



MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE

LANA LACERDA DE LIMA

**EDUCAÇÃO MÉDICA E FINITUDE DA VIDA: ABORDAGENS PARA MELHORIA
DE SABERES E PRÁTICAS**

Fortaleza

2018

LANA LACERDA DE LIMA

EDUCAÇÃO MÉDICA E FINITUDE DA VIDA: ABORDAGENS PARA MELHORIA DE
SABERES E PRÁTICAS

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Ensino em Saúde do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Annatália Meneses de Amorim Gomes.

Fortaleza

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha catalográfica elaborada por Dhanielle Sales Evangelista – CRB 3/854

L732e LIMA, Lana Lacerda de
Educação médica e finitude da vida: abordagens para melhoria dos saberes e práticas./ Lana Lacerda de Lima. – Fortaleza, 2017.
157f. ; il. color.

Dissertação (Mestrado), Centro Universitário Christus – Unichristus, Mestrado Profissional em Ensino em Saúde, Fortaleza, 2017.
Orientação: Annatália Meneses de Amorim Gomes
Área de concentração: Ensino em saúde

1. Ensino em saúde 2. Morte e morrer 3. Estudante de medicina
4. Atitude frente à morte I. GOMES, Annatália Meneses de Amorim
. II. Centro Universitário Christus III. Título

CDD 610

LANA LACERDA DE LIMA

EDUCAÇÃO MÉDICA E FINITUDE DA VIDA: ABORDAGENS PARA MELHORIA DE
SABERES E PRÁTICAS

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Ensino em Saúde do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Annatália Meneses de Amorim Gomes.

Aprovada em: 08/12/2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Annatália Meneses de Amorim Gomes
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Marcos Kubrusly
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

A Orlando Lacerda, meu pai, que mesmo semianalfabeto acreditava firmemente que somente a educação salva e que essa seria a única herança que ninguém tomaria de mim.

AGRADECIMENTOS

Minha relação com Deus é especial: nós nos entendemos. Tudo o que faço é em agradecimento pelo dom da vida e de todos os outros dons que me foram conferidos. Sou sua filha fiel e agradecida sempre.

Para chegar aqui hoje, contei com uma rede de proteção muito grande: minhas tias paternas, maravilhosas, que me aguentaram nos piores anos da adolescência, Odete, Oneide e Ocila. A vocês minha homenagem.

Amigos de infância que até hoje torcem por mim, vocês sabem quem são.

Familiares próximos e distantes que orbitam em minha volta e nas minhas lembranças.

Amigos de faculdade que se tornaram irmãos ao longo das décadas.

Aos professores que me moldaram na médica que sou hoje, especialmente Onofre Lopes Júnior.

Ao pessoal da secretaria do Mestrado da Unichristus, pelo apoio e pela disponibilidade.

Ao Dr. Marcos Kubrusly e Dr. Erasmo Miessa que prontamente aceitaram a tarefa de participar da banca de avaliação.

Aos professores que nos guiaram pelos caminhos da pós-graduação.

Dr. Hermano, sempre disponível, nos ajudando a decifrar os códigos numéricos.

Dra. Annatália Gomes que me guiou com firme doçura; sem você este estudo não existiria.

Aos colegas do Mestrado, que deixaram mais leve a jornada.

Por fim, a ele, que reúne todas as funções e predicativos: amigo, colega de mestrado e profissão, companheiro, apoiador, crítico e esposo amado, Diego Ariel. Obrigada pela paciência, pelos puxões de orelha, pela compreensão. Sua luz é meu guia nos dias escuros.

"O começo de todas as ciências é o espanto de as coisas serem o que são".

(Aristóteles)

RESUMO

Lidar com a morte e com o morrer é uma habilidade a ser desenvolvida pelos profissionais da Medicina. Este estudo objetiva analisar o processo de formação dos estudantes de Medicina frente à morte, visando uma proposta educativa. Trata-se de pesquisa descritiva e exploratória, com abordagens quantitativa e qualitativa. A população investigada foi composta por 104 estudantes matriculados no curso médico da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), na cidade de Mossoró. Obtiveram-se os dados por meio de questionário estruturado, grupo focal e depoimentos espontâneos, além de pesquisa em documentos do programa do curso. A coleta ocorreu entre março e agosto de 2017. A análise de dados foi subsidiada pela revisão da literatura, pelos dados estatísticos e pela técnica de análise de conteúdo temática de Minayo. Os dados numéricos foram dispostos em planilhas e organizados em gráficos e tabelas. O curso promove mudança de visão ao longo da evolução, significativa para 39,5% e pouca para outros 39,5%; 59,6% mencionaram contato inexistente com a morte na graduação, 54% dos estudantes se declararam despreparados para lidar com o tema, 70,1% relataram nenhum contato com pacientes fora de condições terapêuticas, 29,8% nunca participaram de discussões sobre finitude e 63,4 referiram participação ocasional. A parte qualitativa resultou em quatro categorias, em que se observou concordância acerca da necessidade de maior preparo para lidar com pacientes em processo de morte e morrer, sobre noção do que seria uma abordagem humanística, citaram disciplinas que discorriam sobre a temática, mas de forma pontual e esporádica, referiram carga excessiva de exigências que anulam a vida pessoal. Faz-se necessário o ensino da Tanatologia, através de vivências, debates, inclusão transversal nas disciplinas existentes, novas metodologias, visando desenvolver habilidades necessárias para formar um profissional capaz de lidar com essa fase tão sofrida da vida, pois ao se desenvolver competências como empatia e acolhimento, resgata-se o humano dentro de si.

Palavras-chave: Morte. Estudante de Medicina. Educação médica. Atitude frente à morte.

ABSTRACT

Dealing with death and dying is a skill to be developed by medical professionals. This study aims to analyze the process of training medical students against death aiming at an educational proposal. It is a descriptive and exploratory research with a quantitative and qualitative approach. The research population was composed of 104 students enrolled in the medical course of the State University of Rio Grande do Norte (UERN) in the city of Mossoró. The data were obtained through structured questionnaire, focus group and spontaneous testimonies, as well as research in the course syllabus. Data collection was supported by literature review, statistical data and Minayo thematic content analysis technique. The numerical data were arranged in spreadsheets and organized into charts and tables. The course promotes a change of vision throughout its evolution, significant to 39.5% and little to another 39.5%; 59.6% mentioned a non-existent contact with graduation death, 54% of the students said they were unprepared to deal with the topic, 70.1% reported no contact with patients outside the therapeutic conditions, 29.8% never participated in discussions about and 63.4 refer to occasional participation. The qualitative part resulted in 4 categories, where there was a concordance in the need of a greater preparation to deal with patients in process of death and dying, they have notion of what would be a humanistic approach, they cite disciplines that discuss the subject, but punctual and sporadic, refer to an excessive burden of demands that nullifies personal life. It is necessary to teach Tanatology, through experiences, debates, transversal inclusion in the existing disciplines, new methodologies, aiming to develop the necessary skills to train a professional able to deal with this phase so suffered from life, because when developing skills as empathy and acceptance, the human being is rescued within.

Keywords: Death. Student and medicine. Medical education. Attitude to death.

“O próprio viver é morrer, porque não temos um dia a mais na nossa vida que não a tenhamos, nisso, um dia a menos nela”.

(Fernando Pessoa)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	<i>Aesculapius Routing Death</i> (1822) – J.C. Bordier du Bignon....	15
Figura 2 –	Morte e Vida (1916) – Gustav Klimt.....	20
Figura 3 –	<i>The day of the dead</i> (1859)– William Adolphe Bouguereau.....	23
Gráfico 1 –	Distribuição da procedência dos estudantes de Medicina da UERN.....	40
Gráfico 2 –	Distribuição dos estudantes de Medicina por quadrimestre.....	42
Gráfico 3 –	Distribuição da escolaridade dos pais dos estudantes.....	43
Gráfico 4 –	Fase da vida na qual ocorreu primeiro contato dos estudantes de Medicina com a morte por quadrimestre do curso.....	45
Gráfico 5 –	Primeiro contato com a morte pelos estudantes de Medicina por quadrimestre do curso.....	45
Gráfico 6 –	Sentimentos vivenciados pelos estudantes de Medicina durante o primeiro contato com a morte por quadrimestre do curso.....	46
Gráfico 7 –	Mudança de visão acerca da morte durante por quadrimestre do curso de Medicina.....	47
Gráfico 8 –	Frequência de contato com a morte durante a graduação de Medicina por quadrimestre do curso.....	48
Gráfico 9 –	Grau de preparo dos estudantes de Medicina para lidar com a morte e o morrer por quadrimestre do curso.....	49
Gráfico 10 –	Vivências de situações com proposta de limite terapêutico segundo estudantes de Medicina por quadrimestre do curso...	50
Gráfico 11 –	Período de recordação da vivência de proposta de limite terapêutico segundo estudantes de Medicina por quadrimestre do curso.....	51
Gráfico 12 –	Enfoque para decisão do limite terapêutico por estudantes de medicina por quadrimestre do curso.....	52
Gráfico 13 –	Responsável pela decisão do limite terapêutico por quadrimestre do curso.....	53

Gráfico 14 –	Relação de confronto entre a incapacidade de cura e o aprendizado médico na visão de estudantes de Medicina por quadrimestre do curso.....	55
Quadro 1 –	Sugestões para formação médica que inclua o lidar com a morte no desenvolvimento das competências dos estudantes..	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Períodos e disciplinas em que a palavra “morte” é mencionada nas ementas do curso de Medicina da UERN.....	39
Tabela 2 –	Gênero dos participantes.....	39
Tabela 3 –	Distribuição da porcentagem por grupo racial dos estudantes de Medicina da UERN, 2017.....	41
Tabela 4 –	Distribuição da expressão religiosa/espiritualidade dos estudantes de Medicina da UERN.....	44
Tabela 5 –	Participação de discussões sobre terminalidade.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

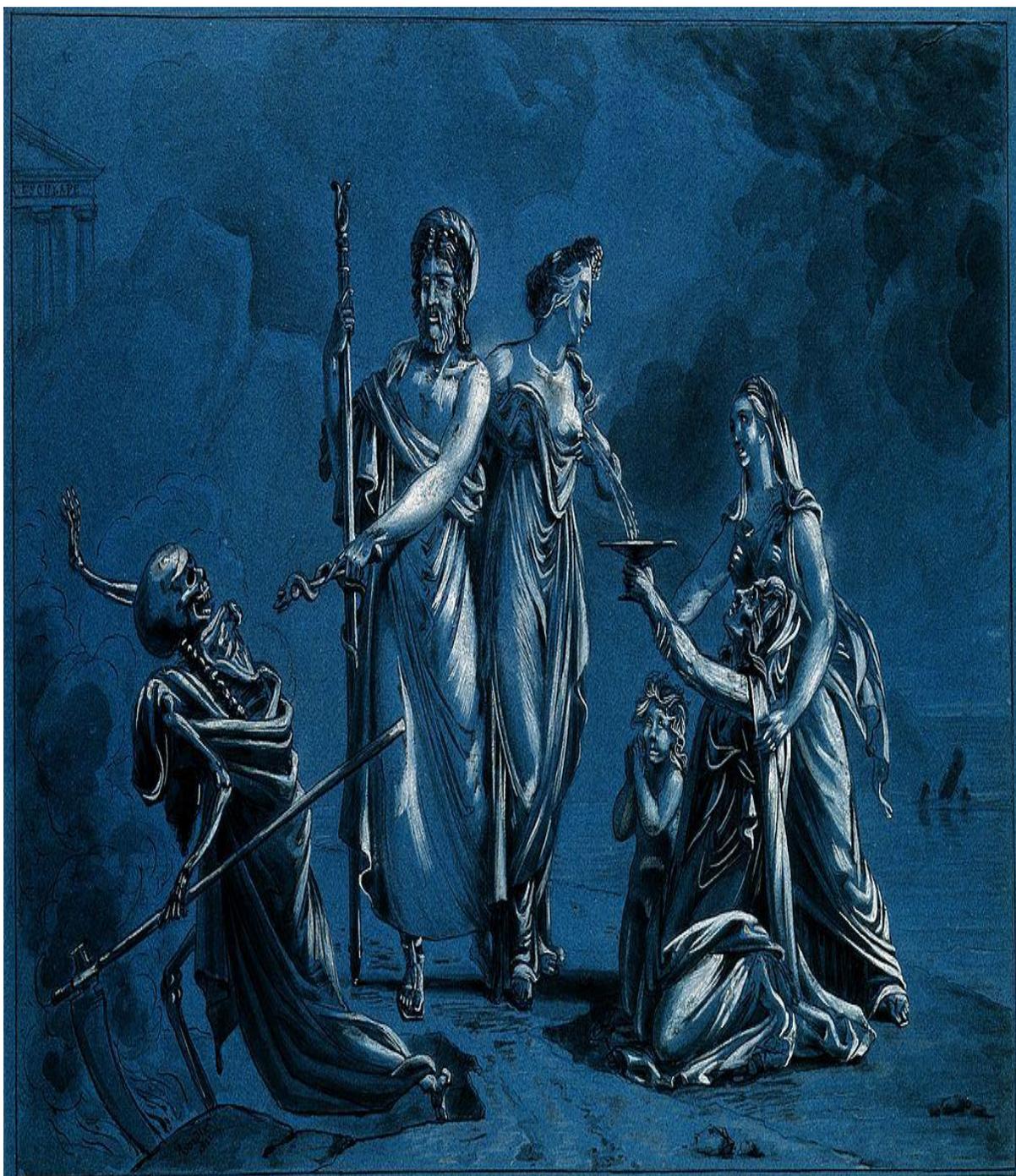
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
Art.	Artigo
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEE	Conselho Estadual de Educação
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Conselho Estadual de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
D (1-3)	Depoimento Escrito dos Estudantes
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
E (1-6)	Entrevista gravada dos Estudantes
EPM	Escola Paulista de Medicina
EUA	Estados Unidos da América
FACS	Faculdade de Ciências da Saúde
GF	Grupo Focal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEC	Ministério da Educação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERN	Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
UFERSA	Universidade Federal Rural do Semiárido
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNICHRISTUS	Centro Universitário Christus
UnP	Escola de Saúde da Universidade Potiguar
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	PROBLEMÁTICA.....	16
1.2	JUSTIFICATIVA.....	17
1.3	PRESSUPOSTO.....	19
2	OBJETIVOS	21
2.1	GERAL.....	21
2.2	ESPECÍFICOS.....	21
3	REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1	A MORTE E O MORRER NO CONTEMPORÂNEO.....	24
3.2	O LIMITE TERAPÊUTICO E O DILEMA MÉDICO DE “SALVAR VIDAS”.....	26
3.3	A FORMAÇÃO MÉDICA E O TEMA DA MORTE.....	28
4	MATERIAIS E MÉTODOS	31
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	31
4.2	<i>LÓCUS</i> DO ESTUDO.....	32
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	33
4.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	33
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	35
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	35
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1	ANÁLISE DOCUMENTAL.....	37
5.2	ANÁLISE QUANTITATIVA.....	39
5.3	ANÁLISE QUALITATIVA.....	56
5.3.1	Percepções acerca da formação humanística na graduação em Medicina para lidar com a morte e o morrer	56
5.3.2	Significados, conhecimentos e saberes acerca da morte e do processo do morrer: “em cima do muro”	61
5.3.3	Prática médica no lidar com a morte de pacientes: “saindo de cima do muro”	64

5.3.4	Propostas para formação médica: o que e como o estudante precisa aprender para lidar com pacientes na fase final da vida?.....	66
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
	REFERÊNCIAS.....	73
	APÊNDICES.....	81
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	82
	APÊNDICE B – ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL.....	86
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO.....	88
	APÊNDICE D – GUIA DE TEMAS E REFLEXÕES ACERCA DO APRENDIZADO DA FINITUDE.....	92
	ANEXOS.....	140
	ANEXO A – ESTATUTO - LIGA MOSSOROENSE DE CUIDADOS PALIATIVOS – LIMCPA.....	141
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	150
	ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE.....	152
	ANEXO D – MATRIZ CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UERN.....	153

Figura 1 – Aesculapius Routing Death (1822)



Pintura atribuída a J.-C. Bordier du Bignon (1774 – 1846)

Fonte: [https://commons.wikimedia.org/w/index.php?search=medicine+and+the+death&title=Special:Search&go=Go&searchToken=az62dg1e8agb66o3hs8m9u0d6#/media/File:Aesculapius_\(representing_medicine\)_routing_death,_Ceres_\(%3F\)_Wellcome_V0007559.jpg](https://commons.wikimedia.org/w/index.php?search=medicine+and+the+death&title=Special:Search&go=Go&searchToken=az62dg1e8agb66o3hs8m9u0d6#/media/File:Aesculapius_(representing_medicine)_routing_death,_Ceres_(%3F)_Wellcome_V0007559.jpg)

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMÁTICA

Uma das causas do despreparo dos profissionais para lidar com a morte, além dos aspectos culturais e espiritual de cada pessoa, é que o ensino nos cursos da área da saúde enfatiza a formação técnico-científica dos futuros profissionais, propiciando pouco espaço para abordagem dos aspectos emocionais, culturais, espirituais e sociais do ser humano. Neste sentido, muitas vezes a morte pode ser relacionada à derrota, perda, frustração – o oposto da meta dos cursos da área da saúde, que é a cura (BIFULCO; IOCHIDA, 2009). A luta que a Medicina trava com a morte, paradigma do curso médico, vem sendo retratada nas diversas áreas do conhecimento humano, nas artes plásticas, têm-se vários exemplos, na Figura 1, numa pintura do século XVII, mostra-se Esculápio ou Asclépio (considerado o Deus da medicina pelos gregos) rechaçando a morte.

Diferentes estudos têm abordado a formação e a preparação de profissionais da saúde para o cuidado de pacientes com doença grave e seus familiares. Os estudos tratam de como os profissionais lidam com a morte (FERNANDES, 2004), sentimentos envolvidos (COMBINATO; QUEIROZ, 2006) e as formas de enfrentamento da situação (LEITE; VILA, 2005).

Várias pesquisas mostraram como profissionais lidam com a morte, seus índices de ansiedade, medo e de que modo enfrentam a situação. Entre as principais dificuldades relatadas estão: como falar com pacientes sobre o agravamento da doença e a possibilidade da morte, realizar procedimentos usuais em pacientes sem prognóstico de cura e a sensação de impotência que estas situações provocam (KOVÁCS, 2011; CAMARGO, 2015).

Encontraram-se muitas publicações apresentando a importância dos cursos sobre a morte e o morrer para esses profissionais, trazendo a possibilidade do autoconhecimento e a capacitação para lidar com pacientes próximos à morte (BOEMER; VEIGA; MENDES; DO VALLE, 1991; KOVÁCS; MARIA JÚLIA, 2003; FERNANDES, 2004). Verificou-se que alguns cursos para a formação de profissionais de saúde incluem o tema da morte em uma aula ou um módulo, não sendo esse um tempo suficiente para o preparo adequado. Alternativa adequada seria a criação de cursos específicos de Tanatologia, com duração que favoreça, além dos

conhecimentos técnicos, a possibilidade de entrar em contato com valores e sentimentos mais profundos do profissional e suas vivências com a temática (BELLATO et al., 2007).

Há tempos, os educadores se empenham em descobrir como modificar o curso médico para formar profissionais mais empáticos. As escolas médicas estão tentando adaptar os currículos, criando cursos e disciplinas voltados para aspectos sociais e psicológicos, com intuito de ajudar o estudante de Medicina a enfrentar situações difíceis (EIZIRIK; POLANCZYK; EIZIRIK, 2000).

Apesar das crescentes iniciativas a esse respeito, há dados estimando que apenas 5 das 126 faculdades de Medicina dos EUA possuem um curso específico voltado ao cuidado do paciente terminal, assim como somente 26% dos 7048 programas de residência médica oferecem um curso a respeito dos aspectos médico-legais no cuidado desse tipo de paciente (SILVA; AYRES, 2010, p.490).

A negação da existência da morte e a falta de formação que prepare o estudante para se colocar diante do fim da vida tornam o futuro médico incapaz de ajudar àqueles que estarão sob sua guarda e, esperam, mais do que um comprimido administrado na hora adequada ou uma ausculta realizada; necessitam de um ouvido atento, um olhar acolhedor, um aperto de mão, um abraço ou uma palavra de conforto (KOVÁCS, 2008).

O sofrimento pode ser amenizado por meio do diálogo, da empatia e do reconhecimento dos desejos e dos valores dos pacientes e de seus familiares (MORITZ, 2009).

Sem dúvida, conseguir o resgate da dignidade de um ser humano moribundo é uma das maiores conquistas que um médico e a medicina podem conseguir (SÁNCHEZ, 2012).

1.2 JUSTIFICATIVA

Depois de 27 anos de atuação profissional, comecei a questionar a minha capacidade, como médica, de lidar com a morte e o morrer.

Ao terminar a graduação, especializei-me em Ginecologia e Obstetrícia, e durante quase dez anos, vi muito mais vidas se iniciando do que terminando. Por vários motivos, deixei essa especialidade e fiz uma nova Residência Médica na área

de Anestesiologia. Foi a partir daí, trabalhando em Pronto-socorro, que se inverteu a equação e, passei a ver mais vezes, na prática profissional, desenlaces funestos.

Ao longo desses anos, assisti muitas mortes, sejam de pacientes que passaram pelas minhas mãos nas urgências em que atuei, sejam de amigos e parentes que se foram. O que eles tinham em comum? O meu não envolvimento profundo. Os pacientes já haviam chegado moribundos até mim e os amigos e parentes, morreram à distância. Não os vi morrer, não convivi com suas dores.

Tudo mudou quando duas irmãs, amigas minhas, primeiro uma e depois outra, passaram por todos os estágios de um tratamento oncológico. Nos dois casos, estive presente desde o diagnóstico até o desenlace fatal. Foi quando me descobri impotente para falar. Gostaria de ter podido conversar livremente com elas, lhes perguntar o que sentiam, o que gostariam de fazer, quais providências deveriam ser feitas no caso de o tratamento não dar certo. Foram inúmeras as oportunidades para uma conversa franca. Mas, não foi o que fiz. Tantos anos depois de abandonar os bancos escolares, eu que pensava saber algo sobre vida e morte, descobri que nada sabia.

Descobri que apesar de ver a morte como algo fisiológico, e de saber que morte e vida estão indelevelmente interligadas, eu não sabia lidar com ela naturalmente e, como a maioria das pessoas, empurrava esse assunto para o fundo da mente. Gustav Klimt, artista austríaco, pintou entre 1908 e 1916 o quadro “Morte e Vida” (Figura 2) que retrata muito bem essa fase a que chamamos vida, situada entre o nascimento e a morte.

Nunca havia parado para pensar profundamente sobre esse tema. O morrer está inserido na vida do médico quase de forma visceral, principalmente, nas especialidades que lidam com urgências e oncologia. Mas, ao parar para examinar o meu conhecimento na área, observei que ele era quase inexistente. A graduação não me preparou para isso.

Comecei a observar os colegas médicos, os alunos e vi que estavam tão perdidos quanto eu. O ensino médico continuava privilegiando os aspectos técnicos da Medicina em detrimento dos aspectos psicossociais. Perguntei-me o que se podia fazer para mudar esse panorama, eu sabia que tinha que aprender a lidar com todos os aspectos do morrer, inclusive aquele em que não havendo mais o que se fazer,

podemos nos despir dos conhecimentos técnicos e nos tornar apenas gente ajudando gente a fazer as pazes com a vida e se despedir com dignidade.

Não estava sozinha nas minhas inquietações, há um movimento mundial, questionando a humanidade perdida das Ciências Médicas e tentando reverter esse quadro. Ao me inscrever para o Mestrado no Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), ainda não tinha bem definido o que gostaria de desenvolver, mas lá no inconsciente, a semente já germinava, podendo desenvolver e estudar o tema que vinha ocupando minhas angústias e, por fim, dar uma contribuição ao ensino. Em Mossoró, tínhamos uma faculdade recém-criada que ainda estava sendo implementada e descoberta. Tínhamos jovens prontos para se moldarem, ávidos e necessitados de desenvolverem competências para lidar com o mundo. Havia um terreno fértil para se descobrir como se aprende e se ensina sobre o morrer. Quase três décadas depois, descobri que ainda tinha muito o que aprender.

1.3 PRESSUPOSTO

A graduação em Medicina não prepara suficientemente os estudantes para lidar com a morte e o morrer dos pacientes.

Figura 2 – Morte e Vida (1916)



Gustav Klimt (1862-1918).

Fonte: <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?search=Life+Gustav+klimt>

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar o processo de formação dos estudantes de Medicina de uma Instituição Pública frente à morte, visando uma proposta educativa.

2.2 ESPECÍFICOS

1. Identificar o perfil dos estudantes de Medicina de uma universidade pública;
2. Examinar no currículo do curso de Medicina os conteúdos, as disciplinas e os períodos nos quais ocorrem o desenvolvimento de conhecimentos acerca da temática;
3. Apreender percepções, conhecimentos e saberes dos estudantes acerca da formação humanística na graduação para lidar com a morte e o morrer;
4. Elaborar um Guia de Temas e Reflexões acerca do aprendizado da finitude.

Nós, médicos, desde os primórdios, somos cuidadores. Não podemos esquecer desta missão.

Nela, muitas vezes, temos de participar da dor de outros, o que traz sofrimentos para nós mesmos.

Embora haja grande diferença qualitativa entre experimentar o próprio sofrimento e sofrer ao partilhar o sofrimento alheio, é a esperança e não o desespero o conteúdo ético do cuidado.

Cuidado e ética são valores eternos, não se tornam obsoletos. Foram eles que garantiram, entre todos os povos e através dos tempos, o respeito à profissão médica.

Prof. Benedictus Philadelpho de Siqueira

Figura 3 – *The Day of the Dead* (1859)



William-Adolphe Bouguereau (1825-1905)

Fonte: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:William-Adolphe_Bouguereau_\(1825-1905\)_-_The_Day_of_the_Dead_\(1859\).jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:William-Adolphe_Bouguereau_(1825-1905)_-_The_Day_of_the_Dead_(1859).jpg)

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A MORTE E O MORRER NO CONTEMPORÂNEO

Das afirmativas que fazem parte da história da humanidade, duas se mantêm imutáveis: o homem nasce e o homem morre (RODRIGUES, 2006). Embora faça parte do processo biológico de vida do ser humano, a morte e o nascer são permeados de simbolismos, significações e valores, variando no decorrer da história e entre as diversas culturas (DUARTE; ALMEIDA; POPIM, 2015). O sofrimento é inerente a vivência do processo de morrer, faz-se necessário para adaptação e conformação com a perda. Na pintura de William-Adolphe Bouguereau (1825-1905), tem-se essa fase muito bem retratada (Figura 3).

A cultura ocidental evita o tema da morte, encara-o como tabu e, com a evolução do tempo, cada vez mais se torna asséptica, levando as pessoas à ilusão da vida eterna (CASTRO, 2015).

Como resultado do acúmulo de saberes e técnicas da época moderna, tem-se o aumento da expectativa de vida da população, o espetáculo da morte não mais corriqueiro, sendo esta progressivamente adiada, postergada por tratamentos, medicamentos e outros recursos médicos e científicos e, por consequência, tornou-se mais fácil esquecer a morte enquanto acontecimento natural do curso da vida (ALMEIDA; FALCÃO, 2013).

Durante muitos séculos, por toda a Idade Média europeia, a morte era entendida com naturalidade, fazendo parte do ambiente doméstico (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

A morte é uma cerimônia pública e organizada. Organizada pelo próprio moribundo, que a preside e conhece seu protocolo. Tratava-se de uma cerimônia pública. Era importante que os parentes, amigos e vizinhos estivessem presentes. Levavam-se as crianças (ARIËS, 2003, p.39).

Até um passado recente, observava-se isso nas comunidades, morria-se em casa e nesta morada era velado o corpo morto. Convivia-se com a senhora da mortalha, aprendia-se a visualizá-la, havia a despedida do ente querido.

O mundo contemporâneo transferiu o local da morte. Já não se admite que se morra em casa e sim nas dependências dos hospitais, com o moribundo longe da família, ao lado de pessoas que, muitas vezes, estão calejadas demais para entender

os conflitos pessoais daquele ser humano. Além disso, os médicos são formados durante os longos e exaustivos anos da graduação para salvar vidas e pouco preparados para lidar com a morte e o morrer de pacientes (MARTA et al., 2009).

Quando transformamos o hospital no local onde os seres humanos adoecem e morrem, as questões inerentes a este ato, que antes eram compartilhadas socialmente, pois a morte era domiciliar, ficam restritas ao âmbito hospitalar. A morte em hospital, devido a essa transferência do local, vem sendo vivenciada de forma rotineira pelos profissionais que lidam com o paciente fora de possibilidades terapêuticas (PITTA, 1994), provocando questionamentos que necessitam de respostas.

A negação da morte na instituição hospitalar pode ser constatada no processo de despersonalização imposto ao paciente. Manipulando o despojamento da identidade pessoal, a instituição hospitalar exerce poder sobre o paciente, que deixa de ter o próprio nome e passa a ser um número de leito ou então alguém que porta determinada patologia, e que se caracteriza por se tornar frágil, submisso e dependente. Silenciando o paciente, a instituição silencia o problema da morte (RODRIGUES; BUYS, 2008).

Provavelmente, por isso morrer tenha se tornado tão difícil, pois para muitos, a morte se tornou um ato solitário. Essa solidão, provocada pelo isolamento do sujeito de seus vínculos, quase que um isolamento, muitas vezes, sem possibilidade de despedida, deve ser pensado como parte integrante do processo de morrer da atualidade. Para a pessoa doente, essa solidão pode aumentar a angústia diante da morte (PINHO, 2017). Com as tecnologias destinadas à manutenção do prolongamento da vida, a Medicina criou a morte hospitalar, citada acima. No hospital, apesar de rodeado de pessoas, o ato de morrer é frequentemente solitário. Para os profissionais da saúde, a morte passou a ser controlada, medicalizada e monitorizada (MENEZES, 2004).

Não se pode esquecer o fato de que os cuidados com a saúde, muitas vezes, se centrando primordialmente nas técnicas, por vezes esquecem a pessoa que está enferma, ou de propiciar que sua voz seja escutada, mas que obviamente sente e reage à doença e à proximidade da morte (KÜBLER-ROSS; COELHO, 1978).

Alguns autores defendem que a dignidade passa inevitavelmente pelo acolhimento e reconhecimento do outro, de valores e desejos, incluindo o sentido que cada sujeito dá à vida, tal qual ela se apresenta (KOVÁCS, 2015).

Para Eizirick et al. (2000), é extremamente difícil falar da morte em uma sociedade humana que a nega e tenta a todo custo esquecer sua finitude. Para muitos, a morte significa somente sofrimento. Assim como a morte e todo o seu contexto de afastar as impressões de finitude, o luto é vivenciado superficialmente, mascarado em uma sociedade que prioriza a felicidade (MAGALHÃES; MELO, 2015).

É fundamental reconhecer que a morte não está em contraposição à vida, mas é um elemento constitutivo do homem, como parte da vida. É importantíssimo para que se consiga equilíbrio emocional, que vida e morte sejam compreendidas como fatores naturais da existência humana (AZEREDO, 2007).

3.2 O LIMITE TERAPÊUTICO E O DILEMA MÉDICO DE “SALVAR VIDAS”

Os avanços nas práticas médicas têm proporcionado melhoria na qualidade de vida das pessoas, levando a uma progressiva diminuição da mortalidade. Todavia, essa sobrevida maior decorre, muitas vezes, do prolongamento desnecessário e de tratamentos injustificáveis, como a obstinação terapêutica a qualquer custo, ignorando-se o chamado limite terapêutico (FELIX et al., 2013).

A vida do ser humano é determinada por muitas circunstâncias e a busca contínua pela saúde é uma delas, sendo que o aumento da longevidade ocasiona, em muitos casos, a intensificação do número de pessoas que sofrem de doenças crônicas que não se curam e, portanto, vão sofrer por mais tempo até chegarem ao óbito (RAMOS et al., 2008).

Ao longo do tempo, o conceito de morte digna ou boa morte vem sendo construído. Porém, essa definição nem sempre é a mesma para os diversos atores que participam desse drama, sejam pacientes, cuidadores, familiares ou profissionais da Saúde (FELIX et al., 2013).

Quando se aborda o tema limite terapêutico, é fundamental a discussão sobre até quando prolongar a vida, mesmo que artificialmente, e a atitude de deixar a doença seguir a história natural. Nessas discussões, destacam-se o dilema médico de salvar vidas e as práticas de eutanásia, distanásia e a ortotanásia (FELIX, 2013).

Aos 83 anos, Sigmund Freud havia se submetido a 33 operações. Sofria de câncer no maxilar havia 16 anos, já não aguentava. Chamou seu amigo e colega Max Schur, o médico que o tratava havia muitos anos, e disse: 'Agora minha vida não passa de permanente tortura. Esta tortura não tem mais sentido'. Mais tarde, Schur testemunhou: 'Injetei-lhe dois centigramas de morfina. Repeti a dose após cerca de doze horas. Freud caiu em coma e não mais despertou (BARCHIFONTAINE; PESSINI, 2007, p.371).

A eutanásia foi definida como morte sem dor, sem sofrimento desnecessário. Atualmente, é entendida como uma prática para abreviar a vida, com objetivo de aliviar ou evitar sofrimento para os pacientes, principalmente aqueles que se encontram fora de possibilidades terapêuticas (BATISTA et al., 2009).

O termo distanásia é utilizado para indicar o prolongamento do processo da morte, por meio de tratamento que apenas prolonga a vida biológica do paciente, sem qualidade e sem dignidade, visa a quantidade de tempo dessa vida, sendo necessário instalar todos os recursos possíveis para prolongá-la ao máximo, sem importar-se com o limite, apenas com a obstinação terapêutica (PITTELLI; OLIVEIRA, 2009).

Já na ortotanásia, o indivíduo em estágio terminal é direcionado pelos profissionais envolvidos em seu cuidado para uma morte sem sofrimento, que dispensa a utilização de métodos desproporcionais de prolongamento da vida. O objetivo na ortotanásia é basicamente evitar a utilização de procedimentos que cerceiem a dignidade humana na finitude da vida (VILLAS-BÔAS, 2008).

Combater a morte pode dar a ideia de força e controle; entretanto, demonstra que o profissional está na defensiva e que curar é sua prioridade, e quando ocorrem perdas sem possibilidade de elaboração de luto, podem ocorrer graves consequências, entre elas a maior possibilidade do adoecimento psíquico (CASTRO, 2015).

Muitos médicos pensam que falar em insucesso de tratamento é se declarar fracassado (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011). Preferem sempre animar o paciente, muitas vezes, o submetendo a procedimentos dolorosos e desnecessários, sem brecha para falar da morte, até se ver à porta dela. Isso ocorre não somente com o profissional médico, mas com os profissionais das diversas áreas que atuam junto às pessoas enfermas (TAN, 2013).

Um dos aspectos mais difíceis do aprendizado sobre medicina clínica é experimentar a morte de um paciente. Considerando o sofrimento emocional que a morte de um paciente pode ter entre estudantes de Medicina é surpreendente que

haja apenas uma quantidade limitada de literatura publicada referente à experiência pessoal destes durante o processo do morrer de um paciente. Por "pessoal", pontua-se que os alunos interagiram diretamente com o paciente e tinha algum envolvimento com o cuidado e/ou aprendem sobre eles como pessoa (SMITH-HAN et al., 2016). Há dados que demonstram que muitos deles somente vão vivenciar tal experiência no final do curso, diminuindo as chances de aprendizado, fazendo com que a experiência prática, concreta, seja como profissional.

Entretanto, diante de uma situação de incurabilidade, muitas vezes, pergunta-se: o que fazer quando se esgotam as possibilidades terapêuticas para a cura do paciente? (BIFULCO; IOCHIDA, 2009).

A ideia de que “não há nada a fazer” para os pacientes que estão morrendo, está de alguma forma, fortemente arraigada em alguns médicos e estudantes de Medicina. No entanto, defende-se que a experiência clínica com tais pacientes é essencial na educação médica, uma vez que tais situações são inevitáveis na prática diária (JUBELIRER et al., 2000). É certo que algumas especialidades lidam raramente com a morte, mas mesmo essas, eventualmente, podem colocar o especialista frente a frente com a possibilidade de lidar com o morrer e faz-se necessário o conhecimento de como proceder.

A proposta de ensino atual é a formação de profissionais generalistas que irão atuar junto à população nas áreas básicas da Medicina. Apesar das recomendações, o modelo de atenção à saúde ensinado na graduação de grande parte das escolas de Medicina e das demais profissões da área da saúde no Brasil se baseia em prevenção, diagnóstico, tratamento efetivo e cura de doenças e direcionamento para especialização e subespecialização (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002).

3.3 A FORMAÇÃO MÉDICA E O TEMA DA MORTE

Em 1910, foi publicado o Relatório Flexner, Pritchett e Henry (*Flexner Report*), estudo considerado como grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas, com profundas implicações para formação médica e medicina mundial.

Embora baseado apenas em visitas de um dia, feitas por ele e um colega, Flexner afirmou que o treinamento de qualidade inferior era óbvio de imediato: “Uma volta pelos laboratórios revelava a presença ou ausência de aparelhos, espécimes de museu, biblioteca e alunos; o cheiro contava a história toda da forma pela qual a anatomia era estudada”. Formulou as conclusões de suas avaliações em termos contundentes (definindo, por exemplo, as quinze escolas de Medicina de Chicago como “a mancha do país em relação à formação médica”) e logo “as escolas entraram em colapso a torto e a direito, em geral sem um único murmúrio” (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p.494).

Dentre algumas das recomendações do Relatório Flexner estavam: um rigoroso controle de admissão na graduação; o currículo de quatro anos; divisão do currículo em um ciclo básico de dois anos, realizado no laboratório, seguido de um ciclo clínico de mais dois anos, realizado em ambiente hospitalar (VICEDO TOMEY, 2002).

Segundo Flexner, Pritchett e Henry (1910), o ciclo clínico deveria se passar no hospital, pois ali se encontra o local privilegiado para o estudo das doenças. Pregava-se que o estudo da Medicina deveria ser centrado na doença de forma individual e concreta.

O Relatório de Flexner recomendava que a doença e a morte devem ser consideradas como um processo natural e biológico, não considerando o social, o coletivo, o público e a comunidade para o ensino médico (BOELEN, 2002).

O objetivo das universidades era graduar especialistas em doenças, e não capacitá-los para cuidar de doentes. Isso reduzia a visão do indivíduo como um todo e o segmentava (PESSINI, 2009).

Os novos currículos, fugindo um pouco da doutrina flexneriana, vêm desenvolvendo formação com fundamentação antropocêntrica, com a capacidade de formar profissionais que possam contribuir para o bem-estar biológico, psíquico e social dos enfermos, principalmente os que se encontram em fase final de vida (MARTA et al., 2009).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), do Curso de Graduação em Medicina (CES nº 3, de 20 de junho de 2014), oficializaram o acompanhamento do processo de morte como uma habilidade a ser desenvolvida no ensino médico. Lê-se no Capítulo III, artigo 23, desse documento:

Os conteúdos fundamentais para o curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionado a integralidade das ações do cuidar em saúde”, e no seu Item VI: “promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte), bem como das atividades físicas, desportivas e das relacionadas ao meio social e ambiental (BRASIL, 2014).

Apesar das orientações do Ministério da Educação, a formação dos profissionais de saúde tem se mostrado inapropriada para lidar com a situação da morte e do morrer. Em estudo realizado por Schliemann (1997), este afirma que o tema da morte e do morrer não é discutido de maneira adequada na graduação.

Marta et al. (2009) enfatizam a necessidade de introduzir nos currículos de graduação de Medicina o ensino formal teórico-prático de Tanatologia desde o início do curso. A problemática vem de que para implementar corretamente esse ensino, faz-se necessária reciclagem dos professores que hoje estão atuando.

Alguns autores mencionam a falta de capacitação docente como um dos fatores da dificuldade de habilitar os estudantes para o enfrentamento desse período crítico da vida humana (KLAFKE, 1991; VIANNA; PICCELLI, 1998).

O estudo sobre a morte criaria um espaço onde se poderia desenvolver gradativamente a capacitação do estudante para enfrentar os dilemas da morte e do morrer (MARTA et al., 2009).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa descritiva e exploratória, com abordagens quantitativa e qualitativa, por meio do uso de questionário estruturado, Grupo Focal (GF) e depoimentos espontâneos por escrito, além de pesquisa em documentos do programa do curso.

O número (n) amostral foi calculado tendo como estimativa prevalência de evento de 50%, com erro tipo II de 5 pontos percentuais para mais ou para menos e nível de significância de 95%, chegando-se a um n mínimo necessário de 96 participantes. Considerando possíveis perdas, foram utilizados 100 indivíduos.

As pesquisas exploratórias objetivam proporcionar maior familiaridade com o problema, tendo por finalidade fazer com que ele se torne mais explícito ou ajude a elaborar hipóteses. Geralmente, o planejamento possibilita a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Em maioria, as pesquisas exploratórias envolvem: levantamento bibliográfico; entrevistas; e análise de exemplos que “estimulem a compreensão” (GIL, 2002).

A pesquisa quantitativa é uma classificação do método científico que utiliza diferentes técnicas estatísticas para quantificar opiniões e informações para um determinado estudo (GÜNTHER, 2006). A pesquisa qualitativa é um método de investigação científica que se centra no caráter subjetivo do objeto analisado, estudando as particularidades e experiências individuais, sendo que os pesquisadores utilizam o enfoque indutivo na análise de dados. Tal método de pesquisa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental, sendo descritiva, e o significado que as pessoas dão às coisas e à vida constituem preocupação essencial do investigador (GODOY, 1995).

Neste estudo, utilizou-se o Grupo Focal (GF) como técnica qualitativa, o qual é considerado uma espécie de entrevista de grupo, embora não no sentido de ser um processo onde se alternam perguntas do pesquisador e respostas dos participantes (PELICIONI, 2001). A formação do GF é intencional e pretende-se que haja, pelo menos, um ponto de semelhança entre os participantes. Optou-se, neste

estudo, para composição do grupo, pelo critério de compartilhamento do curso universitário (RESSEL et al., 2008).

A pesquisa documental é aquela elaborada pela busca de informações em documentos que não receberam tratamento científico/analítico e consistiu na técnica empregada neste estudo, visando complementar informações obtidas por outras técnicas, assim como revelar aspectos novos do problema (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

4.2 LÓCUS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada nas dependências da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), na cidade de Mossoró, no interior do Estado, desenvolvida de março a agosto de 2017.

O Estado do RN atualmente possui cinco cursos de Medicina: o da Escola de Saúde da Universidade Potiguar (UnP), o da Faculdade de Medicina de Natal do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), o do Centro Regional de Ensino Superior do Seridó da UFRN - campus de Caicó, o da Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA) Campus de Mossoró e o Curso de Medicina Faculdade de Ciências da Saúde da UERN, objeto de nosso estudo (MEC, 2017).

O Município de Mossoró, segundo maior entre os 167 do Estado, está localizado na Região Salineira, Meio Oeste Potiguar, a 280 quilômetros da capital, onde residem 295.619 pessoas (IBGE, 2017). A cidade é conhecida como "a terra do sol, do sal e do petróleo" e é considerada uma das cidades que mais crescem e se desenvolvem no país, destacando-se como "polo universitário".

O curso de Medicina da UERN foi desenvolvido desde o início baseado em uma postura teórico-metodológica renovada e metodologia que contempla os eixos transversal, vertical e horizontal do processo ensino-aprendizagem. Iniciado em outubro de 2004, tal curso apreende novos espaços educacionais no Rio Grande do Norte (RN), sem perder de vista a cidadania e o desenvolvimento de competências e habilidades em saúde, possibilitando a implantação da educação médica na região Oeste do Estado, no âmbito da UERN (CARDOSO FILHO et al., 2015).

Um dos pilares desde a construção inicial e posterior atualização deste Projeto apoia-se, positivamente, na necessidade da disseminação da cultura de avaliar para transformar, daí o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da FACS caracterizar-se como um processo em desenvolvimento e de avaliação permanente. Deverá ser revisto periodicamente para adequar-se à modernidade do ensino médico brasileiro e após cada visita do Conselho Estadual de Educação (CEE) para acatar suas recomendações com fins de renovação de reconhecimento do curso, consoante o que emana das DCN ou de recomendações da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). O Curso foi criado durante a IV Fase do Projeto da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) e contempla o que recomendou a própria CINAEM: um novo modelo pedagógico para os cursos de medicina do Brasil, voltado para a interação e interligação dos conteúdos a partir dos núcleos temáticos, para a qualidade dos seus recursos humanos (docente, discente e funcionários); e como consequência, para o perfil do médico desejado, isto é, que atue no processo saúde-doença da nossa população, de forma contextualizada e segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (PROJETO PEDAGÓGICO, UERN, 2014).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram incluídos no estudo os estudantes que estavam devidamente matriculados no curso médico da UERN do 1º ao 12º período e aceitaram participar da pesquisa, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Foram excluídos aqueles que não estavam devidamente matriculados e não aceitaram participar.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada em três momentos. No primeiro, foi empreendida a análise observacional simples de material bibliográfico e documental, realizada nas ementas das disciplinas da grade curricular do programa geral do curso de Medicina da UERN, examinando em cada período, do primeiro ao oitavo, as disciplinas correlacionadas à temática da morte, os conteúdos, as metodologias empregadas, que propiciam o desenvolvimento de conhecimentos/habilidades.

O segundo momento consistiu em uma coleta de dados quantitativos, utilizando-se um questionário estruturado (APÊNDICE C), validado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o qual investiga as variáveis: procedência, ascendência, cultura, vivência da morte, conhecimento sobre limite terapêutico e fase final da vida (AZEREDO, 2007). A pesquisadora visitou a faculdade de Medicina da

UERN, solicitou a autorização dos professores nas salas de aula, para fazer a apresentação da pesquisa e requereu a colaboração dos estudantes para o desenvolvimento.

Na ocasião foram distribuídos 120 questionários acompanhados do devido TCLE e que deveriam ser devolvidos devidamente preenchidos, no período compreendido entre sete a 15 dias após a entrega. Dessa visita, obtiveram-se 35 questionários preenchidos. Uma nova tentativa foi realizada, desta vez, montando um estande na área de convivência da FACS/UERN, em que a pesquisadora esteve em contato direto com os estudantes, mantendo conversas sobre o tema da dissertação e dirimindo dúvidas. O questionário foi preenchido e entregue no local simultaneamente. Conseguiu-se que 69 questionários fossem respondidos, perfazendo total de 104.

Em um terceiro momento, tentou-se montar um GF, com representantes de todos os períodos, foram feitos os convites por telefone, e no dia marcado, não houve quórum para realização do mesmo, em uma segunda tentativa, o convite foi feito pessoalmente com entrega de convite por escrito e confirmação dos participantes, mais uma vez na data marcada, não houve quórum para realização do evento. Não se obtendo o desenho original de representação variada para o GF, compôs-se um grupo com seis alunos do sexto período, utilizando um roteiro como guia (APÊNDICE B). A reunião aconteceu nas dependências da Faculdade de Ciências da Saúde (FACS). Foram convidados os alunos que estavam na área de convivência da faculdade e que aceitaram participar do grupo e assinaram o TCLE. A reunião foi gravada com aquiescência dos participantes e transcrita na íntegra. Durante o período de coleta de dados, houve várias conversas informais com alguns estudantes e estes se propuseram a escrever opiniões sobre o que havia sido discutido, os mesmos utilizaram o roteiro do GF para orientá-los, houve devolução de três transcrições de próprio punho, de estudantes do quarto, sexto e décimo períodos. Como esse material, superaram-se as expectativas, a pesquisadora julgou ser interessante incluir o conteúdo no estudo. Com objetivo de identificação das respostas pelos pesquisadores e manutenção do anonimato, foram usados codinomes para os alunos: usamos “E”, seguido de número (E1 a E6), onde E= Estudante e o número corresponde à quantidade de participantes do GF e “D” seguido de número (D1 a D3),

onde D= Depoimento e o número correspondendo à quantidade de participantes que espontaneamente transcreveram suas respostas.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados referentes à pesquisa documental foram analisados com base na literatura pertinente, correlacionando com os discursos empregados pelos estudantes.

O estudo quantitativo é apresentado em forma de frequência absoluta e relativa, no caso de variáveis categóricas, e em medidas de tendência central e de dispersão, caso fossem variáveis numéricas. Foram realizadas comparações intergrupos para os diversos semestres estudados e utilizado o Teste de Qui-quadrado para verificar a significância estatística das diferenças encontradas. Foram consideradas significativas as comparações com valor de p até 0,05. Os dados foram tabulados e analisados pelo *software* SPSS, v 23, IBM Inc., o qual a UNICHRISTUS possui licença para uso.

Para o estudo qualitativo, a fim de atingir mais precisamente os significados manifestos e latentes trazidos pelos sujeitos, foi utilizada a análise de conteúdo temática (MINAYO, 2011). Após transcrição integral das falas, os dados foram organizados para possibilitar a análise mais aprofundada. Procedeu-se à fase da pré-análise, com a leitura flutuante e exaustiva do conjunto dos discursos, buscando ter uma visão do todo. Em seguida, procedeu-se à exploração do material, visando apreender as particularidades e similaridades e definindo as categorias, consistindo de expressões significativas ou palavras que organizam o conteúdo dos discursos. Ao final, foram realizadas as interpretações propriamente ditas, com base nos sentidos e significados desvelados, estabelecendo a interface com os referenciais teóricos empregados.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Unichristus, via Plataforma Brasil: CAAE 59939816.0.0000.5049 (ANEXO B), e autorizado pela chefia do departamento da instituição onde o mesmo foi realizado (ANEXO C).

Foi respeitada a Resolução N°466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, a qual aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013).

Não foi oferecido incentivo financeiro para que participassem e os voluntários poderiam se recusar a participar do estudo, ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem justificativa.

Os questionários respondidos pelos sujeitos da pesquisa e todos os documentos utilizados foram arquivados e ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos a contar da data de coleta dos dados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Se vale a pena viver e se a morte faz parte da vida, então, morrer também vale a pena [...].

Immanuel Kant

5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

Um importante desafio no processo de transformação dos cursos médicos refere-se à incorporação da concepção ampliada de saúde com ênfase na integralidade e no cuidado no processo de formação profissional, bem como a aprendizagem para o trabalho em equipe multiprofissional (BATISTA, 2006).

Desde a década de 1950, tem-se debatido sobre a necessidade de mudar o modelo de formação médica, buscando-se valorizar a atenção básica e os determinantes sociais da saúde. Atualmente, encontra-se nas novas diretrizes curriculares dos cursos da saúde, por meio da Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, um enfoque em habilidades e competências, que rompe com a tradicional estrutura de conteúdos disciplinares mínimos. A ênfase é dada a um médico generalista, que saiba integrar ações de promoção e prevenção à saúde com ações de recuperação e reabilitação, preconizando enfoque integral do indivíduo e concepção ampla do processo saúde-doença (PONTES; REGO; SILVA JÚNIOR, 2006).

Ainda sobre essa Resolução, observa-se:

Art. 25. O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá ser construído coletivamente, contemplando atividades complementares, e a IES deverá criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais ou a distância, como monitorias, estágios, programas de iniciação científica, programas de extensão, estudos complementares e cursos realizados em áreas afins.

Art. 26. O Curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência (BRASIL, 2014).

O ensino integrado das disciplinas requer um profissional que seja ele próprio um professor-integrador, e este profissional ainda não se encontra nas faculdades de Medicina ou mesmo em outras áreas (BRIANI, 2001). O pensamento é que a partir das mudanças e implementações dos novos currículos, esse modelo de professor deve começar a surgir, mas isso demanda tempo e disposição de todos os envolvidos nesse processo.

Teve-se acesso à Matriz Curricular do Curso que foi entregue pela Secretaria, mas que pode ser obtida no site da UERN. Solicitou-se o programa das disciplinas, mas a informação obtida é que não era disponibilizado, que somente os professores sabiam desse documento e não havia cópias no Departamento.

Na análise curricular, foi observado que o curso possui carga horária obrigatória de 7.935 horas, tendo 225 horas optativas e 1.530 horas complementares e 240 horas eletivas, perfazendo total de 9.930 horas. Essa carga horária é distribuída nos turnos matutino, vespertino e noturno e deve ser cumprida em um período compreendido entre 6 e 9 anos.

Os dados fornecidos pelo sistema de administração escolar mostram número de 257 estudantes regularmente matriculados na referência de 2017.1, distribuídos nos diversos períodos.

O Curso Médico é distribuído em 12 períodos, sendo que os quatro últimos constituem o internato. Nesta fase, os estudantes são expostos a disciplinas eminentemente práticas, havendo pouca carga horária dedicada à teoria. Das 51 disciplinas listadas e distribuídas em oito períodos (ANEXO D), observou-se em conteúdos programáticos a menção à palavra morte e suas correlações em oito disciplinas (TABELA 1).

Não foi possível, no material examinado, definir a quantidade de horas destinadas à explanação do tema em questão. Na ementa, refere-se que as aulas serão ministradas pelo método tradicional em aulas expositivas e seminários. Não há menção de utilização de metodologias ativas ou quaisquer outros métodos pedagógicos participativos nos documentos acessados. Portanto, apesar das recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais, o desenvolvimento de algumas habilidades não está sendo implementado, prejudicando a formação desses estudantes.

Tabela 1 – Períodos e disciplinas em que a palavra “morte” é mencionada nas ementas do curso de Medicina da UERN

Períodos	Disciplinas	Carga horária
1º	Introdução à Medicina	30
	Noções de Ética e Bioética	45
2º	Epidemiologia	60
3º	Psicologia Médica	60
4º	Bases da Oncologia	45
6º	Doenças Neurológicas	90
7º	Medicina Legal	60
8º	Geriatrics	60

Fonte: UERN, 2017

5.2 ANÁLISE QUANTITATIVA

Após cumprir as etapas para obtenção dos dados necessários para significar a dissertação, chegou-se o momento da tabulação e análise dos resultados. Totalizou-se número de 104 questionários respondidos, expondo um perfil sociodemográfico em que os estudantes apresentaram idade média de 25 anos, com desvio padrão de quatro pontos, não se diferenciando dos achados da maioria dos trabalhos, que expuseram população jovem nos bancos das escolas médicas (REGINATO, 2005; AGUIAR et al., 2009).

O gênero masculino teve leve precedência em relação ao feminino, resultado também encontrado no trabalho que originou o questionário utilizado, mas discordante de outros trabalhos, em que nos cursos da área de saúde a maioria feminina se sobrepôs (MARTA et al., 2009; MOURA et al., 2016) (TABELA 2).

Tabela 2 – Gêneros dos participantes

Gêneros	N	%
Feminino	50	48,1
Masculino	54	51,9
Total	104	100

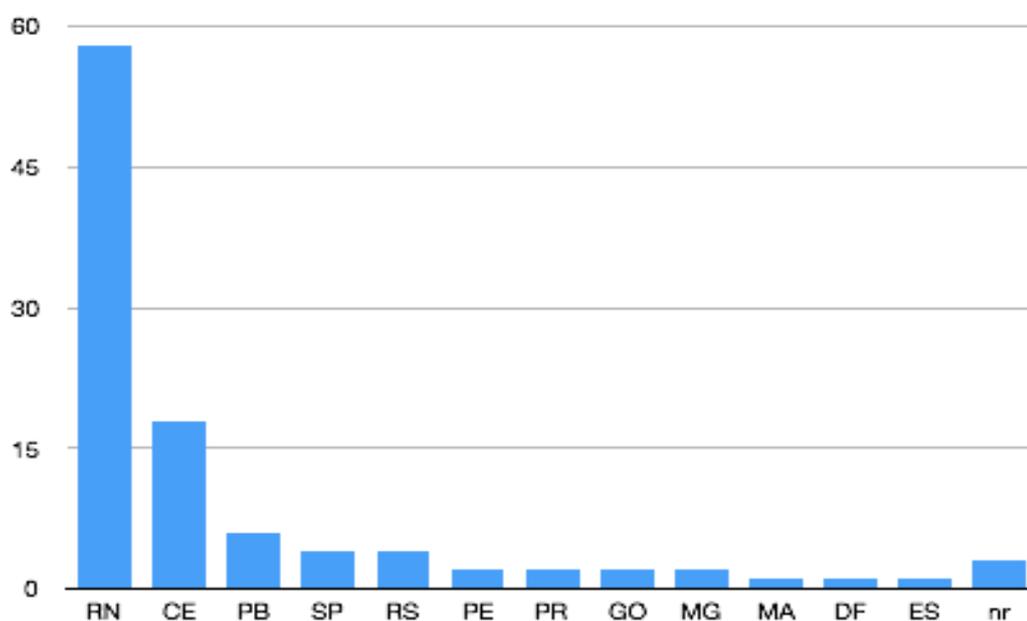
Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

Os estudantes eram procedentes em maioria do Rio Grande do Norte (58), seguidos do Estado do Ceará (18) e da Paraíba (6) e de outros nove estados da federação brasileira (19). Em três questionários, não foi possível estabelecer a procedência.

Reconheceu-se proximidade das cidades de origem e, conseqüentemente, da família, devendo ser fator para a escolha do local onde realizam os estudos (CARDOSO FILHO et al., 2015).

Trindade e Vieira (2009) destacam que a motivação e expectativas pessoais são fundamentais para que os alunos deixem o conforto de seus domicílios em busca de uma graduação em Medicina, afirmativa corroborada nos achado de estudantes que se propuseram estar a milhares de quilômetros de suas residências, como se viu em quatro alunos do Rio Grande do Sul e quatro do Estado de São Paulo (GRÁFICO 1).

Gráfico 1 – Distribuição da procedência dos estudantes de Medicina da UERN



Legenda: RN: Rio Grande do Norte; CE: Ceará; PB: Paraíba; SP: São Paulo; RS: Rio Grande do Sul; PE: Pernambuco; PR: Paraná; GO: Goiás; MG: Minas Gerais; MA: Maranhão; DF: Distrito Federal; ES: Espírito Santo; nr: Não Responderam.

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

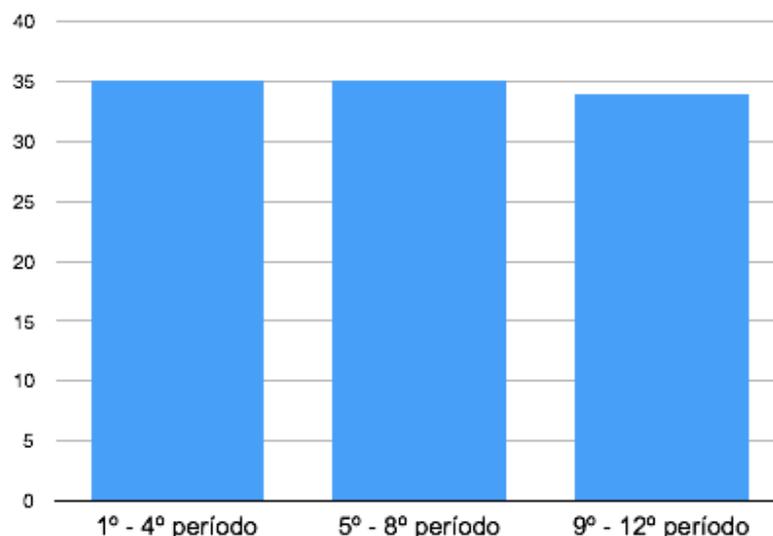
Apesar da grande miscigenação da nossa região e país, percentagem expressiva dos estudantes se declarou branco (60,6%), tendo 30,7% se dizendo pardo e apenas 3,9% escolheu a opção negro, os 4,8% restantes não quiseram se classificar em nenhum grupo racial. A baixa incidência de pessoas de afrodescendência no ensino superior, especialmente em cursos considerados “elitistas”, como é o caso do curso médico, é um tema bastante discutido em trabalhos de pesquisa e na sociedade civil (SILVA; PENNA, 2008; DIAS SOBRINHO, 2010; HERINGER; FERREIRA, 2009) (TABELA 3).

Tabela 3 – Distribuição da porcentagem por grupo racial dos estudantes de Medicina da UERN, 2017

Raça	n	%
Negra	4	3,9
Branca	63	60,6
Parda	32	30,7
Não respondeu	5	4,8
Total	104	100

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

A inclusão dos alunos dos primeiros períodos deveu-se a uma necessidade de se ter uma amostra para servir de comparativo entre os que estão iniciando e os que estão próximos à conclusão sobre o conhecimento do tema em questão. Então, obtiveram-se 35 questionários respondidos nos quatro primeiros períodos, 34 nos períodos que corresponderam ao internato e 35 questionários entre os períodos restantes que corresponderam ao meio do curso. Houve distribuição equitativa entre o início, meio e fim do curso, tendo sido atingida a meta proposta (GRÁFICO 2).

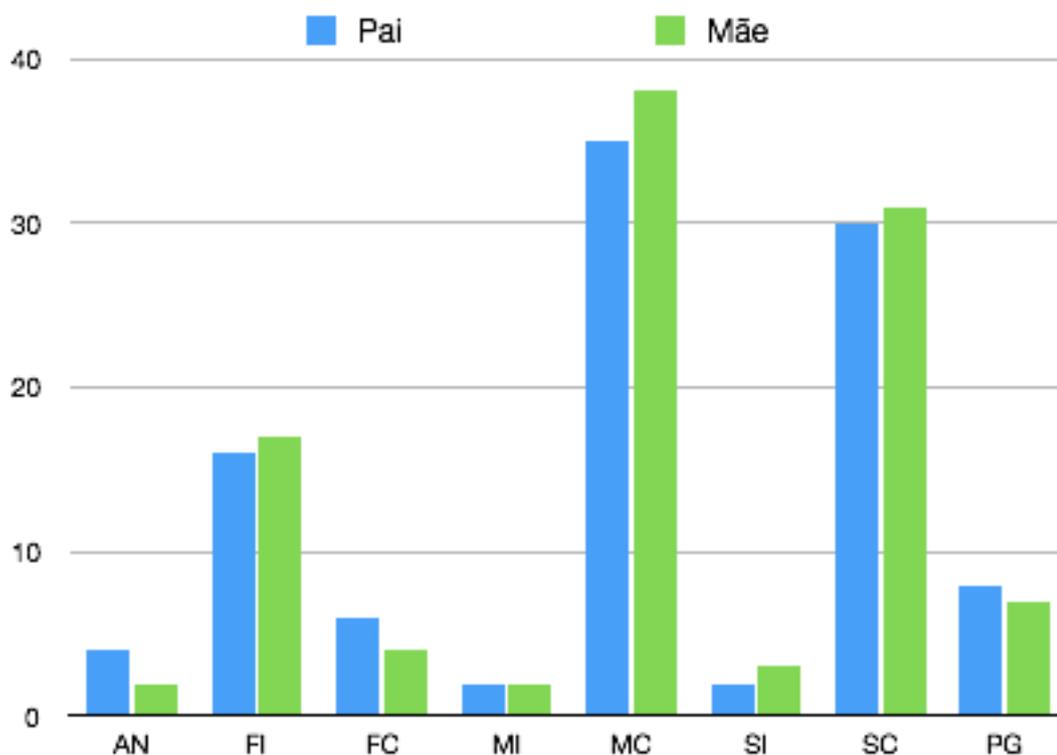
Gráfico 2 – Distribuição dos estudantes de Medicina por quadrimestre

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

O curso médico é considerado um curso elitista, bastante concorrido nos vestibulares de todo o país, o que exige dos que almejam uma vaga preparo maior do que para outros cursos menos concorridos, demandando nível socioeconômico e cultural mais elevado (BORGES; CARNIELLI, 2005).

Talvez seja por isso que neste estudo os achados de escolaridade dos pais mostraram que a maioria deles está concentrada entre o ensino médio e o superior (72,1% dos pais e 75,9% das mães). Reforçando os achados de outros estudos que traçam perfis dos estudantes de Medicina, mostrando que a maioria desses estudantes provêm de famílias com nível elevado de escolaridade (REGINATO, 2005; FIOROTTI; ROSSONI; MIRANDA, 2010; CARDOSO FILHO et al., 2015). Exceções à regra existem e neste estudo encontrou-se referência a pais analfabetos (quatro pais e duas mães), demonstrando que apesar das adversidades, alguns conseguem superar as deficiências do meio e ascender socialmente (GRÁFICO 3).

Um dos alunos referiu desconhecer a identidade paterna, não sabendo, por isso, referir a escolaridade deste.

Gráfico 3 – Distribuição da escolaridade dos pais dos estudantes

Legenda: AN: Analfabeto; FI: Fundamental Incompleto; FC: Fundamental Completo; MI: Médio Incompleto; MC: Médio Completo; SI: Superior Incompleto; SC: Superior Completo; PG: Pós-Graduado; 01 Pai Desconhecido.

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

O catolicismo foi a crença predominante entre os que responderam, correspondendo a 62,6%, seguido de agnósticos (15,3%), a percentagem restante se distribuiu entre os que se afirmaram apenas cristãos (10,6%), evangélicos (6,7%), espíritas (2,9%) e dois que se declararam ateus (1,9%).

A religião é uma fé, uma devoção a tudo que é considerado sagrado. É um culto que aproxima o homem das entidades, a quem são atribuídos poderes sobrenaturais. É também um conjunto de princípios, crenças e práticas de doutrinas, baseadas em livros sagrados, que unem seus seguidores em uma mesma comunidade moral, chamada Igreja. Em um outro ponto de vista, tem-se a religiosidade que mostra o sentido de transcendência de uma pessoa ao refletir sobre a espiritualidade (GASTAUD et al., 2006).

Ter fé é encarar o mundo de maneira positiva e esperançosa. O ser humano precisa ser motivado para viver em harmonia. Para aliviar a grande carga emocional que o curso de medicina proporciona, é saudável e necessário se depositar energia em algo (SILVA, 2015).

A confiança para seguir em frente é necessária ao ser humano, pois a fé é que dá sentido aos valores da nossa vida, de maneira a dar significado a nossa existência (AMATUZZI, 1999).

Tabela 4 – Distribuição da expressão religiosa/espiritualidade dos estudantes de Medicina da UERN

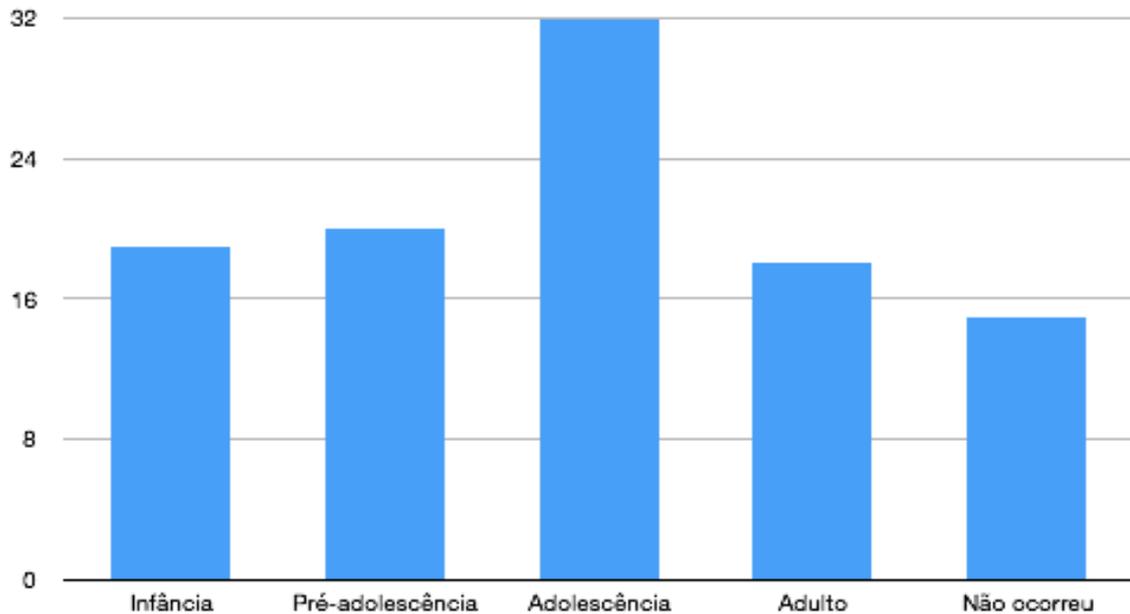
Religião	N	%
Católica	65	62,6
Agnóstico	16	15,3
Cristão	11	10,6
Evangélico	7	6,7
Espírita	3	2,9
Ateu	2	1,9
Total	104	100

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

Perguntou-se aos participantes se, até a data em que responderam ao questionário, haviam tido contato com a morte, a resposta foi afirmativa para 89 deles e negativa para 15. A totalidade dos estudantes do internato deram resposta afirmativa a essa questão. Dentre os 89 que responderam afirmativamente, 19 referiram esse contato ainda na primeira infância, 20 na pré-adolescência, 32 na adolescência e 18 na fase adulta (GRÁFICO 4).

A morte é uma vivência com a qual a maior parte das pessoas entra em contato desde a mais tenra infância. Mas, se esta é uma vivência familiar como parte da existência, por que nos distanciamos deste fenômeno? O que pode levar pessoas a não ter essa vivência até a adolescência ou, mais inesperado, até a idade adulta? Isso pode ser explicado pelo que os autores afirmam sobre a assepsia da morte contemporânea e a sua negação pela sociedade, transformando-a em algo que não se deve ser comentado perto dos ouvidos infantis (EIZIRIK; POLANCZYK; EIZIRIK, 2000).

Gráfico 4 – Fase da vida na qual ocorreu o primeiro contato dos estudantes de Medicina com a morte por quadrimestre do curso

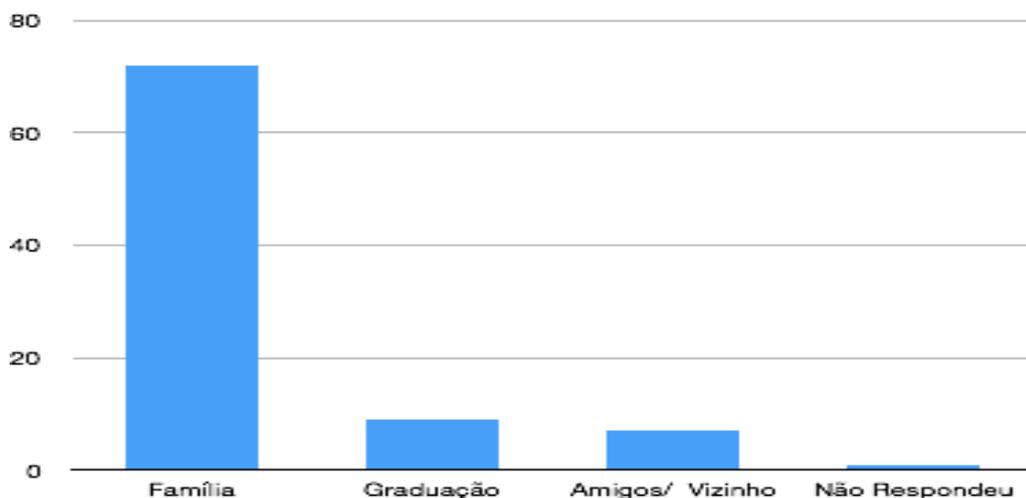


P: 0,555.

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Dentre os estudantes que responderam afirmativamente à questão anterior, 80,9% referiram ter sido o meio familiar o local onde teriam tido o primeiro contato com a vivência da morte. O restante se distribuiu entre graduação, amigos e vizinhos e um estudante do internato se absteve de responder (GRÁFICO 5).

Gráfico 5 – Primeiro contato com morte pelos estudantes de Medicina por quadrimestre do curso



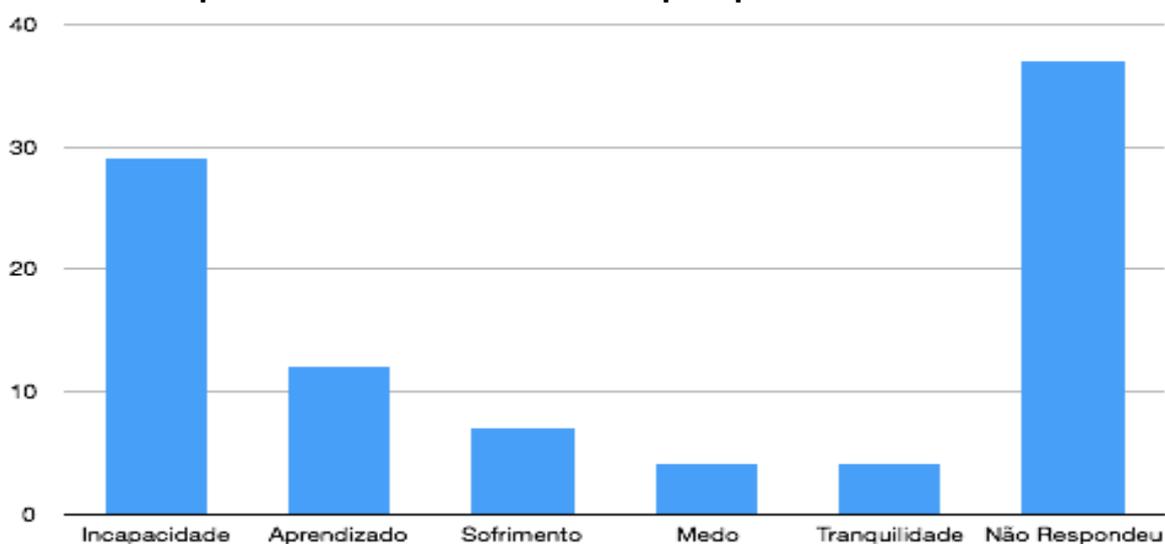
P: 0,098.

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

A confrontação com a finitude gera sentimentos variados. Segundo alguns autores, tudo depende da preparação prévia, da cultura, do grau de envolvimento, ou seja, uma série de fatores intervém para elaboração do comportamento (SIQUEIRA, 2005; SANTOS; MOREIRA, 2014; DUARTE; ALMEIDA; POPIM, 2015).

Dos 89 estudantes que responderam às questões anteriores, 41,6% (37) deixaram de responder quando se perguntou sobre os sentimentos vivenciados na ocasião, e para os que se propuseram a dar uma resposta, houve menção de incapacidade (29), aprendizado (12), sofrimento (7), tranquilidade (4) e medo (4). Verificou-se que quatro deles mencionaram mescla de sentimentos, sendo que um estudante do internato referiu medo e incapacidade e outro incapacidade e sofrimento, mesmo sentimento vivenciado por dois estudantes do meio do curso. A incapacidade, impotência diante de um quadro irreversível é, frequentemente, encontrada entre os estudantes quando estão nos treinamentos práticos e se defrontam com a realidade dos dramas humanos (VIANNA; PICCELLI, 1998; EIZIRIK, POLANCZYK; EIZIRIK, 2000; MARTA et al., 2009).

Gráfico 6 – Sentimentos vivenciados pelos estudantes de Medicina durante o primeiro contato com a morte por quadrimestre do curso



P: 0,0001.

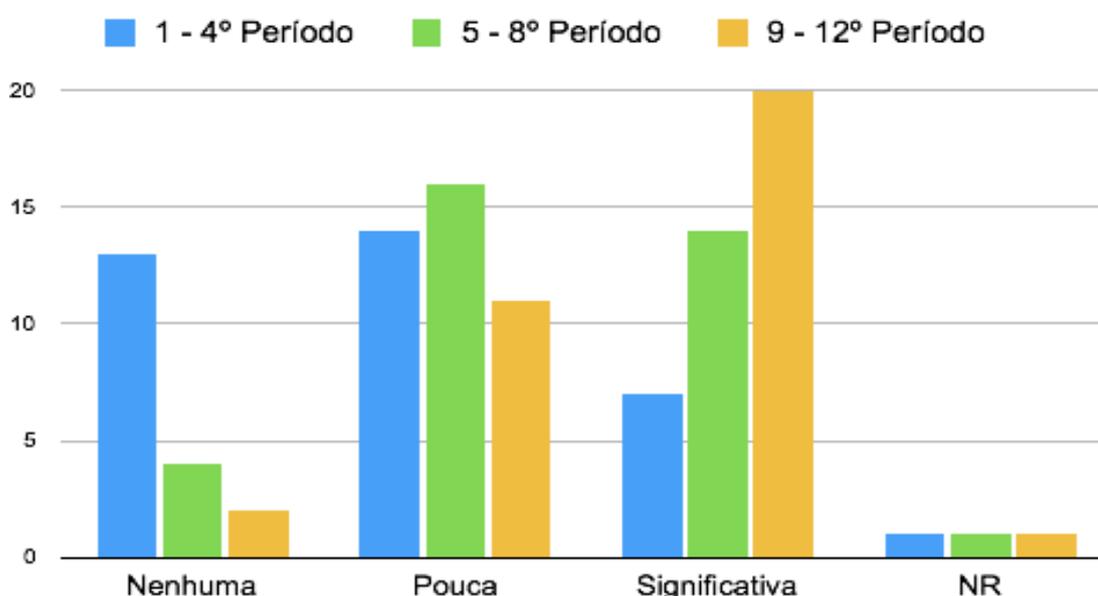
Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Indagados sobre o tempo que tal experiência ficou na lembrança, observou-se que um número expressivo se absteve de responder (43), os que resolveram dar uma resposta referiram que ainda lembravam frequentemente (14), alguns levaram mais de 30 dias para esquecer (12), outros referiram por duas

semanas (12) e oito deles esqueceram rapidamente. Os estudantes do internato estão entre os que mantêm por mais tempo na lembrança esses episódios mais dolorosos. A necessidade de proteção contra experiências traumáticas é intrínseca da mente humana e o tempo para elaboração de tais experiências é variável para cada ser humano (BASTOS, 2008).

Os estudantes consideraram que a graduação mudou significativamente a visão sobre a morte em 39,5%, enquanto essa mesma percentagem de estudantes considerou pouca a mudança, houve os que informaram que não mudou nada (18,2%) e também ocorreu ausência de resposta a essa questão em 2,8% dos questionários. Em uma análise entre início, meio e fim do curso, observou-se que 20 estudantes do internato consideraram mudança significativa contra sete do início e 14 do meio, isso faz pensar que o curso promove mudança de visão ao longo da sua evolução, melhor observado no gráfico abaixo (CAMARGO, 2015) (GRÁFICO 7).

Gráfico 7 – Mudança de visão acerca da morte por quadrimestre do curso de Medicina



Legenda: NR: Não Respondeu.

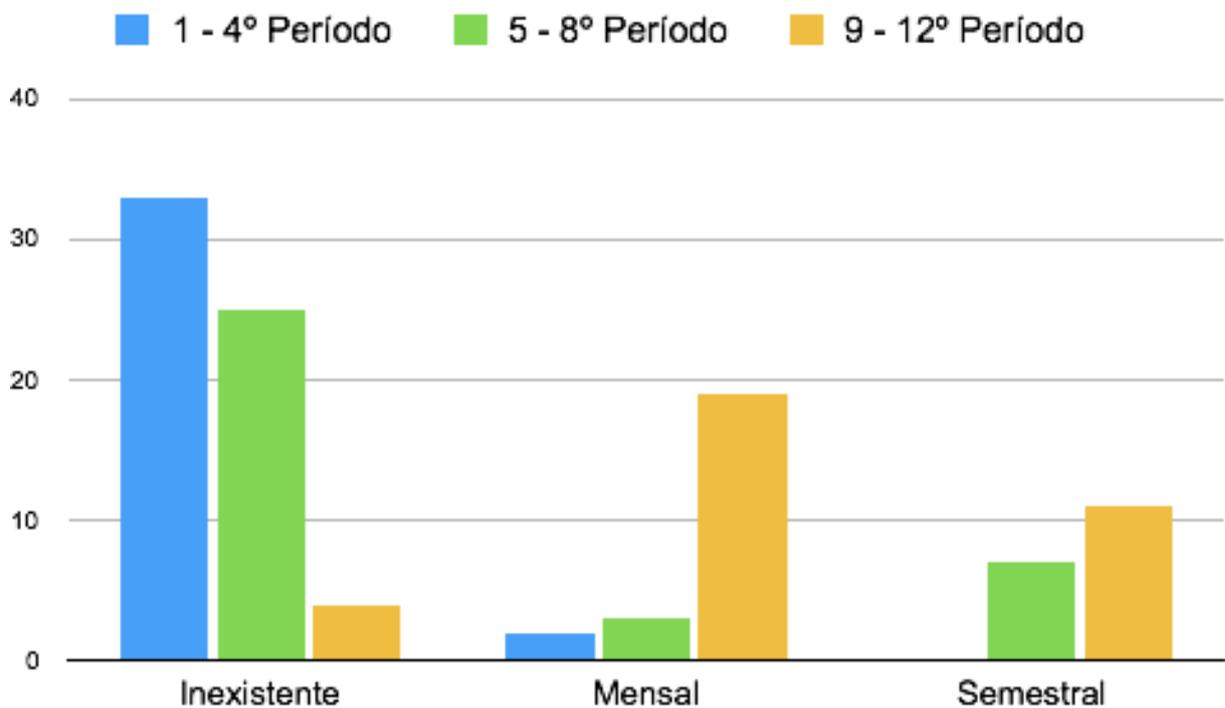
P: 0,0001.

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Existem os que advogam que para preparar os alunos para lidar com a morte e o morrer, faz-se necessário a vivência contínua com esse fato (FERNANDES, 2004; MARTA et al., 2009; CAMARGO, 2015).

Observou-se entre os participantes que 62 referiram contato inexistente com a morte, 18 observaram esse contato a cada seis meses e 24 contato mensal. Daquele montante que não teve contato, a maior parte correspondia aos primeiros períodos (33) (GRÁFICO 8).

Gráfico 8 – Frequência de contato com a morte durante a graduação de Medicina por quadrimestre do curso



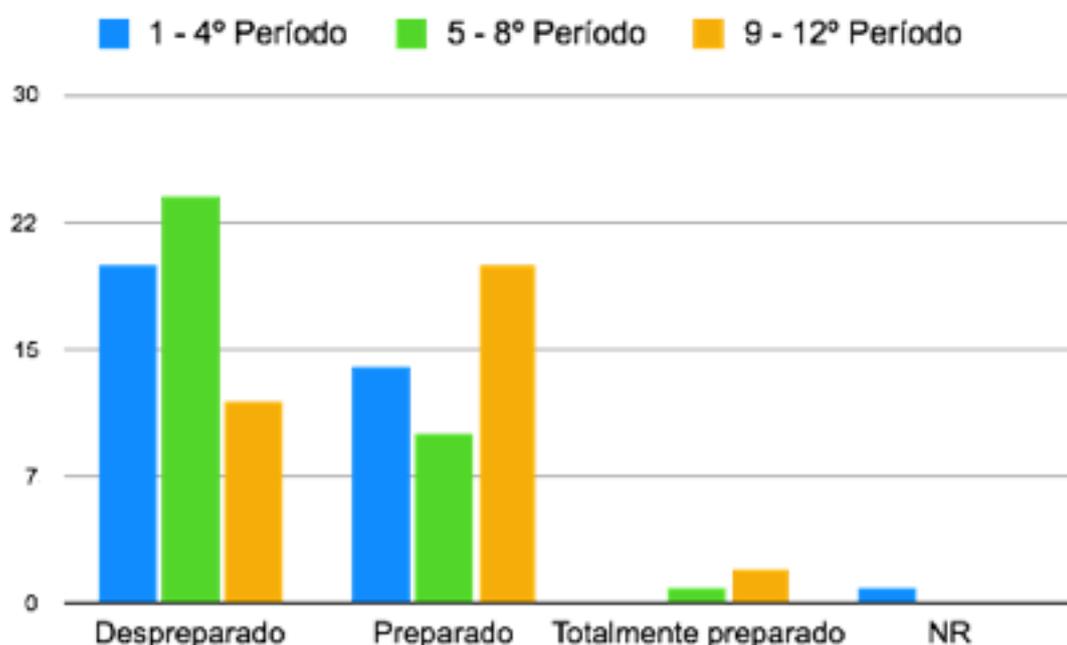
P: 0,0001.

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Não observou-se a frequência que os autores julgam necessária para o preparo dos mesmos e, surpreendentemente, houve quatro estudantes já concluindo o curso que referiram não terem tido contato com o processo de morte e morrer.

Talvez, pelo motivo citado, 56 deles se julgaram despreparados para lidar com o assunto, sendo 44 que se julgaram preparados e apenas três que afirmaram estarem totalmente prontos para esse enfrentamento, obviamente, os do final do curso foram os que se julgaram mais prontos para tal enfrentamento, conforme o Gráfico abaixo (um estudante do início do curso não respondeu a este quesito).

Gráfico 9 – Grau de preparo dos estudantes de Medicina para lidar com a morte e o morrer por quadrimestre do curso



Legenda: NR: Não Respondeu.

P: 0,038.

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

A crença em alguma coisa é relevante para lidar com o tema para 62 dos alunos, enquanto 29 acreditavam que não e 13 não souberam responder.

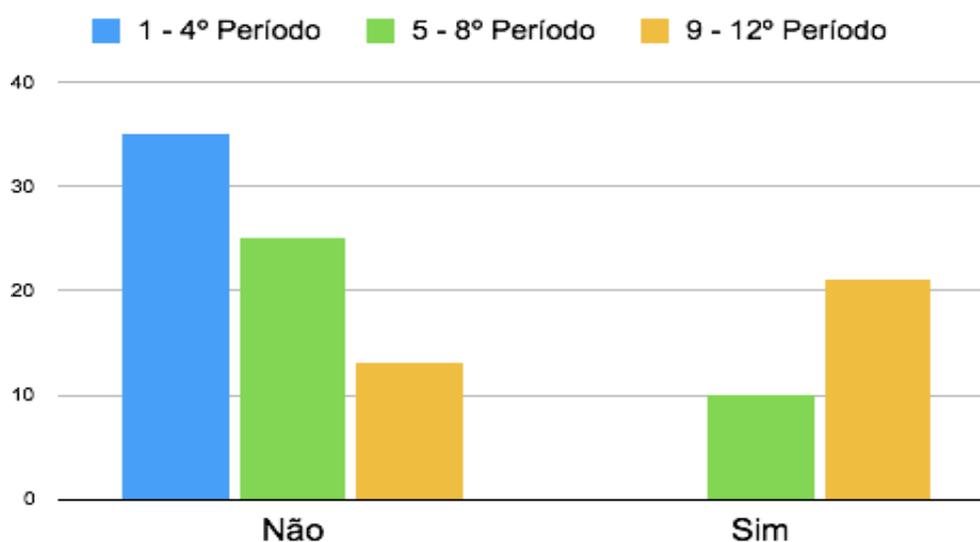
Peres et al. (2007) consideram necessária a atenção ao aspecto da espiritualidade na prática de assistência à saúde. A importância da espiritualidade na dimensão do ser humano cada vez mais tem despertado o interesse da ciência. Ser humano é buscar significado em tudo que está dentro de si e em toda sua volta. A transcendência da existência torna-se a essência da vida à medida que esta se aproxima do seu fim (AMATUZZI, 1999; PERES et al., 2007).

É sempre motivo de angústia a admissão de um paciente em uma fase fora de possibilidades terapêuticas. É comum se observar que alguns médicos abandonam o doente e familiares, por não saberem como lidar com a situação. Em contrapartida, começam a surgir médicos que se especializam para trabalhar justamente nessa fase, quando se atinge o limite terapêutico, e se adentram nos cuidados paliativos (VIANNA; PICCELLI, 1998).

Perguntou-se aos estudantes se eles tinham se defrontado com situações cujo limite terapêutico foi debatido durante a graduação, 73 alunos responderam que não e 31 que sim.

Como esperado, entre os 31 que responderam afirmativamente, a maior concentração foi entre os alunos do internato (21), seguidos dos que se encontravam no meio do curso (10), nenhum dos estudantes do início do curso participaram de uma situação como a que foi proposta (GRÁFICO 10).

Gráfico 10 – Vivências de situações com proposta de limite terapêutico segundo estudantes de Medicina por quadrimestre do curso



Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

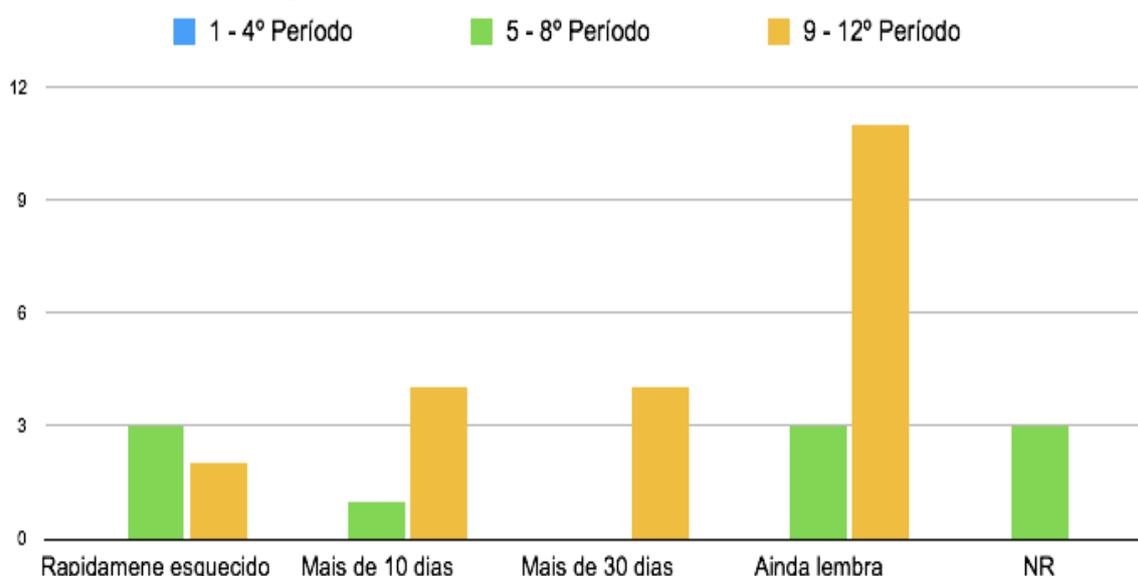
Os apoios oficiais a esse ramo médico, de cuidados paliativos, que está se impondo, têm começado a surgir. Para ilustrar, recorreu-se à Resolução do Conselho Federal de Medicina:

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal (BRASIL, 2006).

Vivenciar momentos em que se chega à conclusão que não há mais nada a se fazer é sempre uma experiência de cunho emocional muito forte. Mais uma vez, questionou-se aos 31 estudantes que vivenciaram a experiência da proposição de

limite terapêutico sobre como a lembrança permaneceu na memória. Houve variação entre o rapidamente esquecido (5), os que lembraram por mais de 10 dias (5), os que ficaram na lembrança por mais de um mês (04) até os que ainda lembravam (14), sendo que três formulários ficaram sem resposta para esse quesito (GRÁFICO 11).

Gráfico 11 – Período de recordação da vivência de proposta de limite terapêutico segundo estudantes de Medicina por quadrimestre do curso



Legenda: NR: Não Respondeu.

P: 0,0001.

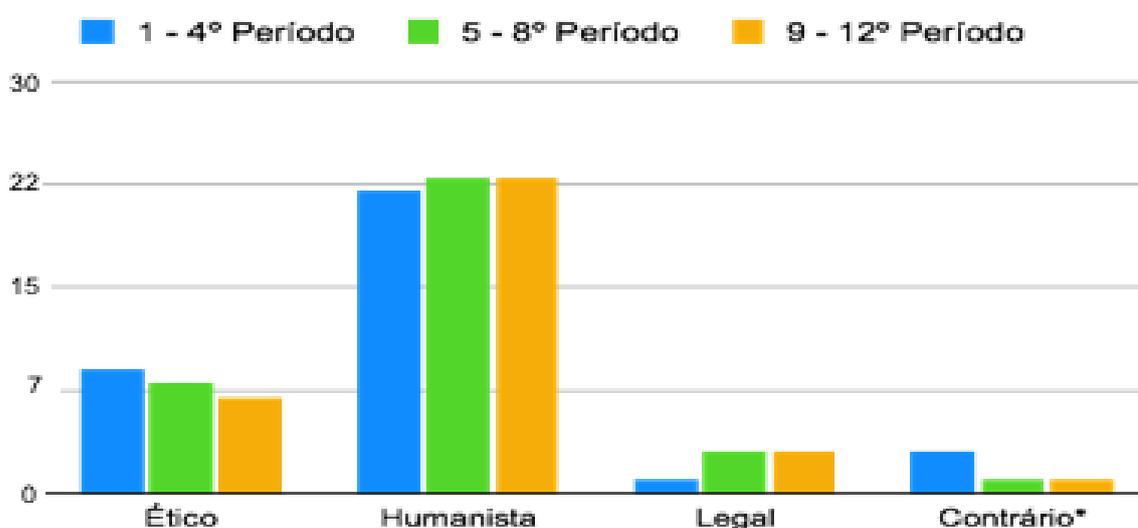
Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

O rápido esquecimento pode ser uma forma de proteção, para evitar sofrimento, ou pode refletir distanciamento do episódio, sem envolvimento emocional algum, mostrando que algumas vezes o curso médico dessensibiliza o estudante, achando que desta forma o está protegendo (EIZIRIK; POLANCZYK; EIZIRIK, 2000). Sem dúvida, faz-se necessário trabalhar com os estudantes sobre a elaboração dos mecanismos de defesa protetores para o desempenho da função de médico. Mas, é preciso encontrar um meio termo, para que eles desenvolvam mecanismos essenciais para um distanciamento ótimo, que os permita exercer atividades, sem, entretanto, anular a capacidade de empatia com o sofrimento e a dor do paciente (FERNANDES, 2004).

Na pergunta sobre o melhor enfoque dado para decidir quando instituir o limite terapêutico, 68 alunos acreditaram que deveria ser humanista, 24 apostaram no ético, sete no ponto de vista legal e cinco consideraram ser contrário aos princípios

da Medicina, ou seja, não deveria se colocar limites nos tratamentos. Destes, cinco acreditaram deveria intervir até o final, três eram do início do curso, um no meio e outro no final. Ao que parece, embora se afirmassem despreparados para o enfrentamento com a morte e o morrer, os estudantes, teoricamente, apresentaram visão bioética de como conduzir os pacientes fora de possibilidades terapêuticas (GRÁFICO 12).

Gráfico 12 – Enfoque para decisão do limite terapêutico por estudantes de Medicina por quadrimestre do curso



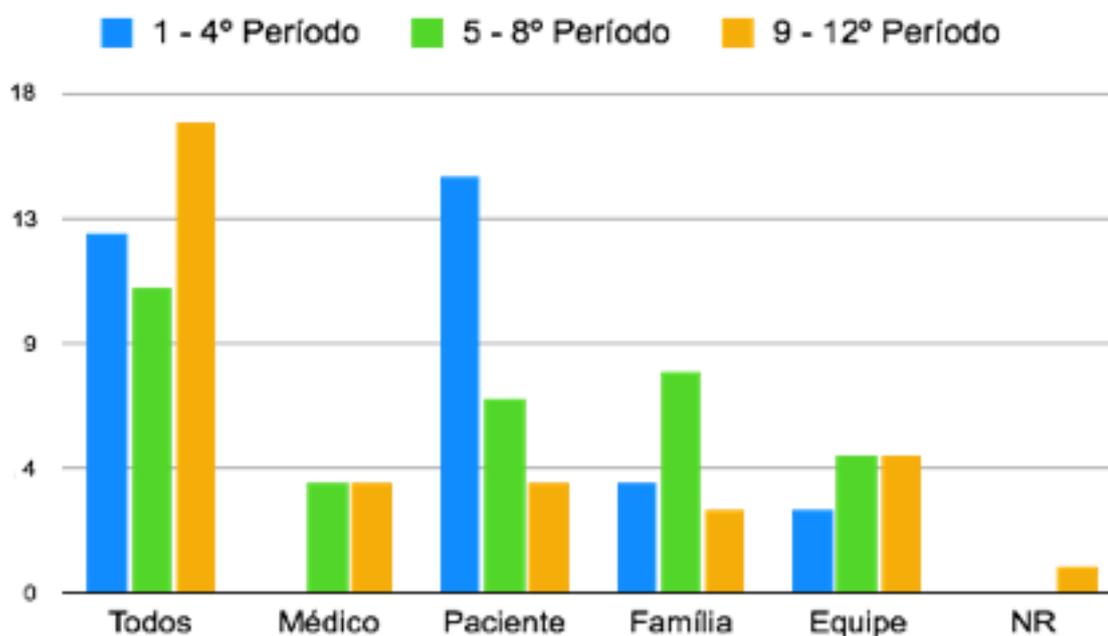
Legenda: * Contrário aos princípios da medicina.

P: 0,0083.

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Há tendência quando se depara com paciente fora de possibilidades terapêuticas de protelar as decisões ou de tentar repassar responsabilidades (MARTA et al., 2009). Indagados sobre a quem cabia a decisão do limite terapêutico, 41 acreditavam ser decisão que deveria envolver a todos, 15 achavam que a família deveria decidir, 13 passou a responsabilidade para a equipe, 08 para o médico, 26 para o paciente e 01 não respondeu. Pode-se aferir que as opiniões divergiram, sendo que a responsabilidade compartilhada por todos é a ideia mais aceita (GRÁFICO 13).

Gráfico 13 – Responsável pela decisão do limite terapêutico por quadrimestre do curso



Legenda: NR: Não Respondeu.

P: 0,068.

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

No quesito sobre se já haviam participado de discussões sobre finitude (TABELA 5), 29,9% (31) afirmaram que nunca, 63,4% (66) relataram que ocasionalmente participavam e apenas 5,7% (06) acenaram que com frequência estavam nessas discussões, sendo que 1% (01) não respondeu. A pouca frequência de abordagens sobre a morte e o morrer que esses estudantes relataram, dificultam o aprendizado. Ou seja, alto índice (93,3%) de estudantes tem o aprendizado prejudicado. Pôde-se observar que mesmo estudantes que já estavam em fase de conclusão do curso médico, também, relataram baixa regularidade de discussões. Os estudos nessa área referem o benefício existente no ensino formal de estudantes e/ou médicos no que diz respeito à abordagem e a condutas a adotar diante de pacientes nas fases finais da vida. Benéfico para quem cuida e para que vai ser cuidado (URY et al., 2003; SULLIVAN et al., 2005).

Tabela 5 – Participação em discussões acerca da finitude da vida no curso de Medicina da UERN, 2017

Frequência	N	%
Nunca	31	29,9
Ocasionalmente	66	63,4
Frequentemente	6	5,7
Não Respondeu	1	1
Total	104	100

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

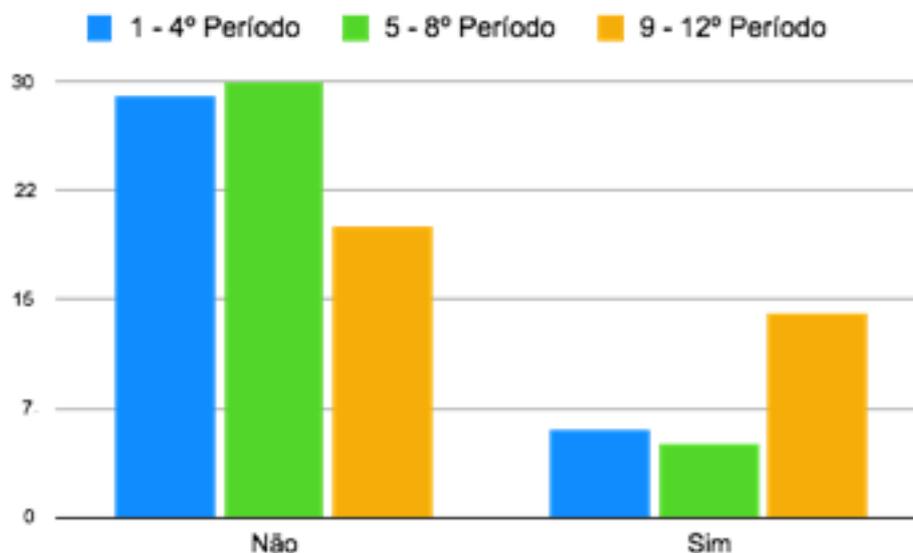
Na grade curricular, existem disciplinas que abordam temas sobre a morte, limite terapêutico e distanásia, deste modo, afirmaram 71 alunos, sendo que outros 32 não concordaram com isso e um se absteve. Curioso é encontrar entre os que afirmaram não haver disciplinas que abordassem tais temas, estudantes do internato, que já passaram por toda a grade curricular teórica. Ainda nessa questão, foi solicitado que eles nominassem as disciplinas. Entre os 71 que responderam afirmativamente, foram lembradas as disciplinas de Psicologia Médica, Bioética e Medicina Legal.

É consenso geral de que o ensino da Tanatologia deve ser incorporado pelos currículos, não de forma fortuita e sim de forma enfática, melhorando a saúde emocional do cuidador e a forma de cuidar também (EIZIRIK; POLANCZYK; EIZIRIK, 2000; FERNANDES, 2004; AZEREDO, 2007).

Por último, foi perguntado se a incapacidade de cura se confrontava com o aprendizado médico, sendo que 79 estudantes não concordam com essa premissa e 25 deles concordaram (GRÁFICO 14).

Analisando especificamente os 34 estudantes do internato, observa-se que quase a metade deles (41,2%) acreditava que o ensino médico deveria ser pensado na obtenção da cura sempre, sendo que apenas quatro estudantes dos períodos intermediários e cinco dos iniciais concordaram com essa premissa. Como comentado ao longo desta dissertação, esse conceito tem que ser melhor trabalhado, é um paradigma a ser rompido.

Gráfico 14 – Relação de confronto entre a incapacidade de cura e o aprendizado médico na visão de estudantes de Medicina por quadrimestre do curso.



P: 0,031.

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

A crença de que o trabalho médico é voltado apenas para a cura, retira da Medicina sua característica humana do cuidar, do confortar. Sobre isso o trabalho de Quintana et al. (2006, p.422) refere:

O despreparo da equipe de saúde para lidar com situações de terminalidade tem duas consequências para os profissionais. A primeira representa a sensação de fracasso do que seria a sua missão: curar o doente, do qual decorre o abandono do paciente a seu próprio destino. A segunda consequência se manifesta no afastamento que impede o profissional de conhecer o universo desse paciente, suas queixas, suas esperanças e desesperanças, em suma, tudo o que ele sente e pensa nesse período de sua vida e cujo conhecimento o ajudaria a se aproximar do mesmo.

Esse resultado entre os internos, faz pensar sobre como o pensamento médico de cura é fortemente inculcado nos estudantes ao longo da formação. Há que se entender que o fracasso não é a perda de um paciente por morte, o fracasso é não proporcionar finitude digna, respeitosa.

5.3 ANÁLISE QUALITATIVA

Na pesquisa qualitativa, o instrumento de coleta de dados era constituído de um roteiro do grupo focal que continha questionamentos referentes ao processo de morrer e morte (APÊNDICE B).

A capacidade interativa e problematizadora (Ressel et al., 2008) do GF como técnica de coleta e análise de dados se constitui em importante estratégia para inserir os participantes da pesquisa no contexto das discussões de análise e síntese que contribuam para o repensar de atitudes, concepções, práticas e políticas sociais (PELICIONI, 2001).

Os textos obtidos após a transcrição dos dados do GF foram analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo, através da codificação e interpretação, buscando compreender as informações e os dados que se apresentaram nas mensagens analisadas (MINAYO, 2011).

Os estudantes teceram diferentes significações acerca de suas concepções em torno do humanismo na Medicina e a formação acadêmica para lidar com as situações de morte no cotidiano da prática clínica. Em seguida, apresenta-se as categorias elaboradas: percepções acerca da formação humanística na graduação em Medicina para lidar com a morte e o morrer; significados, conhecimentos e saberes acerca da morte e do processo do morrer: “em cima do muro”; prática médica no lidar com a morte de pacientes: “saindo de cima do muro”; e propostas para formação médica: o que e como o estudante precisa aprender para lidar com pacientes na fase final da vida.

5.3.1 Percepções acerca da formação humanística na graduação em Medicina para lidar com a morte e o morrer

A noção predominante do humanismo entre os estudantes do estudo foi abrangente, devendo o médico humanista incluir em sua abordagem o contexto psicossocial e de vida do paciente, uma visão ampla do ser humano e não somente olhar para os aspectos biológicos do adoecimento, conforme as falas:

É ver o paciente de uma forma holística, tentar ver ele como um todo [...] muitas vezes é um clichê hoje em dia já se falar de o médico tentar só observar a doença do paciente, tentar tratar só aquilo, quando na verdade o paciente ele tem todo um contexto que está interferindo na saúde dele e que muitas vezes é abandonado. (E1)

Entender o ser humano em todas as suas facetas, seja física-biológica, psicológica, espiritual, pode-se dizer, existencial. (E2)

[...] não é só aquela parte patológica que você está vendo, tem todo um contexto psicossocial por trás que às vezes até culmina para gerar a doença. (E4)

Esta perspectiva é ressaltada por Gallian (2000, p.1) que afirma: “ [...] em sua origem a Medicina Ocidental era uma ciência essencialmente humanística”. Como Ciência humanística, via o homem sob o ponto de vista holístico, sob este ponto de vista, o autor comenta que as doenças não deveriam ser vistas como um produto isolado e, sim, no homem e sua própria natureza, o meio que o cerca e determina seu modo e qualidade de existência.

A visão tecnicista foi implementada no Brasil, pelo método Flexneriano, comentado anteriormente nesta dissertação e que regeu os currículos das escolas médicas durante décadas. Findando por definir práticas mais instrumentais e desfocadas do sujeito que adoce, priorizando a doença (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2008).

Outro aspecto apontado pelos estudantes relacionado ao humanismo na Medicina foi o afeto, caracterizado por uma atitude de familiaridade com o paciente, contrário a uma prática profissional que utiliza a tecnologia como meio de relação:

Não tratar só o exame, tratar o paciente como familiar mesmo, acolher o paciente como se fosse um familiar. (E3)

[...] uma doença não se trata só com remédio. (E4)

Alguns autores afirmam que, na relação com o paciente, é imprescindível que as práticas ou tecnologias empregadas venham acompanhadas do contato com o paciente, pela empatia, compreensão e escuta, no processo de cura (GALLIAN, 2000).

Na abordagem humanística, a comunicação e o desenvolvimento de habilidades comunicacionais assumem papel muito importante, sendo destacado pelos estudantes a necessidade de o médico conversar e explicar com clareza os

dados ao paciente, assim como identificar sua real necessidade que nem sempre é o que ele traz como demanda.

[...] o paciente necessita mais de uma conversa, de você explicar as coisas. Às vezes o paciente lhe procura mais por uma ansiedade, às vezes nem existe até uma doença em si patológica, existe uma questão social. (E4)

A medicina tecnicista há anos vem sendo questionada, e um movimento global vem acontecendo. Reforçado, principalmente, após a conferência Mundial de Educação Médica em Edimburgo, em 1993, sendo direcionado para mudanças estruturais no ensino médico, visando maior interdisciplinaridade, envolvendo as ciências sociais, biomédicas e enfatizando a bioética como pilar para formar o novo médico (ALMEIDA, 2009).

Reconheceram a importância de saberem lidar com os processos de comunicação e emocionais que envolvem a relação médico paciente diante da morte, mas consideraram ser pouco o que tem sido dedicado a esses aspectos no curso de Medicina.

Na visão dos estudantes “o curso não dá muita ênfase ao tema” (E2), algumas disciplinas enfocam de forma breve o processo da morte e do morrer, favorecendo discussões: Introdução à Medicina, Psicologia Médica, Bases da Oncologia, Ética e Bioética.

Assim, não oferece conhecimentos e desenvolvimento de habilidades de comunicação tão necessárias ao cuidado humanizado com o paciente e a família, requeridos pelos estudantes, o que motiva o estudante a expressar que esta responsabilidade de formação caberia a si mesmo:

Acho que essa humanização depende muito mais da gente do que da Universidade em si [...] eu não tenho preparação, eu me sinto despreparado. (E5)

Os estudantes se referiram ao contexto do curso de Medicina que traz no currículo sobrecarregado uma formação tecnicista, não os preparando para perceber e saber agir consoante às situações emocionais e à vida humana como um todo e, por vezes, matando parte dos referenciais trazidos pelos estudantes, sua visão de mundo, cultura e experiências de vida, distanciando-os de si, resultando em uma formação de estudantes insensíveis que não desenvolvem o lado humano do ser médico.

O curso em si prepara o aluno como se a gente fosse um estudante que tivesse, tipo, insensível a quase tudo, que se preparasse só para estudar, estudar [...] tudo que acontece ao seu redor acaba sendo menos importante (família). (E5)

É como se preparassem a gente para sermos duros, não ter sensibilidade [...] só funciona sob pressão, você tem que aguentar a pressão [...] não vê o nosso lado humano e o sensível, porque a gente tem esse lado [...] a gente já traz a questão cultural, religiosa, a formação pode interferir. (E6)

Eu acho que ele (o curso de Medicina) pode até tirar a percepção de tudo que você tinha antes, do processo de morte [...] talvez já saia com outra visão, às vezes até pior [...] por que a que você tinha antes você tem a questão cultural, familiar, religiosa [...] quando você entra aqui você acaba tirando um pouco disso, te ensinam que é de um jeito, que você tem que pensar assim [...] você sai com uma opinião bem diferente da que entrou. É questão de morte. (E3)

O modelo de ensino médico voltado ao desenvolvimento de um pensamento racionalista em detrimento das dimensões sociais, culturais, emocionais, subjetivas, dos contextos de vida e necessidades dos estudantes e da sociedade humana pode contribuir para formação de estudantes que não conseguem lidar com os desafios da vida profissional. Se a dimensão humana, subjetiva e social não faz parte das discussões e problemáticas discutidas no curso, juntamente com os conhecimentos biológicos da anatomia, fisiologia, patologia e clínicas em geral, e se o estudante não aprende a tomar decisões e fazer raciocínios clínicos considerando a integração destas dimensões na vida do paciente, como poderá ver e atuar a partir da integralidade do cuidado? Como conseguirá perceber o lado humano de cada paciente e família diante da morte, se não reconhece em si esta dimensão? Stange, Miller e Mcwhinney (2001) apresentam uma tentativa de sistematização que integraria as várias dimensões necessárias para uma atuação competente do médico, até aqui mencionadas: conhecimento de evidências científicas, conhecimento do paciente e conhecimento próprio facilitado pela reflexão.

Como comentado, um movimento global vem acontecendo para mudar essa realidade. Algumas escolas estão implementando novos currículos, pensando na integralidade do ensino, investindo em novas metodologias, em capacitação docente, em um cuidado com a saúde mental dos estudantes (LAMPERT, 2008; CEZAR; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2011). Contudo, isso ainda ocorre em um número reduzido de Instituições.

Algumas iniciativas têm tido a responsabilidade de impulsionar mudanças no ensino médico brasileiro, como as DCN que demonstram preocupação com a

consolidação de mudanças nas ações e na formação de recursos humanos em saúde. Outras iniciativas de mudanças estão representadas pelo Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (COSTA, 2007).

De acordo como os estudantes, alguns elementos interferem para que o curso não priorize estes conhecimentos e saberes, prejudicando uma formação humanística na Medicina, como a carga excessiva de atividades escolares, o modelo de currículo, o paradigma biomédico predominante e a ênfase na quantificação e eficiência.

[...] estudar muito. (E2)

a própria construção da grade curricular. (E6)

[...] a tradição das escolas de Medicina, as quais, em sua maioria, se preocupam em formar técnicos, pessoas preparadas para tratar as doenças apenas. (D1)

A visão mecanicista do corpo humano e o já debatido modelo biomédico [...] o paciente não é visto de forma ampla, mas apenas como disfunções de sistemas e moléculas químicas. (D2)

O curso médico é bastante extenso, muitas disciplinas diferentes, diversos assuntos para serem estudados, cobranças e a concorrência são quase pilares da nossa formação [...] o aluno direciona o seu pouco tempo para o preparo dos aspectos que são quantificáveis à sua formação. (D3)

Esses dados corroboram a afirmação de Millan, Rossi e De Marco (1999) de que alunos de Medicina mencionam como principais fontes de estresse a perda da liberdade pessoal e o excesso de pressões acadêmicas, além da pouca disponibilidade de tempo para o lazer, para estar com a família e os amigos mais próximos.

Outro obstáculo apontado pelos estudantes diz respeito ao paradigma existente de que a função do médico é para impedir que a morte ocorra, o que o coloca em posição de onipotência frente à fase final da vida, gerando, também, uma dificuldade em reconhecer a morte como fenômeno da vida. A fala do estudante expressou essa limitação:

[...] grande parte da nossa formação é voltada para salvar vidas. Ficamos tão presos à recuperação que muitas vezes não sabemos reconhecer o momento no qual a Medicina é limitada e a recuperação do doente é impossível. (D3)

Mais uma vez, recorre-se a Quintana, Cecim e Henn, (2002), quando afirmam que os cursos de Medicina não preparam o aluno para enfrentar situações

que envolvam a morte. Outrossim, o que fazem é prepará-los para lidar com essa problemática por meio do uso de mecanismos de defesa, como a negação, a evitação e a racionalização.

Durante muito tempo, para a sociedade, o médico era o responsável por combater e vencer a morte; era o ser tanatolítico que decide tecnicamente o momento da morte e as circunstâncias do morrer. Desta maneira, o profissional assume-se como onipotente e prioriza salvar o paciente a qualquer custo, a fim de corresponder às expectativas idealizadas de preservador de vidas. Na atualidade, essa visão de onipotência está sendo substituída por uma mais alinhada com a realidade (SILVA; HORTALE, 2006; MARTA et al., 2009).

5.3.2 Significados, conhecimentos e saberes acerca da morte e do processo do morrer: “em cima do muro”

Nas falas dos estudantes acerca da morte, observou-se tratamento da mesma na terceira pessoa, tornando-a impessoal. No universo de significações, a morte é percebida como “passagem para outra dimensão”, um fenômeno natural e inevitável da vida, torna todos os seres iguais, consoante aos depoimentos.

[...] A morte é como uma passagem de uma fase para outra fase de outra dimensão que a gente não entende. (E3)

Uma coisa que é natural. (E4)

A gente nasce, tem que morrer, é o ciclo da vida. (E6)

O fim é inexorável [...] independente de crenças e religiosidade, a morte chega para todos. Acaba sendo o único fator que iguala todos os seres [...]. (D3)

Essas falas constituem clichês, utilizados por todos para definir o indefinível. Os estudantes não mostraram a visão pessoal da finitude e sim repetiram frases que ouvimos continuamente, como se fosse algo coloquial. Isso é observado nesse artigo da Escola Paulista de Medicina (EPM) quando comenta sobre Tanatofobia e refere que os alunos conseguem falar naturalmente sobre a morte de outrem, como nessa frase:

Portanto, para eles é possível cogitar ou falar sobre a morte do outro e, por um mecanismo de cisão, negar toda e qualquer situação ligada à possibilidade da própria morte (AVANCINE; JORGE, 2000, p.7).

Um dos estudantes expôs o tema morte como uma dimensão esquecida de sua existência:

[...] eu acho que ela está bem escondida. Eu acho que eu vou me formar, que eu vou ser médica, não vou morrer não. (E6)

Nos diz Zaidharf et al. (2010) que pensar na própria finitude é tão terrível que todos nós necessitamos para poder sobreviver de “uma certa dose de negação” da morte.

Apesar de reconhecerem a morte como dimensão da vida e que esta continua de outra forma, os estudantes convergiram na ideia de que “ninguém está preparado” para receber a notícia de uma “doença terminal”, pois o “ser humano não está preparado para morrer”; demonstrando claramente que os discursos anteriores de “naturalidade” da morte eram frases feitas e não uma crença verdadeira na fisiologia do fim. Um dos estudantes disparou a questão:

Se você perguntar para uma pessoa de 80 ou 90 anos se ela quer morrer, ela não quer morrer. (E4)

Somente um estudante divergiu do grupo e trouxe uma experiência pessoal de ter convivido com uma pessoa em idade avançada que “*estava bem conformada com a questão da morte*” (E1).

Outro aspecto que enfocaram foi a relação entre a religião e a forma de cada pessoa encarar a morte, pois predominava no grupo a crença cristã que atribui à morte uma mudança de dimensão ou plano de existência, do físico ao espiritual.

Muitos acreditam que é só um processo físico, morreu acabou, aí vai depender muito do tipo de religião da pessoa. (E4)

Outra observação feita pelos estudantes foi o de considerar que as crenças religiosas podem ter aspecto negativo, influenciando o paciente no abandono do tratamento ou nem iniciando por acreditar na cura divina. Com a possibilidade da morte, o paciente se interroga de questões existenciais e da existência de Deus, buscando sentido para o acontecimento e para ressignificar a existência. Os participantes do estudo destacaram que a religiosidade “ameniza” o momento crítico na vida do paciente e “*tem que ser vista como parte da cura*” (E5) pelo profissional médico.

Estudos têm demonstrado a influência das crenças religiosas na construção de significados em eventos estressantes. Nestes estudos, também tem sido possível melhor compreensão acerca da necessidade do indivíduo na construção e reconstrução destes significados e realidades, buscando superar o sofrimento imposto pela experiência (BREITBART, 2003; BOUSSO et al., 2011).

Dull e Skokan et al. (1995) e Siegel, Anderman e Schrimshaw (2001) desenvolveram modelos teóricos e estudos sobre enfrentamento e religiosidade e defenderam a concepção de que crenças e práticas religiosas são mediadoras no processo saúde-doença, devido ao desenvolvimento de esquemas cognitivos que poderiam aumentar os recursos pessoais de enfrentamento pelo incremento da sensação de controle e da autoestima, permitindo atribuir significado aos eventos estressores.

Os estudantes consideraram terem “uma visão limitada” em termos de conhecimentos e saberes para lidar com o processo da morte dos pacientes, referindo-se a uma ideia de que o enfrentamento da morte seria mais inerente à cultura do indivíduo e não assunto da Medicina, ou se referindo a conhecimentos técnicos propiciados pelo curso.

Acho que esse processo de morte, vai específico da pessoa [...] da cultura de uma maneira geral, não sei até que ponto a Medicina pode interferir nisso. (E5)

A gente viu muito pouco, a gente viu sobre as fases, o que é mais comum, o processo de morte, muito técnico mesmo. (E6)

Isso suscita muitas questões: a perspectiva que os estudantes apresentam está relacionada ao que estão internalizando de seu papel enquanto médicos no lidar com a morte? Quando repassam a responsabilidade do enfrentamento unicamente para o próprio indivíduo, isso não seria uma forma de fuga? Se o curso não inclui como parte da formação a temática e sua relevância, como esperar que médicos saibam se relacionar com o fenômeno da morte tão frequente no cotidiano da prática?

Estudos mostram que apesar dos currículos estarem se adaptando às normas das diretrizes nacionais, as escolas estão sentindo dificuldades em implementá-los, devido a múltiplos fatores, entre eles a resistência dos docentes às mudanças, ao despreparo dos mesmos frente às novas metodologias pedagógicas e à desvalorização do ensino, fatos que compõem o arcabouço dessas dificuldades de

transformação (KOIFMAN, 2001; COSTA, 2007; PINTO, 2008). No estudo de Belatto et al. (2007), observa-se o despreparo dos estudantes para agir diante de pacientes em processo de finitude, mostra-se que existem falhas na formação tanto do aluno quanto do professor, que habitualmente refere dificuldades em ministrar conteúdos com o tema de morte e morrer, devido a um despreparo pessoal e à complexidade do tema.

Na conversa que se estabelece no grupo, um dos estudantes aborda a dificuldade em lidar com a morte e o morrer do paciente, enfocando o aspecto psicológico do médico que devido à intensa carga emocional disparada, “acaba ficando em cima do muro”, devendo a morte ser encarada como “coisa normal” e limitando o envolvimento do médico, pois esta implica também aspectos profissionais, conforme depoimento:

Eu também acho que tem a ver com a própria questão do psicológico do médico, porque se a gente deixar se abalar por cada morte que a gente tiver a gente também vai ficar com uma carga emocional muito grande, estão acaba ficando em cima do muro [...] para se proteger emocionalmente [...] tem que se proteger com relação às consequências que ela pode trazer pro próprio médico na sua vida profissional [...] não pode deixar ser frio totalmente [...] encarar isso como coisa normal e tem que ter um limite. (E5)

Há envolvimento profissional que Cassorla (1992) denominou distância ótima: envolver-se o necessário com o doente, garantindo-lhe assistência humana e, concomitantemente, proteger-se da contaminação da situação para manter-se hígido e com capacidade de atuação. Tal condição deveria ser treinada no ambiente acadêmico e não simplesmente acontecer durante os anos de profissão, com possíveis males para o médico e o paciente (KOVÁCS, 1996).

5.3.3 Prática médica no lidar com a morte de pacientes: “saindo de cima do muro”

Na visão dos estudantes, existia um modo de exercer a Medicina que acolhesse o paciente fora de possibilidades terapêutica, sua família e a dor que esse período da existência traz, contrário a outro modo que se caracteriza por atitudes, ações e práticas de abandono e exclusão. Essa visão do cuidar é um dos pilares das ações de quem trabalha com cuidados paliativos.

No modo de agir acolhedor, o profissional investe no suporte para uma morte digna, busca o alívio da dor, oferece conforto, terapêutica medicamentosa e considera os aspectos emocionais (SILVA; HORTALE, 2006):

[...] dar suporte para a pessoa morrer pelo menos dignamente [...] aliviar a dor do paciente. (E1)

[...] não permitir que o processo de morrer seja doloroso. (D3)

[...] dar o mínimo de conforto naquela situação difícil [...] desde cuidados médicos, medicações, como também a questão psicológica do paciente. (E5)

Além dos aspectos ligados à relação com o paciente, os estudantes consideraram que na prática humanizada, o médico deve apoiar os familiares e estabelecer com eles relação de proximidade e diálogo, respeitar o luto e suas concepções de morte, possibilitando a decisão destes e/ou do paciente do ambiente, (local) onde este passará os últimos momentos de vida. As falas dos Estudantes 4 e 2 evidenciaram estas ideias:

[...] o médico se aproxima do familiar para conversar. (E4)

[...] conversar para a família decidir se o paciente vai terminar os dias em casa ou no hospital, se eles preferem, ou até o paciente se for o caso [...] tenham um apoio. (E2)

[...] Ouvir o paciente e a família, respeitar e compreender as fases do luto e as formas como a família encara o momento. (D3)

Esse é um pensamento compartilhado por quase todos os autores que trabalham na área de cuidados com pacientes em fase final de vida ou empenhados na humanização dos cuidados em saúde. Também se observa a necessidade da interdisciplinaridade para esses cuidados, mostrando que são várias as necessidades do paciente e de familiares, que somente podem ser preenchidas por profissionais de diversas áreas (KOVÁCS, 2003; PEREIRA; SUDIGURSKY, 2008).

Corroborar-se o que os estudantes apontaram como necessário que é acabar com o “isolamento” do médico dos outros profissionais da saúde, visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes em estado final da vida, *“contribuindo com outros profissionais, tipo na parte psicológica, fisioterapia, não só na parte de medicamentos, cirurgia [...] podia surtir mais efeito”* (E4).

Em contradição a este modo humanístico do proceder médico, os estudantes enfatizaram situações nas quais os pacientes sofrem abandono

terapêutico até o ponto de serem excluídos totalmente (“chutados”) do tratamento, quando a avaliação médica é de que a morte é iminente:

[...] muitos médicos não querem nem mais tratar da pessoa: - não, já vai morrer mesmo, vamos deixar morrer, não vamos tratar. (E1)

[...] tem médico que diz que não tem mais jeito, então deixam o paciente, não quer fazer mais nada, acha que não é necessário [...] é só esperar a hora [...] a maioria dos médicos que eu percebo são assim. (E4)

[...] aquele que não tem mais chance leva só chute. (E3)

O depoimento do (a) Estudante 2 sintetiza o que deve ser evitado para que haja respeito ao paciente no manejo do médico com o fenômeno da morte:

E nada de negligenciar, fingir que o paciente não está ali morrendo e abandonar ele, que é isso que muita gente faz, a família abandona, os profissionais abandonam, param de dar apoio psicológico, abandonam, mascaram, fingem que não está acontecendo nada. (E2)

Essa talvez seja uma interpretação pessoal dos estudantes de uma realidade em que os médicos, assim como eles estudantes, não têm o preparo necessário para lidar com situações de finitude. Kipper (2009) refere-se aos dilemas éticos mais frequentes envolvendo paciente criticamente doentes e menciona:

[...] Normalmente, deixamos por último, na visita diária, os pacientes terminais e pacientes em estado vegetativo permanente; os examinamos menos, conversamos menos com eles e suas famílias e nos sentimos mais "culpados" quando sofrem intercorrências. Sempre é mais difícil algum médico assumir esses pacientes como “seus” pacientes (KIPPER, 2009, p.5).

Os estudantes apontaram possibilidades de práticas médicas humanizadas em uma clara manifestação de que “sair de cima do muro” torna-se necessário e viável, desde que a formação priorize aspectos humanos envolvidos no processo saúde-doença e se mencionam propostas para mudanças desse paradigma.

5.3.4 Propostas para formação médica: o que e como o estudante precisa aprender para lidar com pacientes na fase final da vida?

Os estudantes de Medicina atribuíram valor preponderante à formação humanística no processo de constituição da identidade profissional, havendo consenso desta relevância como: “é importante”, “essencial”, “imprescindível” para que

seja oferecido o apoio necessário ao paciente e aos familiares, sendo expresso por um participante que esta abordagem deve ser *“a referência a ser buscada por todas as escolas médicas”* (Depoimento 2).

Esta importância creditada pelos estudantes está relacionada à necessidade do saber lidar com algo que eles, estudantes, imaginam que acontecerá no futuro, quando estiver praticando a Medicina e vivenciarão as perdas de pacientes, e ao grau de responsabilidade que terão de assumir ao comunicar o falecimento ou prognóstico ruim ao enfermo.

Silva e Ayres (2010) relatam que as experiências de ensino-aprendizagem em relação a lidar com o paciente perante a morte são bastante escassas, sendo identificado no estudo que não apenas o tema morte é evitado ou pouco abordado, nesse mesmo estudo, a sugestão dada pelos alunos pesquisados foi a construção de uma disciplina ou projeto de extensão que trabalhasse com a relação do médico com a morte.

O estudo de Marta et al. (2009) mostra que os pesquisados apontaram a presença de possíveis falhas curriculares na formação médica, elencando vários fatores, como a falta de debates, de preparo prático, de vivência com pacientes no fim da vida, de disciplinas específicas, da psicologia médica, do acompanhamento psicológico dos alunos, além do fato de a formação médica estar voltada para salvar vidas, levando os estudantes a não desenvolverem habilidades suficientes acerca desse tema.

Diferentes opiniões consistiram nas propostas dos estudantes para tornar o ensino na graduação em Medicina mais próximo da experiência do médico diante de pacientes na fase final da vida, favorecendo formação humanística. Algumas dessas sugestões encontram-se no quadro abaixo com os depoimentos correspondentes.

Quadro 1 – Sugestões para formação médica que inclua o lidar com a morte no desenvolvimento das competências dos estudantes

PROPOSTAS PARA FORMAÇÃO	FALAS DOS ESTUDANTES
- Tema da morte transversal no curso	Processo formativo contínuo ao longo do curso. (D3) Reflexões sobre o papel da Medicina. (D2) Compreender o processo da morte. (D2) Aprendizado médico humanista. (D2) Refletir sobre a natureza humana. (D2)
- Inclusão de novas disciplinas	Falta incluir disciplina de Medicina Paliativa. (E5) Filosofia ajudaria. (E6) [...] Envolveria outras áreas como a Filosofia e a Metafísica. (D2) O entendimento da cultura – Antropologia Médica. (E2) Fisiologia e Psicologia. (D3) Sociologia. (D1)
- Filosofia transversal às práticas médicas	Filosofia associada às práticas da Medicina como um todo. (E2) Desvendar o que significa o processo da morte, portanto, o que é o ser humano. (D2)
- Psicologia: aspectos emocionais, subjetividade, história familiar, luto	[...] você escuta só a parte da doença e a parte emocional dele acaba que você deixa para lá. (E3) [...] estudos psicológicos acerca do processo. (D1) [...] ver o jeito que ele encara a morte. (D1) [...] saber comportamento das famílias com pessoas em cuidados paliativos e luto. (D1)
- Controle da dor e cuidados paliativos	[...] não permitir que o processo seja doloroso [...] manejo do paciente terminal. (D3)
- Comunicação	Como comunicar ao paciente e familiar uma má notícia. (D3) Linguagem acessível. (D1)
- Professores que vejam e ensinem acerca da morte como fenômeno natural da vida	Ter professores que percebam a importância da nossa preparação para lidar com a morte de forma natural e como estágio tão importante como o nascimento. (D3)
- Práticas com médico paliativista	Estudante junto com o médico atuando em cuidados paliativos. (D1) Abordagem da morte e do morrer. (D1) Contato dos estudantes com os pacientes. (D2)
- Empatia	Lapidar a empatia pelo próximo. (D2) [...] mais a parte prática, ter mais contato com o paciente, sentar e escutar o paciente. (E3)
- Apoio aos estudantes	Ofertar apoio aos estudantes que perdem pacientes, principalmente durante o internato. (D3) A parte psicológica dos estudantes precisa ser trabalhada para enfrentar a situação. (D2)

Quadro 1 – Sugestões para formação médica que inclua o lidar com a morte no desenvolvimento das competências dos estudantes

(Conclusão)

PROPOSTAS PARA FORMAÇÃO	FALAS DOS ESTUDANTES
- Cultura e religiosidade	Conhecimento individualizado sobre a cultura e a religiosidade do paciente. (D1) Conhecimento da história cultural da família. (D1) Estudantes questionarem as próprias crenças. (D2)
- Prática de estágio supervisionado	Prática de estágio em cuidados paliativos, o estudante acompanhando o professor. (E2) Maior foco do período de internato. (D3)
- Grupos de discussão	Os estudantes poderiam criar grupos de discussão em comunidade, chamar convidados. (E1) Palestras públicas, grupos abertos de discussão. (D2)
- Guia de orientação ao estudante	Qualquer tentativa que nos aproxime de uma evolução para melhor do paradigma atual é extremamente válida e benéfica. Penso não haver uma “receita de bolo”, é uma estrada a ser caminhada e, portanto, envolverá erros e acertos, que, possivelmente, culminará em constante modificação e adequação. (D2)

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Como foi visto, a visão dos estudantes coincide com a dos pesquisados Marta et al. (2009) e Silva e Ayres (2010), reconhecendo que mudanças precisam ser feitas, pois reconhecem o caráter insuficiente do processo formativo para dar conta das necessidades que vivenciam ou podem vivenciar diante de situações que envolvem a morte na prática médica. Utilizam-se aqui as palavras de Camargo et al. (2015) quando concluiu que:

Torna-se, imprescindível que o ensino da morte e do morrer e todos os seus aspectos biopsicossociais sejam discutidos durante a graduação médica de forma que além de propiciar o conhecimento teórico sobre o tema, ajude os alunos a melhor se preparar para serem confrontados com essas situações durante os períodos de prática, seja na graduação ou quando se tornarem profissionais (CAMARGO, 2015, p.7).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Num certo momento da vida, não é a esperança a última a morrer, mas a morte é a última esperança.

(Leonardo Sciascia)

Mesmo com a consciência de que a morte faz parte da vida e de que se deve aprender a conviver com a mesma, o que se observou nos diversos estudos citados ao longo desta dissertação é de que ela permanece um tabu. E que para se desmistificar sua essência, faz-se necessária a educação sobre a morte em todos os níveis de conhecimento.

A mudança do paradigma da medicina curativa, centrada no modelo biológico, é mandatória, sob pena de ao manter-se esse modelo, o sofrimento de todos os atores que atuam no processo, sejam docentes, discentes, pacientes e familiares, continuar a se perpetuar.

Os estudantes da UERN eram jovens, oriundos em maioria da região Nordeste, filhos de pais com educação elevada. Consideraram-se caucasianos, e predominantemente católicos. Em seus contatos com a morte, relataram sentimentos de incapacidade, medo e aprendizado, afirmaram que a graduação mudou a visão sobre a morte e que os contatos com pacientes em processo de morrer foram poucos ou inexistentes.

Esses estudantes concluem a graduação, em geral, com pouco preparo acerca de como lidar com o processo de morte e morrer e com o luto, conforme corroboram outros estudos realizados. Acredita-se que a fé em algo ajuda no processo de enfrentamento das doenças e da fase final da vida, mas raramente participaram de discussões sobre o tema da finitude e limite terapêutico. Consideraram que o enfoque para a decisão de se limitar às terapias deva ser humanístico e ético, decisão que deve ser partilhada por todos.

Os membros deste estudo evidenciaram que a incapacidade de cura não se contrapunha ao aprendizado médico, mas se observou que alguns estudantes do final do curso possuíam a crença de que deveriam conseguir curar sempre e ao não conseguir, alimentariam a ideia de que fracassaram de alguma forma.

Na avaliação dos argumentos, observou-se apreensão satisfatória do conceito de medicina humanística, embora relatassem que o curso em si pareceu querer transformá-los em seres sem sentimentos, e que a sobrecarga de atividades,

assim como o tempo escasso, os afastava da família, dos amigos e do lazer. Sentiam-se oprimidos pela obrigação de estudar continuamente. Não conseguiam espelhar-se em um modelo de conduta, pois identificavam em seus docentes e preceptores uma insegurança e desconhecimento na abordagem dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

Os próprios estudantes, portanto, conseguiam identificar a deficiência no ensino da Tanatologia e estavam abertos à inclusão do estudo sobre o tema no currículo e também nas atividades de extensão, dando inclusive sugestões de como deveria ser oferecida, podendo-se citar a inclusão da disciplina de Tanatologia, Filosofia, mais ênfase na Psicologia Médica, maior número de aulas práticas, criação de grupos de estudos.

Os estudiosos sobre o tema são unânimes ao afirmar que o ensino em saúde sobre morte e morrer não deve ser algo pontual e sim contínuo e que não deva ser apenas exposições de temas biológicos, mas dar ênfase ao sentimento, aos aspectos subjetivos, sociais e culturais, envolver abordagens dinâmicas e não somente conceptualizações. Há que se dar a face humanista necessária ao ensino da Medicina, para que se formem mais que médicos tecnicamente competentes. É preciso que o curso de Medicina forme homens e mulheres sensíveis e aptos para lidar com as dores e sofrimento humanos.

Urge que os cursos de graduação em Medicina iniciem seus acadêmicos na Tanatologia, não como disciplina isolada e sim, como componente transversal ao longo de todo o curso, para que no futuro saiam das faculdades de medicina profissionais mais preparados para lidar com as perdas e também com as próprias frustrações. Neste sentido, é urgente que tais faculdades ou cursos de Medicina promovam, também, estratégias educativas participativas que envolvam os aspectos teóricos e práticos do lidar com a morte e que possam contribuir para qualificação dos estudantes de Medicina.

Nessa ordem de ideias, as questões relacionadas à morte e ao morrer exigem que os alunos tenham competências técnicas e emocionais para elaboração e enfrentamento. Faz-se necessário criar oportunidades para que ambas as competências possam ser aprimoradas na graduação, pautadas em conhecimentos científicos, éticos e legais. A bioética tem contribuído e trazido à tona questões relativas aos diferentes modos de se morrer com os temas: eutanásia, distanásia,

ortotanásia e humanização nos hospitais. Faltam, como apontado pela literatura, experiências voltadas para o ensino de habilidades comunicacionais, competências na esfera da sensibilidade humana, saberes também necessários para formação do médico, contribuindo para o próprio bem-estar e o sistema de saúde de modo geral.

Este não é um estudo que se completa aqui. Deve ser apenas um ponto de partida para as mudanças necessárias ao aprendizado de um tema tão importante e tão abandonado, como é a morte e todos os seus desdobramentos, antes e depois de sua ocorrência. São inúmeros os trabalhos nessa área, com conclusões muito semelhantes. Contudo, uma questão ainda é recorrente: por que, apesar de haver concordância sobre a necessidade de melhor preparar os profissionais da área de saúde para lidar com pacientes em processo de morte, não se conseguiu um progresso significativo? Ainda há muito o que ser feito. Iniciativas isoladas têm procurado suprir a carência existente.

Dra. Kovacs montou um laboratório de estudos sobre a morte na Universidade de São Paulo, em que mantém uma disciplina desde 1986, denominada Psicologia da Morte. É estudiosa do tema morte e uma apaixonada e obstinada multiplicadora dos instrumentos necessários para divulgar o ensino da Tanatologia. É necessário que pessoas com essa visão se espalhem pelos núcleos de ensino. Ao se desenvolver competências como empatia e acolhimento, resgata-se o humano dentro de si. E, talvez, somente assim não se precise estar falando de humanismo para essa que é uma das ciências mais humanas que existem: a MEDICINA.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, S. M. et al. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. **J Bras Psiquiatr**, v. 58, n. 1, p. 34-38, 2009.
- ALMEIDA, L. F.; FALCÃOI, E. B. M. Representação social de morte e a formação médica: a importância da UTI. **Rev Bras Educ Méd.**, v. 37, n. 2, p. 226-234, 2013.
- ALMEIDA, M. J. Tecnologia e Medicina: uma visão da academia. **Revista bioética**, v. 8, n. 1, p.69-78, 2009.
- AMATUZZI, M. M. Religião e sentido de vida: um estudo teórico. **Temas em Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 183-190, 1999.
- ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Ediouro Publicações, 2003.
- AVANCINE, M.; JORGE, M.R. Medos, atitudes e convicções de estudantes de medicina perante as doenças. **Psiquiatr Med.**, v.33, n.1, p.2-9, 2000.
- AZEREDO, N. S. G. **O acadêmico de medicina frente à morte: questões para se (re) pensar a formação**. 2007. 115f. Dissertação (Mestrado em Pediatria) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Porto Alegre, 2007.
- AZEREDO, N. S. G.; ROCHA, C. F.; CARVALHO, P. R. A. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. **Rev Bras Educ Med**, v. 35, n. 1, p. 37-43, 2011.
- BARCIFONTAINE, C. P.; PESSINI, L. **Problemas atuais de bioética**. 8. ed. rev. e ampl. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.
- BASTOS, C. L. Tempo e psicopatologia cultural das experiências traumáticas. **Rev Latinoam Psicopatol Fundam.**, v. 11, n. 2, p. p. 195-207, 2008.
- BATISTA, K. T.; GARRAFA, V.; BARRETO, F. S. C.; MIRANDA, A. Reflexões bioéticas nos dilemas do fim da vida. **Brasília méd**, v. 46, n. 1, p. 54-62, 2009.
- BATISTA, S. H. S. D. S. A interdisciplinaridade no ensino médico. **Rev Bras Educ Med.**, v. 30, n. 1, p. 39-46, 2006.
- BELLATO, R.; ARAÚJO, A. D.; FERREIRA, H. F.; RODRIGUES, P. F. A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 3, p. 255-263, 2007.
- BIFULCO, V. A.; IOCHIDA, L. C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Rev Bras Educ Med.**, v. 33, n. 1, p. 92-100, 2009.

BOELEN, C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 80, n. 7, p. 592-593, 2002.

BOEMER, M. R.; VEIGA, E. V.; MENDES, M. M. R.; DO VALLE, E. R. M. O tema da morte: uma proposta de educação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 26, 1991.

BORGES, J. L. G.; CARNIELLI, B. L. Educação e estratificação social no acesso à universidade pública. **Cad Pesqui.**, v. 35, n. 124, p. 113-139, 2005.

BOUSSO, R. S.; POLES, K.; SERAFIM, T. D. S.; MIRANDA, M. G. D. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 397-403, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, v. 13, 2013.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 23, p.8-11, 2014.

BREITBART, W. Spirituality and meaning in palliative care. **Mundo saúde (Impr.)**, v. 27, n. 1, p. 33-44, 2003.

BRIANI, M. C. O ensino médico no Brasil está mudando. **Rev Bras Educ Med**, v. 25, n. 3, p. 73-77, 2001.

CAMARGO, A. P. O ensino da morte e do morrer na graduação médica brasileira: artigo de revisão. **Rev UNINGÁ**, v.45, p.44-51, 2015.

CARDOSO FILHO, F. D. A. B. et al. Perfil do estudante de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), 2013. **Rev Bras Educ Med.**, v. 39, n. 1, p. 32-40, 2015.

CASSORLA, R. M. S. Reflexões sobre a psicanálise e a morte. **Morte e desenvolvimento humano**, v. 2, p. 95-6, 1992.

CASTRO, R. D. S. **A experiência de alunos de terapia ocupacional no processo de morte e morrer de pacientes em contexto hospitalar**. 2014. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Terapia Ocupacional) - Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

CEZAR, P. H. N.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. O cinema e a educação bioética no curso de graduação em Medicina. **Rev Bras Educ Méd.**, v. 35, n. 1, p. 93-101, 2011.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. **Estud Psicol.**, v. 11, n. 2, p. 209-216, 2006.

COSTA, N. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar. **Rev Bras Educ Méd.**, v. 31, n. 1, p. 21-30, 2007.

DIAS SOBRINHO, J. Democratização, qualidade e crise da educação superior: faces da exclusão e limites da inclusão. **Educ Soc.**, v. 31, n. 113, p. 1223-1245, 2010.

DUARTE, A. C.; ALMEIDA, D. V. D.; POPIM, R. C. A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina. **Interface (Botucatu)**, v.19, n.55, p.1207-1219, 2015.

DULL, V. T.; SKOKAN, L. A. A cognitive model of religion's influence on health. **Journal of social issues**, v. 51, n. 2, p. 49-64, 1995.

EIZIRIK, C. L.; POLANCZYK, G. V.; EIZIRIK, M. O médico, o estudante de medicina e a morte. **Rev AMRIGS**, v. 44, n. 1/2, p. 50-55, 2000.

FELIX, Z. C. et al. Euthanasia, dysthanasia and orthothanasia: an integrative review of the literature. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2733-2746, 2013.

FERNANDES, F. **O lidar com a morte e a educação médica**. 2004.116f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2004.

FIOROTTI, K. P.; ROSSONI, R. R.; MIRANDA, A. E. Perfil do estudante de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. **Rev Bras Educ Med.**, v. 34, n. 3, p. 355-362, 2010.

FLEXNER, A.; PRITCHET, H.; HENRY, S. **Medical education in the United States and Canada bulletin number four (The Flexner Report)**. New York (NY): The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

GALLIAN, D. M. C. A (re) humanização da medicina. **Psiquiatria na Prática Médica**, v. 33, n. 2, p. 5-8, 2000.

GASTAUD, M. B. et al. Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de psicologia: estudo transversal. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v. 28, n. 1, p. 12-18, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 201-210, 2006.

HERINGER, R.; FERREIRA, R. Análise das principais políticas de inclusão de estudantes negros no ensino superior no Brasil no período 2001-2008. In: PAULA, Marilene de; HERINGER, R (Org.). **Caminhos convergentes: estado e sociedade na superação das desigualdades raciais no Brasil**. Rio de Janeiro: Heinrich Böll Stiftung, 2009. p. 137-196.

JUBELIRER, S.; WELCH, C.; BABAR, Z.; EMMETT, M. Competencies and concerns in end-of-life care for medical students and residents. **W V Med J.**, v. 97, n. 2, p. 118-121, 2000.

KIPPER, D. J. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para nossa realidade. **Revista Bioética**, v. 7, n. 1, 2009. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/294/433. Acesso em: 20 jan. 2017.

KLAFKE, T.E. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: CASSORLA, R.M.S. (Eds.). **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas, Papirus, 1991, p. 25-49.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense The biomedical model and the reformulation of the medical curriculum of Universidade Federal Fluminense. **História**, v. 8, n. 1, p. 49-69, 2001.

KOVÁCS, M. J. A morte em vida. In: BROMBERG, M. H. P. F. et al. (Orgs.) **Vida e morte: laços da existência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996, p. 11-33.

_____. Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar. **Mundo saúde (Impr.)**, v. 27, n. 1, p. 71-80, 2003a.

_____. **Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003b.

_____. Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 18, n. 41, p. 457-468, 2008.

_____. Instituições de Saúde e a Morte. Do interdito à comunicação. **Psicol Ciênc Prof.**, v. 31, n. 3, p. 482-503, 2011.

_____. Suicídio assistido e morte com dignidade: Conflitos éticos. **Rev Bras Psicol.**, v. 2, n. 1, p. 71-78, 2015.

KÜBLER-ROSS, E.; COELHO, A. M. **Morte, estágio final da evolução**. Rio de Janeiro: Record, 1978.

LAMPERT, J. B. Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a avaliação do ensino médico no panorama atual e perspectivas. **Gazeta Méd Bahia**, v. 78, n. 1, p. 31-37, 2008.

LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 145-150, 2005.

MAGALHÃES, M. V.; MELO, S. C. A. Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. **Psicol Saúde Debate**, v. 1, n. 1, p. 65-77, 2015.

MARTA, G. N. et al. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. **Rev Bras Educ Med.**, v. 33, n. 3, p. 405-416, 2009.

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

MILLAN, L.R.; ROSSI, E.; DE MARCO, O.L.N. A psicopatologia do estudante de medicina. In: MILLAN, L.R. et al. (Org.). **O Universo psicológico do futuro médico, vocação, vicissitudes e perspectivas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, p.83-94.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópoles: Vozes, 2011.

MORITZ, R. D. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. **Revista Bioética**, v. 13, n. 2, p.51-63, 2009.

MOURA, V. K. S. T. et al. Percepções da Morte entre os Estudantes de Medicina. **Revist Port: Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 3, p. 217-227, 2016.

NEVES, N. M.; NEVES, F. B.; BITENCOURT, A. G. O ensino médico no Brasil: origens e transformações. **Gaz Méd Bahia**, v. 75, n. 2, p.162-168, 2008.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev Bras Educ Méd.**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001.

PEREIRA, E. P.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm.**, v. 21, n. 3, p.504-508, 2008.

PERES, M. F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev Psiquiatr Clín.**, v. 34, supl. 1, p. 82-87, 2007.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Revista Bioética**, v. 10, n. 2, p.51-72, 2009.

PINHO, L. M. O. **Morrer: percepção de docentes de enfermagem**. Paraná: Appris, 2017.

PINTO, P. R. Formação pedagógica no ensino superior. O caso dos docentes médicos. **Rev Ciênc Educ.**, v. 7, p. 111-124, 2008.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1994.

PITTELLI, S. D.; OLIVEIRA, R. A. Eutanásia e sua relação com casos terminais, doenças incuráveis, estados neurovegetativos, estados sequelares graves ou de sofrimento intenso e irreversível e morte encefálica. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 14, n. 1, p. 32-39, 2009.

PONTES, A. L.; REGO, S.; SILVA JÚNIOR, A. G. D. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. **Rev Bras Educ Med.**, v. 30, n. 2, p. 66-75, 2006.

QUINTANA, A. M. et al. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. **Paidéia**, v. 16, n. 35, P.415-425, 2006.

QUINTANA, A. M.; CECIM, P. D. S.; HENN, C. G. O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de Medicina. **Rev Bras Educ Méd.**, v. 26, n. 3, p. 204-210, 2002.

RAMOS, C. I. et al. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 30, n. 1, p.73-79, 2008.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. D. A.; LIMA, M. C. P. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.**, p. 107-116, 2002.

REGINATO, V. **Contribuição ao estudo do perfil do aluno de primeiro ano de medicina da grande São Paulo: aspectos familiares e suas implicações no âmbito vocacional e do desenvolvimento profissional**. 2005. 307f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto - Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008.

RODRIGUES LIMA, V.; BUYS, R. Educação para a morte na formação de profissionais de Saúde. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 3, p. 52-63, 2008.

RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

SÁNCHEZ, E. G. El rescate de lo humano en el enfermo que se muere. **Cuadernos de Bioética**, v. 23, n. 77, p. 135-150, 2012.

SANTOS, R. A. D.; MOREIRA, M. C. N. Resiliência e morte: o profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4869-4878, 2014.

SÁ-SILVA, J. R.; DE ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, v. 1, n. 1, p.1-15, 2009.

SCHLIEMANN, A. **Estudo sobre a concepção de morte em alunos de Medicina**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1997.

SIEGEL, K.; ANDERMAN, S. J.; SCHRIMSHAW, E. W. Religion and coping with health-related stress. **Psychology and Health**, v. 16, n. 6, p. 631-653, 2001.

SILVA, G. F.; PENNA, R. Discursos e trajetórias de estudantes brasileiros afrodescendentes no ensino superior. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, v. 3, n. 1, p. 1-18, 2008.

SILVA, G. S. N. D.; AYRES, J. R. D. C. M. O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. **Rev Bras Educ Méd.**, v. 34, n. 4, p. 487-496, 2010.

SILVA, J. B. D. **A espiritualidade no cuidado em saúde**: concepções de estudantes de medicina e de enfermagem. 2015. 93f. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

SILVA, R. C. F. D.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2055-2066, 2006.

SIQUEIRA, J. E. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. **Revista Bioética**, v. 13, n. 2, p.37-50, 2005.

SMITH-HAN, K. et al. "That's not what you expect to do as a doctor, you know, you don't expect your patients to die." Death as a learning experience for undergraduate medical students. **BMC Medical Education**, v. 16, n. 1, p. 1, 2016. Available from: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0631-3>. Cited 2016 Feb 20.

STANGE, K. C.; MILLER, W. L.; MCWHINNEY, I. Developing the knowledge base of family practice. **Family medicine**, v. 33, n. 4, p. 286-297, 2001.

SULLIVAN, A. M. et al. Teaching and learning end-of-life care: evaluation of a faculty development program in palliative care. **Academic Medicine**, v. 80, n. 7, p. 657-668, 2005.

TAN, A. Medical students and dying patients. **The virtual mentor: VM**, v. 15, n. 12, p. 1027-1033, 2013.

TRINDADE, L. M. D. F.; VIEIRA, M. J. Curso de medicina: motivações e expectativas de estudantes iniciantes. **Rev Bras Educ Méd.**, v. 33, n. 4, p. 542-554, 2009.

URY, W. A.; BERKMAN, C. S.; WEBER, C. M.; PIGNOTTI, M. G. et al. Assessing Medical Students' Training in End-of-life Communication: A Survey of Interns at One Urban Teaching Hospital. **Academic Medicine**, v. 78, n. 5, p. 530-537, 2003.

VIANNA, A.; PICCELLI, H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 44, n. 1, p. 21-7, 1998.

VICEDO TOMEY, A. Abraham Flexner, pionero de la educación médica. **Educación Médica Superior**, v. 16, n. 2, p. 156-163, 2002.

VILLAS-BÔAS, M. E. A ortotanásia e o direito penal brasileiro. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p.61-83, 2008.

ZADHARF, S. et al. O estudante de medicina e a morte. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 72-79.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: *Educação médica e finitude da vida: abordagens para melhoria de saberes e práticas*, a ser desenvolvida pela aluna Lana Lacerda de Lima, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Annatália Meneses de Amorim Gomes, vinculada ao Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde, do Centro Universitário Christus, cujo objetivo é analisar o processo de formação de estudantes de Medicina diante da morte, visando uma proposta educativa para prática médica.

A morte é a única certeza da vida, mas, por questões culturais, é relevada e pouco discutida. O profissional da área de saúde, notadamente o médico, vivencia continuamente situações que envolvem essa temática, mas, o ensino nas escolas ainda está aquém das necessidades para formação de um profissional apto a lidar com a morte e o morrer.

A morte sempre foi e continuará a ser um grande desafio para os profissionais da área da saúde. A diferença básica entre as pessoas em geral e os profissionais dessa área, como médico, é que, na vida destes, a morte faz parte do cotidiano e pode se tornar a companheira de trabalho diária. Toda doença é uma ameaça à vida e, portanto, pode parecer um aceno à morte.

Uma das causas do despreparo dos profissionais para lidar com a morte, além dos aspectos cultural e espiritual pessoais é que o ensino nos cursos da área da saúde enfatiza a formação técnico-científica dos futuros profissionais, propiciando pouco espaço para abordagem dos aspectos emocionais, espirituais e sociais do ser humano. Neste sentido, muitas vezes a morte pode ser relacionada com derrota, perda, frustração – o oposto da meta dos cursos da área da saúde, que é a cura. Neste sentido, como justificativa deste trabalho, melhor preparo, durante a graduação, pode ser de valia para que esses futuros profissionais saibam lidar melhor com a temática da morte e do morrer.

A participação no referido estudo será no sentido de ser submetido a um questionário estruturado (anexo), validado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), que será entregue a você, devendo ser devolvido devidamente respondido, no período compreendido entre 7 (sete) e 15 (quinze) dias após a entrega.

Caso aceite novamente, esse trabalho conta com uma segunda fase, que será representada por dois grupos focais (GF), com doze participantes cada, que serão compostos por um representante de cada período do curso médico que serão convidados entre aqueles que responderam ao questionário e desejem participar da discussão, tendo como moderador a pesquisadora e comoderador um profissional da área de Psicologia. A técnica de pesquisa do grupo focal pode ser utilizada no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato. Além disso, esta técnica pode enriquecer e ampliar a perspectiva de compreensão da pesquisa, assim como possibilitar intervenções transformadoras, que contribuam para uma assistência mais humana e efetiva. Caso não aceite participar do GF, isso não eliminará sua participação no questionário.

O participante do estudo não receberá benefício direto com o estudo, a não ser contribuir para confecção de novos dispositivos que ajudem no avanço da Medicina.

Esta pesquisa não apresenta riscos potenciais. A adesão do aluno em participar deste estudo não implicará prejuízo em sua formação e no seu desempenho acadêmico.

A privacidade do participante do estudo será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identifica-lo, será mantido em sigilo.

O participante pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que venha recebendo.

O principal pesquisador responsável pelo referido projeto é **Lana Lacerda de Lima** e com ela poderá manter contato pelos telefones +55 (84) 98776-2449. É assegurada a assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário ao participante da pesquisa. Ressalta-se que é de responsabilidade do pesquisador, do patrocinador do estudo e das instituições participantes a prestação de assistência integral e acompanhamento do participante da pesquisa que vier a sofrer tais danos, conforme item II.3.2 da Resolução CNS no 466 de 2012. É garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que quiser saber antes, durante e depois da participação

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, o participante manifesta seu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, pela participação.

No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento mediante depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo, o participante será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

O presente documento é composto por 3 (três) páginas, devidamente numeradas. Solicitamos ainda o favor de rubricar as três páginas do documento, o qual será elaborado em duas vias, sendo uma retida com o pesquisador responsável e outra com o participante de pesquisa, juntamente com uma cópia do manual de utilização da mesa protótipo em estudo.

O estudo em questão, assim como esse documento, está de acordo com o que preconiza a Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Christus (BRASIL, 2012).

Conforme deliberado pelo Conselho Nacional de Saúde, a Resolução CNS 196/96 criou uma instância colegiada, de natureza consultiva, educativa e formuladora de diretrizes e estratégias, A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). A CONEP tem como principal atribuição o exame dos aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos. Como missão, elabora e atualiza as diretrizes e normas para proteção dos sujeitos de pesquisa e coordena a rede de CEP das instituições. Os Comitês de Ética em Pesquisa são órgãos colegiados, compostos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento e por representantes da comunidade, responsáveis pela avaliação ética e metodológica dos projetos de pesquisa que envolve seres humanos.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora, compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetido(a). A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo.

Mossoró, ___/___/_____

Assinatura
Especialista

Assinatura
Pesquisador

Assinatura
Orientadora

Horário de atendimento CEP - Centro Universitário Christus
08h às 14h - Segunda a sexta-feira - Rua João Adolfo Gurgel, 133 - Papicu - Fortaleza – CE CEP.:
60.190-060
Tel.(0XX85) 3265.6668 Fax.(0XX85) 3265.6668 - email: fc@fchristus.com.br

Horário de atendimento CONEP
08h às 18h - Segunda a sexta-feira
SEPN 510 Norte, Bloco A, 3º andar. Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
CEP: 70750-521 - Brasília-DF, Telefone: (61)3315-5878, E-mail: conep@saude.gov.br

APÊNDICE B – Roteiro para o Grupo Focal

A Caracterização dos participantes

1. Idade dos participantes

2. Sexo

() Feminino () Masculino

3. Semestre no curso de Medicina

1º () 2º () 3º () 4º ()

4. Estado civil

Casado () Solteiro () Viúvo ()

Divorciado () Desquitado () União estável)

5. Religião

Católico não praticante () Católico praticante () Evangélico ()

14,0 Espírita () Não tem religião () outro ()

6. Curso ou formação acerca da Morte e do Morrer

() Sim () Não

Especifique:

B QUESTÕES NORTEADORAS

1. Percepções sobre a formação humanística para lidar com a morte e o morrer.

- O que pensa sobre a formação humanística na Medicina?

- Como você percebe esta formação para um cuidado humanizado na morte?

- O que tem interferido nesta formação na graduação em Medicina?

- Como deve ocorrer este processo formativo?

2. Conhecimentos e saberes acerca do processo do morrer.

- O que você pensa acerca dos seus conhecimentos/saberes sobre a morte? Ou o que você entende acerca do processo do morrer?
- O que você pensa sobre os conhecimentos e saberes na prática profissional com pacientes em processo de morte?
- Quais conhecimentos/saberes são necessários para lidar com a morte?
- Você considera o processo formativo realizado na faculdade adequado para a formação e prática enquanto médico para lidar com a morte? Por quê?

3. Prática médica no lidar com a morte.

- O que você pensa das práticas médicas no manejo com o fenômeno da morte?
- Quais práticas favorecem a uma intervenção humanística?
- Cite tipos de atitudes, atividades ou ações importantes na prática médica para o lidar com a morte na Medicina.
- Cite tipos de atitudes, atividades ou ações importantes na prática médica para o lidar com a morte na graduação.

4. Aspectos importantes para formação médica humanística no lidar com a morte.

- O que considera importante para que os estudantes de Medicina aprendam a cuidar de forma humanizada de pacientes em processo de morrer?
- Quais elementos você considera necessários na construção de um guia de orientação para o manejo da morte e do morrer na graduação e na vida profissional?

APÊNDICE C – Questionário

Este questionário faz parte de uma pesquisa para dissertação de mestrado, que tem por objetivo avaliar o preparo dos alunos do curso de Medicina de Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) no enfrentamento com a morte de pacientes.

Esta pesquisa está sendo realizada pela pós-graduanda Lana Lacerda de Lima, sob a orientação da Profa. Dra. Annatália Meneses de Amorim Gomes. Fica assegurado o caráter rigorosamente sigiloso da identidade de quem responder, bem como de seus dados.

Ao responder a este questionário, você estará aceitando o convite para participar desta pesquisa.

Todos os sujeitos que aceitarem participar desta pesquisa terão seu anonimato garantido.

Fica de forma aqui assegurada que esta pesquisa somente será utilizada para fins acadêmicos e científicos.

Caso não queira aceitar participar desta pesquisa, você não sofrerá prejuízo em sua formação, avaliação e desempenho acadêmico.

1. Idade _____
2. Sexo:
 - a) Masculino
 - b) Feminino
3. Local de Nascimento: _____
4. Você se declara pertencente a qual grupo racial? _____
5. _____
6. Em qual período da graduação você está matriculado? _____
7. _____
8. Qual escolaridade de seus pais? _____
9. _____
10. Qual sua formação religiosa? _____

11. Em algum momento da sua vida você já se deparou com a morte?
 - a) Sim
 - b) Não
12. Caso afirmativo, em que fase da sua vida isso ocorreu?
 - a) Na infância- de zero a 8 anos
 - b) Na pré-adolescência – de 9 a 13 anos
 - c) Na adolescência – de 14 a 20 anos
 - d) Na fase adulta
13. Este enfrentamento ocorreu em que ambiente?
 - a) Familiar
 - b) Entre amigos ou vizinhos
 - c) Durante a graduação
 - d) Ainda não houve
14. Ao vivenciar o enfrentamento com a morte, durante a graduação, você sentiu:
 - a) Medo
 - b) Incapacidade
 - c) Sofrimento
 - d) Tranquilidade
 - e) Mais um aprendizado
 - f) Ainda não ocorreu
15. Na graduação, quando você se deparou pela primeira vez com a morte, este fato:
 - a) Ficou por mais de um mês em sua lembrança
 - b) Ficou por duas semanas em sua lembrança
 - c) Foi rapidamente esquecido
 - d) Ainda lembra
 - e) Ainda não ocorreu
16. A graduação lhe ofereceu alguma mudança na visão que você tinha sobre a morte?
 - a) Nenhuma
 - b) Pouca
 - c) Mudança
17. Durante a graduação seu contato com a morte tem sido:
 - a) Praticamente inexistente
 - b) A cada seis meses

- c) Mensal
18. Você se considera preparado para o enfrentamento com a morte de pacientes?
- a) Totalmente preparado
 - b) Preparado
 - c) Despreparado
19. Você considera relevante, para o enfrentamento com a morte, que o profissional da saúde tenha fé em alguma crença religiosa?
- a) Sim
 - b) Não
 - c) Não sei responder
20. Você já se deparou com alguma situação em que foi informado ao paciente que está morrendo o limite terapêutico?
- a) Sim
 - b) Não
21. Caso afirmativo, em que período da graduação isso ocorreu?
- a) Durante os quatro primeiros semestres
 - b) No 5º ao 6º semestre
 - c) No 7º ao 8º semestre
 - d) No 8º ao 9º semestre
 - e) No internato
22. Na graduação, quando você se deparou pela primeira vez com a morte por limitação terapêutica:
- a) Ficou por mais de um mês em sua lembrança
 - b) Ficou por mais de 10 dias em sua lembrança
 - c) Foi rapidamente esquecido
 - d) Ainda lembra
 - e) Ainda não ocorreu
23. Na sua opinião, a decisão de limite terapêutico para o paciente terminal tem um enfoque predominantemente:
- a) Ético
 - b) Humanista
 - c) Legal
 - d) Contrário aos princípios da Medicina

24. Baseado na pergunta anterior, a quem compete a decisão do limite terapêutico?
- a) Ao médico
 - b) À equipe multidisciplinária
 - c) À família
 - d) Ao paciente
 - e) A todos
25. Durante a graduação, você já participou de discussões sobre terminalidade?
- a) Nunca
 - b) Ocasionalmente
 - c) Frequentemente
26. No seu curso de graduação, estão incluídas no currículo disciplinas que abordem a terminalidade, o limite terapêutico, distanásia?
- a) Sim
 - b) Não

Em qual(is) disciplina(s)? _____

Em que semestre? _____

27. Na sua opinião, a incapacidade de poder curar um paciente confronta-se com o seu aprendizado como médico?

- a) Sim
- b) Não

Por quê? _____

APÊNDICE D – Guia de Temas e Reflexões Acerca do Aprendizado da Finitude



**GUIA DE TEMAS E REFLEXÕES ACERCA DO
APRENDIZADO DA FINITUDE**

LANA LACERDA DE LIMA

Aos muitos que sofrem e necessitam de
alguém que os escute.

AGRADECIMENTOS

Algumas pessoas são luz, agradeço à Dra. Annatália Gomes, pelos conselhos, pelo acolhimento, pela valiosa colaboração, sem a qual este trabalho não teria sido possível.

Ao meu marido, pela infinita paciência.

Aos estudantes da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte que direta e indiretamente construíram comigo esta produção.

A MOTIVAÇÃO

Depois de 27 anos de atuação profissional, comecei a questionar a minha capacidade, como médica, de lidar com a morte e o morrer.

Ao terminar a graduação, especializei-me em Ginecologia e Obstetrícia, e durante quase dez anos, vi muito mais vida se iniciando do que terminando. Por vários motivos, deixei essa especialidade e fiz uma nova Residência Médica, na área de Anestesiologia. Foi a partir daí, trabalhando em Pronto-socorro, que se inverteu a equação e passei a ver, mais vezes, na prática profissional desenlaces funestos.

Ao longo desses anos, assisti muitas mortes, seja de pacientes que passaram pelas minhas mãos nas urgências em que atuei, seja de amigos e parentes que se foram. O que eles tinham em comum? O meu não envolvimento profundo. Os pacientes já haviam chegado moribundos até mim e os amigos e parentes, morreram à distância. Não os vi morrer, não convivi com suas dores. Tudo mudou quando duas irmãs, amigas minhas, primeiro uma e depois outra, passaram por todos os estágios de um tratamento oncológico. Nos dois casos, estive presente desde o diagnóstico até o desenlace fatal. Foi quando me descobri impotente e bloqueada para falar acerca deste acontecimento. Gostaria de ter podido conversar livremente com elas, lhes perguntar o que sentiam, o que gostariam de fazer, quais providências deveriam ser feitas no caso do tratamento não lograr êxito. Foram inúmeras as oportunidades disponíveis para uma conversa acolhedora e franca. Mas, não tomei nenhuma atitude.

Tantos anos após abandonar os bancos escolares, eu que pensava saber algo sobre vida e morte, descobri-me sem saber o que fazer naquela situação. Percebi que apesar de ver a morte como algo fisiológico, eu não sabia lidar com ela naturalmente, e como a maioria das pessoas, empurrava esse assunto para o fundo da mente. Nunca havia parado para pensar profundamente sobre esse tema. O morrer está inserido na vida do médico de forma quase visceral. Mas, ao me deparar com a morte e tratamento oncológico de pessoas queridas, os sentimentos e as emoções despertadas por essa situação, me levaram a parar para examinar o meu conhecimento na área, e constatei: a graduação não me preparou para isso.

Comecei a observar os colegas no cotidiano das nossas práticas e vi que estavam tão perdidos quanto eu. O ensino médico continuava privilegiando os aspectos técnicos da medicina em detrimento dos aspectos psicossociais. Perguntei-

me: o que poderia ser feito para mudar esse panorama? Eu sabia que teria de aprender a lidar com todos os aspectos do morrer, inclusive aquele em que não havendo mais o que ser feito pela pessoa enferma, podemos nos despir dos conhecimentos técnicos e nos tornar apenas gente ajudando gente a fazer as pazes com a vida e se despedir com dignidade. Eu não estava sozinha nas minhas inquietações, há um movimento mundial, questionando a humanidade perdida das Ciências Médicas e tentando reverter esse quadro. Recorri a pesquisa acadêmica para buscar amparo e superar as limitações.

O Mestrado de Ensino em Saúde mostrou-se a oportunidade para desenvolver e estudar o tema da morte e do morrer na medicina, que vinha ocupando minhas angústias e, por fim, dar uma contribuição ao ensino médico.

Moro e trabalho em Mossoró, uma cidade do interior do RN, onde uma faculdade de Medicina foi criada há cerca de 13 anos. Temos jovens prontos para um aprendizado crítico e inovador, ávidos e necessitados de desenvolverem competências para lidar com o mundo, o processo saúde-doença e seus pacientes. Há um terreno fértil para se descobrir como se aprende e se ensina sobre o morrer. Quase três décadas depois, descobri que ainda tinha muito o que aprender.

Este guia de temas e reflexões acerca da finitude é resultado do Programa de Pós-graduação do Mestrado Ensino em Saúde da Unichristus e foi idealizada junto aos estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Campus Mossoró, que apontaram a necessidade da criação de “espaços de conversa” propiciadores de uma educação que incluía a morte como dimensão da prática médica.

Neste sentido, proponho temáticas e reflexões que podem constituir-se recursos pedagógicos ou servirem para produção de sentidos neste cotidiano, pela aposta na capacidade do aprendiz de questionamento e autodesenvolvimento. Não tenho a pretensão de fornecer roteiros prontos a uma problemática complexa, mas de possibilitar reflexão para o desenvolvimento pessoal e profissional do médico em formação para o lidar com a morte.

Para organização dos diferentes aspectos abordados, o guia está dividido em três partes. A PRIMEIRA PARTE contempla aspectos contextuais do ensino da morte na Medicina e é formada pelos seguintes tópicos: Ensino Médico e Tanatologia; Por que pensar acerca da morte?; Doença fora de possibilidades terapêuticas. A

SEGUNDA PARTE, mais de aspectos da prática, temas suscitados pelos estudantes como dificuldades no exercício do cuidar, é composta pelos seguintes aspectos: Cuidados paliativos - o que e como fazer; Os direitos dos moribundo; Comunicando notícias difíceis; O poder da conversa e Ouvindo a dor do outro, estes últimos, textos para pensar sobre a comunicação entre médico e paciente. A TERCEIRA PARTE compõe-se de textos reflexivos: Conversando e debatendo acerca da morte no ambiente do ensino; e na QUARTA PARTE nos apoiamos nas artes cinematográficas e nas artes plásticas, apostando em sua dimensão pedagógica, para propiciar o repensar da morte como dimensão da vida e parte integrante do novo aprendizado na Medicina. Para completar, incluímos um anexo com links úteis e recomendações de livros.

1 INTRODUÇÃO

O sofrimento só é intolerável
quando ninguém cuida.

Cicely Saunders

Uma das causas do despreparo dos profissionais para lidar com a morte é que o ensino nos cursos da área da saúde enfatiza a formação técnico-científica dos futuros profissionais, propiciando pouco espaço para abordagem dos aspectos emocionais, culturais, espirituais e sociais do ser humano. Neste sentido, muitas vezes, a morte pode ser relacionada com derrota, perda, frustração – o oposto da meta dos cursos da área da saúde, que é a cura⁽¹⁾.

Diferentes estudos têm abordado a formação e a preparação de profissionais da saúde para o cuidado de pacientes com doença grave e seus familiares. Os estudos tratam de como os profissionais lidam com a morte⁽²⁾, sentimentos envolvidos⁽³⁾ e as formas de enfrentamento da situação⁽⁴⁾.

Entre as principais dificuldades relatadas estão: como falar com pacientes sobre o agravamento da doença e a possibilidade da morte, realizar procedimentos usuais em pacientes sem prognóstico de cura e a sensação de impotência que estas situações provocam⁽⁵⁾.

Há muitas publicações apresentando a importância dos cursos sobre a morte e o morrer para estes profissionais, trazendo a possibilidade do autoconhecimento e a capacitação para lidar com pacientes próximos ao fim^(6,7). Verificou-se que alguns cursos para formação de profissionais de saúde incluem o tema da morte em uma aula ou um módulo, não sendo esse um tempo suficiente para o preparo adequado. Uma boa alternativa seria a criação de cursos específicos de Tanatologia, com duração que favoreça, além dos conhecimentos técnicos, a possibilidade de entrar em contato com valores e sentimentos mais profundos do profissional e suas vivências com a temática⁽⁸⁾.

Há tempos, os educadores se empenham em descobrir como modificar o curso médico para formar profissionais mais empáticos. As escolas médicas tentam adaptar os currículos, criando cursos e disciplinas voltados para aspectos sociais e psicológicos, com intuito de ajudar o estudante de Medicina a enfrentar situações difíceis⁽⁹⁾.

A negação da existência da morte, a falta de uma formação que prepare o estudante para se colocar diante do fim da vida, tornam o médico incapaz de ajudar aqueles que estão sob sua guarda e, esperam, mais do que um comprimido administrado na hora adequada ou uma ausculta realizada, necessitam de um ouvido atento, um olhar acolhedor, um aperto de mão, um abraço, ou uma palavra de conforto⁽¹⁰⁾.

O sofrimento pode ser amenizado, por meio do diálogo, da empatia e do reconhecimento dos desejos e dos valores dos pacientes e de seus familiares⁽¹¹⁾.

Sem dúvida, conseguir o resgate da dignidade de um ser humano moribundo é uma das maiores conquistas que um médico e a Medicina podem conseguir⁽¹²⁾.

I PARTE

Não que eu esteja com medo de morrer.
Apenas não queria estar lá quando isso
acontecesse.

Wood Allen

ASPECTOS CONTEXTUAIS

O ENSINO MÉDICO E A TANATOLOGIA

Quando alguém morre, algumas frases são ouvidas com constância, como: “é a única certeza que temos da vida!”, “faz parte da vida!”, “Descansou”, “Foi melhor assim!”, entre outras. Há que se dar um sentido à morte como uma experiência tanto particular quanto universal. A morte e o morrer são eventos complexos que abrangem dimensões físicas, socioculturais, mentais, antropológicas, pedagógicas, religiosas/espirituais todos eles envolvidos em inúmeros sentidos, ritos e crenças.

As questões sobre o significado da morte e o que acontece quando nós morremos são preocupações centrais em todas as culturas. O presente tema requer tanto profundidade quanto equilíbrio, pois educar para a morte é educar a sociedade para que tenha a melhor qualidade de vida e melhor cuidado ainda em vida.

A “educação para a morte”, referida aqui, não tem cunho religioso, é um processo educacional para o enfrentamento dos educandos diante desta realidade da existência. A morte e o morrer, assim, é o campo de estudo da TANATOLOGIA⁽¹³⁾.

Educar para a morte vem sendo recomendado por autores especializados, em todos os trabalhos sobre a temática. Isto adquire importância especial quando se considera a clientela representada pelos profissionais de saúde. Quando se fala em educar, abrange-se um conceito bem amplo da palavra que não se restringe ao simples instruir e sim o conduzir às descobertas^(14,15). Seguindo a orientação dos estudiosos, vemos que a melhor forma de aprendizado para o enfrentamento da morte e do morrer, para combater a ignorância, o preconceito e o medo é o conhecimento. A educação muda as visões de mundo/ser humano e para isso precisa estar focada na aprendizagem experiencial em vez de métodos tradicionais. Partindo desse pressuposto, sugerem-se variadas abordagens para se tentar atingir o objetivo final:

um profissional de saúde mais resiliente e apto a lidar consigo, com os pacientes, os familiares e profissionais da equipe, em um período muito particular da vida das pessoas que é o processo de morrer⁽¹⁶⁾. Ao aprender e encarar a nossa finitude, estaremos muito mais aptos a viver a vida de uma forma mais proveitosa, sem desperdícios.

POR QUE PENSAR ACERCA DA MORTE?

“Morreu o grande Guimarães Rosa, morreu meu belo Carlito, filho de meus amigos Lucinda e Justino Martins, morreu meu querido cunhado, o embaixador do Brasil nos Estados Unidos, Mozart Gurgel Valente, morreu o filho do Dr. Neves Manta, morreu uma menina de 13 anos do meu edifício deixando a mãe tonta, morreu o meu tonitruante amigo Marino Besouchet... Desculpem, mas se morre”.

Clarice Lispector

O conhecimento da finitude humana é essencial ao saber e à prática de todos que trabalham com as áreas da saúde e educação, pois a morte fará parte, mais cedo ou mais tarde, de seu cotidiano. Se não entendemos nem a morte nem os sentimentos que a norteiam, como entender aquele paciente que tem seus momentos finais tão prementemente vividos? Quais são seus anseios, medos, suas dúvidas e inquietações? Como, efetivamente, podemos auxiliá-lo, quando a cura já não é mais possível? Que recursos, disponíveis em nós, como seres humanos e profissionais, estariam servindo a esse cuidar humanizado?

Para responder a essas questões, faz-se mister desenvolver um autoconhecimento. Podemos conhecer a morte de um ponto de vista cultural, religioso, científico ou histórico, mas continuamos sem saber o que mais nos toca: quando e como nossa morte ocorrerá. Quando esse momento se aproxima é que nos damos conta de que deveríamos saber muito mais sobre ela. Ao sermos tocados pela ideia de nossa própria morte como uma realidade certa, podemos suavizar esse impacto, ao nos prepararmos desde já para esse momento. Acreditamos que vamos morrer, mas não *sabemos* que vamos morrer. Acreditar é uma função mental, uma parte de nós. Mas *saber algo*, envolve todo o nosso ser enquanto seres pensantes, sensíveis e intuitivos. Estamos estancados nas crenças da ideia de morte como aniquilação^(17,18).

Sherwin B Nuland, cirurgião e escritor norte americano, escreveu em seu livro, intitulado “Como morremos”: “*nenhum de nós parece psicologicamente apto a lidar com o pensamento de nosso estado de morte, com a ideia de uma inconsciência permanente em que não existe vazio nem vácuo – e simplesmente não existe nada. Isso parece tão diferente do nada que precede a vida*”⁽¹⁹⁾.

Como não é natural pensar em algo sem continuidade, evitamos formular a ideia da finitude humana, do sermos nada ao final. A certeza de uma continuidade após a morte nos ajuda a lidar com o niilismo de nossa cultura materialista, em que o abstrato e o invisível é irreconhecível como verdadeiro e possível.

No entanto, não devemos ser extremistas a ponto de deixar a morte “leve” demais, buscando uma visão poética, na qual também estaremos escondendo nosso medo de encará-la. O mundo externo é uma projeção coletiva do mundo interno de cada um. As condições físicas e emocionais daqueles que estão morrendo são tão precárias quanto o contato interno que temos com o tema da morte. Precisamos, com urgência, acolher nossa vulnerabilidade frente à morte, falar sobre ela. Assim, juntos, poderemos desenvolver uma consciência coletiva mais preparada para lidar com as necessidades físicas, emocionais e espirituais daqueles que estão frente à morte.

Temos data de validade. Nada nem ninguém é capaz de transpor essa condição. Embora, alguns médicos e leigos se apoiem na ideia de que as novas tecnologias são capazes de encontrar uma solução para o prolongamento da vida indefinidamente, essa é uma ideia que não se sustenta. Definitivamente, não é possível resolver tudo, e é nesse momento que temos de tomar consciência, e sermos capazes de apenas cuidar e proporcionar o “bem-estar” que necessita aquele que está sofrendo.

- Você já teve alguma experiência de perda significativa em sua vida? E no exercício da Medicina? Compartilhe a sua vivência entre os colegas e reflita os modos de lidar com a morte.

DOENÇA FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS⁽¹⁹⁾

Os elementos fundamentais que definem a doença terminal são os seguintes:

- 1. Presença de doença avançada, incurável e progressiva.**
- 2. Falta de resposta razoável ao tratamento específico.**

Na palavra "razoável", esconde-se parte do problema de atuar com os doentes em fase final da vida. Por um lado, é de importância crucial ter esgotado todos os recursos terapêuticos, atualmente, disponíveis antes de rotular um paciente como fora de recursos terapêuticos (existe o perigo de perder um paciente potencialmente curável). Mas, por outro lado, se você não é muito sensato ao interpretar a palavra "razoável", corre o risco de se deparar com o que se chama de furor terapêutico. Não devemos confundir o que é prolongar a vida (obrigação de todos os médicos), e prolongar a agonia (procedimento altamente imoral). Alguém disse que a tecnologia médica, que é uma benção, pode se tornar uma maldição. Ou nas palavras de Esopo: "o melhor das coisas, também, pode ser o pior ao mesmo tempo, dependendo do uso feito".

A obstinação terapêutica provoca agonias por vezes prolongadíssimas e existem casos de celebridades que são de conhecimento público, como os seguintes:

- a) Harry Truman, Presidente dos Estados Unidos, morreu em 6 de dezembro 1972, aos 88 anos, lutando três meses entre a vida e a morte e sendo emitido mais de oitenta pareceres médicos relacionadas à sua condição.
- b) O presidente iugoslavo, Jossip Broz "Tito", morreu em 4 de maio de 1980, foi hospitalizado no dia 1 de janeiro desse ano por uma degeneração arterial.
- c) O presidente do Brasil, Tancredo Neves teve uma agonia de trinta e nove dias e foi submetido a sete cirurgias
- d) Hari Bumedian, Presidente da Argélia, morreu de uma sepse em 27 de dezembro de 1978, mantido por quase quatro meses entre a vida e a morte.
- e) O Chefe de Estado espanhol, Francisco Franco, morreu em 20 novembro 1975, envolto em sacos de gelo e cercado por seus vinte médicos, aos 83

anos, sofrendo uma agonia de trinta e cinco dias, sendo emitido cinquenta e seis boletins médicos.

Evidentemente, casos como os descritos acontecem todos os dias em todos os hospitais. Essa atitude vai contra a dignidade humana e devemos pensar que o respeito à vida implica o direito de morrer e que todo ser humano tem direito a uma morte digna.

A Medicina Paliativa não prolonga a vida por meio da compulsão terapêutica, nem a encurta por meio de qualquer eutanásia. Simplesmente respeita, ajuda e cuida dos doentes até o final.

3. Presença de numerosos problemas ou sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e mutantes.

Junto com a comunicação, o controle de sintomas (de dor e outros) é o objetivo da Medicina Paliativa. Deve-se notar que, em geral, os sintomas aumentam consideravelmente à medida que a doença progride. Nos últimos dias, as mudanças podem ocorrer em questão de minutos. Isso requer revisão constante da situação e oferece a possibilidade de um serviço às 24 horas do dia e todos os dias, não somente para os pacientes hospitalizados, como também para os que estão em casa.

4. Grande impacto emocional sobre a equipe, paciente e familiar, intimamente relacionado à presença, explícita ou não, da morte.

A família tem duplo papel: doador e destinatário de cuidados.

Como cuidadora, a família faz parte da equipe. Neste sentido, será necessário educar os membros da família em aspectos como a dieta do paciente, mudanças de decúbito, higiene, administração de medicamentos, diretrizes para ação em determinadas crises etc. Devemos considerar que, para a família, ter uma ação específica em relação ao cuidado direto do paciente é um elemento importante de impacto decrescente.

Como destinatário de cuidados, devemos ponderar que a situação familiar de um paciente com doença terminal é caracterizada pela presença de um grande

impacto emocional condicionado à presença de múltiplos temores ou medos que, como profissionais de saúde, devemos saber reconhecer. Devemos ser capazes de proporcionar apoio prático e emocional aos membros da família, bem como ajudar na reabilitação e recomposição da família (prevenção e tratamento do luto patológico). Este trabalho de avaliação da situação familiar deve ser feito, como o do paciente, em uma base regular, uma vez que pode ser abruptamente modificado de acordo com o início da crise.

No que diz respeito ao impacto na equipe terapêutica, devemos ser capazes de desenvolver programas de autoproteção contra o estresse que envolva contato permanente com doença, decrepitude e morte. A melhor maneira de se proteger é uma boa comunicação entre todos os elementos da equipe, bem como uma seleção escrupulosa de profissionais.

5. Expectativa de vida inferior a seis meses.

Esses dados têm importância estatística, mas, no entanto, para as questões de doentes ou parentes, nunca damos prazo. Tantas vezes temos nos equivocado para estabelecer previsões de sobrevivência (excesso e padrão), que é melhor abster-se. Dar um limite é irreal, inseguro e inútil e as famílias devem se acostumar a viver com incerteza e dúvida. Nossa tarefa é informar os doentes e suas famílias que, durante o tempo que pudermos, vamos acompanhá-los, que eles nunca se sentirão sozinhos e que faremos tudo o que estiver ao nosso alcance para manter, se possível, a melhor qualidade de vida.

O que significa para você morrer com dignidade?

- Como cuido dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas?**
- Como tenho lidado com as perguntas e orientações aos familiares?**

II PARTE

“Medita diariamente nisto, para seres capaz de abandonar a vida com serenidade de espírito: muitos são os que se agarram a ela como pessoas arrastadas pela corrente, que jogam a mão aos cardos e aos rochedos! Muitos há que andam miseravelmente à deriva entre o medo da morte e os tormentos da vida, sem querer viver nem saber morrer”.

Seneca

DESAFIOS À PRÁTICA INTERPROFISSIONAL

O modo de cuidar em saúde reflete a abordagem que utilizamos, e o cuidado integral no processo de morrer demanda abordagem centrada na pessoa. É necessário perceber a história de vida, emoções e pensamentos, contexto, relacionamentos e crenças, pois toda pessoa encerra um modo de vida que precisa ser considerado em seu sofrimento, além dos aspectos técnicos e econômicos do serviço.

CUIDADOS PALIATIVOS: O QUE É E COMO FAZER?

Cuidado Paliativo é um conjunto de atos multiprofissionais que tem por objetivo efetuar o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que atingem o homem em sua finitude, isto é, quando a morte dele se aproxima. Na maioria das vezes, a família é também acolhida pela equipe multiprofissional, pois ela compartilha do sofrimento do paciente.

A visão holística do cuidado exige múltiplos profissionais: os que controlam os sintomas do corpo e implementam bem-estar (médico, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional), da mente (psicólogo, psicoterapeuta, psicanalista, psiquiatra), do espírito (padre, pastor, rabino, guru, sacerdotes das diferentes crenças religiosas professadas pelos pacientes), do social (assistente social, voluntário). Além desses, na dependência da evolução clínica do caso, outros profissionais e especialistas poderão ser chamados a cooperar com a equipe.

A interdisciplinaridade é mandatória nos dias atuais. A complexidade do conhecimento atual na área da saúde exige muitas visões que uma única classe

profissional não é capaz de responder. Para o cuidar integral, muitas profissões se interligam e se complementam. É também um aprendizado diário o conviver interdisciplinar, pois exige desenvolver o respeito ao conhecimento de cada um. A partilha de experiências das diversas profissões, seja nas discussões de caso, em visitas hospitalares ou domiciliares, enriquece e melhora o atendimento ao paciente.

Não existe o objetivo de CURAR o paciente. Apesar de inevitável, a morte não precisa ser ruim – ela pode ser digna. Esta é a busca diária dos profissionais paliativistas: afastar o sofrimento e a dor para que a pessoa em fase final da vida possa desfrutar os dias que lhes restam no hospital ou em casa, perto de suas lembranças e familiares. É uma equipe que quer saber o que é mais importante para o paciente e aquilo que mais o incomoda. São estudiosos do “cuidar”, pois valorizam a pessoa e o alívio do sofrimento, a sua autonomia e a relação autêntica entre cuidador e ser cuidado.

Atualmente, o Cuidado Paliativo é, em maioria, oferecido aos pacientes portadores de câncer avançado e aids, mas dele também se beneficiam casos de insuficiência cardíaca congestiva, renais crônicos, hepatopatas crônicos, pneumopatas crônicos, neuromotores, Mal de Parkinson, Mal de Alzheimer, idosos portadores de sequelas graves causadas por diversas doenças etc.

Não podemos nos esquecer de que os cuidados paliativos se prolongam após a morte no apoio aos familiares, facilitando e contribuindo positivamente na fase de luto dos mesmos. Inclusive os familiares são parte integrante da equipe paliativista.

Os serviços de Cuidados Paliativos podem ser providos em diferentes modelos: hospitais exclusivos (tradução em português para o termo *hospice*), Enfermarias em hospitais gerais, Equipe interconsultora, Ambulatório, Assistência Domiciliar, Hospedarias e Hospital-Dia. A autora Galriça Neto⁽²⁰⁾ recomenda que não há um modelo único e ideal para a prestação dos cuidados, devendo esse ser determinado com base nas necessidades e nos recursos locais. Entretanto, a existência de equipes de referência e de apoio ou suporte é fundamental, bem como a necessidade de formação de todos os profissionais de saúde para prestar medidas paliativas básicas.

No Brasil, a prática dos cuidados paliativos surgiu mais fortemente no final da década de 1990. A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) tem dados

oficiais publicados em 2006, que se encontram bem desatualizados, apontam cerca de 40 equipes atuantes e 300 leitos hospitalares destinados a esses cuidados.

No estudo mais atual, publicado em 2015, participaram 68 serviços brasileiros de cuidados paliativos. Consta desses registros que metade deles atua no estado de São Paulo (50%). Segundo a pesquisa, o modelo de atendimento mais prevalente é o do tipo ambulatorial (53%), a população típica é mista, isto é, oncológicos e não oncológicos (57%), prevalece a assistência a adultos (88%) e idosos (84%), e o modelo de financiamento mais comum é o público (50%)⁽²¹⁾. Em 30 de abril de 2016, o Hospital Premier realizou o Fórum de Serviços Brasileiros de Cuidados Paliativos na cidade de São Paulo. Nele, firmou-se o compromisso de elaborar, para 2018, o Atlas Brasileiro de Cuidados Paliativos que atualizaria os dados hoje existentes. Aguardemos, pois essa publicação.

Uma contribuição importante dos estudantes da UERN para fazer avançar esta perspectiva paliativista do ensino sobre a temática no âmbito da FACS foi a elaboração com a pesquisadora de uma proposta para a criação da Liga Mossoroense de Cuidados Paliativos que tem como objetivo o desenvolvimento, a promoção e a difusão de conhecimentos acerca da área de Cuidados Paliativos, contribuindo para a formação acadêmica e profissional dos alunos a ela vinculados. Seu papel consiste no desenvolvimento de projetos multidisciplinares e multicêntricos para promover, facilitar e estimular a integração dos ligantes aos Cuidados Paliativos.

Discutam sobre quais contribuições uma liga pode dar ao estudo e a prática dos cuidados paliativos

OS DIREITOS DO MORIBUNDO*

Por Deborah Duda⁽²²⁾

- EU tenho o direito de ser tratado como um ser humano vivo até a morte.
- EU tenho o direito de manter a esperança qualquer que seja a circunstância.
- EU tenho o direito de ser cuidado por aqueles que sempre mantêm a esperança.
- EU tenho o direito de expressar os meus sentimentos e emoções a respeito de morte próxima à minha maneira.
- EU tenho o direito de participar das decisões sobre o meu caso.
- EU tenho o direito de merecer atenção médica continuada e de enfermagem, mesmo que o objetivo de “cura ” tenha sido mudado para o objetivo de “conforto”.
- EU tenho o direito de não morrer solitário.
- EU tenho o direito de não sofrer dor.
- EU tenho o direito de ter as minhas perguntas respondidas com honestidade.
- EU tenho o direito de não ser enganado.
- EU tenho o direito de receber ajuda de e para a minha família na aceitação de minha morte.
- EU tenho o direito de morrer em paz e com dignidade.
- EU tenho o direito de reter a minha individualidade e de não ser julgado pelas minhas decisões, as quais podem ser contrárias às crenças de outros.
- EU tenho o direito de discutir e de ampliar as minhas experiências religiosas e/ou espirituais, a despeito do que elas possam significar para os outros.
- EU tenho o direito de esperar que a santidade do corpo humano seja respeitado após a morte.
- EU tenho o direito de ser cuidado por pessoas sensíveis, carinhosas e inteligentes que tentarão compreender as minhas necessidades e que serão capazes de derivar alguma satisfação em ajudar-me a enfrentar a morte.

*Deborah Duda, em *COMING HOME: a guide to dying at home with dignity* (traduzido por Prof. Dr. Marco Tullio de Assis Figueiredo).

COMUNICANDO NOTÍCIAS DIFÍCEIS⁽²³⁾

QUANDO alguém é diagnosticado com uma doença grave e com pouca possibilidade de cura, tanto a família como os amigos ficam muito aflitos e talvez não saibam como reagir. Alguns talvez se perguntem se devem contar ao paciente toda a verdade sobre sua situação. Outros acham que não vão suportar ver a pessoa que amam sofrer e talvez perder a dignidade por causa dos efeitos da doença. Muitos ficam preocupados achando que não saberão o que dizer ou o que fazer durante as últimas horas do paciente. Os profissionais de saúde também têm dificuldades para lidar com essa situação. Há sempre um receio de comunicar uma má notícia, entendendo-se má notícia como aquelas que alteram de forma drástica e negativa a expectativa de futuro do paciente.

No intuito de melhorar a forma como se comunica uma notícia desagradável a alguém, foi criado o protocolo SPIKES, cujos principais componentes incluem a manifestação de empatia, reconhecendo os sentimentos do paciente, explorando sua compreensão e aceitação, bem como fornecendo informações sobre possíveis intervenções.

O protocolo consiste em seis passos, correspondentes às letras que lhe dão o nome: primeiro passo (*Setting up*) refere-se à preparação do médico e do espaço físico para o evento. O segundo (*Perception*) verifica até que ponto o paciente tem consciência de seu estado. O terceiro (*Invitation*) procura entender quanto o paciente deseja saber sobre sua doença. O quarto (*Knowledge*) constitui a transmissão da informação propriamente dita. Neste ponto, são ressaltadas algumas recomendações, como utilizar frases introdutórias que indiquem ao paciente que más notícias virão, não fazê-lo de forma brusca ou usar palavras técnicas em excesso e checar a compreensão do paciente. O quinto passo (*Emotions*) é reservado para responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente. O sexto (*Strategy and Summary*) diminui a ansiedade do paciente ao lhe ser revelado o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer.

Figura 1 - Protocolo *Spikes*

Como comunicar ao paciente e familiar uma má notícia? (Questão levantada por uma estudante de Medicina)

REFLITA: *tenho me comunicado e cuidado dos pacientes de maneira adequada?*

O PODER DA CONVERSA

Por Robert Pearl¹

[...] Falar aos pacientes com câncer terminal que eles morrerão em pouco tempo é doloroso. Muitos médicos não fazem isto bem. Alguns chegam a esconder esta informação. De acordo com um estudo recente da *New England Journal of Medicine*, no mínimo dois terços dos pacientes com câncer em estado avançado acreditam que a quimioterapia os curará. Mas, exceto em tipos raros de tumor, a quimioterapia é administrada para minimizar os efeitos da metástase. Em outras palavras, não se pode curar.

Em algumas situações, um médico honesto pode desagradar um paciente. Mas, a melhor medicina para todos os pacientes é a verdade. Como médicos, devemos fazer o melhor trabalho para explicar o que está acontecendo, mesmo quando as notícias são difíceis de ser ouvidas. Durante boa parte da vida, as pessoas não estão próximas da morte. Mas, em algum momento, a maioria de nós desenvolverá problemas de saúde. Quando a hora chega, queremos que os profissionais de saúde cuidem de nós e falem a verdade da forma que desejamos ouvir – com compaixão e respeito para as nossas decisões do fim da vida.

A verdade é que possibilita a um paciente entender a real situação. É o que o ajuda a fazer o que é necessário e importante enquanto ele tem tempo. Mas, falar aos pacientes a verdade sobre os riscos e benefícios de uma terapia agressiva têm sido diferente. Informar aos pacientes com doença avançada que eles estão próximos da morte tornou-se um debate político. Alguns confundem essa situação com o racionamento ou retenção dos cuidados médicos. Não é uma coisa, nem outra. Falar aos pacientes a verdade sobre os problemas de saúde é o que a maioria de nós quer ouvir, e o que todos os pacientes têm o direito de saber.

Oito em cada dez pessoas nos EUA dizem que gostariam de conversar com seus médicos sobre o tratamento no fim da vida se estivessem seriamente doentes. No entanto, menos de uma em cada dez pessoas disseram fazer isso.

Não cometa erros. As conversações sobre o fim da vida são muito difíceis. Elas demandam tempo. Muito mais do que os cinco ou seis minutos que os médicos

¹ Disponível em: <<https://www.medicossa.com.br/robert-pearl-os-medicos-sao-gestores-de-escolhas-impossiveis/>>. Acesso em: 2 nov. 2017.

gastam em média discutindo diretivas de tratamento. Alguns médicos escolhem a conveniência de não falar a verdade para evitar desapontar seus pacientes. Alguns fazem isso somente para não perder o próprio tempo. Outros lutam para confrontar os próprios limites enquanto médicos. Muitos se justificam prometendo o impossível (ou no mínimo o improvável), como se quisessem “preservar a esperança”.

Seria uma atitude para promover a alegria do paciente. Pesquisas mostram o oposto. Quando pacientes sabem a verdade sobre suas doenças – e quando eles têm a oportunidade de ter uma conversa franca sobre os objetivos do tratamento –, eles ficam mais felizes e vivem mais. Esta tendência se repete mesmo quando a escolha dos pacientes é por intervenções menos agressivas.

Setenta por cento dos pacientes querem passar seus últimos dias de vida com seus familiares em casa. A maioria deles gasta seus últimos dias em hospitais longe de onde gostariam. Alguns pacientes com doenças terminais escolhem tratamentos radicais, com a esperança de alguns dias a mais de vida ou uma em 100 chances de ser curado. Mas este não é o caso de muitos pacientes. E quando médicos não são honestos, eles desrespeitam os próprios pacientes e a dignidade deles.

A maioria dos doentes é mais forte do que muitos médicos imaginam. Estes profissionais devem aos os próprios pacientes a verdade, ainda mais no final de suas vidas. A despeito de todos os avanços na área de cuidados de saúde e das práticas médicas, nós, como médicos, temos muito a aprender sobre a admissão das nossas limitações. Mesmo quando há pouco a ser feito, podemos oferecer aos nossos pacientes, através do tratamento médico, duas das nossas mais poderosas ferramentas terapêuticas: a verdade e a compaixão.

“Lapidar a empatia pelo próximo”
(Comentário de uma estudante de Medicina)

ESCUTANDO A DOR DO OUTRO?

Coloquei esse texto de propósito, ele não é científico, é leigo, mas fala de como a pessoa comum se sente. Serve para que pensemos sobre como cada pessoa é singular e deve ter sua individualidade respeitada. Trata-se não de orientar como tratar a dor, ou de esquemas posológicos, para isso podem ser consultados os livros e os protocolos, falemos de acreditar na dor e envidarmos esforços para fazer os pacientes se sentirem confortáveis.

AFINAL, EM QUEM DÓI A MINHA DOR?²

“Quando criança eu imaginava que todas as dores eram iguais, todas com a mesma intensidade: elas eram idênticas, não interessava se ocorresse em criança ou adulto; se doía muito em mim, doía muito no meu avô.

Eu tinha uma dor em específico, que acredito, pessoa alguma deva ter ouvido falar: eu tinha dor no cabelo. É, pois é, o exagero em pessoa. Cazusa se orgulharia de ter um espécime vivo que exemplificasse sua música. Dor de barriga era insuportável, como alguém podia sobreviver àquela dor? E “nó nas tripas”? Dessa eu cheguei perto, bem perto [...].

Mais tarde vieram as dores “amigas e companheiras” (“você vai adorar ser mocinha? Oiii???) das mulheres, as cólicas; socorro, como eu sofria com aquilo, me revirava como louca, tinha dias que era impossível sair da cama. Atroveran? Água com açúcar. Buscopan? Fichinha. Ponstan? Esse fazia efeito, mas em “doses cavalares”. Era uma exaustão, e eu dizia, não há dor pior que essa, não pode haver.

Com a maternidade, eu descobri que todas as minhas dores anteriores eram NADA; BRINCADEIRINHA de criança. E olha que eu nem posso reclamar, o máximo que tive foram 4 horas de trabalho de parto; mas aquelas contrações, bem, deixo a cargo de quem nunca sentiu tentar imaginar uma dor, deixe-me ver, gigantesca, pois é, mas que em segundos acaba, é uma dor gostosa; ok, podem me chamar de louca.

²Disponível em: <http://obviousmag.org/contos_pontos_encontros_e_desencontros/2015/03/afinal-em-quem-doi-a-minha-dor.html#ixzz4wSt0Gncc>. Acesso em: 19 out. 2017.

Mas, todas essas DORES são físicas, algumas são DELICIOSAS, DESEJADAS, afinal, qualquer dor vale a pena para ter seu rebento nos braços; estas são as dores digamos, “medidas”, “mensuráveis”.

E as outras DORES? E aquelas que nos "pegam de assalto"? E aquelas que nos “nocauteiam”, nos “deixam na lona”, “sem eira, nem beira”; as dores da ALMA, do ESPÍRITO, do CORAÇÃO, as EMOCIONAIS. São as dores que nos “rasgam” por dentro.

Estas, sim, são DORES INSUPORTÁVEIS, ARRASADORAS, capazes de “dilacerar” o ser humano, capazes de fazer com que se abra um “abismo” embaixo de nossos pés, capazes de fazer com que percamos o “sentido na vida”.

Eu, todos nós, em algum momento da vida, vivenciamos essa DOR, e medida ela não pode ser.

Há quem diga, “minha dor é maior que a sua por que...”; não há dor MAIOR ou MENOR, existe DOR, e para cada um de nós ela tem uma “gravidade”, uma “intensidade”, uma “amplitude”. Cada um de nós “lida” com a dor de forma diferenciada, cada um de nós tem uma forma de “se doar”. E ao que os olhos de outrem parecem nada, para mim, pode ser insuportável, já que, só EU sei “onde” e “como” bate a MINHA DOR.

Já tive dores físicas, que sequer posso enumerar, sempre fui frequentadora assídua de emergências, hospitais são para mim, parques de diversão; corta, costura, abre, fecha, abre de novo e por aí vai, nem dá para contar [...].

Mas as dores que quase me levaram a “loucura” foram as dores da alma, estas, sim, eu direi por todo o sempre, não há DOR, que DOA como essa, não há DOR maior que essa, porque a dor da alma, nos tira a esperança, a fé, a coragem de viver, a crença de que um dia tudo passa [...].

E quem disse que a minha é menor ou maior que a de qualquer outra pessoa? A DOR que me consome é MINHA, e de ninguém mais, não dou a ninguém o direito de dizer como é a minha DOR, onde DÓI a minha DOR.

Pois, se minha é, que eu saiba como lidar com minha DOR, me DOER dela, até que um dia, cansada de mim esteja, a DOR queira se livrar.

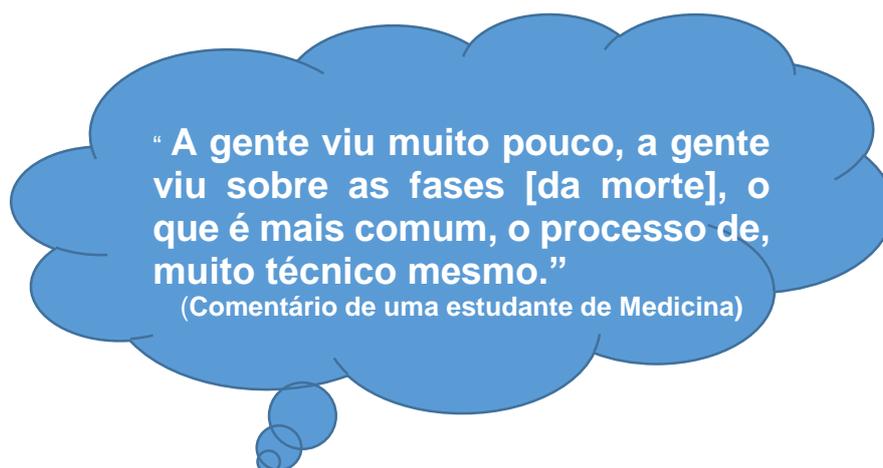
III PARTE

“O que é a vida e o que é a morte? Ninguém sabe ou saberá
Aqui onde a vida e a sorte movem as cousas que há
Mas, seja o que for o enigma de haver qualquer cousa aqui
Terá de mim o próprio estigma da sombra em que eu vivi”.

Fernando Pessoa

TEXTOS REFLEXIVOS

Como referimos anteriormente, foi por intermédio da fala dos estudantes da UERN que nasceu a ideia de escrever esse guia com reflexões e textos que contribuíssem para principiar suas descobertas nesse vasto universo de conhecimentos e saberes que envolvem a morte e o morrer.



A frase “é conversando que a gente se entende”, encerra o núcleo do que a sabedoria popular apreendeu ao longo de séculos. É preciso saber escutar o que o outro tem para falar e entender o conteúdo dessa fala. São muitos os métodos desenvolvidos para escutar, um deles é a roda de conversa. Um método que consiste na criação de espaços de diálogo, em que as pessoas podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si. O objetivo é estimular a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações. Nas rodas de conversa, ao dar o direito da palavra, os educadores podem se surpreender com as múltiplas significações que os membros do grupo têm do mundo, das coisas e das pessoas a sua volta. Crie rodas de conversa e discuta sobre a temática da morte e do morrer

LIÇÃO ORIENTAL³

Há muito tempo, no Tibete, uma mulher viu seu filho, ainda bebê, adoecer e morrer em seus braços, sem que ela pudesse fazer nada. Desesperada, saiu pelas ruas implorando que alguém a ajudasse a encontrar um remédio que pudesse curar a morte do filho. Como ninguém podia ajudá-la, a mulher procurou um mestre budista, colocou o corpo da criança a seus pés e falou sobre a profunda tristeza que a estava abatendo. O mestre, então, respondeu que havia, sim, uma solução para a sua dor. Ela deveria voltar à cidade e trazer para ele uma semente de mostarda nascida em uma casa onde nunca tivesse ocorrido uma perda. A mulher partiu, exultante, em busca da semente. Foi de casa em casa. Sempre ouvindo as mesmas respostas. “Muita gente já morreu nesta casa”; “Desculpe, já houve morte em nossa família”; “Aqui nós já perdemos um bebê também”. Depois de percorrer a cidade inteira sem conseguir a semente de mostarda pedida pelo mestre, a mulher compreendeu a lição. Voltou a ele e disse: “O sofrimento me cegou a ponto de eu imaginar que era a única pessoa que sofria nas mãos da morte”.

**Refleta: conhece alguém que nunca tenha sofrido perdas?
Discuta a lição que o mestre deu à mãe.**

DESEJO⁴

“Somos finitos.
Nenhuma ciência é capaz de transpor essa condição”.

“A concretização dos desejos de pacientes em estado terminal não é uma questão de compaixão. É uma intervenção terapêutica que faz parte da abordagem dos cuidados paliativos”, explica Isabel Galriça Neto⁽²⁰⁾, diretora da unidade de cuidados paliativos do Hospital da Luz, em Lisboa. Para conseguir chegar às pessoas, é necessária abordagem multidisciplinar, da qual faz parte a concretização dos seus

³Disponível em: <<https://super.abril.com.br/comportamento/morte>>. Acesso em: 20 out. 2017

⁴ Disponível em: <<https://sol.sapo.pt/artigo/492299/-4ltimos-desejos-dos-doentes-sao-decisivos>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

últimos desejos. “Se as pessoas não conseguem concretizar expectativas, isto torna-se fonte de grande frustração, de tristeza e de sofrimento existencial. Algumas expectativas podem não ser viáveis, mas outras sim. E tentar realizá-las faz parte do processo de uma intervenção completa dos cuidados paliativos, não é só tratar os sintomas da doença”, explica Isabel Neto.

Há pacientes que pedem jantares românticos fora do contexto do quarto e outros que querem simplesmente ir para casa no Natal. A diretora lembra que, quando se fala das expectativas dos doentes com prognósticos incuráveis, é importante transmitir certa mensagem, que está ligada ao conceito de esperança: «As pessoas acham muitas vezes que ir para os cuidados paliativos é tirar a esperança. E nos perguntamos: então o que é esperança para si? A esperança é uma expectativa de se atingir um objetivo e os objetivos é que podem variar. O que se faz nos paliativos é gerir as expectativas que as pessoas podem concretizar. A quem acha que só há uma esperança, que é a de não morrer, é preciso lembrar que isso é utópico: todos morremos

A psicóloga oncológica e paliativista Francine Portela menciona que estudos internacionais revelam também que pessoas que recebem cuidados paliativos vivem mais tempo, com menos dor e depressão do que os que são submetidos ao tratamento padrão. Os primeiros “ficam ao lado de quem desejam, realizando sonhos, coisas importantes”.⁵

As preferências do paciente e a prevenção da dor não são consideradas pela maioria das unidades de saúde, que recebe recursos por procedimentos, faz intervenções invasivas, tentando esticar a vida e, sem sucesso, desampara o doente que “não tem mais jeito”.

Existe documento que contém as diretrizes antecipadas de vontade sobre cuidados à vida em uma situação em que o paciente não tem condições de tomar as próprias decisões ou expressar sua vontade. O nome é Testamento Vital e objetiva assegurar dignidade, qualidade, significado e valor da vida diante de uma situação de doença grave, incurável, fora de possibilidade de tratamento de cura ou de prolongamento da vida, assegurando cuidados de conforto durante o tempo de vida até que chegue o momento da morte digna, sob a perspectiva do próprio paciente.

⁵ Disponível em: <<http://www.otempo.com.br/o-cuidar-é-conjugado-quando-não-há-mais-cura-1.1501768>>. Acesso em: 19 out. 2017.

Embora tenha sido regulamentado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) desde 2012, esse documento ainda é pouco conhecido e respeitado⁽²⁴⁾.

Você sabe o que seus pacientes desejam? Pesquise entre seus colegas quem conhece o Testamento Vital e o que ele deve conter.

SENHORA DOS DESTINOS

Por Renata Nunes⁶

A poltrona preta no fim do corredor está vazia. Há uma calma incomum pela casa e uma inquietação profunda dentro do peito. Não há copos de leite tampados sobre a mesa da copa. Nem de café. Nenhuma cinza de cigarro suja o chão. Ninguém está ali para reclamar de bobagens. Nem para debater com o fervor que uma boa discussão merece. O frio, agora, vai parecer menos intenso para tantos cobertores dobrados no armário. O sol do quintal não será refúgio. A batida forte no portão não provocará qualquer corrida à janela. Da rua, o olhar direcionado à sacada da casa agora é triste. Ninguém mais acena de lá com as mãos. E as primeiras notícias da manhã, descritas nos jornais recém-jogados pelo entregador, já não virão do mesmo portador.

Assim vão passando os dias [...] Apesar de parecem lentos, suas horas seguem impiedosas e mostram que já faz um mês. Vão passar dois, três e sabe-se lá quantos meses mais. O tempo não para nem espera as dores cessarem. Em alguns momentos, ele não é gentil o bastante para aguardar a tristeza transformar-se em saudade, como dizem por aí. Tampouco paciente. O tempo é como as pessoas, sempre correndo. Com ele, na mesma batida, seguem, então, novos e velhos hábitos. Reinvenções. E se adapte quem quiser, quem puder. Ou quem for forte.

⁶Disponível em: <<http://www.otempo.com.br/opinião>>. Acesso em: 20 out. 2017.

A morte, senhora dos destinos, é certa e certa. Leva quem tem que levar. Dia desses foi meu velho pai. Amanhã, quem vai saber... A quem fica, além da ruptura dolorosa, ela oferece a chance de pensar e repensar sobre a vida. A danada te dá um soco na cara, te derruba no chão, te reduz de forma devastadora. Depois, delicadamente, pergunta se você está bem, se está amando o suficiente e como pretende seguir. Antes de sumir, lembra que irá voltar sem data marcada. E sempre deixa o alerta de que tudo passa rapidamente.

E ainda ali, sob o impacto da saudade, olhamos para a frente. Refletimos. Sobre a fé que em algum momento faltou e precisa ser renovada. Sobre as palavras boas que gostaria de dizer a alguém, mas não falou. Sobre o abraço que desejou dar e ainda está ao seu alcance. Sobre passar mais tempo com quem você ama e ver que não há programação melhor. Sobre trabalhar com mais leveza, pois não vai mudar o mundo.

As reflexões não param. Pensamos. Sobre deixar as coisas pequenas pra lá, porque perdem muito os que a elas se apegam. Sobre como colocar a raiva pra fora sem ferir ninguém. Sobre pedir desculpas e como o ato de perdoar alivia os tormentos da alma. Sobre os amigos que escolhemos e a lealdade que esperamos dessas pessoas consideradas especiais. Sobre isso, sobre aquilo [...] Refletimos sobre nós mesmos.

E sobre o fato de não sermos imortais. Eu, por exemplo, nunca quis acreditar que meu pai fosse partir. Também não imaginava o quanto sua presença implicava segurança, ainda que diante de tantas fragilidades. Ele me imprimia coragem. Dificuldades trouxeram crescimento. Sento-me agora na poltrona preta que está vaga. Uma tentativa de preencher o vazio no meu coração. Pela frente, o corredor por onde devo seguir. "Um breve sorriso, lembranças e o desejo simples de que as pessoas vivam bem cada minuto."

Partilhem experiências de perdas e o que aprenderam com as mesmas.

COMO OS MÉDICOS MORREM?

Por Ana Lucia Coradazzi⁷

Há alguns dias, li um artigo emocionante, escrito pelo médico Ken Murray, da *University of Southern California*. No texto, ele conta a história de um amigo, ortopedista, que alguns anos antes recebeu o diagnóstico de um câncer de pâncreas. Apesar de estar nas mãos de um grande cirurgião, especializado nesse tipo de câncer e extremamente capacitado para conduzir o caso, o ortopedista recusou o tratamento. Foi para sua casa, procurou ficar o máximo de tempo possível com sua família e otimizar sua qualidade de vida através do controle dos sintomas da doença. Alguns meses depois, ele faleceu em casa. Não recebeu quimioterapia, radioterapia ou tratamentos cirúrgicos. Nada.

O fato é que, por incrível que pareça e por mais incômodo que seja, médicos também morrem. E não gostam da ideia de morrer, tanto quanto qualquer outra pessoa. O que é diferente entre os médicos não é a quantos tratamentos eles têm acesso em comparação com os outros pacientes, e sim a quão menos tratamentos eles próprios se submetem. Médicos tendem a ser mais serenos e realistas quando encaram a possibilidade de morrer. Eles sabem exatamente o que vai acontecer, conhecem suas opções e, geralmente, têm acesso a todos os tratamentos disponíveis. Mas, partem suavemente, de forma quase que submissa.

É claro que médicos não desejam morrer. Eles querem viver. Mas, eles sabem o suficiente sobre a medicina moderna para conhecer seus limites, e compreendem de forma profunda o que as pessoas mais temem: morrer em grande sofrimento e sozinhas. Médicos costumam falar sobre isso com seus familiares. Deixam claro que, quando for sua hora, não querem ninguém quebrando suas costelas na tentativa improvável de ressuscitá-los. Muitas vezes, falam sobre isso poucas horas após eles próprios terem feito exatamente isso com seus pacientes (eu mesma já fiz). A maioria dos médicos já viu (e praticou) demais o que chamam de “futilidade médica”, que acontece quando é usado todo o arsenal mais moderno disponível para uma pessoa gravemente doente, que está claramente no final de sua vida. Eles já viram pessoas sendo cortadas, perfuradas com tubos e agulhas,

⁷Disponível em: <<https://nofinaldocorredor.com/2015/04/25/como-os-medicos-morrem>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

colocadas em máquinas barulhentas (e sedadas para suportar a tortura), além da infinidade de remédios correndo em suas veias. E morrendo poucos dias (até horas) depois. Eu já ouvi de colegas angustiados frases como: “Prometa-me que, se um dia eu estiver nessa situação, você vai me deixar partir. Não deixe que façam isso comigo.” E é assim mesmo [...].

O fato é que todos nós, pacientes, médicos e familiares, sofremos as pressões do sofrimento extremo, do tempo, do sistema de saúde, da própria formação médica e das crenças culturais na hora de tomar uma decisão drástica. Mas, somente os médicos sabem o que acontece depois. Eles tendem a não aceitar tratamentos excessivos e com poucas chances de sucesso. Muitos buscam formas de morrer em suas próprias casas, esmerando-se no controle da dor e outros sintomas, buscando significado para as próprias vidas e oferecendo o melhor de si às pessoas a quem amam. A própria literatura médica oferece base para esse tipo de decisão. Estudos têm demonstrado que pessoas com câncer hospedadas em hospices ou acompanhadas por serviços de Cuidados Paliativos vivem mais (e melhor) do que aquelas com o mesmo diagnóstico que recebem tratamentos oncológicos até o final da vida⁽²⁵⁾.

Cabe a nós, médicos, oferecer aos pacientes a informação que nos é disponível. Cabe a nós permitir que eles compreendam que a morte não é algo a ser evitado a todo custo, e sim um momento da vida, como qualquer outro. Em muitas situações, ela simplesmente não pode ser evitada, apenas adiada, e o custo disso pode ser um sofrimento intenso e desnecessário. O “prolongamento da vida” pode, na verdade, ser apenas o prolongamento do processo de morrer. Muitas vezes, com o paciente em grande sofrimento e sozinho. Um motivo e tanto para que os médicos não queiram passar por isso.

Imagine-se em uma situação semelhante àquela apresentada pela autora. Qual seria sua atitude? Faça essa pergunta aos colegas. Discuta o caso e as possibilidades de atuação.

MIELOMA MÚLTIPLO

Por Maria Elisa⁸

Quando é preciso lutar! O bom guerreiro sabe que uma luta nunca tem final [...]. E o bom guerreiro sabe que é necessário passar seus ensinamentos para os seus frutos! Eu sou o fruto de uma boa guerreira: minha mãe! Ela perdeu a batalha, mas continua na luta de evolução espiritual que nós sempre acreditamos. Há vinte anos, minha mãe Ana Maria teve um câncer de mama, naquela época, numa cidade pequena como São Luiz Gonzaga (interior do Rio Grande do Sul), não tínhamos informações necessárias, nem a dimensão que o câncer representava na família. Eu, muito pequena, fui poupada desse diagnóstico, pois aos dez anos seria mesmo impossível compreender a doença. O que eu sabia era que a mamãe tinha um "carocinho" no seio que precisava ser retirado, então, vieram as viagens à Porto Alegre, as radioterapias, as visitas à casa da tia Vera, que sempre amiga e cunhada de minha mãe, proporcionava todo o suporte emocional para nós. A quimioterapia não foi necessária, mas a mutilação do seio deixou minha mãe triste pelo resto da vida... Tinha vergonha da cicatriz que anos mais tarde, eu apelidei de marcas da minha She-Ra (aquela heroína dos desenhos animados). Sempre a considerei como uma heroína, uma batalhadora, uma educadora e exemplo para milhares de crianças e adolescentes que ela ajudou a alfabetizar, a nadar, a praticar esportes e a lutar por um mundo mais honesto, aliás, minha mãe era honestíssima, não lhe faltava uma qualidade! Mas, vinte anos depois, o câncer resolveu voltar e dessa vez, de maneira avassaladora. Tudo começou com uma queda e a fratura do fêmur... Dores, muitas dores e vários médicos consultados, todos com o mesmo diagnóstico: dor muscular! Até que um dia, ela não suportou mais e não conseguiu mais andar... As viagens à Porto Alegre voltaram a fazer parte da rotina, dessa vez, eu morava na cidade e montamos um QG para acolher a Dona Ana e preparar sua luta. Na primeira cirurgia, em março de 2011, foram colocadas placas de titânio para reconstruir o fêmur (cheguei a brincar com ela dizendo que agora, não conseguiria mais passar pelas portas do Banco sem fazer barulho) e nada foi constatado de errado pelos médicos (não vou citar nenhum médico nesse depoimento). Veio a recuperação, lenta,

⁸ Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/depoimento/maria-elisa-oliveira-stocker/141/>>. Acesso em: 20 out. 2017.

dolorosa, agressiva e quando ela voltou a andar novamente (sem a ajuda do andador), novamente o fêmur deu um "estalinho"... Nova fratura, novos exames, mais médicos e mais apreensão! Dessa vez escolhi largar meu emprego para ficar 24 horas disponível. Sofri demais, mas todas as vezes que chorei, foram escondidas no banheiro do Hospital! De maneira alguma queria que ela sentisse necessidade de cuidar de mim. Alguns médicos que atenderam minha mãe foram negligentes, pois mesmo sabendo do histórico dela, não pediam exames, diziam que estava tudo bem, enfim, mas hoje, quase um ano depois, consigo perdoar essas irresponsabilidades. Na segunda cirurgia, as placas foram trocadas, mas dessa vez, batemos o pé pedindo uma cintilografia, que é um exame bem detalhado dos ossos do paciente (porque, apesar de mamãe ter osteoporose, era impossível estar com os ossos tão fracos, estava tão magrinha e cansada). O resultado, metástase óssea em fase terminal... E como, depois de um ano, somente na segunda cirurgia, os médicos constataram isso? Meu mundo desabou naquele momento, o familiar do paciente sofre muito quando escuta: câncer. Imagine eu, como filha única, escutando de um médico, metástase em fase terminal? Não consegui entrar no quarto e olhar para minha mãe, então desci as escadas e fui até a Capela do Hospital [...] Chorei, implorei e ofereci a minha vida para que ela não sofresse, deveria ser proibido uma filha ficar sem a mãe. Do diagnóstico ao falecimento de mamãe foram vinte dias, apenas vinte dias... Ela estava muito fraca para fazer uma quimioterapia, já se alimentava por sonda, mas nunca perdeu a esperança, talvez por que não soubesse ao certo que seria levada para descansar em paz! Eu fiquei firme como uma rocha, recebemos muito apoio dos amigos - que acredito ser fundamental para começar a processar uma perda tão grande (pois entender, a gente nunca entende). O que mais agradeço é que tivemos tempo de falar uma para outra o tamanho do nosso amor, de como esse encontro entre mãe e filha é tão especial e profundo! O nome Maria, então foi acrescentando ao meu nome, Elisa, numa combinação só nossa, seria a nossa ligação (eu e ela, e posteriormente, entre Maria, mãe de Deus). Falamos sobre a doença, claro! E ali eu comecei a entender que os nossos laços não se romperiam com o câncer, pois quem é tocado por essa doença, vai ter para o resto da vida o compromisso de defender essa batalha [...] O maior legado que me foi deixado: o exemplo de dignidade, mesmo quando se perde o cabelo, quando se fica excessivamente magro, quando você perde as defesas do corpo, mas se defende com a força da alma. Uma herança de motivação, quando ela

conseguiu voltar a andar pela primeira vez, quando ela conseguiu sentar pela primeira vez e, finalmente, uma entrega emocionante, quando ela deu o último suspiro segurando a minha mão. Por isso, eu me motivo em tudo na minha vida, como se estivesse vivendo pela primeira vez e me entrego, com a esperança de que estou nas mãos de uma força maior e tão forte, que é incapaz de se romper com as tristezas do momento. Claro que ainda dói muito... A ausência dela é como se me faltasse uma asa e com isso, nunca mais poderei voar, mas a generosidade e a solidariedade andam ao meu lado junto com cada sorriso dos pacientes com câncer que eu ajudo, ora com palavras, ora com livros, ora com uma prece! A fé é minha estrutura, apenas existe, silenciosa e com fraquezas diárias, lágrimas e abnegação. Minha mãe está sempre comigo, numa sintonia diária grande e inexplicável... Acho até que ela está me ajudando a dar esse depoimento, são raras vezes em que falo sobre a doença dela sem chorar e me sentir lesada, porém, se com minhas palavras, alguma filha que perdeu a mãe possa sentir-se amparada e abraçada por mim, sempre vou escrever com prazer. Se sua mãe foi uma guerreira como a minha, mas que hoje se encontra oculta pelo véu da imaterialidade, tenha certeza que a luta não acabou, é por esse amor maior que erguemos a cabeça e continuamos na batalha para sermos pessoas melhores. A vida é nosso maior aprendizado e precisamos lutar por ela.

Que lições podem ser aprendidas a partir do relato? Converse com os colegas acerca das possibilidades de enfrentamento e apoio da pessoa enferma frente à morte.

IV PARTE

[...] não tenho medo da morte
 mas medo de morrer, sim
 a morte é depois de mim
 mas quem vai morrer sou eu
 o derradeiro ato meu
 e eu terei de estar presente
 assim como um presidente
 dando posse ao sucessor
 terei que morrer vivendo
 sabendo que já me vou.

Gilberto Gil

A MORTE INSPIRANDO A ARTE

A arte se encontra repleta de exemplos de como se pode encarar a morte. Nesta parte do guia, buscamos apresentar variadas amostras, nas diversas expressões artísticas que podem contribuir para repensar processos físicos, psicossociais, culturais, espirituais e outros que envolvem a morte e o morrer.

CINEMA⁹

O cinema surgiu há mais de um século. É considerado arte, mas é também uma indústria bilionária, e faz parte da vida contemporânea não apenas como entretenimento ou negócio, mas também como linguagem formadora de opinião, propagadora de valores e aparato pedagógico⁽²⁶⁾.

A partida (Departures – Yojiro Takita)

Daigo Kobayashi (Masahiro Motoki) tem o sonho de tocar violoncelo profissionalmente. Para tanto, endivida-se e compra um instrumento, conseguindo emprego em uma orquestra. O pequeno público que comparece às apresentações faz com que a orquestra seja dissolvida. Sem ter como pagar, ele devolve o instrumento e decide morar, com sua esposa Mika (Ryoko Yoshiyuki), em sua cidade natal. Em busca de emprego, ele se candidata a uma vaga bem remunerada sem saber qual será sua função. Após ser contratado, descobre que será assistente de um agente

⁹ Disponível em: <www.adorocinema.com>

funerário, o que significa que terá que manipular pessoas mortas. De início Daigo tem nojo da situação, mas a aceita devido ao dinheiro. Apesar disso, esconde o novo trabalho da esposa. Aos poucos ele passa a compreender melhor a tarefa de preparar o corpo de uma pessoa morta para que tenha uma despedida digna.

Reine sobre mim (Reign over me – Mike Binder)

Charlie Fineman (Adam Sandler) perdeu sua família nos atentados de 11 de setembro de 2001, em Nova York. Ele procura apoio em um antigo amigo da faculdade, o dentista bem-sucedido Alan Johnson (Don Cheadle), que também passa por problemas. Mesmo tendo família e emprego, muitas vezes, Alan se sente bastante sozinho. Ao se ajudarem mutuamente, a vida de Charlie começa a melhorar bastante e o vínculo entre eles, perdido há algum tempo, volta a se fortalecer.

Minha mãe (Mia Madre – Nanni Moretti)

Margherita (Margherita Buy) é uma diretora de cinema que está prestes a iniciar as filmagens de seu novo longa-metragem, que será protagonizado pelo galanteador astro internacional Barry Hughins (John Turturro). Paralelamente, ela precisa lidar com vários problemas em sua vida pessoal, como o fim de um relacionamento e a doença da mãe (Giulia Lazzarini), que está internada no hospital.

Um Golpe do Destino (The Doctor – Randa Haines)

Jack McKee (William Hurt) é um médico bem-sucedido, rico e aparentemente sem nenhum problema, até o momento em que é diagnosticado com câncer de garganta. Com a perspectiva de um paciente, ele busca hospitais, tratamentos e médicos, percebendo que ser um doutor é mais do que somente cirurgias e prescrições.

Trinta anos essa noite (Le feu follet – Louis Malle)

Alain Leroy (Maurice Ronet) é um ex-alcoólatra que acaba de receber alta de uma clínica reabilitação particular paga por sua esposa. Apesar de teoricamente curado,

Alain continua a sofrer inércia existencial, quadro que piora depois que sua amante Lydia (Léna Skerla) decide retornar a Paris sozinha. Desolado, Alain decide ir à cidade das luzes por conta própria para reencontrar amigos e lembrar dos velhos tempos, mas resistir ao vício será seu maior desafio.

Minha vida sem mim (Mi Vida Sin Mi- Isabel Coixet)

Tendo apenas 23 anos, Ann (Sarah Polley) é mãe de duas garotinhas, Penny (Jessica Amlee) e Patsy (Kenya Jo Kennedy), e é casada com Don (Scott Speedman), que constrói piscinas. Ela trabalha todas as noites na limpeza de uma universidade, onde nunca terá condições de estudar, e mora com sua família em um trailer, que fica no quintal da casa da sua mãe (Deborah Harry). Ann mantém uma distância obrigatória do pai, pois ele há dez anos está na prisão. Após passar mal, Ann descobre que tem câncer nos ovários. A doença alcançou o estômago e logo estará chegando no fígado, assim ela terá no máximo três meses de vida. Sem contar a ninguém seu problema e dizendo que está com anemia, Ann faz uma lista de tudo que sempre quis realizar, mas nunca teve tempo ou oportunidade. Ela começa uma trajetória em busca de seus sonhos, desejos e fantasias, mas imaginando como será a vida sem ela.

Mar Adentro (The Sea Inside- Alejandro Amenabar)

Ramón Sampedro (Javier Bardem) é um homem que luta para ter o direito de pôr fim à sua própria vida. Na juventude, ele sofreu um acidente, que o deixou tetraplégico e preso a uma cama por 28 anos. Lúcido e extremamente inteligente, Ramón decide lutar na justiça pelo direito de decidir sobre sua própria vida, o que lhe gera problemas com a igreja, a sociedade e até mesmo seus familiares.

Invasões Bárbaras (Les Invasions Barbares- Denys Arcand)

À beira da morte e com dificuldades em aceitar seu passado, Rémy (Rémy Girard) busca encontrar a paz. Para tanto recebe a ajuda de Sébastien (Stéphane Rousseau), seu filho ausente, sua ex-mulher e velhos amigos.

Menina de Ouro (Million Dollar Baby – Clint Eastwood)

Frankie Dunn (Clint Eastwood) passou a vida nos ringues, tendo agenciado e treinado grandes boxeadores. Frankie costuma passar aos lutadores com quem trabalha a mesma lição que segue para sua vida: antes de tudo, se proteja. Magoadado com o afastamento de sua filha, Frankie é uma pessoa fechada e que apenas se relaciona com Scrap (Morgan Freeman), seu único amigo, que cuida também de seu ginásio. Até que surge em sua vida Maggie Fitzgerald (Hilary Swank), uma jovem determinada que possui um dom ainda não lapidado para lutar boxe. Maggie quer que Frankie a treine, mas ele não aceita treinar mulheres e, além do mais, acredita que ela esteja velha demais para iniciar uma carreira no boxe. Apesar da negativa de Frankie, Maggie decide treinar diariamente no ginásio. Ela recebe o apoio de Scrap, que a encoraja a seguir adiante. Vencido pela determinação de Maggie, Frankie enfim aceita ser seu treinador.

Patch Adams (Patch Adams – Tom Chadyac)

Em 1969, após tentar se suicidar, Hunter Adams (Robin Williams) voluntariamente se interna em um sanatório. Ao ajudar outros internos, descobre que deseja ser médico, para poder ajudar as pessoas. Deste modo, sai da instituição e entra na faculdade de medicina. Seus métodos poucos convencionais causam inicialmente espanto, mas aos poucos vai conquistando todos, com exceção do reitor, que quer arrumar um motivo para expulsá-lo, apesar dele ser o primeiro da turma.

O Sétimo Selo (Det Sjunde Inseglet – Ingmar Bergman)

Após dez anos, um cavaleiro (Max Von Sydow) retorna das Cruzadas e encontra o país devastado pela peste negra. Sua fé em Deus é sensivelmente abalada e enquanto reflete sobre o significado da vida, a Morte (Bengt Ekerot) surge à sua frente querendo levá-lo, pois chegou sua hora. Objetivando ganhar tempo, convida-a para um jogo de xadrez que decidirá se ele parte com a Morte ou não. Tudo depende da sua vitória no jogo e a Morte concorda com o desafio, já que não perde nunca.

A Sete Palmos ou Sete Palmos de Terra (Six Feet Under- Allan Ball – serie- HBO)

Um olhar tragi-cômico sobre os membros de uma família disfuncional que gerencia uma Casa Funerária. Quando o filho pródigo, Nate (Peter Krause), não retorna à casa para as comemorações de final de ano, a família deve aprender a lidar com o próprio luto, enquanto decide como seguir em frente com o negócio da família.

Antes de Partir (The Bucket List – Rob Reiner)

Carter Chambers (Morgan Freeman) é um homem casado, que há 46 anos trabalha como mecânico. Submetido a um tratamento experimental para combater o câncer, ele se sente mal no trabalho e com isso é internado em um hospital. Logo, passa a ter como companheiro de quarto Edward Cole (Jack Nicholson), um rico empresário que é dono do próprio hospital. Edward deseja ter um quarto só para si, mas, como sempre pregou que em seus hospitais todo quarto precisa ter dois leitos para que seja viável financeiramente, não pode ter seu desejo atendido pois isto afetaria a imagem de seus negócios. Edward também está com câncer e, após ser operado, descobre que tem poucos meses de vida. O mesmo acontece com Carter, que decide escrever a "lista da bota", algo que seu professor de filosofia na faculdade passou como trabalho muitas décadas atrás. A lista consiste em desejos que Carter deseja realizar antes de morrer. Ao tomar conhecimento dela Edward propõe que eles a realizem, o que faz com que ambas as viagens pelo mundo para aproveitar seus últimos meses de vida.

Ghost: Do Outro Lado da Vida (Ghost – Jerry Zucker)

Sam Wheat (Patrick Swayze) e Molly Jensen (Demi Moore) formam um casal muito apaixonado que tem suas vidas destruídas, pois ao voltarem de uma apresentação de "Hamlet" são atacados e Sam é morto. No entanto, seu espírito não vai para o outro plano e decide ajudar Molly, pois ela corre o risco de ser morta e quem comanda a trama, e o mesmo que tirou sua vida, é quem Sam considerava seu melhor amigo. Para poder se comunicar com Molly, ele utiliza Oda Mae Brown (Whoopi Goldberg), uma médium trambiqueira que consegue ouvi-lo, para desta maneira alertar sua esposa do perigo que corre.

O Quarto do Filho (La Stanza del Figlio – Nanni Moretti)

Giovanni (Nanni Moretti) é um psicanalista que reside e trabalha na cidade de Ancona, na Itália. Ele é casado com Paola (Laura Morante) e tem dois filhos: a menina Irene (Jasmine Trinca) e o jovem Andrea (Giuseppe Sanfelice). Sua vida transcorre tranquila, dividida entre a família e o consultório, até que uma tragédia a transtorna completamente. Para atender ao chamado urgente de um paciente, Giovanni deixa de acompanhar o filho à praia e, nesse passeio, o rapaz morre afogado. A família, é claro, ressent-se profundamente com a morte e Giovanni sofre uma forte sensação de remorso, apesar do apoio da esposa.

Amor Além da Vida (What Dreams May Come- Vincent Ward)

Chris Nielsen (Robin Williams), Annie (Annabella Sciorra), sua esposa, e os filhos do casal fazem uma família feliz. Mas os jovens morrem em um acidente e o casal é bastante afetado, principalmente Annie. No entanto, eles superam a morte dos filhos e conseguem levar suas vidas adiante, mas quatro anos depois é a vez de Chris morrer em um acidente e ser mandado para o Paraíso. Mas, não um Céu com arcanjos e harpas, pois lá cada um tem um universo particular e o dele é uma pintura (sua mulher coordenava uma galeria de arte). Enquanto tenta entender o Paraíso, onde tudo pode acontecer, bastando que apenas deseje realmente, Chris fica sabendo que Annie, dominada pela dor, comete suicídio. Assim, ele nunca poderá encontrá-la, pois os suicidas são mandados para outro lugar. Mesmo assim, decide tentar achá-la, apesar de ser avisado que mesmo que a encontre, ela nunca o reconhecerá.

Encontro Marcado (Meet Joe Black – Martin Brest)

Em Nova York, uma médica residente (Claire Forlani) conhece por acaso um recém-chegado na cidade (Brad Pitt). Eles se sentem atraídos, mas logo após se despedirem, ele morre em um acidente. Em seguida, a própria Morte decide por utilizar o corpo desta vítima e vai falar com um magnata da mídia (Anthony Hopkins), dizendo que está ali para levá-lo, mas, como pretende conhecer os hábitos dos humanos, propõe retardar esta partida se o milionário tornar esta "férias" interessantes e instrutivas. Ironicamente, a filha do magnata, a jovem médica que tinha se sentido atraída por um

desconhecido no início da história. Seria impossível para ela imaginar que estava diante da Morte, que apenas utilizava naquele momento aquele corpo como invólucro, mas outra coisa inimaginável também acontece: a Morte se apaixona pela filha do milionário.

Cidade dos Anjos (City of Angels- Brad Silberling)

Em Los Angeles, uma dedicada cirurgiã (Meg Ryan) fica arrasada quando perde um paciente durante uma operação, no mesmo instante em que um anjo (Nicolas Cage), que estava na sala de cirurgia, começa a se sentir atraído por ela. Em pouco tempo ele fica apaixonado pela médica e resolve ficar visível para ela, a fim de poder encontrá-la frequentemente, o que acaba provocando entre os dois uma atração cada vez maior, apesar dela ter um sério relacionamento com um colega de profissão. O ser celestial não pode sentir calor, nem o vento no rosto, o gosto de uma fruta ou o toque da sua amada, assim ele cogita em deixar de ser um imortal para poder amar e ser amado intensamente.

MORTE E ARTES PLÁSTICAS



Finis Gloriarum Mundi. Juan de Valdés Leal (1672)

Museu Hospital de La Caridad - Sevilla

A pintura e a escultura estão entre as mais importantes manifestações do espírito humano. Por meio destas, não se necessitam de palavras para transmitir sentimentos. Elas transmitem mensagens que levam a reflexões. As três obras escolhidas são perspectivas diferentes do tema morte. Esperamos que gerem boas discussões e conclusões.

Em *Finis Gloriarum Mundi*, o tema da morte é elaborado por uma fria representação da existência sepulcral, em que a frágil substância humana não é mais que matéria decomposta. A glória do mundo termina em podridão e decadência; insetos passeiam por carcaças humanas, nutrindo seus pequenos corpos com a mortal substância. Três caixões abertos revelam a imparcialidade da morte na destruição da fama e da vida¹⁰.

¹⁰Disponível em:

<<http://revistatempodeconquista.com.br/documents/RTC11/LETICIADOSSANTOS.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2017.



Pietà. Escultura de Michelangelo (1498 – 1499)

Igreja de São Pedro - Vaticano

Michelangelo esculpiu esta obra aos 23 anos de idade, levou dois anos para concluí-la.

“Vemos Maria em transição, a tranquilidade assumindo o lugar da tristeza, evidente na serenidade do rosto de Maria e no gesto gentil de seu braço esquerdo: Deixe-o ir. Seu rosto venceu o sofrimento. Ela segura o corpo do filho nos braços. A Pietà foi uma revelação de todas as potencialidades e força da arte da escultura”¹¹.

¹¹ Disponível em: <<https://www.epochtimes.com.br/pieta-deslumbrante-obra-michelangelo/#.Wgm0BrbOrsk>>. Acesso em: 17 out. 2017.



Guernica. Pablo Picasso (1937)

Museu Reina Sofia – Madrid

É uma das mais famosas pinturas do artista espanhol e uma das mais conhecidas do cubismo. Esta obra de arte revela os efeitos da guerra em uma população. O artista espanhol se inspirou no bombardeamento da cidade Guernica (cidade do país Basco- Espanha), no dia 26 de abril de 1937. Este quadro tem também um significado político e funciona como uma crítica à devastação causada pelas forças Nazistas aliadas com o ditador espanhol Franco¹².

¹²Disponível em: <<https://www.culturagenial.com/quadro-guernica-de-pablo-picasso>>. Acesso em: 10 out. 2017.

ONDE PROCURAR MAIS CONHECIMENTO

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos - <http://paliativo.org.br>
- Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) - <http://sbgg.org.br>
- Laboratório de Estudos sobre a Morte da USP - <http://www.lemipusp.com.br>
- Sociedade de Tanatologia e Cuidados Paliativos de Minas Gerais (SOTAMIG) sotamig.org.br
- Rede Nacional de Tanatologia - redenacionaldetanatologia.psc.br
- International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) hospicecare.com
- Association for Death Education and Counseling - adec.org
- Casa do Cuidar - casadocuidar.org.br
- Palliative Care Matters - pallcare.info

LIVROS RECOMENDADOS

- **A arte de morrer visões plurais** (FRANKLIN SANTANA SANTOS);
- **A cerimônia do adeus** (SIMONE DE BEAUVOIR);
- **A morte de Ivan Ilitch** (LEON TOLSTOI);
- **A morte é um dia que vale a pena viver** (ANA CLÁUDIA QUINTANA);
- **A negação da morte: uma abordagem psicológica sobre a finitude humana** (ERNEST BECKER);
- **As intermitências da morte** (JOSÉ SARAMAGO);
- **Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e enlutados não reconhecidos pela sociedade** (GABRIELA CASELLATO);
- **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta** (COLIN MURRAY PARKES);
- **Morte e desenvolvimento humano** (MARIA JÚLIA KOVÁCS);
- **O ano do pensamento mágico** (JOAN DIDION);
- **O livro tibetano do viver e do morrer** (SOGYAL RINPOCHE);
- **Sobre a morte e o morrer** (ELISABETH KUBLER-ROSS);
- **Uma morte em família** (JAMES AGEE).
- **Vida e Morte no Cotidiano: Reflexões com os Profissionais da Saúde** (ANNATÁLIA GOMES E ERASMO RUIZ)

REFERÊNCIAS

1. Bifulco VA, Iochida LC. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33(1):92-100.
2. Fernandes MEN, Fernandes AFC, Albuquerque ALP, Mota LS. A morte em Unidade de Terapia Intensiva: percepções do enfermeiro. *Rev Rene.* 2006; 7(1):43-51.
3. Combinato DS, de Souza Queiroz M. Morte: uma visão psicossocial. *Estud Psicol.* 2006; 11(2):209.
4. Leite MA, Vila, VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2005; 13(2):145-50.
5. Kovács MJ. Instituições de Saúde e a Morte. Do interdito à comunicação. *Psicologia ciência e profissão.* 2011; 31(3):482-503.
6. Kovács MJ. Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar. *Mundo Saúde.* 2003; 27(1):71-80.
7. Camargo AP. O ensino da morte e do morrer na graduação médica brasileira: artigo de revisão. *Rev UNINGÁ.* 2015; 45:44-51.
8. Bellato R, Araújo Ad, Ferreira HF, Rodrigues PF. A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(3):255-63.
9. Eizirik CL, Polanczyk GV, Eizirik M. O médico, o estudante de medicina e a morte. *Rev AMRIGS.* 2000; 44(1/2):50-5.
10. Kovács MJ. Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia.* 2008; 18(41):457-68.
11. Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Rev Bioética.* 2009; 13(2):51-63.
12. Sánchez EG. El rescate de lo humano en el enfermo que se muere. *Cuad Bioética.* 2012; 23(77):135-50.
13. Macedo JCGM. Educar para a morte. Coimbra: Almedina; 2011.
14. Boemer MR, Veiga EV, Mendes MMR, do Valle ERM. O tema da morte: uma proposta de educação. *Rev Gaúcha Enferm.* 1991; 12(1):26.
15. Pinho LMO. *Morrer: Appris Editora e Livraria Eireli-ME; 2017.*

16. Braz MS, Franco MHP. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. *Psicol Ciênc Prof.* 2017; 37(1):90-105.
17. Kovács MJ, organizadora. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Caso do Psicólogo; 1992.
18. Guandalini FC. *A Transformação da Relação do Homem com a Morte*. [monografia]. Paraná (RS): Universidade Católica do Paraná; 2010.
19. Figueiredo MTA, organizadores. *Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e Tanatologia*. São Paulo: Unifesp; 2006.
20. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
21. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estud Avançados*. 2016; 30(88):155-66.
22. Duda D. *Coming home: a guide to dying at home with dignity*: Aurora Press; 1987.
23. Souza CL, Einsfeld E. Protocolo spikes: revelação de más notícias. *Anais de Medicina*. 2016; 107-8.
24. Dadalto L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. *Rev Bioética*. 2013; 21(1):106-12.
25. Tavares AGS, Nunes JSS. Cuidados paliativos e melhoria da qualidade de vida dos pacientes oncológicos. *Rev Enferm Contemporânea*. 2015; 4(1):39-47.
26. Cezar PHN, Gomes AP, Siqueira-Batista R. O cinema e a educação bioética no curso de graduação em Medicina. *Rev Bras Educ Méd*. 2011; 35(1):93-101.

ANEXOS

ANEXO A – Estatuto - Liga Mossoroense de Cuidados Paliativos - LIMCPA

TÍTULO I

Da Disposição Preliminar

Art. 1º O presente estatuto tem por objetivo estabelecer as normas que presidirão o funcionamento e as atividades da Liga Mossoroense de Cuidados Paliativos-LIMCPA

TÍTULO II

Da Liga e Suas Finalidades

Art. 2º A LIMCPA, fundada no dia _ de ___ de __, caracteriza-se por não ter fins lucrativos, ter duração ilimitada, ser uma sociedade civil, não religiosa, apartidária e vinculada à Universidade do Estado do Rio Grande do Norte-UERN.

Art. 3º A LIMCPA atuará no estudo, pesquisa e extensão, tendo como finalidade o desenvolvimento, a promoção e a difusão de conhecimentos acerca da área de Cuidados Paliativos, contribuindo para a formação acadêmica e profissional dos alunos a ela vinculados.

Art. 4º Fica a cargo da LIMCPA, através do desenvolvimento de projetos multidisciplinares e multicêntricos, promover, facilitar e estimular a integração dos ligantes aos Cuidados Paliativos.

Art. 5º A LIMCPA poderá firmar convênios e associações com entidade públicas e privadas para atender suas finalidades e atribuições, assim como estabelecer parcerias.

TÍTULO III

Da Sede

Art. 6º A sede da LIMCPA encontra-se à Rua Atirador Miguel Antônio da Silva Neto, s/n, Aeroporto- 59607-360 – Mossoró-RN

TÍTULO IV

Da Constituição

Capítulo I

Dos Membros

Art. 7º A LIMCPA possui as seguintes categorias de membros (exemplos):

1. Fundador
2. Diretor
3. Efetivo
4. Supervisor
5. Colaborador

Art. 8º Dos Fundadores

§ 1º – Aos membros que ingressam na LIMCPA e participarem da sua fundação e aprovação de seu primeiro estatuto será concedido o título vitalício de Membro Fundador.

§ 2º - São os Membros Fundadores da LIMCPA: (listar nomes e ATMs)

Art. 9º Dos Diretores

§ 1º - Durante os primeiros 12 (doze) meses após a fundação da LIMCPA, os Membros Fundadores exercerão os cargos de Diretores.

§ 2º - Após 12 (doze) meses da fundação da LIMCPA, será formada uma Assembleia Deliberativa para atualização dos cargos para Membros Diretores.

Art. 10º Dos Efetivos

§ único – Podem ser Membros Efetivos da LIMCPA os acadêmicos dos cursos ligados a Saúde, professores, profissionais da área da saúde, previamente selecionados segundo critérios da Diretoria vigente.

Art. 11º Dos Supervisores

§ único – Os Membros Supervisores da LIMCPA serão um ou dois docentes ligados à UERN, indicados pela Diretoria da Liga, permanecendo no cargo até que haja renúncia ou afastamento.

Art. 12º Dos Colaboradores

§ 1º – Serão Membros Colaboradores aqueles envolvidos no suporte às atividades e projetos da LIMCPA, tanto pessoa física como jurídica.

§ 2º - Os Colaboradores serão aceitos na LIMCPA perante a aprovação previa pela Assembleia Deliberativa.

Capítulo II

Dos Órgãos

Art. 13º São Órgãos da LIMCPA:

1. Assembleia Deliberativa
2. Assembleia Geral
3. Diretoria

Art. 14º Da Assembleia Deliberativa

§ único – A Assembleia Deliberativa é constituída pelos Supervisores e Diretores da LIMCPA.

Art. 15º Da Assembleia Geral

§ único – A Assembleia Geral é constituída por todos os membros da LIMCPA.

Art. 16º Da Diretoria

§ 1º – A LIMCPA conta com 6 cargos para Diretores, sendo esses:

1. Diretor Presidente
2. Diretor Vice-Presidente
3. Diretor Tesoureiro
4. Diretor de Comunicação
5. Diretor de Pesquisa
6. Diretor de Extensão

§ 2º - A diretoria deve ser composta, em sua maioria, por acadêmicos da UERN.

TÍTULO V

Dos Direitos e Deveres

Art. 17º É dever de todos os membros da LIMCPA buscar a constante atualização desta em sua área de abrangência.

Art. 18º É dever de todos os membros da Liga Mossoroense de Cuidados Paliativos cumprir e fazer respeitar o Estatuto e demais normas aplicáveis à LIMCPA.

Art. 19º Dos Fundadores

§ 1º -São direitos dos Membros Fundadores:

1. Participar dos eventos da Liga;
2. Fazer parte da Diretoria nos primeiros 12 (doze) meses de atuação da LIMCPA;
3. Receber certificado adicional, sem prejuízos do atestado das demais funções exercidas na Diretoria ou Supervisão.

§ 2º São os Membros Fundadores da LIMCPA: (NOMES E ATMS – DISCENTES

NOMES E CARGOS – DOCENTES)

Art. 20º Dos Membros Diretores

§ 1º São direitos dos Membros Diretores:

1. Participar de todo e qualquer evento promovidos pela LIMCPA;
2. Participar das Assembleias Deliberativas e Gerais com voz e voto;
3. Solicitar a convocação extraordinária de Assembleias Deliberativas ou Gerais.

§ 2º São deveres dos Membros Diretores:

1. Elaborar e realizar toda e qualquer atividades da LIMCPA;
2. Participar de todas as Assembleias e demais reuniões da LIMCPA, salvo com comunicação previa;
3. Cumprir com os deveres de seu cargo.

Art. 21° Dos Membros Efetivos

§ 1° São direitos dos membros efetivos:

1. Participar dos eventos promovidos pela LIMCPA;
2. Trazer sugestões e/ou propostas a serem discutidas pela diretoria;
3. Candidatar-se a um cargo na direção, caso o mesmo esteja disponível;
4. Participar, com voz e voto, das Assembleias Gerais.

§ 2° São deveres dos membros efetivos:

1. Comparecer, no mínimo, de 75% das atividades a fim de cumprir a carga necessária para entrega de atestado.

Art. 22° Dos Supervisores

§ 1° São direitos dos Supervisores:

1. Fornecer sugestões, opiniões e críticas a respeito do trabalho realizado pela LIMCPA;
2. Participar das Assembleias Gerais e Deliberativas com direito de voz e voto;
3. Convocar Assembleias Gerais e Deliberativas;
4. Convidar os ligantes a participar de projetos e pesquisas;
5. Representar, junto ao Diretor Presidente, a LIMCPA em eventos.

§ 2° São deveres dos Supervisores:

1. Fornecer suporte teórico à LIMCPA;
2. Participar das Assembleias Deliberativas e Gerais;
3. Orientar a LIMCPA e seus membros na realização de projetos;
4. Orientar os Membros Diretores na elaboração de atividades e projetos.

Art. 23° Dos Colaboradores

§ 1° São direitos dos Colaboradores:

1. Fornecer sugestões, opiniões e críticas a respeito do trabalho realizado pela LIMCPA;
2. Fornecer materiais que possam contribuir com o aprofundamento teórico dos ligantes;
3. Receber atestado por sua contribuição com a LIMCPA.

Art. 24° Da Assembleia Geral

§ único – São Funções da Assembleia Geral:

1. Discutir aspectos relacionados a atividades realizadas pela LIMCPA;
2. Fornecer sugestões, opiniões e críticas a respeito do trabalho realizado pela LIMCPA.

Art. 25° Da Assembleia Deliberativa

§ único – São Funções Da Assembleia Deliberativa:

1. Discutir, planejar, desenvolver e votar toda e qualquer atividade que possa ser realizada pela LIMCPA;
2. Definir o modo de seleção, bem como selecionar os novos membros efetivos;
3. Realizar a atualização dos cargos de Diretor, Supervisor, e Colaborador
4. anualmente, por meio de Assembleia Extraordinária;
5. Organizar a agenda anual da LIMCPA;
6. Discutir e votar a situação de cada membro em qualquer assunto relacionado à LIMCPA;
7. Delimitar a ação dos Colaboradores;
8. Atualizar as disposições contidas neste estatuto.

Art. 26° Da Diretoria

§ 1 – São Funções da Diretoria:

1. Realizar reuniões periódicas para atualização das atividades da LIMCPA;
2. Discutir aspectos relevantes a serem levados às Assembleias Deliberativa e Geral;
3. Definir objetivos da LIMCPA;
4. Definir o modo de seleção, assim como selecionar os supervisores.

§ 2 – São Funções do Diretor Presidente:

1. Representar a LIMCPA junto a órgãos institucionais de ensino e pesquisa e outras Ligas;
2. Assinar, como Diretor Presidente, toda correspondência externa e as Deliberações das Assembleias Deliberativas e Gerais;
3. Rubricar os livros de atas e de caixa da LIMCPA;
4. Presidir as reuniões da Assembleia Deliberativa, Geral e de Diretoria;

5. Verificar com o Diretor Tesoureiro o andamento financeiro e o balanço geral da LIMCPA;
6. Inteirar-se das atividades realizadas por cada Membro Diretor.

§3 – São Funções do Diretor Vice-Presidente:

1. Substituir toda e qualquer função atribuída ao presidente em caso de ausência do mesmo;
2. Auxiliar a presidente em todas as suas funções;
3. Ser responsável pelo armazenamento e sigilo de toda e qualquer informação relacionada a membros e participantes de eventos relacionados à LIMCPA.

§ 4 – São Funções do Diretor Tesoureiro:

1. Apresentação de Contas Bimestralmente ou segundo pedido da diretoria (com, no mínimo, 10 dias de antecedência);
2. Coordenar as ações financeiras da LIMCPA;
3. Ter em posse toda e qualquer quantia monetária pertencente à LIMCPA;
4. Planejar ações que possam contribuir com a situação financeira da LIMCPA;
5. Sugerir parcerias que possam ser benéficas para a LIMCPA;
6. Atualizar e rubricar o livro-caixa da liga;
7. Assinar recibos relacionados às atividades da LIMCPA.

§ 5 – São Funções do Diretor de Pesquisa

1. Organizar e estimular a produção científica da LIMCPA;
2. Promover a integração entre a LIMCPA e as demais áreas da medicina;
3. Propor os temas e o enfoque dos mesmos a serem palestrados nos encontros da LIMCPA;
4. Organizar e confeccionar os materiais didáticos que eventualmente sejam necessários ou solicitados pelos palestrantes convidados.

§ 6 – São Funções do Diretor de Comunicação:

1. Realizar a comunicação entre a Diretoria e os Membros Efetivos da LIMCPA;
2. Atuar na divulgação de eventos e projetos da LIMCPA junto ao meio acadêmico e à comunidade em geral, incluindo produção de cartazes e panfletos para tal fim;
3. Entrar em contato com Professores Colaboradores e Palestrantes indicados participação em atividades da LIMCPA;
4. Atuar na busca de patrocinadores e possíveis parcerias para projetos criados ou vinculados à LIMCPA;

5. Redigir e assinar toda a correspondência ligada à LX enviada aos Membros Efetivos, Colaboradores e Palestrantes.

§ 7 – São Funções do Diretor de Extensão:

1. Organizar a atuação da LIMCPA fora do âmbito das reuniões regulares; Organizar os eventos realizados pela Liga, tais como Jornadas, Simpósios, Congressos,
2. Seminários, Oficinas, Encontros, Feiras, Projetos de Pesquisa, Projetos de Campo, etc.;
3. Organizar a parte burocrática das publicações impressas e digitais da LIMCPA;
4. Organizar e compilar, junto ao Vice-Presidente, um Banco de ideias (arquivo de ideias de projetos sugeridas pelos membros durante as reuniões regulares da Liga).

Título VII

Do Funcionamento

Art. 28 ° A LIMCPA se responsabiliza por manter a guarda, por no mínimo 5 anos, de uma segunda via de todo e qualquer documento emitido aos participantes de suas atividades.

Art. 29° A LIMCPA será composta pelo número de vagas estabelecido pela diretoria, sendo 06 (seis) delas destinadas aos membros fundadores/diretores.

Art.30° A LIMCPA funcionará em horário extracurricular, com 1 (uma) ou duas (2) reuniões mensais, em dias pré-determinados, com exceção dos dias de férias e feriados, de acordo com calendário letivo da UERN. Além disso, poderão desenvolver-se atividades práticas.

Art.31° A diretoria poderá suspender atividades em determinado dia a seu critério.

Art. 32° Os serviços prestados pelos acadêmicos, professores, preceptores e residentes não serão remunerados.

Art.33° As atividades da LIMCPA iniciar-se-ão, impreterivelmente, nos dias e horários estipulados previamente.

Art.34° Terão direito ao atestado de participantes os membros efetivos que frequentarem assiduamente as atividades (igual ou mais que 75% das atividades) por um tempo mínimo de 1 (um) ano.

Art.35° Os membros que não cumprirem com suas respectivas tarefas ou deveres poderão ser excluídos ou demitidos da LIMCPA, mediante indicação da Assembleia Deliberativa.

Art.36° Todos os membros deverão receber este estatuto em seu ingresso.

Art.37° Os casos omissos ou aqueles nos quais não se aplicar o estatuto serão discutidos pela Assembleia Deliberativa.

Art.38° Este estatuto poderá sofrer emendas desde que aprovadas pela maioria de votos pela Diretoria.

Art. 39° Este estatuto entra em vigor imediatamente após a sua aprovação na primeira reunião de membros fundadores.

Art.40° Será patrimônio da LIMCPA tudo o que em nome dela for adquirido.

Art. 41° A LIMCPA somente poderá ser dissolvida mediante decisão unanime da Diretoria, devendo seu patrimônio ser revertido em benefício de entidades a serem definidas pela diretoria em exercício.

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO MÉDICA E FINITUDE DA VIDA: ABORDAGENS PARA A MELHORIA DAS PRÁTICAS E DOS SABERES

Pesquisador: Lana Lacerda Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59938816.0.0000.5049

Instituição Proponente: Instituto para o Desenvolvimento da Educação Ltda-IPADE/Faculdade

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.764.822

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional, com abordagens quantitativa e qualitativa, que buscará avaliar o conhecimento e a forma como o estudante do curso médico lida com o tema da morte e suas repercussões.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o conhecimento, a postura e o modo como o estudante de medicina lida com a questão da morte, tendo em vista a melhora da qualidade do ensino deste tópico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios do estudo são superiores aos riscos (mínimos).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo interessante, relevante para o aprimoramento do ensino referente à temática da morte no contexto do curso médico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados adequadamente de acordo com as proposições do CEP.

Recomendações:

Na descrição dos métodos, a análise estatística ficou pouco clara. Não foram explicitadas quais comparações serão realizadas.

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, 133
 Bairro: xxx CEP: 60.160-060
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3265-6668 Fax: (85)3265-6668 E-mail: ic@ichristus.com.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS**



Continuação do Parecer: 1.764.822

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não costumam pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_792293.pdf	13/09/2016 15:03:28		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_CH.docx	13/09/2016 15:03:08	Lana Lacerda Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia.docx	13/09/2016 15:02:46	Lana Lacerda Lima	Aceito
Outros	Questionario_anexo.docx	12/09/2016 17:10:33	Lana Lacerda Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	12/09/2016 17:10:13	Lana Lacerda Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.doc	12/09/2016 17:09:55	Lana Lacerda Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 06 de Outubro de 2016

Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
(Coordenador)

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, 133

Bairro: xxx

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-6668

Fax: (85)3265-6668

E-mail: fc@fchristus.com.br

ANEXO C – Carta de Anuência da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Educação e da Cultura - SEEC
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN
Faculdade de Ciências da Saúde - FACS
Curso de Medicina



CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Fausto Pierdoná Guzen, CPF: 006.074119-30, representante legal da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (FACS – UERN), venho através deste documento, conceder a anuência para a realização da pesquisa intitulada: **EDUCAÇÃO MÉDICA E FINITUDE DA VIDA: ABORDAGENS PARA A MELHORIA DOS SABERES E PRÁTICAS**, tal como foi submetida à Plataforma Brasil, sob a orientação de Lana Lacenta de Lima, vinculado a FACS – UERN, a ser realizada na FACS-UERN.

Declaro conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, em especial a resolução 466/12 e suas complementares.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades, como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu cumprimento no resguardo da segurança e bem estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas de Resolução 466/12 CNSMS;
- 2) A garantia do participante em solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Liberdade do participante de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalidade ou prejuízos.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Mossoró-RN, 12/06/2016


Assinatura e Carimbo de responsabilidade preferencialmente.
Na ausência do carimbo, Portaria de nomeação da função ou CPF.
Prof. Dr. Fausto Pierdoná Guzen
Pórt. 2112/2014 - GP/FUERN
Diretor da FACS
Matrícula 5392-9

ANEXO D – Matriz Curricular do Curso de Medicina da UERN



Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Curso:	[102210-0] Medicina - Bacharelado
Matriz Curricular:	2014.1 [Válida para ingressantes a partir de 2014.1]
Campus/Cidade	Campus Central - Mossoró
Faculdade	Faculdade de Ciências da Saúde - FACS

Obrigatórias:	7935 horas
Optativas:	225 horas
Ativ. Complementares:	1530 horas
Total a integralizar:	9690 horas
Efetivas:	240 horas

Código	Disciplina/Atividade	CH	Aplicação	Situação
01º Semestre				
1001003-1	Citologia e Organização Biomolecular	180	Teórica/Prática	Obrigatória EM
1001001-1	Introdução à Medicina	30	Teórica	Obrigatória EM
1001004-1	Módulo Morfofuncional I	180	Teórica/Prática	Obrigatória EM
1001002-1	Noções de Ética e Bioética	30	Teórica	Obrigatória EM
1001066-1	Vivência em Comunidade I	60	Teórica/Prática	Obrigatória EM

02º Semestre						
1001005-1	Epidemiologia I	45	Teórica	Obrigatória	EM	PR
1001006-1	Genética Humana	60	Teórica	Obrigatória	EM	PR
1001071-1	Introdução à Metodologia Científica - TCC 1	30	Teórica	Obrigatória	EM	
1001008-1	Módulo Morfofuncional II	300	Teórica	Obrigatória	EM	PR
1001067-1	Vivência em Comunidade II	60	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	

03º Semestre						
1001013-1	Anatomia Topográfica e Descritiva	120	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001009-1	Epidemiologia II	45	Teórica	Obrigatória	EM	PR
1001018-1	Imunologia	45	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001017-1	Microbiologia Médica	60	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001010-1	Nutrição e Saúde	30	Teórica	Obrigatória	EM	PR
1001016-1	Parasitologia Médica	90	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001033-1	Psicologia Médica	60	Teórica	Obrigatória	EM	PR

04º Semestre						
1001021-1	Anestesiologia	30	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	
1001068-1	Bases da Oncologia	45	Teórica	Obrigatória	EM	PR
1001022-1	Farmacologia Básica	60	Teórica	Obrigatória	EM	PR
1001014-1	Imagenologia	60	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	
1001069-1	Instrumentação e Clínica Cirúrgica	60	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001020-1	Medicina Preventiva	45	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001015-1	Patologia Geral	90	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001011-1	Semiologia Médica	150	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR

05º Semestre

1001024-1	Doenças Cardiovasculares	150	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001023-1	Doenças do Aparelho Digestivo	150	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001027-1	Doenças Endócrinas	60	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001026-1	Doenças Hematológicas e Linfopoiéticas	60	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001028-1	Farmacologia Aplicada I	30	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001019-1	Infectologia	90	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001070-1	Metodologia da Pesquisa Científica - TCC 2	30	Teórica	Obrigatória	EM	PR

06º Semestre

1001030-1	Doenças do Aparelho Gênito-Urinário	120	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001031-1	Doenças Imunológicas, do Tecido Conjuntivo e das Articulações	75	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001032-1	Doenças Neurológicas	90	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001029-1	Doenças Respiratórias	120	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001034-1	Psiquiatria	90	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR

07º Semestre

1001040-1	Administração Sanitária (Legislação e Administração de Sistemas de Saúde)	45	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001036-1	Doenças Dermatológicas	60	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001037-1	Doenças Osteoarticulares	75	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001072-1	Elaboração de Trabalho Científico - TCC 3	30	Teórica	Obrigatória	EM	PR
1001048-1	Medicina-Legal	60	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001043-1	Oftalmologia	30	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001044-1	Otorrinolaringologia	30	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001038-1	Urgências Clínicas	60	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001039-1	Urgências Traumáticas	60	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR

08º Semestre

1001047-1	Farmacologia Aplicada II	60	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001049-1	Geriatria	60	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001045-1	Ginecologia e Mastologia	75	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001046-1	Obstetrícia	120	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR
1001073-1	Pediatria e Criança Saudável	180	Teórica/Prática	Obrigatória	EM	PR

09º Semestre

1001074-1	Internato I	990	Prática	Obrigatória	EM	PR
-----------	-------------	-----	---------	-------------	----	----

10º Semestre

1001075-1	Internato II	990	Prática	Obrigatória	EM	PR
-----------	--------------	-----	---------	-------------	----	----

11º Semestre

1001076-1	Internato III	990	Prática	Obrigatória	EM	PR
-----------	---------------	-----	---------	-------------	----	----

12º Semestre

1001077-1	Internato IV	990	Prática	Obrigatória	EM	PR
-----------	--------------	-----	---------	-------------	----	----