte nunca foi um fenômeno neutro, sempre desperta um sentimento negativo. Já Rodrigues (2006) afirma que a consciência de morte está ligada a vida em cada sociedade. Conforme Elias (2001) o recalçamento da morte veio desde que o homem teve conhecimento de sua finitude e as alterações ocorreram apenas no modo de encobri-la. Igualmente, Gadamer (2006) sustenta a repressão sistemática da morte como atitude primitiva do ser humano em todos os tempos históricos mudando apenas sua manifestação. O fato de a pessoa não ser capaz de conceber a própria extinção no mundo e a impossibilidade de projeção no futuro vem desde a pré-história (GADAMER, 2006). Como também Morin (1997) afirma que, desde a origem da humanidade, a morte é nutrida para o homem como riqueza e aspiração pelo seu caráter paradoxal terrível e fascinante sustentada como vazia e impensável por excelência. Ciente da mortalidade há necessidade de acreditar na imortalidade, no encontro no além da vida (GADAMER, 2006; MORIN, 1997), sendo consensual entre humanos a compreensão da morte como mistério (GADAMER, 2006). A morte é assustadora para quem a presencia, provoca temor e silêncio o desaparecimento de alguém que estava vivo, mas também apresenta-se fascinante como motivação que fortalece a vontade de viver nos sobreviventes (GADAMER, 2006).

Morin (1997) defende o duplo caráter da morte ao longo da história da humanidade: a morte pode ser ruidosa pelo funeral e pelo luto e, ao mesmo tempo, silenciosa, secreta e vergonhosa para o indivíduo. A dor perante a morte do outro depende de quem for o morto e se a individualidade desse outro for reconhecida. Também discute a vida como pouco marcada pela morte, sendo esta algo sempre surpreendente, ocasional e um erro. E os ritos para abandonar seus mortos estão

presentes mesmo em grupos arcaicos (MORIN, 1997). Porém, percebe-se que tais ritos são diferentes e variáveis de acordo com a sociedade e cultura.

A interpretação cultural da morte depende da maneira que cada sociedade posiciona-se frente a ela. A morte pode ser compreendida como ressurreição; reencarnação; sono e repouso; de modo maternal; como vida que passa por vários corpos ou de outras maneiras a depender da escolha de cada civilização, existindo ainda diferenças dentro de uma mesma cultura (RODRIGUES, 2006; GIACOIA JÚNIOR, 2005). Há culturas particulares que significam a cremação, o embalsamento; o sepultamento; o canibalismo; a exumação de modo específicos, como a distinção dada a corpos masculinos e femininos entre *Waloroi* na Austrália e os *Toda* na Índias (RODRIGUES, 2006). Ou a diferença com os corpos e o sepultamento na Mesopotâmia e entre os antigos hindus, e o distinto sentido da incineração entre esses e os gregos (GIACOIA JÚNIOR, 2005). A morte presente no cotidiano das sociedades africanas difere da morte negada e percebida apenas como potência negativa nas sociedades ocidentais (NEVES, 2004). E ainda a distinção dada ao cadáver no arquipélago malaio, velório irlandês e gregos cipriotas (HELMAN, 2006). Observa-se que entre as comunidades tradicionais - africanas subariana, asiática e parte da América Latina – a morte é diferente de um fim, pois nasce na comunidade dos ancestrais e passam a ser adorados, o morto permanece como um membro invisível, onipresente aos seus familiares (HELMAN, 2006). A obra organizada por Martins (1983) reflete sobre a morte no Brasil, a descreve como um problema técnico – que aliena o trabalhador de sua morte e a manda o quase morto para o hospital, mas em oposição a essa morte branca civilizada apresenta diferentes vivências da morte no Brasil como nos ritos negros, crentes, povos indígenas, caboclos (MARTINS, 1983).

Sobre aspectos concernentes a morte na emergência, foco desta dissertação, para Ariès (1989) mesmo na Idade Média ou no século XX, a morte súbita tem o status de terrível e excepcional, sendo a morte prematura vivenciada como na época romântica com exacerbação da dor. Nesse aspecto, Morin (1997) também trata que há uma luta contra a morte acidental, vista como traumática tendo em vista a dilaceração dos corpos.

Percebe-se que a morte tem um significado que ganha sentido no interior das culturas – seja o túmulo, a relação com o cadáver, o local de morte, a existência ou não do luto, dentre outros aspectos – que sustentam a manutenção de uma simbologia e rito. Busca-se aproximar de como esse fenômeno acontece no hospital de emergência de uma metrópole brasileira, assim uma breve apresentação dos elementos históricos até a sociedade moderna será amostrada a seguir.

### *3.1.2 Concepção histórica da morte na sociedade ocidental capitalista*

Ariès (1989) analisa aspectos históricos da morte na maioria das civilizações ocidentais capitalistas. Discute que na Idade Média ao século XVIII os mortos não causavam dificuldades aos vivos. Na Idade Média, a morte era domada, celebrada solenemente com a comunidade sendo um fenômeno público indissociável do homem (ARIÈS, 2014; ARIÈS, 1989). Nesse período, a morte era predominantemente de etiologia infecciosa. As pessoas se sensibilizavam com o moribundo e era incomum ele ficar sozinho, inclusive em virtude do tipo de moradia (ELIAS, 2001). No período denominado como “a morte de si mesmo”, a partir do século XI, ocorreu um deslocamento do sentido da morte de comunidade para o indivíduo, tinha-se paixão pela vida e a morte fazia o homem ter consciência de si mesmo. A partir do século XVIII, esse sentido individual desloca-se para a família e os sobreviventes realizam ritos de dor perante a morte do outro: choram, rezam, gesticulam, demonstram intolerância pela separação do ser amado (ARIÈS, 2014; ARIÈS, 1989). Desde o final do século XVIII, começa-se a perceber sinais de intolerância dos vivos com os mortos. No ocidente capitalista, o século XIX é a época dos lutos históricos e exagerados, visitas aos cemitérios e certa imoralidade no culto ao defunto (ARIÈS, 1989). Isso influencia na interdição da morte no século XX, após a Guerra de 1914 a medicina padronizada e tecnológica permite o prolongamento da vida; e com a industrialização, torna a morte vergonhosa por ir contra a felicidade da sociedade moderna (MENEZES, 2004; ARIÈS, 1989). Bane a morte para fora da vida cotidiana para evitar a tristeza pela morte de quem se ama e



também para não admitir a impossibilidade de cura da doença pela técnica (ARIÈS, 1989). Essa cronologia é sintetizada na figura 01:

Figura 2: A morte nas sociedades ocidentais:



Fonte: Elaborada pela autora, inspirada na literatura.

Na atualidade, Ariès (2014, 1989) explica que a sociedade ocidental capitalista expulsou a morte, que passa despercebida no fluxo de circulação. É uma inversão da morte tradicional como costume que modificava solenemente o tempo, o espaço social e as últimas horas do moribundo tinham importância para ignorância de sua partida roubando o caráter de cerimônia pública. Com a medicalização da sociedade privam os pacientes de sua própria morte. A morte passa a ser solitária anônima e desumana nos hospitais, morre sem ser visto e sem nada dizer (MENEZES, 2004; ARIÈS, 1989). Sendo cada vez mais recalcada, impensada, silenciada, mecânica e impessoal, como algo intimidador que não pode ser encarado. (ARIÈS, 2014; MENEZES, 2004; ELIAS, 2001; ARIÈS, 1989).

Nas sociedades ocidentais modernas, a morte é um fenômeno técnico decidido pelos médicos, decomposta em diversas e pequenas fases que substituem ou anulam a ação dramática da morte. O hospital é local para abolir a morte, que

passa a ser vista como suja, feia e inconveniente, há maus odores e sofrimento em virtude de atos biológicos e secreções do corpo, sendo indecente torná-la pública (ARIÈS, 2014; MENEZES, 2004; ELIAS, 2001; ARIÈS, 1989). A morte fica regulada pela burocracia da sociedade que se protege das tragédias diárias e continua em suas tarefas, é afastada da vida pública e inserida numa empresa de produção industrial (ARIÈS, 2014; MENEZES, 2004; ARIÈS, 1989). A família se esgota de fadiga e assiste o paciente cheio de tubos até que uma hora a morte chega sem ninguém esperar, quando o moribundo já está sem companhia (ARIÈS, 1989). O hospital pede discrição sobre a morte. Não quer ver renúncia nem luta sobre a morte, apenas a recusa à comunicação é aceita. Manifestações exaltadas sobre a morte perturbam a serenidade do hospital. A morte deixa os sobreviventes embaraçados seja pela indiferença ou pelo excesso de demonstração e para evitar isso optam por não dizer nada ao doente (ARIÈS, 1989).

Nesse contexto, para Elias (2001) desde o Renascimento, a morte gera temor e dificuldade entre os vivos, pois representa fraqueza e decadência, sendo censurada na perspectiva individual e social, e empurrada aos bastidores da vida social:

Nunca antes na história da humanidade foram os moribundos afastados de maneira tão asséptica para os bastidores da vida social; nunca antes os cadáveres humanos foram enviados de maneira tão inodora e com tal perfeição técnica do leito de morte à sepultura. (ELIAS, 2001, p.30-31)

Para Elias (2001) e Ariès (1989) a morte se individualizou nas sociedades modernas, porém a concepção de Elias considera a dialética da individualização, no qual a presença do outro é necessária (FARIA, SANTOS, PATINO, 2017).

Em uma sociedade individualista e hedonista, o comprometimento com a morte é delegado ao âmbito privado e desenhado como um escândalo, escolhe-se o interdito como se ela não existisse ou a aceita como fato técnico - tão insignificante quanto necessário. Quando o silêncio é rompido, é apenas para falar com indiferença e reforçar ainda mais o tabu em torno do tema (ARIÈS, 2014; RODRIGUES, 2006). Para Gadamer (2006) com o desaparecimento da imagem da morte na sociedade moderna desmitologiza-se a morte e a vida. Diante do medo da finitude lida-se como uma passagem para continuidade de existência após a morte

ou como um tabu, que é recalcado porque aproximar do moribundo obriga o outro a enfrentar a própria finitude (FARIA, SANTOS, PATINO, 2017; ELIAS, 2001).

Nesse sentido, Rodrigues (2006) discute que a cultura ocidental moderna capitalista nega a morte, como um substantivo comum e cria “A Morte” tentando esquecê-la por ser concebida como uma ruptura, um vazio inconciliável com a vida. Essa sociedade ocidental industrial impõe à vida o ritmo da produção sustentando os mitos fundamentais: de riqueza e capacidade produtiva; de um progresso ilusório e superioridade; e de produção da vida. Por isso existe o tabu para esconder a morte e sustentar o capitalismo. Implícitas aí também estão as relações de poder, pois o tabu da morte só tem sentido na sociedade industrial, na qual o medo da morte sustenta a relação de dominação. A morte ridiculariza e nega ideologias capitalistas e concepções de mercadoria (RODRIGUES, 2006).

Assim, a morte se profissionalizou, a família transferiu o moribundo para o hospital e esse para as funerárias transformando a morte em transação comercial que aproveitando ao máximo o que ainda resta de romantismo. As funerárias imbricadas ao capitalismo silenciam a morte, restauram o cadáver em uma perspectiva quase-viva e iludem os vivos desempenhando seu papel no sistema econômico.

Em síntese, Rodrigues (2006) afirma que durante o século XIX a morte torna-se detestável, terrível, olhada com indiferença e negligenciada. Na sociedade ocidental capitalista, percebe-se a prevalência da morte como tabu, mas resquícios da morte de si nos testamentos e paixão pela vida; do romantismo pontualmente nos velórios ou escondida, no âmbito privado. Não se trata de um momento histórico linear que sobrepõe ao outro, mas da compreensão dos fatores que sustentam que a morte seja significada como um segredo e o falecimento no hospital como desenvolvimento social e econômico: a lógica capitalista, a crescente tecnologia e o surgimento da medicina. A morte na sociedade capitalista ocidental, principalmente urbana, é pouco abordada e não é vivenciada de maneira natural ou junto a comunidade.

A seguir, relevante ao objeto de estudo, será a discutido a técnica médica sob a régia do modelo biomédico e sua atuação na emergência.

### **3.2. Da medicina a emergência: a medicina na sociedade ocidental industrializada**

Machado et al. (1978) trazem elementos para a compreensão da história da ciência médica específica da sociedade capitalista - de medicalização da sociedade - os interesses por detrás de sua gênese e do seu fortalecimento no cenário brasileiro. As ciências médicas aparecem desde 1260 em Portugal com a função de controle da vida social e integrada ao dispositivo político-administrativo para regulamentar o exercício das artes médicas (MACHADO et al., 1978). No Brasil, no século XVIII a medicina possuía função de higiene pública atuando nas condições naturais e sociais de urbanização, os médicos queixavam da higiene dos quartos superpovoados dos agonizantes e dos cemitérios pelo caráter infeccioso de perigo para saúde pública (ARIÈS, 1989; MACHADO et al., 1978). Ressalte-se que nesse período, o hospital ainda não tinha aspecto curativo (MENEZES, 2004; ARIÈS, 1989). A partir do século XIX a medicina se organiza como poder político detentor de saber sobre os problemas que a sociedade apresenta. Presente na sociedade aliado ao Estado, a medicina torna os indivíduos produtivos e inofensivos (MACHADO et al., 1978). Nesse sentido, as doenças e as pobreza são grandes inimigos a abater domínios da sociedade industrial. Logo, progressivamente a medicina protege o trabalhador e policia a saúde da população como investimento social por serem trabalhadores e consumidores (RODRIGUES, 2006). Os médicos passam a se sustentar em pesquisas e a sociedade a necessitar de especialistas (MACHADO et al., 1978), e a medicina moderna passa a ter o papel na sociedade para evitar a morte.

Na era industrial, a ciência também é organizada de maneira empresarial, conforme Gadamer (2006). A importância da Medicina nas cidades foi crescente desde a Revolução Industrial e transformou a experiência da morte e da vida dos seres humanos (CAMARGOS JR., 2006). A morte escondida nos hospitais se tornou um modelo exemplar a partir de 1930 e se generalizou, desde 1945 morre-se entubado no hospital (ARIÈS, 2014). Hoje a medicina invadiu a vida das pessoas, ditando padrões e medicalizando a vida, tendo os hospitais e as clínicas como

lugares em que as pessoas têm certa obrigação de frequentar, seja no intuito corretivo ou preventivo (RODRIGUES, 2006). A medicina passou a ser responsável pela eficácia e pela esperança de evitar a morte (SANTOS, AOKI, OLIVEIRA-CARDOSO, 2013). O hospital é local preferencial de avanço tecnológico e científico, de profissionais obstinados a prolongar a vida (PITTA, 2016). Existindo a consciência da relevância e também a cegueira na ciência, como uma crença supersticiosa. Busca-se infinitamente o conhecimento. A ciência entra em conflito com a consciência humana e seus valores, porém o saber geral prático humano é inseparável do intermediado pelo saber especializado (CAMARGOS JR., 2006). Possibilita-se refletir que a arte médica encontra limites na ciência e não tem o domínio diretamente comprovado de sua obra (GADAMER, 2006).

Gadamer (2006) discute que a medicina é a ciência da doença, uma vez que geralmente é chamada a responder quando falta a saúde, a experiência científica e médica são voltadas à subjugação do aparecimento das doenças que é necessária para que o médico trate. O autor esclarece que a ciência médica não se limita à ciência natural moderna existindo diferenças entre a medicina científica e a verdadeira arte de curar, do saber geral (passível de aprendizado) e a concreta aplicação no caso:

Entre as ciências da natureza a medicina é aquela que nunca é entendida completamente como técnica, porque ela sempre experimenta o seu próprio ser-capaz-de-fazer apenas como a recuperação do natural. Por isso, dentro das ciências modernas ela representa uma unidade particular entre conhecimento teórico e saber prático, uma unidade que de modo algum se deixa interpretar como aplicação de ciência à práxis. Ela representa um modo próprio de ciência prática, cujo entendimento conceitual desapareceu no pensamento moderno. (GADAMER, 2006, p.48)

A ciência moderna proporciona a aplicação de técnica e de um saber construído racional que faz dos processos naturais previsíveis e passíveis de serem dominados com aplicabilidade do entendimento matemático-quantitativo que modifica a natureza em um mundo humano. A apologia da arte de curar é conectada ao antigo conceito de natureza porque a medicina e o seu ser-capaz-de-fazer nunca é somente no campo da técnica, pois precisa integrar a totalidade da situação do ser humano (GADAMER, 2006). Na ciência médica há o que é mensurável e o que não se pode definir: o corpo vivo e a vida é diferente do que se possa medir e objetivar. Sendo impossível e inadequado definir a saúde baseado em valores

padrões que desconsidere o caso singular, pois a saúde exige harmonia interna com si próprio, o meio social e o ambiente natural (GADAMER, 2006). Desse modo, a saúde tem suas medidas próprias, não é algo natural, há convenções de mensuração, mas não se pode medir verdadeiramente, por isso tem-se como controle usual perguntar ao próprio paciente.

Discute também que o progresso científico amplia os limites do auxílio médico e fazem parte da arte de curar, a recuperação e o cuidado com a saúde, mas esse progresso da ciência foi retrocesso com o cuidado geral da saúde. Gadamer (2006) retoma que o diálogo está no campo da experiência e da arte médica, faz parte do tratamento e conduz a cura, no entanto a interação entre o médico e o paciente não é algo fácil no mundo moderno, não há tempo para isso. O médico apenas espera que ele consiga realizar seu serviço e que o paciente colabore.

Semelhante à exposição de Gadamer (2006), para Camargo Jr. (2013) a medicina não é uma ciência exata e experimental, com exatidão e previsibilidade. A clínica é ligada as necessidades sociais indissociáveis de um projeto terapêutico, da percepção. Para Gadamer (2006), o médico não produz um produto ao conseguir a cura porque a saúde depende de muitos fatores para a plena recuperação, o que significa reintroduzir o paciente em sua existência social e sua antiga posição na vida cotidiana, tarefa que ultrapassa o alcance das competências médicas:

Doença, perda de equilíbrio, não significa apenas um fato medico-biológico, mas também um processo histórico de vida e um processo social. O doente não é mais como era antes. Ele está suspenso. Ele está degradado da sua situação de vida. Mas ele permanece ligado ao retorno a ela, como aquele ao qual falta alguma coisa. Ao se obter a recuperação do equilíbrio natural, o maravilhoso processo de convalescença desenvolve ao indivíduo que está se recuperando o equilíbrio vital, no qual se encontrava quando em atividade. Assim, não é de se admirar que, do modo contrário, a perda de um equilíbrio ao mesmo tempo ameace o outro equilíbrio que é, fundamentalmente, o único grande equilíbrio, no qual se mantém a vida humana que oscila em torno desse equilíbrio, constituindo o seu bem-estar. (GADAMER, 2006, p. 50)

Nesse sentido, a ciência moderna com ideal de objetividade exige o distanciamento, mas a ordem rítmica da vida não pode ser entendida unicamente de modo instrumental (GADAMER, 2006). No mundo moderno, a arte médica também tem limites, expõe que a cura não é de pleno poder do médico, mas da natureza, e apesar da civilização crer que o médico possa fazer tudo, seu trabalho é sempre apenas uma intervenção junto à natureza. Assim como Gadamer (2006), Afonso e

Minayo (2013) compreendem o fazer médico como o além da técnica biomédica, que envolve a relação com o paciente, a comunicação, a abertura ao contato e esses pontos igualmente a biomedicina necessitam de atenção.

Há a medicina alternativa que difere do modelo médico tradicional, contudo o modelo hegemônico predominante é influenciado pela cultura biomédica, é presente no hospital e trata o paciente como um caso, desconsidera sua individualidade, responsabilidade sobre si, fragmentando em órgãos constituintes; objeto de uma língua técnica que não compreende e geridos por máquinas que desconhece (RODRIGUES, 2006).

Na emergência, o médico que atua nesse cenário é descrito por identificar-se com a cultura organizacional: de agir rápido para salvar vidas (DESLANDES, 2002). Identificação que o possibilita realizar sua atividade uma vez que as jornadas de trabalho são exaustivas e paradoxais. Ao mesmo tempo em que vivencia um trabalho emocionante, recompensador prazeroso; que exige conhecimento técnico, dinamismo e há um fascínio por visualizar o funcionamento da medicina resolutiva. Por outro lado, trata-se também de um trabalho sofrido, triste, perigoso, conflitivo, desgastante e estressante (DESLANDES, 2002).

Em lidar com a vida e a morte, objeto de trabalho do médico, o profissional busca o equilíbrio em virtude da constante ameaça de se fazer muito ou pouco demais pela saúde do paciente: “a experiência da morte e os problemas com prolongamento do morrer pesam na consciência do médico” (GADAMER 2006, p.120). Para (MENEZES, 2004, p 34):

No mesmo momento em que se afirma um amplo poder do médico que surge sua fragilidade. A reflexão sobre as terapêuticas heroicas colocou em questão o alcance do poder do médico, o limite de suas possibilidades técnicas, como também o caráter exclusivo de sua decisão.

O cenário da emergência é de pressão e cobranças pelo médico, pela instituição, pelo sistema de saúde, pela família (DESLANDES, 2002). Atenta ainda que, a violência é comumente presente na emergência: os que produzem a assistência e os que a utilizam são atores que sofrem, praticam ou perpetuam a violência física e simbólica. O exemplo utilizado por Deslandes (2002) é o de um paciente com envolvimento ilegal como também aquele que sofre um acidente e com isso é inserido em uma internação repentina e involuntária que o retira da sua

vida social cotidiana e não têm seus sentimentos reconhecidos pelos médicos, sendo classificados e tratados como doentes e submetidos ao modelo biomédico. Assim, a emergência é carregada de tensão pela eminência de morte e cada ator possui a frustração de querer que seus anseios sejam compreendidos (DESLANDES, 2002).

### *3.2.1 O paradigma biomédico diante da morte*

A morte desaparece nas sociedades modernas ocidentais, é inconcebível em virtude da crença nas causalidades científicas, no êxito do domínio tecnológico da realidade, da ciência natural e nos meios de informações para ciência (GADAMER, 2006). Com a medicina anátomo clínica, a perspectiva histórica é de se objetivar a doença (CAMARGO JR., 2013).

Com o desenvolvimento tecnológico e científico, os médicos controlam o tempo da morte prolongando-a ou antecipando-a, a depender dos limites do médico, do capital financeiro e da família (ARIÈS, 2014; SANTOS E HORMANEZ, 2013; ARIÈS, 1989). E assim pode-se estabelecer um processo de obstinação terapêutica pela manutenção de vida a todo custo, com o prolongamento de tratamentos fúteis sem preocupar com a qualidade de vida (SANTOS E HORMANEZ, 2013; AFONSO, MINAYO, 2013). Sendo delimitado como função dos médicos domesticar a morte (PITTA, 2016; ARIÈS, 2014; DELL'ACQUA, TOME, POPIM, 2013; KLEINMAN, 2010; RODRIGUES, 2006; ILLICH, 2003; MENEZES, 2003), encaixarem na rotina hospitalar e enquadrarem ao modo culturalmente aceito (TIMMERMANS, 2005). Illich (2003) salienta que a morte, geralmente associada à data incerta, mas sob influência dos rituais médicos, passa a ser prolongada, ainda que em níveis de saúde desumanos.

Elias (2001) tece argumentos sobre situação de solidão do moribundo, tanto por parte da família quanto dos profissionais de saúde, pois muitas vezes o cuidado ao corpo físico é por meio de atitudes mecânicas e impessoais. Existe um cuidado com os órgãos do paciente de modo isolado e o cuidado com a pessoa fica muito defasado, sendo carente de conhecimentos que contextualizem e incluam esses



órgãos à pessoa com suas dimensões, afirma Elias (2001). Observa-se que o modelo biomédico de atenção à saúde vigente tem dentre as características o tecnicismo, a desvalorização da subjetividade do paciente e do médico (CAMARGO JR., 2005).

Nesse aspecto de conhecimento técnico e ser-capaz-de-fazer há contribuições da exploração do paradigma biomédico, que também é nomeado como clínico-epidemiológico nos estudos de Camargo Jr. (2013; 2005). A racionalidade da medicina ocidental contemporânea é ancorada no campo da biologia, implica no conceito moderno de doença, no diagnóstico e terapêutica, conforme o autor. Essa racionalidade biomédica baseia-se é generalizante, mecanicista e analítica (CAMARGO JR., 2005). Assim tem como característica a produção de leis e modelos com validade universal; a causalidade linear; e o caráter analítico, no qual a abordagem teórica e experimental se baseia no isolamento das partes e considera o funcionamento do todo apenas a soma dessas partes (CAMARGO JR., 2005). A dissolução da pessoa no interior da ciência médica pela objetivação resulta na multiplicidade de dados separados sobre os órgãos e Gadamer (2006) questiona se nesse “fichário” montado encontra-se o valor da pessoa.

Illich (2003) afirma que médicos desafiam os limites da natureza, são planejados e organizados para eliminar a dor, a doença e lutar contra a morte. Camargo Jr. (2013) e Rodrigues (2006) corroboram Illich (2003) que define a morte como um problema técnico médico, regulado pelo médico, separado do andamento autônomo do organismo, o instante da morte passa a ser medido por aparelhos e fica reduzido a um acidente:

Nesse novo palco a morte se transforma em fenômeno técnico que o médico decreta quando resolver desligar os instrumentos: passa a ser um processo regulável que ocorre por etapas sucessivas de frustrações, isto é, por pequenas derrotas que o poder médico vai sofrendo à medida que o tempo passa. (RODRIGUES, 2006, p.167)

Illich (2003) atenta que na sociedade industrial o médico necessita anestésiar o sofrimento e por isso transforma-o em algo individual para manejá-lo e eliminar a dor mesmo que se elimine também a saúde, a custas de iatrogenias. Rodrigues (2006) relembra que o médico despoja a dor da dimensão da existência humana. Já para Camargo Jr. (2013) o paradigma subjacente à racionalidade médica é

enquadrar o sofrimento subjetivo do paciente nas categorias nosológicas fundamentadas em uma objetividade asséptica com pressupostos determinados anteriores à doença desse paciente. Entende-se que:

o médico traduz o sofrimento que seus pacientes apresentam, supervalorizando os aspectos objetiváveis, traduzidos em doença, e deixando de lado o universo subjetivo do sofrer. Propõe-se como tese que esta dissociação deve-se à existência do paradigma clínico-epidemiológico descrito anteriormente, que condiciona a percepção do médico ao modelo da teoria das doenças. (CAMARGO JR., 2013, p. 192)

Camargo Jr. (2013) discute ainda que o médico vê os pacientes apenas como veículo para doenças que são seu objeto de intervenção, focando no que é objetivável. No aprendizado do exercício profissional, alguns fundamentos mantêm-se aceitáveis à ciência médica como a ideia de lesão referindo-se à doença e do cadáver como meio para localização e postulação de verdades. Logo, Camargos Jr (2013) sustenta que não é possível uma mudança apenas pela reflexão do médico enquanto sujeito pensante devido ao caráter coercitivo implícito do paradigma biomédico.

Similarmente, Elias (2001) critica a fragmentação e objetivação do paciente em detrimento das relações. A morte tem faces - normal e patológica -, como normal não haveria o que ser feito, mas é na brecha do patológico que a ciência age e luta para enganar a morte, se incube de regenerar a atividade geral substituindo órgãos lesados e ressuscitando mortos, mesmo após a comprovação de morte clínica, nota Morin (1997). Desse modo, percebe-se que na sociedade ocidental a fronteira entre normal e patológica diante do investimento para manutenção da vida é borrada na emergência e sobreposta pela crença na técnica.

Logo, a secularização da morte tem o médico como personagem principal, conforme os interesses da burguesia, sendo a morte intelectualizada no esforço de afastá-la da realidade humana, tanto pela luta para prolongar a vida quanto pelo complô do silêncio (SANTOS, AOKI, OLIVEIRA-CARDOSO, 2013; RODRIGUES, 2006). O prolongamento da vida torna-se o prolongamento do morrer e desaparece a experiência irrevogável de morte, ficando registrada no âmbito da mecânica, química e decidida pelo médico (GADAMER, 2006).

Assim, para a emergência e o modelo médico hegemônico – biomédico – a visão predominante é da morte como uma disfunção orgânica, a ser tratada e

evitada com todas as forças (REYNIERS et al., 2014; DELL'ACQUA, TOME, POPIM, 2013; RODRIGUES, 2006; GADAMER, 2006; TIMMERMANS, 2005; MENEZES, 2003; ILLICH, 2003) e o moribundo é visto como testemunha da derrota, fracasso e impotência da medicina na luta contra a morte (PITTA, 2016; MONTEIRO et al., 2015; ARIÈS, 2014; AOKI, OLIVEIRA-CARDOSO, 2013; AFONSO, MINAYO, 2013; SANTOS, HORMANEZ, 2013; SANTOS, KOVÁCS, 2011; MENEZES, 2004; ILLICH, 2003; ARIÈS, 1989). A morte deixa de ser um processo, é transformada em uma responsabilidade técnica e em notícia. A morte deixa o médico duplamente desconfortável, por ferir sua expectativa de sobrevivência do paciente e por gerar a demanda da comunicação do óbito à família (MONTEIRO et al., 2015; SANTOS, AOKI, OLIVEIRA-CARDOSO, 2013). Observa-se ambivalência da relação do médico com o paciente na biomedicina e a comunicação da morte que requer uma interação intersubjetiva. Aspectos que serão abordados na próxima subseção.

### **3.3 Comunicação e Saúde**

A comunicação é um processo relacional, complexo, multipolar, multidimensional e prática social (ARAÚJO, CARDOSO, 2007). Tem um diálogo profícuo e complexo com a saúde por ser uma área arraigada de significados que tocam em aspectos da vida social, cultural, conscientes ou inconscientes (PITTA, 1995). A comunicação é um dos fatores estruturantes do campo da saúde. Está vinculada a distribuição mais equitativa dos capitais e dos poderes materiais e simbólicos, além de articulado aos princípios, diretrizes e compromissos do Sistema Único de Saúde junto à população. Não se trata de uma comunicação simplesmente informacional. Há jogos de interesses porosos e não antagônicos entre forças que concentram em: manter posições hegemônicas, de poder, que consideram que o outro nada sabe ou tem a dizer; e outras forças que, insatisfeitas com o limite do olhar dominante, mobilizam na direção de mudança. De modo que, a comunicação pode contribuir para manutenção ou mudança das estruturas e relações de poder (ARAÚJO, CARDOSO, 2007).

Historicamente a relação entre comunicação e política de saúde se deu a partir de 1920 com as propagandas e educação sanitária. Na atualidade a

comunicação é vista como um direito à saúde. Reconhece-a indissociável à produção dos sentidos em saúde, bem como, ao processo de democratização - o acesso adequado e suficiência a informação; a necessidade de ser ouvido e considerado; e a relevância para o controle social (ARAÚJO, CARDOSO, 2007).

Araújo e Cardoso (2007) esclarecem que apesar da comunicação e informação possuírem matrizes comuns, a teoria crítica na comunicação diferencia ambas. Cabendo a informação a produção e conversão de dados, e a comunicação é o âmbito dos procedimentos pelos quais a informação é tratada e transforma em saberes pelas pessoas e instituições. Assim, mesmo que de modo implícito, a comunicação implica a existência dos processos sociais, logo é contextualizada na economia, história e política. Apontam para a necessária articulação entre comunicação, informação e educação não formal em uma perspectiva que atenda às necessidades sociais, supere os impasses dos modelos dominantes e transforme a realidade tendo os ideais do Sistema Único de Saúde como parâmetro.

Em geral, os modelos comunicacionais correspondem ao paradigma positivista, como sustentam Araújo e Cardoso (2007) apresentando perspectivas presentes nas práticas de saúde atuais. A teoria hipodérmica considera as pessoas alvo manipuláveis dos meios de comunicação e a resistência ao saber científico como ignorância e maus hábitos, viés utilizado na educação sanitária e para mudança de comportamentos indesejáveis. Discutem o modelo informacional, que foi naturalizado uma matriz do processo da comunicação humana, cujo objetivo principal é transferir informação, um emissor envia uma mensagem codificada ao receptor por meio de um canal e evita o máximo de ruídos. Foi desenvolvido no âmbito da matemática com intuito de transferir informações telegráficas na guerra, ajustava-se os códigos, minimizava-se interferências, mas não visava a comunicação entre pessoas no âmbito social. No entanto esse modelo favoreceu o estatuto de cientificidade da comunicação e foi ao encontro do espírito positivista nos quais os processos sociais eram delimitados de modo equivalente ao conhecimento das ciências exatas e naturais. Essa matriz compreende a comunicação apenas como transferência de informação, é baseada na linearidade, unidirecionalidade, bipolaridade, apagamento dos ruídos, na linguagem instrumental, os códigos como estáveis e com significado preestabelecido afetou a compreensão da comunicação e

ainda é forte na saúde. Desconsidera as particularidades social e emocional, bem como a multiplicidade de vozes, sentidos e a rede que compõem a cena comunicativa, com crença em uma possível assepsia comunicativa e tendência a apagar a diversidade e a diferença. De modo que a afetividade, cognição, fatores políticos, econômicos, condições sociais, fatores contextuais, a dinamicidade dos significados dos códigos e da linguagem são desvalidados (ARAÚJO, CARDOSO, 2007).

A perspectiva desenvolvimentista tem o modelo informacional como matriz e ações embasam na eliminação de hábitos pouco saudáveis, ficando à instituição a responsabilidade de publicar, informar, educar e comunicar e a resolução dos problemas destinada aos indivíduos. Perspectiva também autoritária, não respeita a história, o contexto local, a politização da população e é muitas vezes utilizada nas intervenções sociais (ARAÚJO, CARDOSO, 2007). Outra perspectiva é a dialógica, inspirada em Paulo Freire, considera que a população também possui conhecimento e deve ser considerada na prática comunicativa, porém sua implementação encontra barreiras nas instituições em virtude do discurso hegemônico ainda cristalizado. Para Araújo e Cardoso (2007) essa perspectiva encontrada na educação popular entende a comunicação como compartilhamento de códigos, inclusive culturais, mas ainda conservou aspectos da matriz informacional como bipolaridade, linearidade.

Araújo e Cardoso (2007) apresentam que a comunicação em dois fluxos é o avanço na teoria hipodérmica na comunicação de massa entendendo que o emissor transfere informação ao mediador que transfere a outros receptores que decodificam a comunicação. Reconhece o pertencimento a grupos sociais com dinâmicas próprias, leva em conta o contexto, aspecto em que supera o modelo informacional, porém mantém outras características como a unidirecionalidade, linearidade e língua como códigos transferíveis. E ao incorporar na saúde os parâmetros sociais complexos foram esquecidos, a força hegemônica vem da matriz informação e atores sociais em saúde são vistos como mediadores, multiplicadores que decodificam e traduzem o conhecimento científico para ser mais fácil de ser reconhecido, o mediador é um elo na rede de comunicação.

A comunicação é produto dos sentidos sociais e da linguagem, *lócus* de lutas e negociação, de disputa do poder simbólico e não apenas uma linguagem

instrumental e de transmissão de informação como no modelo informacional, afirmam Araújo e Cardoso (2007) embasada em Bakhtin, Foucault, Bourdieu, Fairclough. Logo a comunicação é dinâmica, com múltiplos discursos, vozes e sentidos sociais, é multidirecional, não é linear ou apenas bipolar. O discurso integra a uma rede de significações influenciadas pelas condições de sua produção, pois nenhum discurso parte do zero, sem referências, há antecedentes e consequências, o interlocutor coproduz o sentido no ato da interlocução. Bem como, nenhuma comunicação é possível eliminar os ruídos por ser uma cena social de interlocução (ARAÚJO, CARDOSO, 2007).

A comunicação e saúde é constituída por interlocutores em contexto, um direito de todos, que necessita respeitar as diferenças e redistribui o poder de modo que outros sejam ouvidos e considerados em virtude das múltiplas dimensões que compõem o processo comunicativo. Que ainda precisa alcançar a equidade, participação e integralidade. Assim, deve ser contextualizada tanto no âmbito histórico, político, econômico, geográfico e institucional, quanto reconhecendo o outro em seu lugar de interlocução, pelo local em que circula, sua memória, seu mundo e suas redes de pertencimento (ARAÚJO, CARDOSO, 2007).

Na cultura ocidental, é recorrente a demanda de melhora da prática comunicativa na saúde e ainda é predominante a perspectiva informacional. O médico é a voz qualificada, autorizada a falar, detentor do conhecimento correto, verdadeiro e superior, científico, técnico, com credibilidade contrapondo a possibilidade de vocalização do receptor: vazia, inferior, acientífica e que nada teria a dizer (ARAÚJO, CARDOSO, 2007; PITTA, 1995).

Deslandes e Mitre (2009) também abordam que o processo comunicacional é um desafio na humanização em saúde. Discutem que a cultura biomédica necessita ser relativizadas e reconhecer os envolvidos na comunicação como indivíduo com identidade, autonomia, direitos e com estoque cultural de acordo com grupo social de pertencimento e se implicar (DESLANDES, MITRE, 2009). A desigualdade é presente cotidianamente na relação entre os médicos e seus pacientes devido ao modelo assistencial cristalizado, a violência que invisibiliza o outro e torna suas necessidades, expressões e sofrimentos ilegítimos, marcas da cultura biomédica. A biomedicina foca na doença em detrimento do sujeito e o tecnicismo

desconsiderando os critérios intersubjetivos, interpretativos e intuitivos do encontro clínico. Nesse encontro intersubjetivo há relações de poder, socialmente há hierarquia de falas, há as autorizadas e legítimas e as que são desqualificadas.

A luz de Gadamer e Habermas, Deslandes e Mitre (2009) expressam que o processo comunicacional é mais amplo que a emissão e compreensão da informação, nos constitui como seres de linguagem, humanos e sociais, que possibilita construir entendimento por meio do diálogo com condição de denotar, explicar, desautorizar, proibir ou o contrário. Nesse sentido, as comunicações em saúde não seriam uma concordância imediata, coação ou uma imposição, mas o encontro de pessoas que possuem capitais distintos de conhecimento tanto no âmbito técnico, de vivências e valores pelos grupos culturais a qual pertencem, que confrontam argumentos em prol do entendimento voltado ao valor da vida. Trata-se de uma comunicação emancipadora inteligível aos envolvidos, verdadeira, justa subjetivamente e perante o mundo social. Requer uma postura hermenêutica ativa, continua e ao mesmo tempo limitada, interpreta-se e traduz-se o mundo do outro enunciador na comunicação.

A comunicação na emergência, campo desta pesquisa, é descrita como falha seja com os pacientes, familiares e entre os profissionais (DESLANDES, 2002). O trabalho na emergência é pontual e focal que se completa com a morte ou sobrevivência do paciente e é segmentado ao cuidado horizontal. Os médicos desaparecem no horário de visitas para se esquivar da família e evitar os interrogatórios. A comunicação com o paciente também é deficitária ou ruim, a relação é totalmente impessoal, distante e o diálogo é um desafio. (DESLANDES, 2002).

### *3.3.1 A comunicação da morte*

Na saúde, a comunicação é parte do cuidado e em situação de fim de vida envolve a qualidade de vida e tomada de decisão (FORTE, 2009). Contudo, no hospital, nomear a morte ainda é embaraçoso e perturba a serenidade (PITTA, 2016).

Para Tapájós (2007) a comunicação de notícias ruins é uma maneira de comunicação humana que pode ser abordado a partir do estudo da semiótica - que compreende a sintática, a semântica e a pragmática, ou seja, a transmissão da comunicação; o campo dos significados podendo utilizar de diferentes sintáticas com o mesmo foco semântico; e aborda a relação, resultados ou comportamento produzidos por meio da comunicação. O autor discute que a comunicação não pode ser negada e que notícias ruins são inconsoláveis. Os padrões comunicacionais são a confirmação e a rejeição que apreende formas legítimas de comunicação, mas também há a desqualificação que invalida a comunicação do outro.

Geralmente os familiares não sabem o que ocorre, o que perguntar e como se comportar ao serem comunicados da morte de um ente querido e podem vivenciar desde choque, incerteza, confusão, ansiedade, tristeza, desconforto, ansiedade e estresse (ARAÚJO, 2009). Na interação com a família, percebe-se nas narrativas que além de um processo biológico, a morte é também um processo cognitivo e emocional, que reflete suas vivências, maturidade, valores culturais, religiosos e espirituais. (ARAÚJO, 2009; BOUSSO, POLES, 2009). Frente a situação da morte, necessita-se de uma mudança de foco e atitude, não apenas a transmissão de mensagens, mas no modo como se é transmitido (ARAÚJO, 2009). Diversas publicações concentram-se em modelos, protocolos e recomendações para a comunicação da morte no departamento de emergência (ASCENIO-ROMERO et al., 2015; LAMBA et al., 2015; FALCONI CHALCO, 2013; SHOENBERGER et al. 2013; ROE, 2012; JUNYAN, JIANRON, 2012; MARCO, WETZEL, 2012; LIMEHOUSE et al., 2012a; GILMORE, 2012; LEVIN et al., 2010; ARAÚJO, 2009; REDLEY, BEANLAND, BOTTI, 2003; RUTKOWSKI, 2002; MARROW, 1996; BLOCH, 1996) e em tensões éticas transversais a morte no departamento de emergência (SHAH, SWINTON, YOU, 2017; LOWERY, QUEST, 2015; MCKEOWN et al., 2015; SHEARER et al., 2014; BÉLANGER et al., 2014; LONG et al., 2014; VENKAT, BACKER, SCHEARS, 2014; FERNANDEZ-PARSONS, RODRIGUEZ, GOYAL, 2013; SANTOS, MORAES, MASSAROLLO, 2012; LAMBA, MOSENTHAL, 2012; STOKES, WU, PRONOVOST, 2006).

Especificamente, no enfoque de interesse, a vivência e interpretações socioculturais dos médicos, Rodrigues (2006) discute que, diante do moribundo, o



médico se retira, ele se apropria da vida mesmo que artificialmente, mas na morte admite com má vontade que seu saber é insuficiente. No hospital, a morte é recorrente, mas a medicina curativa tradicional ainda possui dificuldade de realizar comunicações quanto à finitude (SANTOS, AOKI, OLIVEIRA-CARDOSO, 2013; STONE et al. 2011). De modo que:

Frequentemente, profissionais altamente especializados e competentes falham na hora de dar uma “notícia difícil” a um paciente e dele se distanciam quando já não é possível “salvá-lo”. É claro que para todos, é muito doloroso pressentir e presenciar a morte. Mas é mais difícil para a racionalidade médica – que influencia todas as carreiras das ciências da vida – pautada numa certa visão de que a morte seria um fracasso de sua habilidade na solução dos problemas (MINAYO, 2013, p.2484)

Perante o já exposto, a morte é como um tabu na sociedade ocidental capitalista, a formação biomédica é hegemônica, a comunicação da morte é uma mudança de postura e configura-se uma tarefa árdua, estressante, dolorosa, ainda que essencial aos médicos (LAMBA et al., 2015; ASCENIO-ROMERO, 2015; ALELWANI, AHMED, 2014; SHOENBERGER et al., 2013; NAIK, 2013; TAPAJÓS, 2007). Principalmente na cultura latina, brasileira no qual a relação é tradicionalmente paternalista (PITTA, 2016; FORTE, 2009).

Assim a Afonso e Minayo (2013) discutem aspectos que ocasionam o silenciamento do médico diante dos limites da biomedicina e impedem uma conversa franca sobre a finitude: o interesse de evitar comunicação dolorosa, o otimismo na efetividade da conduta e tratamento; a falta de treinamento para comunicação de notícias difíceis, as pactuações realizadas com o paciente e a falta de tempo dos médicos.

Frente a comunicação da morte aparece muitos paradoxos devido a negação da morte e ênfase no tecnocientificismo pela cultura social e institucional, no qual a morte simboliza um fracasso. Mas também há a sensibilidade diante do processo de morrer, a humanização da prática médica prevê uma boa comunicação sobre a morte (SILVA, 2006). O saber-fazer médico impera serem “suficientemente frios”, mas também “suficientemente humanos”, aliando tecnociências ao cuidado (AFONSO, MINAYO, 2013; LE BRETON, 2009; GADAMER, 2006; SILVA, 2006). Os profissionais necessitam se preparar para estarem ao lado de alguém que sofre

porque relacionar-se em situação de finitude envolve também modificar-se (ARAÚJO, 2009).

A prática comunicativa sobre a morte ultrapassa a delimitação informacional de transmissão de mensagens e a interpreta como interação complexa e com significados entre sujeitos culturais (AREDES E MODESTO, 2016; PITTA, 2016) evidenciando a tensão estruturante entre o saber e o sentir evitados pela biomedicina (STELET, CASTIEL, MORAES, 2017; BONET, 1999).

Assim, é importante compreender como o médico lida com as emoções produzidas nessas relações sociais, como será apresentado a seguir.

### **3.4 As emoções e a morte**

A morte é vivenciada de diversas maneiras conforme cada cultura. Aqui debruça-se sobre os aspectos teóricos a contribuir para compreensão das emoções como pertencentes a cultura a qual o indivíduo está inserido, os aspectos intersubjetivos e expressões frente a morte na sociedade ocidental capitalista.

#### *3.4.1 Antropologia das emoções*

Os estudos sobre as emoções ganharam força com a antropologia interpretativa na década de 70 nos Estados Unidos da América. Diferentes autores discutem que os sentimentos são produzidos nas relações sociais com efeitos coletivos. Rezende e Coelho (2010) e Le Breton (2009) de maneira específica retomam os precursores que alicerçam a gênese da Antropologia das emoções. Para Durkheim, o estado afetivo encontra-se nas circunstâncias do grupo, a emoção é fato social coercitiva sobre o individual. Simmel defende que toda motivação só ganha forma socialmente estabelecida. Já para Mauss, a expressão do sentimento é uma linguagem comum marcada pela experiência, pela história e pelo social (REZENDE, COELHO, 2010; LE BRETON, 2009).

Para que uma emoção seja expressa pelo indivíduo, ela deve pertencer ao repertório cultural de seu grupo. Há uma tendência de naturalizar as emoções, mas elas não são espontâneas, inatas, íntimas dos sujeitos ou instintivas. Elas são ritualmente organizadas e culturalmente modeladas por normas coletivas implícitas. Para entender a natureza da emoção é necessário colocá-la na perspectiva da situação concreta, considerando os dados sociais e culturais incorporados na socialização. O homem não existe sem a educação que modela sua relação com o mundo e com os outros, por meio dela se dá seu acesso a linguagem e a modelagem das mais íntimas aplicações de seu corpo que são inscritos culturalmente (LE BRETON, 2009). Como esclarece:

A socialização afetiva não ensina à criança o modo de reagir em determinadas situações, ou melhor, em certos paradigmas de situações, ela sugere também aquilo que ela deve sentir em dado momento e como é permitido falar a respeito. (LE BRETON, 2009, p.175.)

Le Breton (2009) afirma que é na cultura afetiva que o indivíduo sustenta seus esquemas de ação e experiência para a partir deles tecer sua conduta conforme seu estilo e avaliação pessoal. Como um manual de instruções que sugere o que é uma resposta adequada a uma circunstância particular, mas que resulta de uma implicação pessoal, deliberada pelo indivíduo. Desse modo, para o sociólogo, as emoções nunca são neutras por estarem enraizadas numa cultura afetiva, possuírem significações e valores anteriores no mundo em que está inserido, por integrarem e se impregnarem do social.

O desencadeador das emoções é sempre um dado cultural, tramado socialmente e nutrido pelo sujeito, de acordo com Le Breton (2009). E sofre alteração conforme as condições sociais e culturais dos atores e grupo de pertencimento, pelo tempo, memória e significado (real ou imaginário) do acontecimento. A afetividade não equivale a circunstância concreta que seja aferida objetivamente, ela decorre principalmente das interpretações e significados vividos (LE BRETON, 2009). Assim também a reação, o comportamento e a comunicação da dor são inseparáveis da vida cotidiana, e influenciados por processos culturais, diferenciando-se por fatores psicológicos e conforme origem, formação e localização sociocultural (HELMAN, 2006).

De acordo com Le Breton (2009) sentimentos e emoções fazem parte de um sistema de sentidos próprios a um grupo social e diferem conforme a cultura e não podem ser traduzidas completamente, pois há problemas de compreensão da cultura do outro a partir da sua cultura por possuírem *ethos* próprio. Ou seja, cada cultura afetiva dispõe de seu vocabulário que não se traduz sem erros de interpretação.

Para Le Breton, o corpo é parte integrante da simbologia social, sendo que uma lágrima, um beijo, um olhar, o silêncio não assinalam universalmente todas as circunstâncias, são significados e variam de acordo com a sociedade correspondendo a uma ordem simbólica. Assim, a análise do contexto sempre se impõe tratando-se da simbólica corporal com significados culturais.

Emoções sempre são permeadas por significados construídos culturalmente e historicamente. Rezende e Coelho (2010) afirma que as emoções nas sociedades ocidentais modernas têm como características pressa; isolamento; hedonismo; valorização da felicidade pela mídia; busca de viver o risco nos esportes radicais; controle das vivências do amor; e a regulação da expressão das emoções. A sociedade atual é também caracterizada pela moderação e descrição de sentimentos, sendo os excessos extremos vistos como frieza ou nocivos e desagradáveis (LE BRETON, 2009), sendo as emoções impostas socialmente, com margem de tolerância à variação a regra.

#### *3.4.2 Emoções perante a morte na cultura ocidental capitalista*

A morte aparece como terreno obrigatório de expressão de sentimento, sendo vivenciada de modo essencialmente ambígua na maioria das sociedades (RODRIGUES, 2006). Em estudos sobre a gramática ritual nos funerais Mauss descreve que não só se deve ficar triste, como também demonstrar dor, aflição gritos, lamentações e lágrimas (REZENDE, COELHO, 2010; LE BRETON, 2009). O ritual da comunicação implica também na participação do corpo e seus movimentos variam conforme condições sociais, culturais, gênero, idade, existindo também sotaque corporal e corporeidade materna, conforme Le Breton (2009). O corpo

propaga mímicas com significados que ressoam compreensíveis ao interlocutor atento como um jogo de espelho infinito, há a intersubjetividade.

A expressão de emoções perante a morte é submetida às normas da sociedade (REZENDE, COELHO, 2010; LE BRETON, 2009):

Se a maioria das sociedades humanas à sua maneira, outras, ao contrário, têm a morte como uma libertação, uma passagem, e não compartilham das mesmas manifestações afetivas. O significado cultural atribuído à morte orienta a tonalidade do funeral e da dor pela perda. Deste modo, não é a morte que provoca a dor, é o significado do qual é comandada pela avaliação do sujeito e do grupo, pelo investimento afetivo de que era objeto o falecido. (LE BRETON, 2009, p.133)

As culturas modelam comportamentos e crenças acerca da doença e da morte a depender de cada sociedade (HELMAN, 2006). Goffman (1981) delimita que as pessoas são categorizadas pela sociedade. O corpo é um fenômeno social, existe o enquadramento interpretativo pelo qual se apreende a vida do outro, mediam as respostas afetivas e a comoção (BUTLER, 2015). De modo que, a ontologia do corpo é social e política, há definições, paradoxais, das vidas passíveis de luto e das circunstâncias em que se sentem mais horror diante da morte (BUTLER, 2015).

Nas sociedades individualistas, de acordo com Le Breton (2009), diferente dos séculos passados, a morte foi abstraída, o luto tornou-se privado, deslocado do rito. Não há autorização para manifestações exacerbadas de luto, algumas distorções são aceitas e recomendadas porque alimentam a reputação de sensibilidade, o que não impede de lembrar a normatização de uma apresentação pessoal sóbria na sociedade. Há regras implícitas na cultura de como vivencia-se o luto, comporta-se em visitas de pêsames e em rituais funerários: com fechamento do rosto e “ar de circunstância” ao cumprimentar o familiar do falecido e retomar seu olhar pacífico com o sentimento de dever cumprido assim que distanciar-se. Como esclarece:

Hoje, em nossas sociedades de consonância individualista, a morte foi abstraída e o luto se apresenta como uma experiência íntima: os choros, a tristeza, tornaram-se acontecimentos privados, deslocados de um ritualismo comum significativo. Aqueles que sofrem não estão autorizados a dar livre curso à sua dor. O público que os rodeia espera dos momentos atitudes impregnadas de “dignidade”. (LE BRETON, 2009, p.132)

A própria família é afastada pela hospitalização e ocorre também a rejeição e supressão do luto. O declínio do luto começa nos funerais, o culto do túmulo é substituído pelo culto da lembrança em casa, a dor e a saudade permanecem no sobrevivente, mas não devem ser manifestadas em público. Ariès (2014) sintetiza que, o silêncio sobre a morte que constrange os familiares a se calarem fecha a morte em um laboratório onde emoções deveriam ser banidas: o hospital. Local em que as emoções soam como inadequadas seja por parte do doente, de seus familiares ou dos profissionais (SILVA, MENEZES, 2015; ARIÈS, 2014; LE BRETON, 2009; GADAMER, 2006). De acordo com Ariès (1989, p.64), “o interdito sobre a morte paralisa, inibe as reações do círculo médico e familiar”. Na rotina institucional do hospital moderno não há espaço para emoções, produzindo assim sentimento de solidão, concorda Elias (2001).

A ritualização e a expressão de desespero diante da morte no romantismo foram completamente proibidas e ocultadas (RODRIGUES, 2006). O luto, falar de morte e consolar os sobreviventes é vergonhoso. Afasta-se do luto para evitar a alusão à perda ou quando inevitável as condolências reduzem-se às mínimas palavras para esconder seus sentimentos. Oculta o desgosto do luto e alastra-se uma angústia difusa e anônima (ARIÈS, 1989). Interdita-se o homem de sua própria morte e os vivos de terem comoção (choro e lamentações), sendo caracterizada pelo silêncio, negação, evitação e medo (MENEZES, 2004; ARIÈS, 1989).

A morte e o luto são tratados com pudor e ficam isolados na intimidade nas sociedades ocidentais tradicionais (ARIÈS, 2014; GADAMER, 2006; ARIÈS, 1989). Espera-se que o indivíduo domine os sentimentos, logo causa incômodo tanto o que esconde completamente sua dor e se demonstra indiferente e o que deixa aparecer livremente de modo exaltado e louco. Sendo aceitável e esperado socialmente que guarde a dor para si, mas que realize alguns desabafos secretos (ARIÈS, 1989; ARIÈS, 2014). De modo que manifestações corporais são privadas e emblemáticas. Nos lugares públicos, impõem-se o distanciamento das emoções e o autocontrole para preservar intimidade e não chocar o outro.

Essa exclusão dos mortos resulta em não saber lidar com a morte nem como agir e reagir diante dela. Desse modo, Elias (2001) refere-se a atitudes defensivas e “embaraços bloqueiam as palavras” frente à morte, que aumentam ainda mais esse

processo de isolamento da morte. O constrangimento em manifestar emoções, próprios das sociedades contemporâneas, também encobre mais a morte com o silêncio.

A morte é um terreno obrigatório de expressão de emoções, é culturalmente previsto o modo de se portar perante o moribundo e seus familiares, (RODRIGUES, 2006; TIMMERMANS, 2005). Diante da morte, a angústia permanece, porém agora no âmbito privado, reprimida (RODRIGUES, 2006), dissimulada, escamoteada (SANTOS E HORMANEZ, 2013), com uso de “máscaras” para administrar seu afeto e de mecanismos defensivos para minimizar as condições de trabalho desfavoráveis (AREDES E MODESTO, 2016; PITTA, 2016; MONTEIRO et al., 2015; DELL'ACQUA, TOME, POPIM, 2013; DESLANDES, 2002).

Há o imperativo de envolvimento emocional nas interações e mesmo nas decisões mais racionais o indivíduo é presente afetivamente no mundo e sofre influência dos acontecimentos (SILVA, AYRES, 2010; LE BRETON, 2009). Quanto ao interlocutor nesta pesquisa, Le Breton (2009) salienta que o médico é diariamente confrontado com o sofrimento próprio e alheio, e deve equilibrar-se entre a compaixão pela proximidade de reconhecer o outro e distância afetiva para que a emoção não apareça e não absorva a aflição. Para Afonso e Minayo (2013), no processo de comunicação se manifesta conjuntamente a razão e a emoção. Na sequência descreve-se como foi o processo de interpretação da experiência da comunicação da morte aos médicos na emergência.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa qualitativa busca compreender os significados, as crenças, costumes, comportamentos e práticas atenta à dimensão sociocultural e histórica (MINAYO, 2017). A narrativa individual é balizada pelo trazido pelo outro, pois revela o grupo e sua singularidade amarrada a cultura, sendo as entrevistas simultaneamente um depoimento pessoal e coletivo (MINAYO, 2017).

### 4.1 Referencial teórico metodológico

Trata-se de uma pesquisa desenvolvida na perspectiva da abordagem qualitativa guiada pela Antropologia Interpretativa (GEERTZ, 1989), e especificamente a luz da Antropologia Médica (UCHÔA, VIDAL, 1994). Geertz (1989) partindo de Weber defende a cultura de maneira semiótica, como sistema entrelaçado de signos interpretáveis estando o homem amarrado às teias de significados, que o mesmo teceu, sendo interpretadas em cada sociedade de maneira específica. A tarefa da análise cultural é interpretar a partir de pequenos fatos, descobrir as estruturas entrelaçadas e destacar o papel da cultura nos determinantes da vida humana (GEERTZ, 1989). O pensamento humano é uma atividade essencialmente social em sua origem, forma, função e aplicações (GEERTZ, 1989). Desse modo:

É por intermédio dos padrões culturais, amontoados ordenados de símbolos significativos, que o homem encontra sentido nos acontecimentos através dos quais ele vive. O estudo da cultura, a totalidade acumulada de tais padrões, é, portanto, o estudo da maquinaria que os indivíduos ou grupos de indivíduos empregam para orientar a si mesmos num mundo que de outra forma seria obscuro. (GEERTZ, 1989, p. 150)

Uchôa e Vidal (1994) assumem a cultura como o universo de signos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar as ações no contexto no qual os eventos se tornam inteligíveis. Salientam que é no universo sociocultural que se enraízam seus modos de pensar e agir, e o conhecimento desse universo é fundamental para efetividade das intervenções de



saúde. Trata-se de uma perspectiva crítica ao paradigma epistemológico biomédico que fragmenta a abordagem da doença (UCHÔA, VIDAL, 1994).

De acordo com Helman (2006) o modelo explicativo do médico no tratamento e cura é predominantemente biomédico, mas é permeado por outras significações. Assim, embora o encadeamento causal e a lógica científica sejam predominante na percepção dos profissionais essas não são somente produto das faculdades de medicina, mas também refletem significados pessoais, profissionais, idiossincráticas e culturais; e são diferentes entre si conforme faixa etária, ciclo de vida, dentre outros (HELMAN, 2006). As interpretações dos significados somente são compreensíveis em contexto e Helman (2006) distingue o contexto externo que engloba fatores sociais, econômicos, ambientais e as desigualdades, do contexto interno composto pelos modelos explicativos e preconceitos que cada ator traz para o encontro clínico. E sintetiza: “a soma dos dois tipos de contexto pode influenciar significativamente os tipos de comunicação possíveis entre o médico e o paciente (HELMAN, 2006, p.143)

A Antropologia Médica aborda os fenômenos de saúde considerando também as dimensões sociais e a experiência intersubjetiva por serem conectadas ao que é compartilhado culturalmente por um grupo social. Distingue dois aspectos indissociáveis no fenômeno saúde-doença: a *disease* processo biológico e de diagnóstico médico, da *illness* experiência humana psicossocial da doença, construção cultural sejam individuais ou coletivas. (KLEINMAN, EINSEBERG, GOOD, 2006; UCHÔA, VIDAL, 1994). De modo análogo, a experiência com a morte e sua comunicação não é simples reflexo do processo patológico biomédico, mas fenômeno mergulhado de significado, que conjuga normas, expectativas e valores que expressam nos modos típicos e pensar e agir. E interessar pela experiência e os significados psicossociais pode subsidiar o deslocamento do olhar etnocêntrico biomédico (KLEINMAN, EINSEBERG, GOOD, 2006). Os fatos culturais não são estáticos ou homogêneos, são centrais na prestação de cuidados, e moldam crenças e comportamentos em saúde – influenciam tanto os pacientes quanto os médicos (KLEINMAN, BENSON, 2006). Entende-se o campo investigado como um espaço compartilhado de culturas (CORIN et al., 1992).

## 4.2 Local de estudo

O Brasil lida com a diversidade regional da abrangência territorial, com a transição demográfica e com a acumulação epidemiológica – em virtude das doenças crônicas, da persistência de doenças infecciosas e nutricionais, e o crescimento das causas externas e das situações de violência (CONASS, 2015; BRASIL, 2013). Os serviços de saúde são organizados por Rede de Atenção à Saúde conforme as necessidades da população considerando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (CONASS, 2015). Nesse recorte, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências visa uma assistência ágil e oportuna aos usuários em situação de urgência e emergência, atende pacientes críticos por diferentes condições (clínicas, cirúrgica, traumatológica, saúde mental, dentre outras) integrando aos demais equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado (CONASS, 2015; BRASIL, 2013). Essa rede complexa é composta por diferentes pontos de atenção que precisam atuar organicamente, sendo a atenção hospitalar um dos seus componentes que conta também com a: promoção, prevenção e vigilância à saúde; atenção primária à saúde; serviço de atendimento móvel às urgências; sala de estabilização; força nacional de saúde do SUS; unidades de pronto atendimento; unidade de tratamento intensivo; o conjunto de serviços de urgência 24 horas; e atenção domiciliar (CONASS, 2015; BRASIL, 2013; DESLANDES, 2002). Tem-se como linha guia o cuidado cardiovascular, cérebro vascular, traumatológico (CONASS, 2015; BRASIL, 2013).

Esta pesquisa tem como campo o hospital João XXIII, que é um dos serviços contemplados pelo Programa SOS emergência para qualificar atenção hospitalar (CONASS, 2015). Fundado em 1973, o João XXIII é um complexo de urgência e emergência mineiro localizado em Belo Horizonte. É o maior hospital de trauma da América Latina. Referência à pacientes críticos: vítimas de politraumas, queimaduras graves, intoxicação e situações cirúrgicas ou clínicas com risco iminente de morte (FHEMIG, 2017a; FHEMIG 2017b; FHEMIG 2010). No mundo ocidental, a lesão traumática é a terceira maior causa de morte em todas as idades e a principal causa de morte em pessoas até 40 anos (COLE, CRICHTON, 2006). Assim como no

Brasil, a causa externa aparece como primeira principal causa de morte em pessoas entre 1 a 39 anos de idade (CONASS, 2015; BRASIL, 2013). A causa externa inclui violências e acidentes, é um fenômeno complexo e multicausal na sociedade brasileira em virtude das desigualdades sociais, questões culturais, relações de gênero e condições de vida urbana (BRASIL, 2015).

O João XXIII recebe pacientes na chamada situação “*in extremis*”, que são gravíssimos e possui uma taxa de sobrevivida superior a alcançada por hospitais de excelência em trauma no mundo (FHEMIG, 2017a). E com a introdução do atendimento médico pré-hospitalar, o perfil do paciente ficou mais complexo e grave porque se antes morriam na cena, hoje os pacientes chegam ao hospital e muitas vezes é uma morte inevitável. Contudo, observa-se que é um local em que se luta pela sobrevivida a todo custo e quando a morte ocorre repensa-se o que a ocasionou tecnicamente. Apesar de presente no hospital de emergência, a morte é sempre um desfecho a ser evitado, mas existe também a possibilidade de sobreviver altamente sequelado (Diário de campo, 2013).

Trata-se de pacientes que são em sua maioria do sexo masculino, jovens, pardos, que tiveram lesões acidentais e agressões (BRASIL, 2015; CONASS, 2015; CARREIRO et al., 2014; BRASIL, 2013; GASWRYSZEWSK et al., 2010). Tendo como principais causas a violência de trânsito ou interpessoal – arma de fogo e arma branca (FHEMIG, 2017a). Ainda visualiza-se dentre os pacientes atendidos no João XXIII e que são economicamente ativos 82,73% possuem escolaridade até o ensino médio completo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Elemento que sinaliza para a classe econômica predominante nesse serviço considerando a relação linear positiva entre a escolaridade e a renda, bem como as desigualdades sociais (SALVATO et al., 2010). Dados que em um serviço referência em trauma para toda população, evidenciam também a hierarquização social da violência na sociedade brasileira (DEBERT, 2010) e o maior risco de morte por violência para população com menor escolaridade e na cor/raça parda ou negra (GASWRYSZEWSK et al., 2010). Os dados quantitativos específicos da instituição estudada não foram disponibilizados.

### 4.3 População estudada

A população estudada foi composta por médicos do hospital João XXIII, cujo os critérios de inclusão foi atuarem em setores específicos para pacientes graves com risco de morte e aceitarem participar da pesquisa.

Os pacientes graves e com risco de morte são atendidos pelos médicos plantonistas na emergência, chamada de bloco horizontal, têm os primeiros atendimentos na Porta de Entrada - Sala de Politraumatizados, Sala de Emergências Clínicas e Toxicológicas, Bloco Cirúrgico e Sala de Recuperação. E a depender da gravidade do quadro são posteriormente encaminhados para as Unidades de Terapia Intensiva (para adultos, crianças, morte encefálica e queimados graves) e quando cabível às Unidade de Cuidados Progressivos (destinada a pacientes crônico-sequelados) ou à outras enfermarias localizadas no bloco vertical do hospital (Diário de campo, 2013).

Esta pesquisa focou em médicos do bloco horizontal, dos setores de Porta de Entrada, das Unidades de Terapia e da Unidade de Cuidados Progressivos. Dentre os 43 médicos entrevistados, 25 são homens e 18 são mulheres, com idades entre 28 e 69 anos. Os interlocutores são especialistas em cirurgia (geral, trauma, neurocirurgia e cardiovascular), anestesia; clínica médica; terapia intensiva; pediatria, cardiologia, nefrologia, oncologia. 27,9% dos entrevistados relataram possuir no máximo dez anos decorridos posterior a formação e 72,1% possuíam acima de 10 anos de formados. 76,7% dos médicos identificaram-se como plantonistas diretamente alocados na assistência ao paciente e 23,3% estão em função de coordenação. Sobre a religião, 18,6% dos médicos afirmam serem ateu, céticos e não terem enganos religiosos; 62,8% relataram terem fé e acreditarem que a morte é uma passagem (20,9% católicos, 11,6% espíritas, 2,3% evangélicos, 2,3% mórmons, 25,7% a religião não é especificada, mas aparece aspectos de religiosidade) e em 18,6% das entrevistas esse aspecto não foi identificado.

#### 4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada anteriormente, por uma pesquisa maior da qual esta é parte: “Vidas em risco: uma abordagem antropológica sobre as representações da morte entre médicos que trabalham em setores de urgência”, pela cientista social Janaina de Souza Aredes que não possuía vínculo formal com o campo e teve sua imersão no decorrer da pesquisa durante seu mestrado em Antropologia Social (AREDES et al, 2017; AREDES, MODESTO, 2016).

Foram nove meses de observação participante para imersão no universo sociocultural dos médicos desta instituição e realizou-se 43 entrevistas com roteiro semiestruturado. A observação participante e as entrevistas ocorreram com médicos voluntários, convidados em seu turno e local de trabalho. Na seleção um entrevistado indicava outro, método denominado “bola de neve” (PATTON, 2002). A coleta de dados foi encerrada quando a qualidade, a quantidade e a intensidade dos dados coletados permitiam evidenciar a complexidade e possibilitar a imersão no universo sociocultural (MINAYO, 2017).

A observação participante foi realizada de dezembro de 2012 à agosto de 2013 e se dava em turnos distintos: ora no plantão de 12 horas diurno, ora no plantão de 12 horas noturno, incluindo finais de semana, feriados e em ocasiões específicas como manifestações populares, final de campeonato de futebol, dentre outros. Especificamente foi realizada observação participante durante 24 horas a fim de investigar contextos distintos acompanhando o plantão no Natal e no Réveillon. Ao longo da coleta houve o registro das observações em um diário de campo.

As entrevistas tiveram como perguntas geradoras: 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? 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? 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 Pronto Socorro)? Relato de algum óbito que o tenha marcado ao longo da trajetória profissional. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

A definição do problema e objetivo desta dissertação se deu após a leitura exaustiva dos registros de campo. Com outro olhar sobre os dados elegeu-se o recorte da temática “comunicação da morte”. A abordagem de investigação foi *ênica*, sendo o foco é direcionado para as interpretações na perspectiva do interlocutor, sob o ponto de vista do médico. À luz de Minayo (2017) foi realizada aproximação informal com o hospital João XXIII, nesta dissertação, por meio de visita técnica para conhecer o hospital, a rotina institucional, a estrutura física e o contexto onde os dados foram gerados.

#### **4.5 Análise de dados**

Para conhecer como os médicos dão sentido e agem diante da comunicação da morte em um hospital de emergência, as análises foram guiadas pelo modelo de “signos, significados e ações” (CORIN et al., 1992). Nesse modelo, a prática é objeto de estudo para remontar ao semântico, sendo uma via de acesso privilegiado aos sistemas culturais.

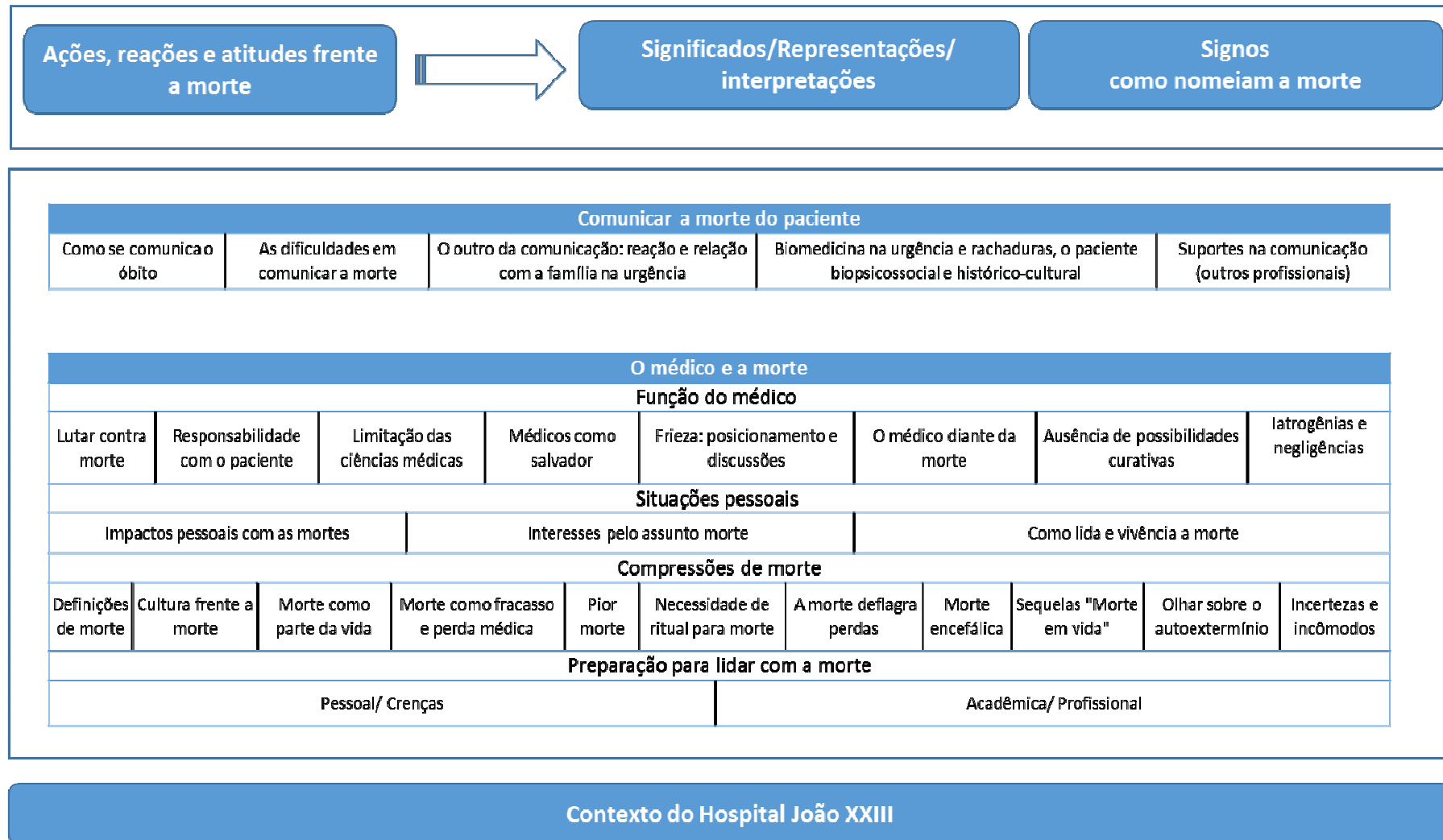
Na análise dos dados guiada pelo modelo de “Signos, significados e ações”. Corin et al. (1992) descreve que pode haver dois ou mais níveis hierárquicos de conteúdo, sejam de codificação, de registros de conteúdos e categorias de conteúdo

para conduzir a análise em diferentes níveis de especificidade. A grade de codificação comporta a pragmática do discurso como também o conteúdo de informações. É predominante identificar os níveis de análise entre cada um dos signos, significados e ações e da relação entre esses níveis, quais pontos nodais e de conexão entre eles (CORIN et al., 1992).

O comportamento humano é visto como ação simbólica. Os dados são construções das construções de outras pessoas, logo os textos antropológicos são interpretações de segunda ou terceira mão porque somente os nativos interpretam sua cultura de primeira mão. É uma ciência interpretativa que busca significados. Há multiplicidade de estruturas conceptuais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras (GEERTZ, 1989). Trata-se de uma interpretação da interpretação realizada pelos médicos interlocutores de seus sistemas culturais.

A aproximação dos dados iniciou-se com a leitura em profundidade. A análise foi composta por 5 etapas visando compreender a comunicação da morte sob o ponto de vista dos interlocutores: leitura sucessivas das entrevistas e diários de campo; categorização dos dados em planilha do Excel; análise pelas autoras da compatibilidade da categorização; reunião para revisão da categorização dos dados; escrita dos resultados. Inicialmente a planilha era composta por 48 colunas cada uma com aspectos relevantes para compreensão do fenômeno estudado e 44 linhas, sendo 43 referentes a cada entrevistado e uma de síntese dos diários de campo. Após reunião entre as autoras e revisões da categorização, a planilha foi sintetizada em 29 colunas mantendo as 44 linhas. Os elementos considerados na categorização estão sintetizados na figura 2:

Figura 3: Categorização das análises:



Fonte: Elaborado pela autora



Trabalhou-se com dois grandes temas “Comunicar a morte do paciente” e “O médico e a morte”. As ações, reações e atitudes dos profissionais foram o acesso privilegiado para a identificação dos signos, significados e interpretações dos médicos no processo de comunicar a morte considerando o contexto cultural e universo partilhado do hospital de emergência.

#### **4.6 Aspectos éticos**

A pesquisa está em acordo com a Resolução nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Aprovada pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer nº 87383/2012 (anexo C) e da Fundação Hospitalar de Minas Gerais, CEP/ADC/FHEMIG: 022/2012 – SIPRO: 29128/2012-7 (anexo B). Os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e assegurou-se o sigilo.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão estão apresentados em formato de artigo científico. O artigo é intitulado “Comunicação da morte: modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência” submetido à Physis – Revista de Saúde Coletiva.

Como desdobramento um segundo manuscrito está em construção, que atualmente é nomeado “Significações e valor moral das diferentes mortes comunicadas pelo médico no hospital de emergência”. Objetiva-se compreender os elementos que influem na comunicação da morte a partir da percepção dos médicos, uma vez que como sujeitos sociohistóricos culturais os profissionais da emergência relatam que embora a informação seja semelhante, a comunicação da morte varia de acordo com quem morre, a situação da morte, o contexto, a religião e a formação do médico. A morte é interpretada e comunicada como injusta, fora de hora, um insucesso, frustrante, questionável ou pesarosa. Ou ainda como um alívio, justa, aguardada, prevista, esperada no cenário da emergência.

A seguir tem-se o primeiro artigo na íntegra.

### 5.1 Artigo: Comunicação da morte: modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência<sup>1</sup>

#### **Título resumido:**

Comunicação da morte na emergência

#### **Resumo:**

Este estudo objetivou compreender como os médicos lidam com o processo de comunicar a morte aos familiares em um hospital de emergência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, embasada na antropologia interpretativa e médica. A coleta dos dados deu-se em um dos maiores hospitais públicos de emergência da América Latina, ao longo de 9 meses de observação participante. Foram entrevistados 43 médicos. A análise foi êmica e guiada pelo modelo dos signos, significados e ações. Embora a morte seja um evento frequente pela gravidade dos casos atendidos, os médicos percebem as vivências da comunicação da morte como uma das tarefas mais árduas do seu fazer profissional. Nessa comunicação fazem uso de roteiros, eufemismos, mecanismos defensivos, enfatizam a gravidade clínica e informam progressivamente sobre o agravamento do quadro, para que a morte seja aguardada pela família e encaixada na rotina da emergência. Os signos e

significados estão especialmente correlacionados ao paradigma biomédico vêem a morte como tabu e fracasso, enquanto as ações evidenciam a morte e a interação intersubjetiva como terreno obrigatório de emoções, que ocorrem escondidas pelo profissional. Os elementos apontados podem subsidiar intervenções, planejamento e gestão na atenção à saúde, no âmbito da educação, saúde do trabalhador e organização institucional.

**Palavras-chave:**

Morte. Comunicação. Antropologia Médica. Serviço Hospitalar de Emergência. Médicos.

**Communication of death: ways of thinking and acting of physicians in an emergency hospital**

**Abstract:**

The objective of this study is to understand the process of communication of death in an emergency hospital. It is a qualitative research, based on interpretive and medical anthropology. The data were collected in one of the largest public hospitals in Latin America, during 9 months of participant observation. A total of 43 physicians were interviewed. The model of signs, meanings and actions guided the analysis of data. Despite of the death to is frequent experience, the communication there is the most strenuous tasks of his or her professional physician. To deal with death, use of scripts, euphemisms, defensive mechanisms, emphasize the clinical severity and progressively inform so that death is expected by the family and embedded in the emergency routine. The signs and meanings are especially correlated to the biomedical paradigm: death as taboo and failure. The reactions evidence the death as intersubjective interaction and as compulsory terrain of emotions expressions. But the emotions can not be expressed in the hospital, occurring hidden. This study brings elements that can subsidize interventions, planning and management in health care, in the education, worker health and institutional routine adapted to the Brazilian context.

**Key words:**

Death. Communication. Anthropology, Medical. Emergency Service, Hospital. Physicians.

**Introdução**

A consciência, a atitude e a emoção frente a morte são fenômenos determinados sócio historicamente e influenciados pela cultura (ARIÈS, 2014; TIMMERMANS, 2005). Na sociedade Ocidental, a partir da Revolução Industrial, a morte também foi inserida na lógica de produção, institucionalizada em asilos e

hospitais, silenciada e banida da comunidade. Após a 2ª Guerra, ela tornou-se vergonhosa e vista como uma adversidade, passando cada vez mais despercebida no fluxo da circulação da sociedade, enquanto o silêncio em torno dela representaria maior grau de desenvolvimento social e econômico. Assim, o doente e a morte saem do âmbito familiar e ficam delegados aos cuidados médicos, tornando-se o profissional de autoridade a respeito da morte nas sociedades ocidentais modernas.

A morte se “profissionaliza”: compartimentalizada pelo médico, medida por aparelhos, separada do andamento autônomo do organismo, como se pudesse ser prevenida e transformada em mera notícia (PITTA, 2016; ARIÈS, 2014; TIMMERMANS, 2005; ILLICH, 2003). E quando ocorre é demarcado como papel do médico comunicar a morte à família (SILVA, RAMOS, 2014; SHOENBERGER et al., 2013). As vivências de morte são acompanhadas por inúmeras dificuldades (SILVA, RAMOS, 2014; REYNIERS et al., 2014), especialmente quanto a sua comunicação (LAMBA et al., 2015; SHOENBERGER et al., 2013; TAPAJÓS, 2007).

Na assistência à saúde, comunicar não é apenas transmitir informação técnica e unidirecional, é uma maneira de interagir. É construção e prática social. A comunicação é complexa, multipolar e multidimensional; é dependente do contexto e indissociável das vivências, significados e produção de sentidos em saúde (STELET, CASTIEL, MORAES, 2017; ARAÚJO, CARDOSO, 2007). Ademais envolve aspectos psicossociais, afetivos, cognitivos, culturais, contextuais, bioéticos, religiosos, espirituais, econômicos, políticos e legais (AFONSO, MINAYO, 2013; SANTOS, MORAES, MASSAROLLO, 2012; ARAÚJO, CARDOSO, 2007).

Na emergência, a morte é habitual, mas comunicá-la configura-se uma tarefa árdua, estressante, dolorosa, ainda que essencial aos médicos desse setor (LAMBA et al., 2015; ASCENCIO-ROMERO, 2015; SHOENBERGER et al., 2013). Há escassez de literatura sobre a vivência da morte pelos médicos na emergência (PEREIRA et al., 2017; MINAYO, 2013). As publicações concentram-se em modelos, protocolos e recomendações para a comunicação da morte no departamento de emergência (ASCENCIO-ROMERO et al., 2015; LAMBA et al., 2015; FALCONI CHALCO, 2013; SHOENBERGER et al. 2013;) e em tensões éticas transversais a morte no departamento de emergência (SANTOS, MORAES, MASSAROLLO, 2012). Não foi identificado estudos sobre a experiência do médico em comunicar a morte

no contexto da emergência. E percebe-se a necessidade de pesquisas que considerem a percepção dos profissionais de saúde quanto à comunicação de notícias difíceis e investiguem a interpretação da morte no ambiente hospitalar (AFONSO, MINAYO, 2013; DELL'ACQUA, TOME, POPIM, 2013).

Especificamente, este estudo questiona como é a experiência de comunicação da morte por médicos, na condição de sujeitos culturais em um hospital de emergência em uma metrópole brasileira. É no universo sociocultural que se enraízam seus modos de pensar e agir, e o conhecimento desse universo é fundamental para efetividade das intervenções de saúde (UCHÔA, VIDAL, 1994). Assim, o objetivo deste estudo é compreender como os médicos lidam com o processo de comunicar a morte aos familiares e quais são os modos de pensar e agir culturalmente estabelecidos em um hospital de emergência.

### **Procedimentos metodológicos**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa (MINAYO, 2017) ancorada no referencial teórico-metodológico da Antropologia Interpretativa (GEERTZ, 1989) e Médica (UCHÔA, VIDAL, 1994). É por intermédio dos padrões culturais que os eventos se tornam inteligíveis, que o indivíduo de um grupo encontra sentido, interpreta e guia suas ações (GEERTZ, 1989; UCHÔA, VIDAL, 1994). A Antropologia Médica estuda os modos de agir e de pensar dos sujeitos relacionados à saúde, considerando-os experiências carregadas de significados conectados ao meio sociocultural (UCHÔA, VIDAL, 1994). Distingue dois aspectos indissociáveis no fenômeno saúde-doença: a *disease* processo biológico e de diagnóstico médico e a *illness* experiência humana psicossocial da doença, construção cultural, seja individual ou coletiva, que conjuga normas, expectativas e valores que expressam nos modos típicos de pensar e agir (UCHÔA, VIDAL, 1994).

O estudo foi realizado em um complexo de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde localizado no hipercentro de uma metrópole brasileira e referência na América Latina. Para imersão no universo sociocultural dos médicos desta instituição, a coleta de dados foi realizada em nove meses de observação participante e em entrevistas com roteiro semiestruturado. A população estudada foi

composta por participantes voluntários, convidados em seu turno e local de trabalho - médicos da instituição que atuam em setores específicos para pessoas graves com risco de morte. Foram convidados médicos da Porta de Entrada (Setores: bloco cirúrgico e sala de recuperação, sala de politraumas, sala de emergências clínicas), das Unidades de Terapia Intensiva (para adultos, crianças e queimados graves) e da Unidade de Cuidados Progressivos (destinada ao público crônico-sequelados). Na seleção, um entrevistado indicava outro, método denominado “bola de neve” (PATTON, 2002). O coordenador de cada setor era o indivíduo-chave que facilitou o contato com os profissionais. Teve-se como critérios de inclusão: médicos que atuavam em setores específicos para pacientes graves com risco de morte e aceitarem participar da pesquisa. Não houve nenhuma recusa à participação.

Foram entrevistados 43 médicos, sendo 25 homens e 18 mulheres, com idades entre 28 e 69 anos, especialistas em cirurgia (geral, trauma, neurocirurgia e cardiovascular), anestesia; clínica médica; terapia intensiva; pediatria, cardiologia; nefrologia; oncologia. Quanto ao tempo de graduação: 30% dos entrevistados têm abaixo de 9 anos de formados; 40% entre 10 e 29 anos; e 30% mais de 30 anos. Sobre o vínculo com o hospital, 77% dos médicos são plantonistas e 23% estão em função de coordenação.

A coleta de dados foi encerrada quando a qualidade, a quantidade e a intensidade dos dados coletados permitiam evidenciar a complexidade e possibilitar a imersão no universo sociocultural (MINAYO, 2017). Ao longo da coleta houve o registro das observações em um diário de campo. Essa ferramenta e todas as entrevistas, gravadas e transcritas, foram analisadas.

A análise dos dados foi êmica e fundamentada no modelo de “signos, significados e ações”. Nesse modelo, inverte-se a lógica usual: parte-se das ações dos atores, informantes chaves em seu ambiente, para aceder ao nível semântico desse sistema cultural. A grade de codificação comporta: a pragmática do discurso; o conteúdo de informações predominante; os níveis de análise entre cada um dos signos, significados e ações; e a relação entre esses níveis, quais pontos nodais e de conexão entre eles (CORIN et al., 1992). A análise foi composta por 5 etapas visando compreender a comunicação da morte sob o ponto de vista dos interlocutores: leitura em profundidade das entrevistas e diários de campo;

categorização dos dados em planilha do Excel; análise pelas autoras da compatibilidade da categorização; reunião para revisão da categorização dos dados; escrita dos resultados. Trabalhou-se com dois grandes temas “Comunicar a morte do paciente” e “O médico e a morte”. As ações, reações e atitudes dos profissionais foram o acesso privilegiado para a identificação dos signos, significados e interpretações dos médicos no processo de comunicar a morte considerando o contexto cultural e universo partilhado do hospital de emergência. Os interlocutores assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e assegurou-se o sigilo, sendo os entrevistados identificados pela letra "E" seguida de numeração, especialidade, sexo (F para feminino, M para masculino) e a idade.

Este artigo integra um estudo maior intitulado: “Vidas em risco: uma abordagem antropológica sobre as representações da morte entre médicos que trabalham em setores de urgência” e está em acordo com a Resolução nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

## **Resultados e discussão**

Na ação de comunicar a morte de um paciente no hospital de emergência, os interlocutores relatam que a relação com a família é rápida, superficial, impessoal, tensa e confusa, percebem a família perdida e despreparada para lidar com a condição abrupta do moribundo. Em alguns momentos, a comunicação ocorre sem conversas prévias, sem saber quem é o familiar, tendo poucas informações sobre a pessoa atendida e conciliando a atenção à família com a dinâmica da emergência:

Relação com familiares: isso é um ponto que aqui precisa melhorar, porque a relação com a família é muito institucional, alguns são mais acessíveis e outros se escondem dentro do gigantismo da instituição e nem acessam a família e nem conversam, mas eu acho que isso deveria ser melhorado. (E1, Cirurgia Cardiovascular, M, 53 anos)

A maioria dos médicos é plantonista, relata ter pouco vínculo com o público atendido e envolvimento quase inexistente com o familiar. A comunicação é por vezes excluída do processo fundamental da emergência, muitos encontros se dão no automatismo e sem vivacidade (SILVA, RAMOS, 2014). É uma relação

impessoal, o cuidado é segmentado e a comunicação é deficitária, precária ou ruim (MONTEIRO et al., 2015; DESLANDES, 2002).

Sobre como comunicam a morte, descrevem que o médico responsável pelo acompanhamento se dirige a um parente ou pessoa próxima ao morto e informa o óbito, e na sequência os encaminha aos profissionais do serviço social e da psicologia para o suporte necessário. Alguns médicos solicitam o apoio desses profissionais ou de colegas de trabalho no momento de comunicar a morte. O ambiente em que a comunicação ocorre é variado, muitos realizam-na nos corredores do hospital queixando-se da inexistência de lugar específico e de privacidade. Alguns profissionais falam da tentativa de realizar na sala de acolhimento. Relatam o uso de estratégias que designam como “roteirinho”, “tática”, “rodeio danado”, “ir matando devagarzinho o paciente”. Situação em que se apresenta como médico; pergunta qual é o grau de parentesco; retoma como a pessoa chegou ao hospital; descreve os procedimentos técnicos realizados; narra a evolução clínica e as manifestações biológicas finais do processo de morte; e utiliza outros signos em substituição à palavra morte, para finalmente comunicar como e porque o paciente morreu. Nas orações, frequentemente utilizam o pronome pessoal na terceira pessoa do singular e o verbo no passado: “ele faleceu” ou “não resistiu”, e o uso do “não” ou “infelizmente”. Como exemplifica o excerto:

o seu parente sofreu um acidente, ele chegou num estado muito grave, ele chegou em coma. Falo o que foi feito para evitar, falo que foi reanimado, que foram realizados todos os exames, explico o tipo de coágulo que deu, e falo que infelizmente não foi possível, de maneira que o corpo da pessoa não aguentou os traumas que recebeu. Geralmente eu falo: não resistiu. (E15, Neurocirurgia, M, 40 anos)

Muitas vezes a comunicação ocorre priorizando o modelo informacional, unilateral, linear, e o aspecto biológico. Desconsidera a dinamicidade da linguagem e dos significados dos códigos, a multiplicidade de vozes em cada enunciado, como também os aspectos afetivos, cognitivos, políticos, econômicos, a cultura, os grupos sociais e o seu contexto (ARAÚJO, CARDOSO, 2007).

Contudo, afirmam:



Nunca é bom perder um paciente, então por mais grave que o paciente apareça (...) mesmo estando isso na minha rotina é desagradável lidar com essas situações (...) talvez pelo fato que seja ruim lidar com essa questão da morte, nenhum médico quer perder o seu paciente (...) A imensa maioria dos plantonista da urgência do hospital, ele não tem nem tempo de se envolver com o paciente. De qualquer forma, existem algumas situações que nos chocam (...) é claro que há situações que mexem com os nossos sentimentos, e tenho certeza que isso acontece com todo mundo mesmo que ele não demonstre isso, porque o perfil do cirurgião é de um cara durão. (E11, Cirurgia Geral, M, 39 anos)

Assim, mesmo para profissionais muito experientes, a ação de comunicar a morte é considerada árdua, como pode ser notado neste excerto:

Eu trabalho no CTI daqui há 37 anos (...) eu tenho muita dificuldade é para dar notícia de morte. Não acostumo mesmo, toda vez que no nosso serviço falece algum paciente eu fico angustiado por ter que dar a notícia (...). Essa parte é a mais triste, é a pior hora do plantão médico, da atuação médica, da nossa profissão. Dar essa notícia me deixa sempre muito chateado. (E35, Clínica Médica, M, 69 anos)

Essa dificuldade na comunicação da morte concorda com outros estudos (PEREIRA et al., 2017; FALCONI CHALCO, 2013; SANTOS, MORAES, MASSAROLLO, 2012), alguns discutem que os profissionais de saúde experientes sentem-se mais preparados para lidar com morte (SHOENBERGER et al. 2013), outros afirmam que mesmo os que automatizam a rotina com a morte vivenciam conflitos pelo envolvimento subjetivo (DELL'ACQUA, TOME, POPIM, 2013). A experiência profissional no decorrer dos anos melhora a habilidade de comunicação, mas parte dos profissionais experientes também se sentem despreparados (ALELWANI, AHMED, 2014). O detalhamento das especificidades para compreensão desse processo será abordado nas categorias analíticas: "a emergência como contexto em que a comunicação de morte ocorre"; "os signos utilizados na comunicação da morte"; "significados atribuídos à comunicação da morte: o paradigma biomédico e seus paradoxos"; "as reações: emoções aos comunicar a morte ao familiar".

### ***A emergência como contexto em que a comunicação de morte ocorre***

Pano de fundo que interage e articula com as demais categorias é o contexto institucional em que ocorre a comunicação da morte. No cenário estudado, o público atendido inclui vítimas de graves politraumas, queimaduras, intoxicação e situações cirúrgicas ou clínicas, incluindo pessoas na chamada situação “*in extremis*” - com risco iminente de morte - cuja taxa de sobrevivência é superior à alcançada por hospitais de excelência em trauma no mundo. (Diário de campo, 2013). A partir dos dados, dentre os aspectos identificados que interferem no significado da morte e como lidam com a sua comunicação, destacam-se:

- Cultura capitalista e institucional que tende a lutar contra a morte e silenciar as emoções;
- Atuação predominantemente técnica, segmentada e ancorada na cultura intervencionista irrefletida;
- Defasagem da formação biomédica sobre a morte e em habilidades interpessoais e comunicativas;
- Tempo, atenção e ambiente dedicados à medicina curativa e à emergência, utilizados como justificativa e “escudo” para não interagir;
- Grande demanda de trabalho devido ao quantitativo e à gravidade dos quadros traumáticos e clínicos;
- Após noticiar uma morte, o plantão prossegue;
- Ânimos exaltados de familiares e dos profissionais;
- Incipiência de concepções de morte como parte da vida e abordagens de dignidade de morte. Estranhamento em sustentar medidas não invasivas ou aceitar que um paciente está fora de possibilidades curativas;
- A maioria das mortes são abruptas, de pacientes jovens e previamente hígidos;
- Cobranças e pressões de outros médicos, da instituição, do sistema de saúde e de familiares;
- Dificuldade por visualizar a reação do outro ao receber a comunicação e lidar com choros, súplicas, desespero, negação dos diferentes atores;
- Situações pessoais e sociais que tornam a comunicação de determinadas mortes mais difícil, como a identificação do profissional em caso de morte de criança ou de trabalhador;
- Inexistência de construção de relacionamento e vínculo prévio com o paciente e a família/ responsável desconhecendo valores e informações individuais.

Semelhante aos resultados encontrados, em outros trabalhos, o contexto da emergência é descrito com: grande demanda de atendimento em volume e diversidade; profissionais sobrecarregados; população exigente; insuficiência do

espaço físico; ausência de privacidade; restrição de tempo; cuidado fragmentado; qualidade da assistência diminuída; falta de conhecimento sobre o paciente, a família e suas necessidades; falta de recursos materiais, humanos, psíquicos e de rede para contrarreferência (SILVA, RAMOS, 2014; DELL'ACQUA, TOME, POPIM, 2013). E especificamente a comunicação da morte é um desafio por ocorrer nos corredores, competindo com as ações em tempo real (LIMEHOUSE et al., 2012); acontecer em situação de dor severa, choque, ansiedade e desespero (NORDBY, NOHR, 2008); ser uma morte inesperada, difícil para os sobreviventes (SHOENBERGER et al. 2013); por outros fatores: culturais, falta de relacionamento prévio, limitação do ambiente e tempo, de privacidade e conforto aos familiares (LAMBDA et al., 2015; SHOENBERGER et al. 2013; FORERO et al., 2012). Trata-se de uma comunicação pobre, contraditória, imprecisa, onerosa para o paciente no fim de vida e sua família (REYNIERS et al., 2014; LIMEHOUSE et al., 2012).

Na emergência ainda é predominante o paradigma biomédico, um otimismo excessivo na biotecnologia e negação da morte, e à dificuldade de comunicação acerca da temática (ARIÈS, 2014; DELL'ACQUA, TOME, POPIM, 2013; AFONSO, MINAYO, 2013; ILLICH, 2003). Há um caráter coercitivo implícito ao médico estabelecido no paradigma biomédico, com foco na ressuscitação e aprimoramento da função de órgãos isolados (CAMARGO JR, 2013; FORERO et al., 2012).

### ***Os signos utilizados na comunicação da morte***

De acordo com a metodologia “signos, significados e ações”, o signo pode ter um valor de diagnóstico, interessante na compreensão da lógica de encadeamento (CORIN et al., 1992). Averigua-se que os médicos geralmente substituem a palavra morte por outro signo ao comunicar a morte, conforme detalhado no quadro 1.

**Quadro 1: Signos utilizados em substituição a palavra morte**

<b>Signos</b>	<b>Fragmentos das entrevistas</b>
Perdemos; não foi possível; não tive êxito; não consegui; não conseguimos.	"digo que infelizmente eu não tive êxito e o paciente veio a óbito" (E22, Clínica Médica, M, 33 anos). "Aí eu falo: olha, nós perdemos. Infelizmente nós estávamos numa luta danada para mantê-lo vivo, mas nós não conseguimos" (E33, Terapia Intensiva, F, 34 anos)
Partiu; incompatível com a vida.	"infelizmente ele já partiu" (E41, Clínica Médica, M, 38 anos) "digo que ele é incompatível com a vida." (E8, Cirurgia Geral, M, 58 anos)
Faleceu; não resistiu; não aguentou; ele não respondeu	"ele faleceu" (E4, Anestesiologia, F, 33 anos) "Geralmente eu falo que 'infelizmente ele não resistiu e acabou falecendo'" (E11, Cirurgia Geral, M, 39 anos)
Tentamos de tudo; ele lutou, nós lutamos; ele complicou	"nós fizemos todas as tentativas possíveis para reverter as lesões e as complicações, mas infelizmente ele não respondeu a nenhuma das nossas tentativas e foi a óbito" (E37, Pediatra, F, 58 anos) "a lesão foi muito mais forte que o doente, ele lutou, lutou, nós lutamos, mas doença foi muito mais forte do que ele." (E41, Clínica Médica, M, 38 anos)
Aconteceu o pior; a notícia não é boa	"infelizmente aconteceu o pior e o paciente faleceu." (E31, Clínica Médica, M, 58 anos) "digo que infelizmente as notícias não são boas, depois explico tecnicamente o que aconteceu, volta na evolução do paciente. Eu falo que a notícia não é boa e tudo." (E20, Clínica Médica, F, 47 anos)
Sobreviveria vegetando; ele estava sofrendo	"se ele tivesse sobrevivido ele iria sobreviver vegetando (...) Para ele é melhor ir do que vegetar (...) se ele sobrevivesse ele iria sobreviver as custas de sequelas irreversíveis." (E19, Neurocirurgia, M, 32 anos) "Eu costumo mostrar o outro lado, dizer que o paciente estava sofrendo muito" (E32, Clínica Médica, F, 56 anos).

Fonte: Elaborado pelas autoras nesta pesquisa.

Observa-se que o universo dos signos relevantes para os interlocutores se apoia no corpo físico, no biológico, predomina a necessidade de intervir ao máximo para evitar a morte, sendo o médico visto como salvador e a morte como uma adversidade, o pior desfecho, uma má notícia. Por outro lado, e menos frequente, alguns profissionais, mais analíticos quanto ao processo vivenciado em sua prática, sinalizam que viver altamente sequelado ou sofrendo poderia ser pior que a morte, evidenciando os paradoxos do cotidiano na emergência.

Os signos utilizados no cenário substituem a palavra morte, tabu inominável, que assusta, causa vergonha, sofrimento e é "estranho" ao médico (SILVA, MENEZES, 2015; REYNIERS et al., 2014). Trata-se de uma estratégia e reação emocional para afastar a angústia e amenizar a percepção de fracasso e impotência da medicina (SILVA, MENEZES, 2015; MONTEIRO et al., 2015; ARIÈS, 2014), que pode resultar em distúrbios na comunicação (MONTEIRO et al., 2015). Percebe-se também que o sentido da comunicação é construído no contexto, a fala progressiva sobre a gravidade e o aspecto cultural compartilhado na interação dos atores por

vezes possibilita a transmissão da mensagem. O uso de eufemismos na sintática da comunicação de notícias difíceis visa amenizar o impacto da notícia, mas os aspectos semânticos continuam os mesmos, servindo mais ao profissional que ao receptor da mensagem (TAPAJÓS, 2007).

É recorrente o uso de eufemismo, apesar de orientações para falar diretamente sobre a morte (PEREIRA et al., 2017; FALCONI CHALCO, 2013; SHOENBERGER et al. 2013). Alguns utilizam o termo “morte”, somente quando tentativas de explicação anteriores não foram compreendidas e outros negam-se a falar: “Eu sou muito clara, não uso muito a palavra morte, mas sim, não resistiu, faleceu” (E30, Clínica Médica, F, 44 anos). Visualiza-se que lidar com a morte é construção sócio-histórica e cultural. No hospital, nomear a morte é culturalmente embaraçoso e desconfortável (PITTA, 2016; ARIÈS, 2014), uma palavra com significações que não fluem livremente.

Predominantemente os médicos responsabilizam-se com uma morte fragmentada, objetivada, em razão de opções realizadas por cada especialista e como resultado individual como transparece na fala “lutei e perdi”. Fruto da formação biomédica, pois a decisão compartilhada pouco aparece. Contudo, os interlocutores assumem que comunicar a morte deveria ser uma tarefa conjunta dos profissionais envolvidos na assistência ao paciente.

### ***Significados atribuídos à comunicação da morte: o paradigma biomédico e seus paradoxos***

Os médicos na emergência vivenciam o processo comunicar a morte como algo difícil, complexo, envolto por significados. Ao responder o que é a morte e como lidam com esse fenômeno, médicos de diferentes gêneros, idades e especialidades esclarecem:

A morte é o fim, eu não consigo vislumbrar muito o que vem depois. E nós médicos brigamos muito para não ter óbito, até excedemos em investimento e não podemos deixar aquilo acontecer. É muito doído para o médico perder um paciente. (...) Até o paciente ir a óbito é uma luta, tanto uma luta para deixar o paciente vivo, como também uma luta interna “eu não posso deixar esse paciente morrer”. A gente não consegue ter

um desapego como deveria. Eu acho que isso é reforçado pela sociedade ocidental, onde as pessoas não aceitam a morte. (E3, Anestesiologia, F, 42 anos)

Na verdade, a crença de que existe uma outra vida e que existe uma continuidade é propagada em filmes, e dada nos veículos religiosos que destoa, eu acho, do comportamento das pessoas. Embora seja passada essa forma sutil e poetizada da morte, ela é ainda algo que amedronta, algo que não é fácil de lidar. (E6, Anestesiologia, M, 33 anos)

Claro que a gente tem dificuldades em lidar com limites, na medicina a gente às vezes passa do limite em muitos aspectos, muitos plantonistas têm essa coisa: ah, vou passar esse paciente para o próximo plantão, ele não vai morrer no meu plantão. (...) Passar o paciente por não querer que ele morra no seu plantão, porque vão falar que eu sou um mau médico, daí eu tenho que dar a notícia para a família e eu não quero passar por isso. (E40, Clínica Médica, M, 29 anos)

Esses fragmentos refletem o modo típico de pensar a morte pelos médicos na emergência, sendo sua comunicação um desafio. Observa-se o sofrimento por ser o portador oficial da notícia da morte. Visualiza-se em campo que as múltiplas significações pessoais, culturais, religiosas em torno da morte coexistem com a lógica biomédica, muitas vezes de modo ambivalente. Dentre as motivações para as dificuldades dos médicos diante da morte encontram-se as expectativas do saber biomédico e da sociedade em salvar vidas, principalmente nos serviços de emergência. Não sabem como comunicar algo que não lhes foi apresentado como uma possibilidade do cuidado médico, em virtude da frágil discussão sobre a morte. Sofrem com a sua mortalidade, falibilidade e limites que cada morte vivenciada na emergência lhes obriga a admitir e comunicar. Relatam carregar “sacos de vida e mortes”, “armários com suas mortes e histórias” (Diário de campo, 2013). Reveem as mortes dos pacientes assistidos, sentem-se angustiados e culpados porque na lógica biomédica algo deveria ter sido feito e frustrados especialmente quando se envolvem ou identificam com o momento de vida do paciente e da família.

Para a emergência e o modelo médico hegemônico – biomédico - a visão predominante é da morte como uma disfunção orgânica, a ser tratada e evitada com todas as forças (REYNIERS et al., 2014; DELL’ACQUA, TOME, POPIM, 2013; TIMMERMANS, 2005; ILLICH, 2003), por isso nota-se uma satisfação do profissional

quando consegue a sobrevivência e sentimentos de insucesso, fracasso e impotência quando a morte prevalece (AREDES E MODESTO, 2016; SILVA, MENEZES, 2015; ARIÈS, 2014; MINAYO, 2013). O cenário é de uma medicina que é vivenciada no hospital de emergência, cuja cultura organizacional é de agir rápido para salvar vidas (DESLANDES, 2002), usualmente o moribundo é visto como testemunha da derrota da medicina na luta contra a morte (PITTA, 2016; MONTEIRO et al., 2015; ARIÈS, 2014; AFONSO, MINAYO, 2013; ILLICH, 2003). A medicina na emergência também deveria julgar quando abandonar o modelo curativo (LIMEHOUSE et al., 2012), porém em campo observa-se que a morte deixa o médico duplamente desconfortável, por ferir sua expectativa de sobrevivência do paciente e por gerar a demanda da comunicação do óbito à família (MONTEIRO et al., 2015). Nessa lógica biomédica, limita-se a função dos médicos à domesticar a morte (PITTA, 2016; ARIÈS, 2014; DELL'ACQUA, TOME, POPIM, 2013; ILLICH, 2003), encaixá-la na rotina hospitalar e enquadrá-la ao modo culturalmente aceito (TIMMERMANS, 2005). Justificam o procrastinar a morte para garantir à família ter utilizado todos os recursos disponíveis e possibilitar receber melhor e gradual a comunicação, semelhante à Falconi Chalco (2013) e Limehouse et al. (2012). Porém nesse movimento, definem intervenções técnicas, mas não indagam sobre seu limite diante da morte, sobre os efeitos desse prolongamento da morte nos familiares e sobre o que é a vida não só no âmbito biológico, mas no desenvolvimento de papéis sociais

### ***As reações: emoções ao comunicar a morte ao familiar***

Visualizam-se as reações vivenciadas no processo comunicação da morte por médicos que atuam na emergência brasileira, sintetizadas no quadro 2.

Quadro 2: Reações relatada ao comunicar a morte

Reações	Fragmentos das entrevistas
<b>Chorar</b>	“Eu quase sempre me emociono, tem dia que eu consigo ser durona, tem dia que não.” (E5, Anestesiologia, F, 32 anos) “Muitas vezes a gente vai para o banheiro, chora, e depois volta fazendo cara de paisagem.” (E7, Anestesiologia, F, 35 anos) “Teve um menino de uns 8 anos, ele teve um traumatismo bobo, ele caiu do cavalo, o cérebro dele inchou muito, eu coloquei um monitor de pressão intra-craniana, depois ele começou a inchar muito e tivemos que fazer uma cirurgia descompressiva e ele morreu um tempo depois. Ele teve a princípio um inchaço cerebral, eu até falei para a família que ia dar tudo certo, porque não era muito grave, mas deu tudo completamente errado, e a família veio atrás de mim, veio agradecer, eu ficava me perguntando porque eles estavam me agradecendo, porque eu tinha dito que ia dar tudo certo, mas deu tudo errado e a família me deu alguns poemas que esse menino fez e eu tenho isso guardado até hoje (se emociona). E isso é surpreendente porque há estudos, pesquisas que revelam o que vai dar certo e o que cai dar errado, então quando dá errado quando era para dar certo a gente fica muito assustado.” (E18, Neurocirurgia, M, 34 anos) “Muitas vezes eu encho os olhos d’água, choro junto.” (E28, Terapia Intensiva, F, 49 anos)
<b>Angustiar-se</b>	“Não vou dizer que é fácil, porque toda vez que tenho que dar notícia para alguém me dá um aperto no peito.” (E4, Anestesiologia, F, 33 anos) “Não acostumo mesmo, toda vez que no nosso serviço falece algum paciente eu fico angustiado por ter que dar a notícia. Então, quando o paciente falece, liga para a família e o pessoal me fala: oh, a família do paciente está lá esperando a notícia. Essa parte é a mais triste, é a pior hora do plantão médico, da atuação médica, da nossa profissão. Dar essa notícia me deixa sempre muito chateado. (...) E chega aqui você tem que falar que o doente morreu, isso é muito difícil, é muito triste. (...) É difícil dar uma notícia para família de um óbito de criança, ainda mais uma criança saudável, sem doença nenhuma, é picada por um escorpião e morre.” (E35, Clínica Médica, M, 69 anos)
<b>Desculpar-se</b>	“A medida em que eu comuniquei a parte final do falecimento, eu viro para eles, peço desculpas (...) eu sempre acho que eu podia ter feito mais.” (E16, Neurocirurgia, M, 32 anos)
<b>Desgastar-se</b>	“É uma coisa que consome bastante, tira as energias da gente.” (E21, Clínica Médica, M, 34 anos)
<b>Fugir</b>	“O residente pode dar a notícia, mas na maioria das vezes ele foge, você vê muito residente fugindo, é a hora mais temida: a do óbito.” (E34, Clínica Médica, F, 29 anos)
<b>Esconder-se</b>	“O médico de pronto socorro coloca um escudo na frente dele, que é o escudo da urgência e da emergência (...) Mas é o escudo, é para não se expor, para não perder tempo, para não se desgastar, não sofrer, para deixar as suas questões de morte guardadas.” (E33, Terapia Intensiva, F, 34 anos)
<b>Incomodar-se</b>	“Agradável não é (...). Ninguém gosta disso, mas faz parte (...) eu preferiria que ninguém morresse no meu plantão, mas eu não sou mágico para conseguir isso.” (E10, Cirurgia Geral, M, 39 anos)
<b>Rezar</b>	“Eu rezo para não ter que me apresentar na hora do óbito.” (E36, Pediatria, M, 46 anos)

Fonte: Elaborado pelas autoras nesta pesquisa.

Assim, na relação e na comunicação o médico reconhece e é tocado pela reação do outro, trata-se de uma experiência afetiva, como aparece:

Na parte profissional, eu me sinto um pouco preparada, mas toda vez que eu vou dar notícia de óbito para uma família, meu



olho acaba enchendo de lágrima, eu fico meio engasgada com toda aquela dor ali na minha frente. (E42, Clínica Médica, F, 28 anos)

Nota-se o paradoxo entre o profissional - frente o moribundo que ele reconhece como um caso, um órgão, segundo os preceitos biomédicos – e o ser humano – a morte como impensável e traumática; dotado de emoções e compaixão (LE BRETON, 2009). Os médicos adiam ao máximo comunicar a morte por receio de se envolverem na cadeia de emoções e perder o autocontrole (ARIÈS, 2014), é profissional, mas concomitante é uma pessoa inserida culturalmente.

Uma das maneiras de agir é assumindo o papel de “agenciador da esperança” (Diário de campo, 2013) e também por isso não se sentem confortáveis em comunicar a morte. A sociedade ocidental recusa-se a reconhecer o luto, interdita as manifestações das emoções, o hospital silencia essas emoções, que soam como inadequadas seja por parte do doente, de seus familiares ou dos profissionais (SILVA, MENEZES, 2015; ARIÈS, 2014; LE BRETON, 2009). A prática comunicativa sobre a morte ultrapassa a delimitação informacional de transmissão de mensagens e a interpreta como interação complexa e com significados entre sujeitos culturais (AREDES E MODESTO, 2016; PITTA, 2016) evidenciando a tensão estruturante entre o saber e o sentir evitados pela biomedicina (STELET, CASTIEL, MORAES, 2017).

A morte aparece como terreno obrigatório de expressão de emoções, sendo culturalmente previsto o modo de se portar perante o moribundo e seus familiares, sendo vivenciados pelos profissionais de modo contraditório (TIMMERMANS, 2005). Há o imperativo de envolvimento emocional nas interações e mesmo nas decisões mais racionais o indivíduo está presente afetivamente no mundo e sofre influência dos acontecimentos. Dessa forma, o profissional médico é confrontado diariamente com o sofrimento próprio e alheio (LE BRETON, 2009). E mesmo que ambivalente, o saber-fazer médico deve aliar a técnica do modelo biomédico à capacidade de ser “humano” integrando a totalidade humana e possibilitando o cuidado (AFONSO, MINAYO, 2013; LE BRETON, 2009). Similarmente, frente à morte no departamento de emergência, os profissionais relatam o sentimento de não ter cumprido seu dever de salvar vidas, tristeza, impotência, perda, fracasso, decepção, desgaste, fadiga, adoecimento, *burnout*, insônia, frustração, medo, ansiedade,

estresse, automatismo, angústia, compaixão, conflito, desamparo, vivência de luto, sofrimento pela própria mortalidade, dificuldade em lidar com a reação de dor do familiar e com os interrogatórios quando a causa da morte é desconhecida (LAMBA et al., 2015; SILVA, RAMOS, 2014; SHOENBERGER et al. 2013).

Perguntada acerca da dificuldade em comunicar a morte, esta médica esclarece:

Não tenho dificuldade de dar a notícia. Quando é um caso muito grave, às vezes, a gente fica mais tenso (...) eu não tenho dificuldade em abordar a pessoa, mas, às vezes tenho dificuldade em dar a notícia ruim. (...) Não tem jeito, e é complicado, pois não é fácil você dar a notícia de um óbito, principalmente aqueles bem inesperados. (...) Depois que disse que seu filho morreu e ele ficou olhando para mim, eu fui chamar a assistente social e fui ao banheiro chorar sozinha, eu não tinha o que fazer mais. (E23, Clínica Médica, F, 57 anos)

Revela-se, portanto, a contradição entre a fala e a ação. Inverso ao que é superficialmente observado, apreendido e esperado da atuação do médico na emergência, como sujeitos frios, durões, essa significação se contrapõe ao modo como agem – ainda que escondido no hospital, durante as entrevistas ou mesmo em casa. Discute-se a fuga das emoções por parte dos profissionais de saúde, o uso de “máscaras” para administrar seu afeto e de mecanismos defensivos para minimizar as condições de trabalho desfavoráveis (AREDES E MODESTO, 2016; PITTA, 2016; MONTEIRO et al., 2015; DELL'ACQUA, TOME, POPIM, 2013; DESLANDES, 2002), bem como a sobrecarga emocional em seu trabalho (PITTA, 2016; LAMBA et al., 2015).

Além da natureza intimidadora da morte, com ela alguns profissionais relatam reformular sua experiência moral, pessoal e profissional; aprender sobre os campos da medicina (DELL'ACQUA, TOME, POPIM, 2013). Discute-se ainda que a atitude em relação aos cuidados no fim de vida está mudando inclusive nos hospitais de agudos (REYNIERS et al., 2014). Porém, em campo, as significações e ações evidenciam ainda a incipiência da lógica de dignidade de vida e morte. Vale a afirmação de que ainda há muito para ser desmistificar e discutir tanto na comunidade leiga como também na comunidade médica nos aspectos relacionados a morte (SANTOS, MORAES, MASSAROLLO, 2012).

A cultura prescreve a tarefa do médico diante da morte, demarca como os indivíduos devem agir e as relações afetivas. Na emergência, a morte ainda é um tabu, significada principalmente por meio do discurso biomédico e as emoções vivenciadas são silenciadas. Assim, a comunicação da morte aparece como difícil, complexa e contraditória em seu fazer profissional.

Diversas causas e mortes ocorrem na emergência – limitação de alcançar a amplitude das especificidades na discussão no cenário eleito. Percebe-se que a ação diante da comunicação da morte também sofre a influência de quem é a pessoa que morre, em qual situação, contexto e local a morte ocorre. Há construção de outros significados aos interlocutores segundo os quais determinadas mortes são insuportáveis, esperadas ou desejadas, e será discutido em outro artigo. Uma das limitações deste estudo é não investigar a recepção da comunicação, a eficácia ou educação em habilidades comunicativas. Interessava-se compreender a interpretação do fenômeno pelos médicos, suas vozes, vivência datada pela cultura e sócio histórica, no contexto atual de um serviço de emergência hospitalar brasileiro.

### **Considerações Finais**

Neste estudo visualiza-se que a morte ainda mantém-se como um tabu nas emergências e o processo de comunicar a morte aos familiares é uma dificuldade que precisa ser mais trabalhada. Nesse processo, atenta-se que comunicar a morte não apenas como uma informação técnica e o modelo biomédico é insuficiente, trata-se de uma experiência mergulhada ao significado cultural e que ocorre dissimulada, com dificuldades e ambivalências na emergência. As dificuldades com a comunicação da morte não são necessariamente no campo informacional, de repasse da notificação do óbito, mas como se dá o processo de interação e acerca da temática contextualizada à situação. Observa-se que a prescrição e protocolos de como agir para comunicar a morte subestimam a complexidade da vivência, deixa de considerar a experiência: os aspectos psicossociais, a interação, o simbólico, a cultura e os valores.

Os interlocutores problematizam a visão popular que o médico é frio e ao invés de um padrão fixo, discutem a medicina como seu trabalho, o distanciamento

como recurso para manter-se técnico e mecanismo defensivo para lidar com a sobrecarga emocional. Embora sustentem e demonstrem que nem sempre conseguem porque são concomitantes profissionais e seres humanos. Mesmo os profissionais que afirmam não se envolverem pelo convívio rápido como plantonista e os inúmeros atendimentos na emergência relatam situações em que não conseguem se manter neutros, e se emocionam. Sentem as mortes não como um parente, mas como um profissional e como ser humano, buscam manter o raciocínio técnico embora não se acostumem com as mortes. Em campo, os médicos transparecem que também sofrem e muitas vezes não estão autorizados a demonstrar seu sentimento. Assim, evidencia-se que embora o paradigma biomédico seja hegemônico na emergência, é complexa atuação médica nesse cenário.

Comunicar a morte é comunicar o inominável, o que sua profissão quer evitar a todo custo e que perdeu a queda de braço. A morte apresenta-se como um fracasso pessoal do profissional, que não indaga sobre o limite da medicina e de seu fazer profissional, bem como acerca dos efeitos adversos da obstinação terapêutica nos pacientes e familiares. A cultura biomédica é vinculada em sua gênese e paradoxos à cultura ocidental capitalista. Os modos de pensar e agir culturalmente estabelecidos em um hospital de emergência evidenciam que o que está moralmente em jogo ao comunicar a morte não é a naturalidade da finitude dos seres vivos, mas sim a impossibilidade médica de salvar e a intersubjetividade de todos os envolvidos. Os signos sobre a morte demonstram-na como um discurso excluído, os significados embasam-se na biomedicina, as ações realçam que não se trata exclusivamente do campo biológico: a morte deflagra o sujeito cultural e as emoções dos que interagem no processo comunicacional.

Visualiza-se ainda a lacuna no cuidado dirigido à família, a necessidade de abordagens de dignidade de vida e de morte, e a incipiência da humanização. Neste contexto, as dificuldades com a morte em cascata influenciam nas habilidades interpessoais e comunicacionais. Os profissionais demandam que a comunicação da morte seja realizada pela equipe envolvida na assistência do paciente e não apenas responsabilidade de um profissional. A discussão elucida elementos que podem

subsidiar intervenções, planejamento e gestão na atenção à saúde, no âmbito da educação, saúde do trabalhador e organização do serviço de emergência.

### **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.

ALELWANI, S.M.; AHMED, Y. A. Medical training for communication of bad news: a literature review. **Internacional Journal of Health Promotion and Education**, v.3, n.51, p.1-5, June 2014.

ARAÚJO, I.S.; CARDOSO, J.M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, 152p. (Coleção Temas em Saúde)

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. **O homem diante da morte**. 1ed. Tradução: Ribeiro, L. São Paulo: Unesp; 2014. 837p.

ASCENCIO-ROMERO, M.C. et al. Brindar malas noticias en la sala de emergencias. **An Fac Med.**, v.76, n.1, p.85–6, 2015.

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

CORIN, E. et al. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. **Psychopathologie Africaine**, v.24, n.2, p.183–204, 1992.

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. 194p.

FALCONI CHALCO, E.M. Guía para comunicar a familiares la muerte repentina en emergencia. **Anales de la Facultad de Medicina**, v.74, n.3, p.217–220, jul. 2013.

FORERO, R. et al. A literature review on care at the end-of-life in the Emergency Department. **Emergency Medicine International**, Article ID 486516, 11p. 2012.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989. 213p. (Antropologia Social)

ILLICH, I. Medical nemesis. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v.57, n.12, p.919–922, 2003.

LAMBA, S. et al. Structured communication: teaching delivery of difficult news with simulated resuscitations in na Emergency Medicine Clerkship. **Western Journal of Emergency Medicine**, v.16, n.2, p.344-352, 2015.

LE BRETON, D. **As Paixões Ordinárias: Antropologia das Emoções**. Tradução: Peretti, L.A.S. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. 276p.

LIMEHOUSE, W.E. et al. 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.

MINAYO, M.C.S. Cuidar do processo de morrer e do luto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.9, p. 0–0, 2013.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v.5, n.7, p.1-12, 2017.

MONTEIRO, D.T. et al. Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.15, n.2, p 547–567, 2015.

NORDBY, H.; NOHR, O. Communication and empathy in an emergency setting involving persons in crisis. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, v.16, n.5, 2008.

PATTON, M.Q. **Qualitative research and evaluation methods**. 3ed. Londres: Sage Publications, 2002. 598p.

PEREIRA, C.R. et al. The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.63, n.1, p.43–49, 2017.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 7ª ed. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2016. 198p.

REYNIERS, T. et al. 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.

SANTOS, M.J.M; MORAES, E.L.; MASSAROLLO, M.C.K. Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. **Mundo saúde**; v.36, n.1, p.34-40, 2012.

SHOENBERGER, J.M et al. Death notification in the emergency department: 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, p.265–285, 2015.

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.

STELET, BP; CASTIEL, L.D., MORAES, D.R. Análise e o ensino da comunicação clínica na prática médica. **Cad Saúde Pública**, v.33, n.2, e00154016, 2017.

TAPAJÓS, R. A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana: o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.21, p.165–172, 2007.

TIMMERMANS, S. Death brokering: constructing culturally appropriate deaths. **Sociology of Health & Illness**, p.993-1013, 2005

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.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte é condição humana e sua vivência é arraigada no contexto sociocultural. De modo que, a morte na emergência é percebida pelos médicos como um fenômeno técnico e como um fracasso médico, próprio do paradigma biomédico que influencia diversas carreiras em saúde. Há paradoxos no modo como os médicos significam e agem frente a comunicação da morte. Lutam pela sobrevivência pela identificação com o lema “salvar vidas” da formação biomédica e do contexto institucional da emergência. Manifestam emoções ao deparar-se com a morte e vivenciam a comunicação da morte como um árduo desafio. Contudo, observa-se que as mortes não são todas iguais, é atribuído um valor moral às dadas circunstâncias.

O trabalho na emergência realça não só as potencialidades, como os limites, desafios e sofrimentos da medicina, até então ignorados ou também silenciados pelo profissional. A morte deflagra a humanidade e os sentimentos do paciente, da família e do médico que não cabem nas padronizações objetivas e positivistas da biomedicina. O sofrimento da família escancara o paciente como sujeito sócio-histórico e como espelho adentra a dimensão subjetiva do médico - tanto na possibilidade da sua própria morte e da de seus entes queridos, quanto nas diversas mortes com que tem que lidar em sua atuação profissional.

Embora externa ao campo, vivenciei esta pesquisa de modo denso e com aprendizados tanto em virtude dos afetos envolvidos na temática, minha subjetividade e experiência quanto na coerência metodológica de imersão e interpretação da visão de interlocutores, que inicialmente me eram distantes. Após descortinar e compreender os automatismos a respeito do processo de notificar a morte, percebe-se que as ações pessoais dos médicos acerca das dificuldades e desafios estão inseridos em uma lógica cultural. A partir de relatos das experiências cotidianas, escutou-se o coro dos médicos da emergência evidenciando a necessidade de discussão sobre a comunicação da morte considerando os significados por eles atribuídos.

A partir desta pesquisa, indagações surgem com contornos mais expressivos: se há espaço na lógica biomédica de preparação para a morte, que não seja

instrumental e mutilada da dimensão humana, social, intersubjetiva e emocional; nesse paradigma há espaço real para a humanização e atuação interdisciplinar; e quem tem o papel e possibilidades para comunicar a morte.

No cenário pesquisado observa-se também que, a aproximação da abordagem de dignidade de vida e de morte ainda é incipiente. Bem como, visualiza-se a lacuna na comunicação dirigida ao paciente e à família na emergência. Observa-se falta de tempo para interagir e barreiras em escutar o paciente e seu familiar. Comunicar a morte é romper o silêncio em torno do tabu da morte que evidencia o fracasso da medicina no desempenho das funções impostas pelo sistema capitalista, bem como ter que lidar com a nossa própria finitude e angústia devido à ausência de um significante, é um processo que se dá com embaraços na emergência.

Apontamentos para a assistência nesta pesquisa é a riqueza de possibilidades de ações. Existe a necessidade de educação permanente na temática porque a morte é o não dito e embora não considerada como parte do trabalho da equipe é algo com que os profissionais necessitam lidar cotidianamente. A dificuldade em lidar com a morte, em cascata, influencia nas habilidades comunicativas, uma vez que um dos mecanismos defensivos é distanciar para não sofrer e assim interfere na possibilidade de execução da proposta, objetivos e princípios do Sistema Único de Saúde. Atenta-se a necessidade de equilíbrio entre a missão do hospital de emergência e a lógica de cuidados paliativos, que pode ser subsidio para melhor humanização da assistência. Assim também, observa-se que não falar, não poder sofrer tem consequência na saúde dos trabalhadores. Percebe-se que conforme o paradigma biomédico e em virtude da organização da assistência, as ações diante da morte adquirem um tom individual alertando para o papel da equipe e da dimensão multiprofissional. Relembra-se também que, embora este estudo tenha sido realizado com médicos há dinâmicas que tem interface com a formação em saúde e o processo de subjetivação em nossa sociedade.

Espera-se que esta pesquisa lance luz sob elementos que possam subsidiar intervenções, planejamento e gestão na atenção à saúde mais condizente a proposta e luta do Sistema Único de Saúde, seja no âmbito da educação

permanente, da saúde do trabalhador e da rotina institucional dos serviços de emergência.

## 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.
- ALELWANI, S.M.; AHMED, Y. A. Medical training for communication of bad news: a literature review. **Internacional Journal of Health Promotion and Education**, v.3, n.51, p.1-5, June 2014.
- ARAÚJO, I.S.; CARDOSO, J.M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, 152p. (Coleção Temas em Saúde)
- ARAÚJO, M.M.T de. A comunicação no processo de morrer. In: SANTOS, F. S. (Org) **Cuidados Paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. Atheneu. 2009. p.209-221.
- AREDES, J. S et al. Reflexões sobre um fazer etnográfico no pronto-socorro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.9, e00118016, 2017.
- 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. **Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média**. Lisboa: Editorial Teorema; 2ª ed. 1989.
- ARIÈS, P. **O homem diante da morte**. 1ed. Tradução: Ribeiro, L. São Paulo: Unesp; 2014. 837p.
- ASCENCIO-ROMERO, M.C. et al. Brindar malas noticias en la sala de emergencias. **An Fac Med.**, v.76, n.1, p.85–86, 2015.
- BÉLANGER, E. et al. Initiating decision-making conversations in palliative care: na ethnographic discourse analysis. **BMC Palliative Care**, v.13, n.63, 2014.
- BELLO S. et al. Estudio de las percepciones y actitudes del personal de una unidad hospitalaria frente a enfermos terminales. **Rev. chil. enferm. respir.**, v.25, n.2, p.91-98, 2009.
- BLOCH, L.V. Breaking the bad news when sudden death occurs. **Social Work in Health Care**, v.23, n.4, p.91-97, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 86p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Análise de situação das causas externas no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, p.241-266.

BONET, O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.123-150, 1999.

BOUSSO, R. S.; POLES, K. Comunicação e relacionamento com o orativo entre profissional, paciente e família: abordagem no contexto da Tanatologia. In: SANTOS, F. S. (Org) **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. Atheneu. 2009. p.193-208

BUTLER, J. Quadros de guerra: Quando a vida é passível de luto? 1ed. Tradução: Lamarão, T.N. e Cunha, A.M. Revisão da tradução: Vargas, M. e Revisão técnica: Rodrigues, C. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015. 287p.

CALLAHAN, D. "Once Again, Reality: The Lessons of the SUPPORT Study" **Hastings Center Report** v.25, n.6, p.33-36, 1995.

CAMARGO JR., K. R. de. A Biomedicina. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15(Suplemento), p.177-201, 2005.

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

CARREIRO, P. R. L. et al. Implantação de um registro de trauma em um hospital público brasileiro: os primeiros 1000 pacientes. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v.41, n.4, p.251-255, 2014.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. de S. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.8, p.1943-1954, 2012.

COLE, E; CRICHTON, N. The culture of a trauma team in relation to human factors. **Journal of Clinical Nursing**, v.15, p.1257-1266, 2006.

CONASS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. BRASIL. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.127p.

CONSORTE, J. A morte na prática médica. In: MARTINS, J.S (Orgs). **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1983, p.38-57.

CORIN, E. et al. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. **Psychopathologie Africaine**, v.24, n.2, p.183-204, 1992.

DEBERT, G.G. Uma dissolução da vida adulta e juventude como valor. **Horizontes Antropológicos**, v.16, n.34, p.49-70, 2010.

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.; MITRE, R.M.A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, supl.1, p.641-649, 2009.

DESLANDES, S.F. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 194p.

ELIAS, N. **A Solidão dos Moribundos**, seguido de “envelhecer e morrer”. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001. 107p.

FALCONI CHALCO, E.M. Guía para comunicar a familiares la muerte repentina en emergencia. **Anales de la Facultad de Medicina**, v.74, n.3, p.217–220, 2013.

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.

FORERO, R. et al. A literature review on care at the end-of-life in the Emergency Department. **Emergency Medicine International**, Article ID 486516, 11p. 2012.

FORTE, D. N. Estratégias de comunicação em Cuidados Paliativos. In: SANTOS, F. S. (Org) **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. Atheneu. 2009. p.223-231.

FHEMIG. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **2010 Melhores Práticas. Uma ideia a ser copiada**. Belo Horizonte - MG: FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Governo Estadual de Minas Gerais, Diretoria de desenvolvimento estratégico e pesquisa. 2010. 27p.

FHEMIG. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, PRODEMG. **Onda Vermelha do Hospital João XXIII apresenta índice de sobrevida superior ao dos melhores hospitais de trauma do mundo**. Belo Horizonte: FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. s/d. Disponível em: <<http://fhemig.mg.gov.br/pt/banco-sala-de-imprensa/2611-onda-vermelha-do-hospital-joao-xxiii-apresenta-indice-de-sobrevida-superior-ao-dos-melhores-hospitais-de-trauma-do-mundo>>. Acesso em: 23 jun. 2017a.

FHEMIG. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, PRODEMG. **Hospital João XXIII: complexo de urgência e emergência**. Belo

**Horizonte.** FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. s/d. Disponível em: <<http://fhemig.mg.gov.br/atendimento-hospitalar/complexo-de-urgencia-e-emergencia/hospital-joao-xxiii>>. Acesso em 23 jun 2017b.

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

GASWRYSZEWSK, V.P. et al. Acidentes e violências no Brasil: um panorama atual das mortes, internações hospitalares e atendimentos em serviços de urgência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009 : uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. p. 137-174 (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 1989. 213p. (Antropologia Social)

GIACOIA JÚNIOR, O. A visão da morte ao longo do tempo. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v.38, n 1, p 13–19, 2005.

GILMORE, T. Reflections on giving bad News. **Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine.** p.356-358, 2012.

GLASER, B.G; STRAUSS, A.L. Dying on Time: Arranging the final hours of life in a hospital. **Society. Trans-action**, v.2, n.4, p.27-31, 1965.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução: Lambert M. Rio de Janeiro: LTC, 1981. 123p.

HELMAN, C.H. Abrangência da antropologia médica. In.: HELMAN, C.H. Cultura, saúde & doença. 4ed. 1reimp. Tradução: Buchweitz, C.; Garcez, P.M. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.11-23

HELMAN, C.H. Interação médico-paciente. In.: HELMAN, C.H. Cultura, saúde & doença. 4ed. 1reimp. Tradução: Buchweitz, C.; Garcez, P.M. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.109-145.

HELMAN, C.H. Dor e cultura. In.: HELMAN, C.H. Cultura, saúde & doença. 4ed. 1reimp. Tradução: Buchweitz, C.; Garcez, P.M. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.170-179.

HELMAN, C.H. Ritual e manejo do infortúnio. In.: HELMAN, C.H. Cultura, saúde & doença. 4ed. 1reimp. Tradução: Buchweitz, C.; Garcez, P.M. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.205-221.

IGLESIAS, M. L.; LAFUENTE, A. Asistencia al paciente agónico que va a fallecer en urgencias. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, v.33, p.173–191, 2010.

ILLICH, I. Medical nemesis. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v.57, n.12, p.919–922, 2003.

JUNIOR, A. S.; ROLIM, L. C.; MORRONE, L. C. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.51, n.1, p.11-16, 2005.

JUNYAN, G.; JIANRON, W. Reply to death notification. **J Emerg Nurs**; v.38, n.5, p.417, 2012.

KLEINMAN, A. caregiving: its role in medicine and society in America and China. **Springer Ageing Int**, v.35, n.96, p.96-108, 2010.

KLEINMAN A, EISENBERG L, GOOD B. Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **The journal of lifelong learning in psychiatry**, v.4, n.1, p.140-149, 2006.

KLEINMAN, A.; BENSON, P. Culture, moral experience and medicine. **The Mount Sinai journal of medicine**, New York, n.6, v.73, p.834 -839, 2006.

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.

LAMBA, S.; MOSENTHAL, A. C. Hospice and palliative medicine: a novel subspecialty of emergency medicine. **J Emerg Med**; v.43, n.5, p.849-853, 2012.

LAMBA, S. et al. Structured communication: teaching delivery of difficult news with simulated resuscitations in na Emergency Medicine Clerkship. **Western Journal of Emergency Medicine**, v.16, n.2, p.344-352, 2015.

LE BRETON, D. **As Paixões Ordinárias: Antropologia das Emoções**. Tradução: Peretti, L.A.S. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. 276p.

LEVIN, T.T. et al. End-of-life communication in the intensive care unit. **Elsivier General Hospital Psychiatry**, v.32, p.433-442, 2010.

LIMEHOUSE, W. et al. A model for emergency department end-of-life communications after acute devastating events--part I: decision-making capacity, surrogates, and advance directives. **Academic Emergency Medicine**, v.19, n.9, E1068-72, 2012a.

LIMEHOUSE, W.E. et al. 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, 2012b.



LONG, A. et al. Quality of dying in the ICU: is it worse for patients admitted from the hospital ward compared to those admitted from the emergency department? **Intensive Care Med**, v.40, n.11, p.1688-1697, 2014.

LOWERY, D.S.; QUEST, T. E. Emergency medicine and palliative care. **Clin Geriatr Med**; v.31, n.2, p.295-303, 2015.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559p.

MARCO, C.A.; WETZEL, Lindsay R. Communication with survivors of motor vehicle crashes. **Emerg Med J**; v.29, n.8, p.626-929, 2012.

MARTINEZ, B. La muerte como *proceso*: una perspectiva antropológica. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.9, p.2681-2689, 2013.

MARTINS, J.S. Introdução. In: MARTINS, J.S (Orgs). **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1983, p.9-11.

MCKEOWN, K. et al. Determinants of care outcomes for patients who die in hospital in Ireland: a retrospective study. **BMC Palliat Care**, v.14, n.11, 2015.

MEDEIROS, L. A; LUSTOSA, M. A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Rev. SBPH**, v.14, n.2, p.203-227, 2011.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond: Fiocruz, 2004. 228p.

MENEZES, R. A. Díficeis Decisões: uma abordagem antropológica da Prática Médica em CTI. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.27-49, 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.

MINAYO, M.C.S. Cuidar do processo de morrer e do luto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.9, p. 0–0, 2013.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v.5, n.7, p.1-12, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SVS/DASIS/CGDANT. **VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes** (Inquérito): distribuição da escolaridade detalhada segundo estabelecimento de saúde. Ministério da Saúde, DATA SUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS: Brasil, 2011.

MONTEIRO, D.T. et al. Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.15, n.2, p 547–567, 2015.

MORIN, E. **O Homem e a morte**. Tradutor: Rodrigues, C.A. Rio de Janeiro: Imago, 1997. 356p.

MARROW, J. Telling relatives that a Family member has died suddenly. **Postgrad Med.**, v.72, p.413-418, 1996.

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. et al. Culture and health. **The Lancet**, v.384, n.9954, p.1607–1639, 2014.

NEVES, E.M. Alegorias sobre a morte: a solidariedade familiar na decisão do lugar de “bem morrer”. **Caderno Pós Ciências Sociais - São Luís**, v. 1, n. 2, p.55-74, 2004.

NORDBY, H.; NOHR, O. Communication and empathy in a emergency setting involving persons in crisis. **Scandinavian Journal of Trauma, Ressucitation and Emergency Medicine**, v.16, n.5, 2008.

PATTON, M.Q. **Qualitative research and evaluation methods**. 3ed. Londres: Sage Publications, 2002. 598p.

PERECHOCKY, A. et al. Piloting a medical student observational experience with hospital-based trauma chaplains. **J Surg Educ**, v.71, n.1, p.91-95, 2014.

PEREIRA, C.R. et al. The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.63, n.1, p.43–49, 2017.

PEREIRA, J. C. Procedimentos para lidar com o tabu da morte. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p.2699-2709, 2013.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 7ª ed. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2016. 198p.

PITTA, A.M.R. (Org). **Saúde & comunicação: visibilidades e silêncio**. São Paulo: Ed. HUCITEC/ ABRASCO, 1995, 293p.

REDLEY, B.; BEANLAND, C.; BOTTI, M. Accompanying critically ill relatives in emergency departments. **Journal of Advance Nursing**, v.44, n.1, p.88-98, 2003.

REYNIERS, T. et al. 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, C.B.; COELHO, M. C. **Antropologia das emoções**. Rio de Janeiro: FGV, 2010

RODRIGUES, J.C. **Tabu da morte**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 258 p. (Antropologia e saúde).

RODRIGUES, J. A morte como tabu. **Comciência**, 2014.

ROE, E. Practical Strategies for Death Notification in the Emergency Department. **Journal of Emergency Nursing**, v.38, n.2, p.130–134, 2012.

RUTKOWSKI, A. death notification in the Emergency Department. **Ann Emerg. Med.**, v.40, n.5, p.521-523, 2002.

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.

SALVATO, M.A.; FERREIRA, P.C.G.; DUARTE, A.J.M. O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. **Estud. Econ.**, v.40, n.4, p.753-791, 2010.

SANTOS, F.S. Um sentido para a vida e para a morte. In: SANTOS, F. S. (Org) **Cuidados Paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. Atheneu. 2009.

SANTOS, F.S. Apresentação. In: SANTOS, F. S. (Org) **Cuidados Paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. Atheneu. 2009.

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, 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.J.M; MORAES, E.L.; MASSAROLLO, M.C.K. Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. **Mundo saúde**; v.36, n.1, p.34-40, 2012.

SHOENBERGER, J.M et al. Death notification in the emergency departamento: survivors and physicians. **Western Journal of Emergency Medicine**, v.14, n.2, p.181-185, 2013.

SILVA, G. S. N. DA. **A construção do ser médico e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado**. Tese (doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, departamento de Medicina Preventiva. 2006, 294p.

SILVA, G.S.N.; AYRES, J.R.C.M. O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.34, n.4, p.487–496, 2010.

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, p.265–285, 2015.

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.

SHAH, K; SWINTON, M.; YOU, J.J. Barriers and facilitators for goals of care discussions between residents and hospitalised patients. **Postgrad Med J**; v.93, p.127-132, 2017.

SHEARER, F. M.; et al. Understanding emergency department staff needs and perceptions in the provision of palliative care. **Emergency Medicine Australasia**, v.26, 249–255, 2014.

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.

STOKES, S.L; WU, A.W.; PRONOVOST, P.J. Ethical and practical aspects of disclosing adverse events in the Emergency Department. **Emergency Medicine Clinics of North America**, v.24, p.703-714, 2006.

STONE, S.C. et al. Emergency Medicine Physicians’ Perspectives of Providing Palliative Care in an Emergency Department. **Journal Of Palliative Medicine**, v.14, n.12, p.1333-1338, 2011.

TAPAJÓS, R. A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana: o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.21, p.165–172, 2007.

TIMMERMANS, S. Death brokering: constructing culturally appropriate deaths. **Sociology of Health & Illness**, p.993-1013, 2005.

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.

VENKAT, A et al. Ethical controversies surrounding the management of potential organ donors in the emergency department. **J Emerg Med**, v.47, n.2, p.232-236, 2014.

VICTORINO, AB et al. Como comunicar más noticias: revisão bibliográfica. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.10 n.1, 2007.

**ANEXO A: Submissão do artigo**

Gislaine Alves de Souza &lt;gislaine.as@gmail.com&gt;

**Manuscrito PHYSIS-2018-0004 submetido à Physis Revista de Saúde Coletiva | Manuscript PHYSIS-2018-0004 successfully submitted**

1 mensagem

Victor Ribeiro &lt;onbehalf@manuscriptcentral.com&gt;

4 de janeiro de 2018 às 11:26

Responder a: publicacoes@ims.uerj.br

Para: firmoj@minas.fiocruz.br

Cc: gislaine.as@gmail.com, kcgiaomin@hotmail.com, janainaaredes@gmail.com, firmoj@minas.fiocruz.br

[Versão em português | English version below]

Prezado(a) Sr(a). Josélia Firmo,

Seu manuscrito intitulado "Comunicação da morte: modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência" foi submetido com sucesso à Physis Revista de Saúde Coletiva.

O código identificador da submissão é PHYSIS-2018-0004. Ele deverá ser utilizado nas correspondências ou telefonemas relativos ao manuscrito.

Você pode checar a situação de sua submissão a qualquer momento acessando o portal ScholarOne (<https://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>) com seu login e senha.

Caso haja alguma alteração de seus dados cadastrais, por gentileza, acesse o portal e edite-os conforme a necessidade.

Agradecemos seu interesse em publicar pela Physis Revista de Saúde Coletiva.

Atenciosamente,

Secretaria editorial  
Physis Revista de Saúde Coletiva

04-Jan-2018

Dear Dr. Firmo:

Your manuscript entitled "Comunicação da morte: modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Physis Revista de Saúde Coletiva.

Your manuscript ID is PHYSIS-2018-0004.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Physis Revista de Saúde Coletiva.

Sincerely,

Physis Revista de Saúde Coletiva Editorial Office

## 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 referentes 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.

  
Vanderson Assis Romualdo  
Coordenador  
Comitê de Ética em Pesquisa / FHEMIG

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

SIPRO: 2912812012-7

Alameda Vereador Álvaro Celso, 100 - Santa Efigênia - Belo Horizonte/MG  
CEP: 30150-200 - Fone: 0(xx)31 3238-8500 - Fax: 0(xx)31 3239-0579  
Site: <http://www.fhemig.mg.gov.br/> E-mail: [fhemig@fhemig.mg.gov.br](mailto:fhemig@fhemig.mg.gov.br)

## ANEXO C: Aprovação Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais

Você está em: Público > Confirmar Aprovação pelo CAAE ou Parecer

### CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CAAE OU PARECER

Informe o número do CAAE ou do Parecer:

Número do CAAE:

03751612.0.0000.5149

Número do Parecer:

Pesquisar

*Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.*

### DETALHAMENTO

Título do Projeto de Pesquisa:

VIDAS EM RISCO: uma abordagem antropológica sobre as representações da morte entre

Número do CAAE:

03751612.0.0000.5149

Número do Parecer:

87383

Quem Assinou o Parecer:

Maria Teresa Marques Amaral

Pesquisador Responsável:

ANA LÚCIA MODESTO

Data Início do Cronograma:

01/09/2012

Data Fim do Cronograma:

30/12/2013

Contato Público:

ANA LÚCIA MODESTO

Você está em: Público > Buscar Pesquisas Aprovadas > Detalhar Projeto de Pesquisa

### DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

#### - DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título Público: VIDAS EM RISCO: uma abordagem antropológica sobre as representações da morte entre médicos que trabalham em setores de urgência  
 Pesquisador Responsável: ANA LÚCIA MODESTO  
 Contato Público: ANA LÚCIA MODESTO  
 Condições de saúde ou problemas estudados:  
 Descritores CID - Gerais:  
 Descritores CID - Específicos:  
 Descritores CID - da Intervenção:  
 Data de Aprovação Ética do CEP/CONEP: 31/08/2012



#### - DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Nome da Instituição: PRO REITORIA DE PESQUISA  
 Cidade: BELO HORIZONTE

#### - DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética Responsável: 5149 - Universidade Federal de Minas Gerais  
 Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
 Telefone: (31)3409-4592  
 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

#### - CENTRO(S) PARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

#### - CENTRO(S) COPARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA



**ANEXO D: Autorização para utilização dos dados da pesquisa “Vidas em Risco: uma abordagem antropológica sobre as representações da morte entre médicos que trabalham em setores de urgência”**

**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**  
