



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
PUC-SP  
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde

Maria Luiza Galoro Corradi

Percepção sobre a prática de cuidados paliativos e terminalidade de vida em um  
hospital geral

Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde

SOROCABA

2019

Maria Luiza Galoro Corradi

Percepção sobre a prática de cuidados paliativos e terminalidade de vida em um hospital geral

Dissertação de mestrado apresentado à banca examinadora da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, *Campus Sorocaba*, como exigência para qualificação no Mestrado Profissional em **Educação nas Profissões da Saúde**, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Cibele Isaac Saad Rodrigues**.

SOROCABA

2019

C823 Corradi, Maria Luiza Galoro  
Percepção sobre a prática de Cuidados Paliativos e  
Terminalidade de Vida em um Hospital Geral. / Maria Luiza  
Galoro Corradi. -- Sorocaba, SP, 2019.

Orientadora: Cibele Isaac Saad Rodrigues.  
Trabalho Final (Mestrado Profissional) -- Pontifícia  
Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de  
Ciências Médicas e da Saúde.

1. Cuidados Paliativos na Terminalidade de Vida. 2.  
Estudantes de Medicina. 3. Internato e Residência. 4.  
Educação Médica. I. Rodrigues, Cibele Isaac Saad. II.  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de  
Ciências Médicas e da Saúde. III. Título.

Banca Examinadora

---

---

---

Dedico esta tese à minha razão de vida, minhas filhas amadas Sofia e Manuela.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me permitir tudo!

A meus pais Pedro (em memória) e minha mãe Ivani, por minha vida e pelo exemplo de amor maior.

A Matheus, Sofia e Manuela, pela oportunidade de evolução, apoio e incentivo neste mestrado.

A meus irmãos Flávio e Maria Cecília, por me ensinarem que a amizade, união e alegria são sinais de felicidade.

A meus sobrinhos, especialmente Giovanna, minha parceira, cunhados e amigos.

Aos professores de toda a vida, em especial Doutora Cibele, minha orientadora desta tese, pelo exemplo de educadora e amiga.

Aos meus residentes e alunos, por ser meu incentivo para constante aperfeiçoamento na Educação Médica.

Ao Hospital Geral de Carapicuíba, Centro Universitário São Camilo e PUC, pelo trabalho assistencial, ensino e aprendizado.

Por fim...

Aos meus pacientes, razão maior de fazer da Medicina instrumento de cuidado digno e misericordioso.

## RESUMO

Corradi MLG. Percepção sobre a prática de cuidados paliativos e terminalidade de vida em um hospital geral.

Com o envelhecimento progressivo da população, faz-se imperioso entender a necessidade de adequação da assistência médica atual, assim como de mudanças nos conteúdos curriculares nas escolas médicas, para a promoção do ensino e aprendizado dos cuidados paliativos. Este trabalho teve por objetivos avaliar a percepção dos médicos assistentes e médicos residentes de um hospital geral, bem como de graduandos em regime de Internato do curso de medicina do Centro Universitário São Camilo sobre cuidados paliativos e terminalidade de vida; identificar lacunas durante a formação médica nas questões referentes à morte e ao morrer e de cuidados paliativos, além de verificar as dificuldades, sentimentos e atitudes que médicos assistentes, residentes e internos manifestam na prestação de cuidados aos pacientes em terminalidade no ambiente hospitalar. Trata-se de estudo descritivo, transversal com abordagem predominantemente qualitativa. Para o projeto piloto quantitativo foram selecionados aleatoriamente 8 (oito) médicos assistentes que prestam atendimento nas unidades de Enfermaria de Clínica Médica, Unidade de Terapia Intensiva e Pronto-Socorro do Hospital Geral de Carapicuíba em São Paulo; 8 (oito) médicos residentes do Programa de Clínica Médica; e 8 (oito) estudantes em regime de internato do curso médico do Centro Universitário São Camilo. Depois aos participantes foi aplicado questionário estruturado e, numa segunda etapa, uma entrevista guiada por perguntas abertas foi realizada e gravada em metade dos participantes da pesquisa da primeira etapa, mediante sorteio, o que alcançou saturação. Utilizou-se análise de conteúdo de Bardin para a interpretação dos resultados qualitativos. Concluiu-se, a partir dos questionários que, entre os vários sentimentos negativos relatados no enfrentamento da morte (23 respondedores), predominou a impotência (n= 16, 69,5%). A grande maioria (n= 17, 70,8%) referiu ter participado de discussões sobre cuidados paliativos e terminalidade ocasionalmente no período de graduação, o que foi ao encontro dos resultados qualitativos, em que os entrevistados desvelam 4 categorias temáticas: sentimentos perante a morte e o morrer; o enfrentamento da morte é tarefa difícil na prática cotidiana; estabelecem a importância dos cuidados paliativos e identificam a graduação como período fundamental para a mudança deste paradigma, por meio da inserção destes conteúdos de forma horizontal na graduação.

**Palavras-chaves:** Cuidados Paliativos na Terminalidade de Vida. Estudantes de medicina. Residência. Internato.

## ABSTRACT

Corradi MLG. Perception about the practice of palliative care and end of life in a general hospital.

With the progressive aging of the population, it is imperative to understand the need to adapt current medical care, as well as changes in curricular contents in medical schools, to promote teaching and learning of palliative care to patients with incurable diseases, mainly in the final stages of life. This study aimed to evaluate the perception of the attending physicians and medical residents of a general hospital, as well as undergraduate students in internship of the medicine course of the São Camilo University Center on palliative care and end of life; to identify gaps during medical training in issues related to death and dying and Palliative Care, in addition to verifying the difficulties, feelings and attitudes that attending physicians, residents and interns manifest in providing care to patients in the hospital environment. It is a descriptive, transversal study with a predominant qualitative approach. A pilot project was conducted with a total of 8 (eight) attending physicians that were selected at the Medical Clinic Nursing, Intensive Care Unit and Emergency Room units of the Carapicuíba General Hospital in São Paulo; 8 (eight) medical residents of the Medical Clinic Program; and 8 (eight) internist students (9th semester) of the medical course of the São Camilo University Center. After the consent, the participants were applied a structured questionnaire. In a second stage, an interview guided by open questions was performed and recorded with the half of participants in the first stage research by draw and saturation has attained. Using Bardin's content analysis for the interpretation of qualitative results it was concluded from questionnaires that, between the several feelings negatives reported in the confrontation of death (23 respondents), predominated the impotence (n = 16, 69.5%). The vast majority (n = 17, 70.8%) mentioned have participated in discussions about palliative care and end of life occasionally in the graduation, that corresponded with the qualitative results, in which respondents unveil 4 thematic categories: feelings in the face of death and dying; the confrontation death is difficult in everyday practice; they establish the importance of the palliative care and identify graduation as fundamental period for changing this paradigm, through the insertion of these content across the graduation.

**Key-words:** Palliative Care in the Terminal of Life. Medical students. Residence. Internship.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
AMB	Associação Médica Brasileira
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
Dp	Desvio-padrão
EMB	Escolas Médicas do Brasil
EOL	<i>End of life</i> ou Cuidados no final de vida
FCMS	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
HGC	Hospital Geral de Carapicuíba
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OSS	Organização Social de Saúde
PUC	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SES/SP	Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WPCA	<i>World Palliative Care Alliance</i>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Demonstração Gráfica da Diferença entre Cuidados Paliativos e Terminalidade da Vida. ....	22
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Enfrentamento com a morte e ambiente de enfrentamento, segundo classificação de trabalho. ....	37
<b>Gráfico 2</b> - Sentimentos relatados pelos participantes do estudo frente ao enfrentamento da morte durante a graduação. ....	38
<b>Gráfico 3</b> - Sentimentos relatados pelos participantes do estudo no enfrentamento da morte durante a graduação, segundo classificação de trabalho. ....	38
<b>Gráfico 4</b> - Opinião dos participantes do estudo sobre de quem é a competência sobre a decisão do limite terapêutico. ....	43
<b>Gráfico 5</b> - Opinião dos participantes do estudo sobre quem pode participar da decisão do limite terapêutico. ....	44

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características sociodemográficas dos participantes do estudo segundo classificação de trabalho. São Paulo, 2017.....	35
<b>Tabela 2</b> - Relação sobre o enfrentamento da morte durante a graduação, segundo classificação de trabalho. São Paulo, 2017.....	39
<b>Tabela 3</b> - Relações sobre o preparo de médicos e estudantes para enfrentamento da morte durante a graduação, segundo classificação de trabalho. São Paulo, 2017. ...	40
<b>Tabela 4</b> - A limitação terapêutica e a decisão do limite terapêutico segundo avaliação de médicos, residentes e internos. São Paulo, 2017. ....	42
<b>Tabela 5</b> - Ensino/aprendizagem sobre limite terapêutico e o poder de curar, segundo avaliação de médicos, residentes e internos. São Paulo, 2017. ....	45

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
1.1 Contexto histórico .....	15
1.2 Cuidados paliativos: conceituação, contextualização e princípios .....	16
1.3 Cuidados paliativos no mundo .....	18
1.4 Cuidados paliativos no Brasil .....	19
1.5 Terminalidade em cuidados paliativos .....	21
1.6 Formação médica no Brasil em cuidados paliativos .....	23
<b>2 HIPÓTESES DA PESQUISA</b> .....	<b>25</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>27</b>
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>29</b>
4.1 Tipo de estudo .....	29
4.2 Local da pesquisa .....	29
4.3 Universo do estudo .....	30
4.4 Critérios de inclusão e exclusão .....	30
4.5 Instrumentos de coleta de dados .....	30
4.6 Aspectos éticos .....	31
4.7 Interpretação dos resultados .....	31
4.7.1 Análise quantitativa .....	31
4.7.2 Análise qualitativa .....	32
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>35</b>
5.1 Características sociodemográficas .....	35
5.2 Resultados quantitativos do projeto piloto .....	36
5.2.1 Enfrentamento da morte .....	36
5.2.2 Cuidados paliativos e terminalidade (limite terapêutico e influência da graduação) .....	41
5.3 Resultados qualitativos .....	45
5.3.1 Sentimentos negativos em relação a morte e o morrer .....	46
5.3.2 O enfrentamento cotidiano da morte .....	49
5.3.3 Importância dos cuidados paliativos .....	53
5.3.4 Lacunas na formação do médico .....	54
<b>6 CONCLUSÕES</b> .....	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>61</b>

<b>APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO .....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE C - RESPOSTAS DA QUESTÃO ABERTA DO QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO .....</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE D - ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS.....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>113</b>

A morte e a vida não são contrárias. São irmãs. A "reverência pela vida" exige que sejamos sábios para permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir".

**Rubem Alves<sup>1</sup>**

## **MOTIVAÇÃO**

*A prática médica assistencial integrada ao ensino, tanto de médicos residentes como de graduandos da Faculdade de Medicina São Camilo, foram pilares de minha motivação deste trabalho, visto que a prática de cuidados paliativos hoje se torna condição essencial para assistência holística e digna, principalmente para pacientes em fase de terminalidade de vida. Tal prática, hoje já inserida no campo de reflexão da Bioética, ainda não está presente de forma integral na formação médica curricular.*

*Esta pesquisa poderá ser instrumento para avaliar a percepção do conhecimento de cuidados paliativos dos médicos formados, médicos residentes e graduandos, assim como identificar lacunas na formação, tanto em relação aos conhecimentos teóricos, quanto às dificuldades encontradas na vivência da prática reflexiva de cuidados paliativos e o enfrentamento da morte e morrer no ambiente hospitalar.*

*Assim sendo, pretende-se contribuir não só para a necessária inserção destas temáticas na prática clínica, como para a Educação Médica no que tange a esta prática.*





# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contexto histórico

Faz-se imperioso entender a necessidade de adequação da assistência médica atual, assim como de mudanças nos conteúdos curriculares nas escolas médicas, para a promoção do ensino e aprendizado do cuidado holístico aos pacientes portadores de doenças incuráveis, principalmente nas fases finais de vida. O contexto histórico explica este desafio.

Nas últimas décadas, o envelhecimento progressivo da população é um fenômeno mundial. A população com mais de 60 anos, que no ano 2.000 equivalia a 600 milhões de pessoas, tem perspectiva de crescimento para 1,2 bilhões de pessoas em 2.025. Acredita-se que, em 2.050, 50 a 70% destes indivíduos serão portadores de doenças sem perspectivas de cura. Esta mudança de paradigma reflete o aumento de prevalência e incidência de doenças crônicas e incapacitantes. Estima-se ainda que em 2.030 haverá quinze milhões de novos casos de câncer/ano.<sup>2</sup>

Atualmente, os pacientes diagnosticados com doenças incuráveis, dentre estas, neoplasias, insuficiência cardíaca refratária, hepatopatias graves, síndromes demenciais, sequelas neurológicas de acidente vascular cerebral, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, insuficiência renal crônica, doenças neuro-degenerativas, doença pulmonar obstrutiva crônica, dentre outras, ficam internados em ambiente hospitalar recebendo, principalmente quando em estágios avançados, assistência inadequada, quase sempre focada na tentativa de recuperação de quadros clínicos já irreversíveis, com a utilização de métodos invasivos, promotores de sofrimento, na maior parte das vezes, além de alta tecnologia, com custos financeiros altos em um país onde os recursos públicos da saúde são escassos. Essas abordagens definem a prática de distanásia, pois prolongam a vida, às custas do sofrimento dos pacientes e de seus familiares por serem insuficientes, quando não focadas no controle da dor e qualidade de vida e, por outro lado, exageradas ou desnecessárias, por meio de medidas potencialmente danosas, muitas vezes por falta de conhecimento técnico.<sup>2</sup>

## 1.2 Cuidados paliativos: conceituação, contextualização e princípios

“O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida”

**Cicely Saunders<sup>3</sup>**

Segundo a definição de 2017 da Organização Mundial da Saúde (OMS):

Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes – adultos e crianças - e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. <sup>4</sup>

O Cuidado Paliativo foi introduzido por uma enfermeira e assistente social inglesa chamada Cicely Saunders, a partir de sua experiência no atendimento a um paciente judeu polonês procedente de Varsóvia, chamado David Tasma, que faleceu aos 40 anos por câncer retal em 1948. Em seus longos encontros com o paciente dialogavam sobre a necessidade de haver locais apropriados e profissionais preparados e humanos para auxiliar doentes no enfrentamento dos “*dilemas*” vivenciados por eles e por seus familiares no final de vida e que também possibilitassem controle do sofrimento e dos sintomas. Esta experiência despertou em Cicely a vontade de ajudar pessoas não somente a morrer em paz, mas que pudessem viver bem, de forma que fossem atendidas em suas necessidades com dignidade até a sua morte. Foram sete anos de experiência clínica e de pesquisa, tendo como modelo os antigos *hospices*, os quais eram abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. Esta prática se propagou com organizações religiosas católicas e protestantes e, no século XIX, passaram a ter características de hospitais.<sup>5</sup>

Cicely Mary Strode Saunders (1918-2005) tornou-se médica e, em 1967, na Inglaterra, fundou o St. Christopher Hospice, com estrutura modelo que permitia assistência aos doentes e também o desenvolvimento de ensino e pesquisa. Profissionais de outros países, principalmente americanos e canadenses, após período de experiência no St. Christopher Hospice, difundiram a prática de cuidados paliativos em seus países.<sup>2</sup>

O modelo de assistência idealizado por Cicely tem atualmente abrangência não somente às fases de terminalidade de vida, mas deve ser iniciado precocemente como

terapêutica integral em qualquer doença, complexa e ameaçadora de vida. Nesta visão, amplia-se o cuidado além do que é considerado o modelo *hospice*, indicado quando as medidas curativas já não são possíveis e o avanço da doença limita o paciente a semanas ou poucos meses de vida.<sup>6</sup>

Os serviços que oferecem cuidados paliativos devem ter profissionais com formação técnica apropriada que compõem uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, compreendida por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, com suporte adicional de um religioso ou orientador espiritual e de outros profissionais, como nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos e demais profissionais de saúde, que trabalham de forma convergente e sinérgica para atendimento integral aos pacientes e seus familiares.<sup>6</sup>

Os Cuidados Paliativos têm como Princípios:<sup>4</sup>

- Prover alívio da dor e de outros sintomas estressantes;
- Afirmar a vida e a morte como processos naturais e inexoráveis;
- Não pretende adiar, ou postergar o processo natural da morte;
- Integrar os aspectos psíquicos, sociais e espirituais ao cuidado;
- Oferecer suporte para ajudar o paciente a viver o mais ativo possível até o dia de sua morte;
- Oferecer suporte às famílias para lidar com aspectos da doença e do falecimento, incluindo aconselhamento e suporte após óbito, se indicado;
- Ser composto por equipe que atende e se comunica com a unidade de cuidados constituída pelo próprio paciente e seus familiares;
- Promover qualidade de vida, também influenciando positivamente o curso da doença;
- Ser aplicado o mais precoce possível no curso da doença, em conjunto com outras terapias que têm como intenção o prolongamento da vida como quimioterapia e radioterapia, e deve ainda incluir todas as investigações necessárias, tendo como objetivo o entendimento e manejo de complicações clínicas angustiantes.

A prática dos cuidados paliativos tem como modalidades de assistência não só o hospital, mas também compreende o atendimento ambulatorial, domiciliar e o modelo de unidades *hospices*, sendo que este visa o cuidado digno prestado por profissionais e voluntários aos pacientes e familiares no processo natural de final de vida, além disto, a prática não se limita a especialistas (paliativistas), mas também inclui profissionais da saúde pertencentes à atenção primária, que tratam de pacientes

portadores de doenças ameaçadoras de vida e outros profissionais de saúde treinados e capacitados.<sup>7</sup>

### 1.3 Cuidados paliativos no mundo

Atualmente alguns países têm seu próprio modelo estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. Além de medida a ser estabelecida como política pública de saúde, os cuidados paliativos devem ser reconhecidos como direito humano. Globalmente, o desenvolvimento da prática não é uniforme e, somente uma pequena proporção de pessoas que deveriam ser beneficiadas tem o suporte adequado, principalmente os portadores de doenças que não câncer. O grande desafio do século XXI é o desenvolvimento do modelo e cobertura apropriados. Na segunda metade do século XX, o cuidado paliativo foi instituído nos países ocidentais, pela necessidade do cuidado marginalizado com a morte e também para o manejo de medicamentos necessários no fim de vida. Hoje, já se distingue Cuidados Paliativos em outros países, como especialidade médica, porém ainda o maior desafio é o seu reconhecimento por toda a categoria médica, pacientes e a sociedade como um todo.<sup>8</sup>

Nos últimos anos, o governo do Reino Unido tem desenvolvido estratégias para o cuidado de pacientes no fim de vida, englobando indivíduos não somente portadores de câncer, sendo que em 2008 tais implementações tiveram vasto alcance. Em 2009 foi criada a Aliança Mundial dos Cuidados Paliativos (WPCA), formada por membros de uma rede de serviços que tem ação global com foco exclusivo no desenvolvimento dos cuidados paliativos e modelos *Hospices* em todo o mundo. Tais serviços, já organizados, os quais são modelos de prática, pertencem ao Reino Unido, Canadá, Estados Unidos, Singapura, Quênia, Argentina, África do Sul, Malásia, Uganda, Índia e Austrália.<sup>7</sup>

Dados de 2011 da WPCA/OMS revelam que houve no mundo mais que 29 milhões de mortes de pessoas que necessitavam de cuidados paliativos. O número estimado de pessoas que necessitam de cuidados paliativos no fim de vida gira em torno de 20,4 milhões. A maior proporção (94%) é adulta, dos quais 69 % está acima de 60 anos e 25 % entre 15 e 59 anos. Estes dados são preocupantes e vão ao encontro do que a WPCA recomenda, ou seja, todos os governos deveriam instituir cuidados paliativos como política de saúde de Estado, paralelamente às medidas

curativas das doenças, ou que pelo menos que esta prática já estivesse implementada para atender pacientes portadores de doenças sem perspectivas de cura.<sup>7</sup>

#### **1.4 Cuidados paliativos no Brasil**

A OMS em associação com a Associação Internacional de *Hospices* e Cuidados Paliativos tem se esforçado para criar estratégias para implementar cuidados paliativos na América Latina, principalmente no que diz respeito à educação e à redução da rigidez regulatória de controle do uso de opioides. O Brasil, apesar de ser o maior país constituinte, sofre com a incipiente prática dos cuidados paliativos, ainda de forma desorganizada, não sendo incorporada às políticas de saúde pública.<sup>9</sup>

No Brasil, os cuidados paliativos tiveram início efetivamente na década de 1.980, marcadamente para pacientes portadores de câncer e em centros de controle de dor crônica. Destacam-se os Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro. Atualmente, há aproximadamente um pouco mais que 170 centros cadastrados de Cuidados Paliativos no Brasil. Em 2005 foi criada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), com objetivo de disseminação, educação e pesquisa em cuidados paliativos.<sup>10</sup>

Destaca-se o esforço da ANCP em tornar a Medicina Paliativa como especialidade médica, sendo atualmente reconhecida como área de atuação em várias especialidades, por meio das Resoluções do Conselho Federal de Medicina CFM 2168/2013<sup>11</sup>, que foi substituída pela Resolução CFM 2116/2015<sup>12</sup> e, finalmente, esta decisão foi normatizada e ampliada por meio da Resolução CFM 2149/2016, em vigor.<sup>13</sup>

Esta última Resolução<sup>13</sup> determina que a formação deva ser no mínimo de um ano e é, segundo a Comissão Nacional de Residência Médica, opcional em Programas em Anestesiologia, Cancerologia, Clínica Médica, Geriatria, Medicina da Família e Comunidade, Pediatria, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Medicina Intensiva e Neurologia. Já para a Associação Médica Brasileira (AMB) o título pode ser conferido aos médicos aprovados em concurso do convênio AMB com as seguintes Sociedades Brasileiras de: Anestesiologia, Cancerologia, Clínica Médica, Geriatria e Gerontologia, Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Nefrologia, Associação de Medicina Intensiva Brasileira e Academia Brasileira de Neurologia.

Outra informação relevante é que já estão em funcionamento residências médicas em Cuidados Paliativos no Brasil.

Este crescente número de especialidades afeitas aos cuidados paliativos só mostra o quanto interdisciplinar esta área é, dependendo de uma multiplicidade de profissionais para que seja eficaz e cumpra com os objetivos subjacentes à sua criação.

Apesar da existência dos serviços em cuidados paliativos, os países em desenvolvimento, tendo o Brasil destaque nesta discussão, enfrentam dificuldades e desafios em comum, entre elas o enfrentamento da precária qualificação de recursos humanos, a falta de visão dos governantes quanto à importância dos cuidados paliativos e a carência de acesso aos medicamentos opioides, extremamente necessários para o controle de dor, principalmente nas fases finais de vida. Além disso, acredita-se que um dos maiores obstáculos a se transpor no Brasil seja vencer a visão paternalista no cuidado, em que o médico exclui o paciente na tomada de decisões sobre si e sua vida (princípio da autonomia).<sup>9</sup>

Reconhece-se ainda, a necessidade premente da inserção dos cuidados paliativos como conteúdo obrigatório nas Instituições de Ensino Superior (IES), principalmente nas escolas médicas.<sup>9</sup> Pouco é ensinado, apesar do interesse dos estudantes nas questões da terminalidade de vida. O despreparo na formação médica faz com que o profissional priorize práticas fúteis e desproporcionais no que diz respeito ao cuidado no fim de vida dos pacientes, perpetuando assim a dor, o sofrimento e o abandono, ao invés de medidas compatíveis com a filosofia dos cuidados paliativos, que priorizam a qualidade de vida, o conforto e o controle dos sintomas.<sup>9</sup>

Corroborar esta afirmativa, estudo realizado por Brugugnolli e colaboradores,<sup>14</sup> que demonstrou conhecimento precário sobre os preceitos éticos ligados aos cuidados paliativos pelos médicos do corpo clínico de um complexo de hospitais-escola. A pesquisadora concluiu que medidas educativas permanentes se fazem necessárias para os médicos já formados ou em formação.

O novo Código de Ética Médica<sup>15</sup> do Conselho Federal de Medicina (CFM) já incorporou como norma deontológica (Princípio Fundamental XXII e parágrafo único do artigo 41) a obrigação de todo médico oferecer todos os cuidados paliativos aos pacientes portadores de enfermidades terminais, ao mesmo tempo em que veda ao

profissional a prática da obstinação terapêutica (medidas fúteis, cujos efeitos são nocivos aos pacientes).<sup>16</sup>

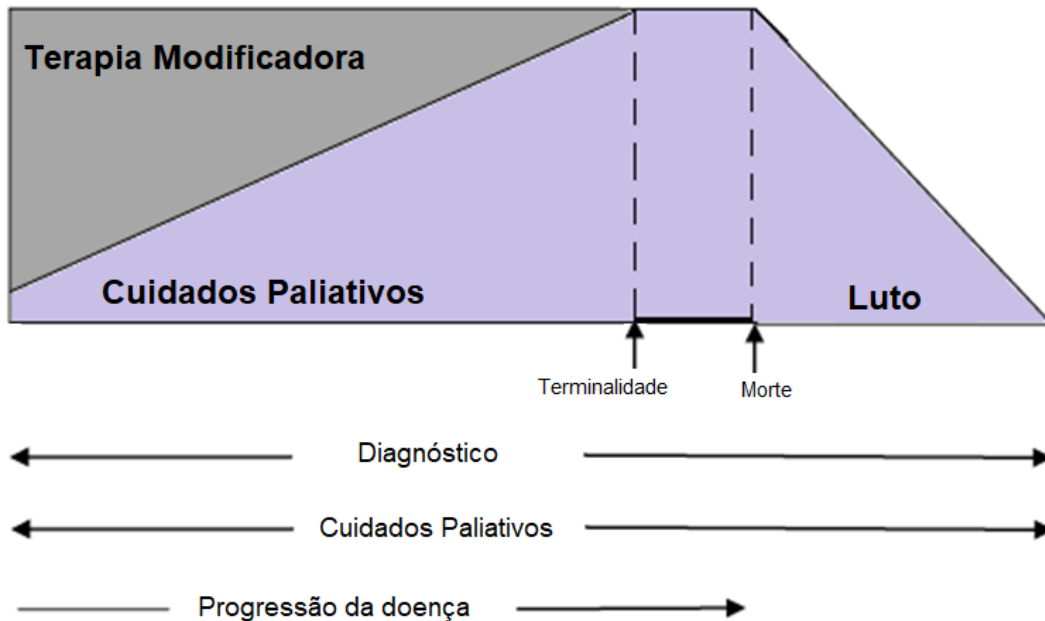
Estes dados demonstram que a prática dos cuidados paliativos no Brasil é motivo de preocupação, cresce, é sustentada pelo Código de Ética Médica, porém ainda é um grande desafio sua expansão para todo o País, principalmente pelas dificuldades oriundas de nossas dimensões territoriais. Somente em 31 de outubro de 2018 houve a publicação da Resolução Comissão Intergestores Tripartite nº 41 contendo as diretrizes para organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS.<sup>17</sup>

### **1.5 Terminalidade em cuidados paliativos**

Como já descrito, os Cuidados Paliativos abrangem as doenças ameaçadoras de vida, desde seu estágio inicial, paralelamente às medidas modificadoras das doenças. Todas as fases da doença fazem parte do cuidado paliativo e até quando avançam no seu curso, independentemente do estado funcional do paciente, pois o declínio funcional, não necessariamente está vinculado à condição de terminalidade, e sim à avaliação e tratamento inadequados do sofrimento.<sup>2</sup>

Deve ficar claro que a terminalidade faz parte dos Cuidados Paliativos, mas nem todos os pacientes em Cuidados Paliativos estão em terminalidade, além disso, devem ser consideradas as diferentes doenças e seu avançar, que elegem os pacientes em fase de terminalidade, que pode durar dias, meses ou anos. Segue gráfico didático representativo das diferentes fases que abrangem os cuidados paliativos. (Figura 1).

**Figura 1** - Demonstração Gráfica da Diferença entre Cuidados Paliativos e Terminalidade da Vida.



Fonte: Modelo adaptado pela autora do proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>18</sup>

Na prática médica contemporânea inserida no contexto da Bioética é crucial que o médico ofereça informações fidedignas aos pacientes, principalmente frente a doenças avançadas, pois o paciente, ou seu responsável legal, quando aquele não tiver condições de responder por si, devem participar ativamente na tomada de decisões. Especialmente no final da vida, os indivíduos quando recebem cuidados paliativos têm melhor assistência, principalmente no controle da dor e sofrimento psíquico, assim podem refletir melhor e utilizar seu juízo crítico para decidir pelo que querem ou se negam nesta delicada fase de vulnerabilidade.<sup>19,20</sup>

É notória a dificuldade dos médicos em consentir a seus pacientes optar livremente por recusar medidas fúteis, principalmente quando se esgotam as possibilidades terapêuticas na reversibilidade de condições críticas. Esta decisão sobre a manutenção ou não de determinado tratamento, principalmente para o médico recém-formado, costuma ser angustiante e penosa pela falta de vivência em tais situações.<sup>21</sup>

Esta realidade preocupante está presente em outros países, assim como no Brasil. De acordo com estudo realizado por Siqueira<sup>22</sup>, das 126 escolas médicas norte-americanas existentes à época, apenas cinco ofereciam conteúdos sobre



terminalidade da vida; o que se repetia nos 7.048 programas de residência médica, já que apenas 26 apresentavam o assunto em reuniões científicas.

O grande desafio nas condições irreversíveis é a qualidade e não a quantidade de vida, o alívio dos sintomas e a aceitação da morte digna. Faz-se necessário atribuir a esse fenômeno, natural e inexorável, um caráter mais humano. Como consequência desse processo, deve ser repensado o papel do médico nos casos de terminalidade, que deve ser o de ajudar e apoiar o paciente e seus cuidadores, aliando os protocolos médicos à história e às convicções pessoais do indivíduo com o intuito de tornar esta experiência o menos dolorosa e traumática possível.<sup>23</sup>

Para tanto, o estudante de medicina e os médicos, especialmente os recém-graduados, devem ser preparados para esta situação estressante e que requer educação contextualizada para o desenvolvimento de habilidades específicas.

## **1.6 Formação médica no Brasil em cuidados paliativos**

“Se pudéssemos ensinar aos nossos estudantes o valor da ciência e da tecnologia, ensinando a um tempo a arte e a ciência do inter-relacionamento humano, do cuidado humano e total ao paciente, sentiríamos um progresso real”.

**Elizabeth Kluber Ross** <sup>24</sup>

Em relação à formação médica, direcionada a esta demanda crescente da prática de Cuidados Paliativos, há escassa menção nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação de Medicina. As DCN de 2001 e as atuais de 2014<sup>25</sup>, retratam pouco a necessidade de aprendizado do cuidado com as doenças ameaçadoras de vida, em especial na sua fase final. As citações sobre a morte e o processo de terminalidade de vida, quando ocorrem, são breves e superficiais.<sup>26</sup>

Os responsáveis pela elaboração dos currículos nas Escolas Médicas do Brasil (EMB) parecem não expressar preocupação demasiada com a formação de profissionais que atendam às necessidades emergentes do campo da Bioética, com ênfase em cuidados paliativos. Este aspecto é relevante se considerarmos que o Brasil está em processo de transição demográfica, entrando na fase das doenças crônico-degenerativas, em que impera a limitação para as atividades da vida diária e a qualidade de morte.<sup>27</sup>

No final da graduação, o estudante de medicina, que não teve formação acadêmica em cuidados paliativos, começa a ter experiências práticas no hospital, principalmente durante o período de Internato, convivendo com maior frequência com pacientes em fase de terminalidade. Passam então a ter muita dificuldade em externar e discutir de modo adequado e contextualizado as suas dúvidas, sentimentos negativos e vivências, mesmo com preceptores gabaritados tecnicamente, mas que também não tiveram formação em paliativismo.

Um dos pontos primordiais parece ser a insuficiência de conteúdos e práticas na grade curricular de ambos (o que aprende e o que ensina), além de ausência de especialistas para clarear os conceitos e dirimir preconceitos sobre o tema. Assim, no cotidiano, o estudante raramente está investido no papel profissional que deverá futuramente desempenhar adequadamente seu papel em situações de morte e do morrer; por conseguinte, são esperados o imprevisto, a impotência e a angústia em situações-limite.<sup>21</sup>

Muitos estudantes são atraídos pela profissão médica na expectativa de poder curar doenças e promover a vida e o bem-estar a seus pacientes, entretanto, sabe-se que no fim da vida o médico pode não ter esta possibilidade, mas se estiver apto a ser o agente de cuidado essencial e conforto aos seus pacientes e familiares estará cumprindo integralmente seu mister.

Os futuros médicos e os já formados necessitarão, nesta perspectiva de futuro que se avizinha, estar bem preparados para promover adequado controle de sintomas e outras necessidades físicas, psicossociais e espirituais aos pacientes portadores de doenças graves e em fim de vida. Tal preparação começa a partir da educação médica geral.

Recomenda-se que o ensino e a experiência clínica em cuidados paliativos sejam integrados horizontalmente na formação curricular médica. Ainda assim, a educação desta prática não é norma nas escolas médicas de todo o mundo.<sup>28</sup>

Neste sentido, esta pesquisa pretende colaborar para que se descortine o que se pressupõe: médicos e estudantes de medicina apresentam dificuldades, sentimentos e atitudes conflituosos ao lidar com cuidados paliativos, terminalidade de vida e processo de morte e morrer e há lacunas em suas formações que podem explicar esta percepção.

## **2 HIPÓTESES DA PESQUISA**

1- Médicos assistentes, médicos residentes e internos do curso de medicina apresentam dificuldades em lidar com temas complexos como a morte e o morrer e, também, com cuidados paliativos na terminalidade da vida.

2- Há lacunas em sua formação e seus sentimentos e atitudes são menos baseados em conhecimentos e treinamento e mais em suas vivências pessoais.



### 3 OBJETIVOS

#### Geral

Avaliar a percepção dos assistentes médicos e médicos residentes de um hospital geral, bem como de graduandos em regime de Internato do curso de medicina do Centro Universitário São Camilo sobre cuidados paliativos e terminalidade de vida.

#### Específicos

Identificar lacunas durante a formação médica nas questões referentes à morte e ao morrer e de Cuidados Paliativos.

Verificar as dificuldades, sentimentos e atitudes que médicos assistentes, residentes e internos manifestam na prestação de cuidados aos pacientes em terminalidade no ambiente hospitalar, principalmente nas fases finais de vida.



## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de estudo descritivo, transversal com abordagem predominantemente qualitativa.

Os estudos transversais são aqueles que se referem a situação de uma amostra populacional em um determinado momento, como um corte da realidade.<sup>29</sup>

Interesse específico do trabalho foi identificar similaridades e pontos discordantes dos questionários e discursos das entrevistas, segundo nível de formação ou estágio de atuação profissional. Apesar de análises descritivas indicarem o perfil dos participantes do estudo, os indicadores de resultados serão qualitativos, baseados em análise criteriosa das respostas apresentadas por cada componente da amostra, frente às questões norteadoras da pesquisa.

### **4.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Geral de Carapicuíba – HGC – Dr. Francisco de Moura Coutinho Filho que foi inaugurado em 1998, pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). O HGC presta atendimento de média complexidade a municípios da região abrangida pelo DRS I, constituída por uma população estimada de 500 mil habitantes. Das cidades referenciadas, 78% dos pacientes são do município de Carapicuíba que tem sua população estimada em 390.073 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2014).

O Hospital tem 241 leitos, sendo 20 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de adultos, 13 leitos de UTI neonatal e 6 de UTI pediátrica. Conta com Pronto-Socorro referenciado, maternidade de alto risco, serviço de hemodiálise e ambulatório de especialidades médicas. Foi acreditado pela Organização Nacional de Acreditação – ONA - nível II, em 2013, sendo reacreditado em maio de 2018. O hospital conta com 41 médicos residentes nas áreas básicas, além de alunos em regime de internato e estagiários de diferentes áreas da saúde. Trata-se de hospital de ensino desde 2010, administrado por Organização Social de Saúde (OSS), sendo campo de estágio para o curso de medicina do Centro Universitário São Camilo.

### **4.3 Universo do estudo**

Realizamos um estudo piloto com 24 indivíduos, sendo 8 (oito) médicos assistentes que prestam atendimento como diaristas nas unidades de Enfermaria de Clínica Médica e UTI, portanto com contato estreito e continuado com pacientes, além de plantonistas clínicos que cumprem escala fixa no Pronto-Socorro do Hospital Geral de Carapicuíba (SP); 8 (oito) médicos residentes do Programa de Clínica Médica; e 8 (oito) estudantes de graduação em período de internato relativo ao nono semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário São Camilo, antes de terem experiência prática com pacientes internados na enfermaria de Clínica Médica. O período de coleta se deu entre janeiro e junho de 2018.

Desta forma, estimou-se comparar a percepção sobre a temática da pesquisa em diferentes etapas da formação dos profissionais. Esta conduta de seleção de amostra era de interesse e visava a saturação dos dados qualitativos, permitiria avaliar indivíduos em diferentes faixas etárias, de ambos os sexos e com instituições de formação diversas, podendo estes ser aspectos relevantes tanto na análise de questionário aplicado e, posteriormente, do discurso obtido em entrevista semiestruturada por meio de subamostra composta por 4 indivíduos de cada grupo de profissionais escolhidos aleatoriamente.

### **4.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos na pesquisa os indivíduos de ambos os sexos e etnia, que concordaram em participar, depois de aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram critérios de exclusão: indivíduos que não preencheram o questionário e/ou se recusaram a participar da entrevista posteriormente proposta.

### **4.5 Instrumentos de coleta de dados**

Depois do aceite em participar do presente estudo, aos 24 participantes foi aplicado, num primeiro momento, questionário estruturado com informações sociodemográficas, referentes à formação acadêmica e ao tema proposto, composto pelas questões dispostas no Apêndice A.



A elaboração do questionário respeitou os passos preconizados para seu planejamento e construção, buscando subsídios na literatura, sendo adaptado, tendo como referência a dissertação de mestrado de Nára Selaimen Gaertner de Azeredo, que autorizou esta adaptação.<sup>30</sup>

Num segundo momento, após o estudo piloto, uma entrevista guiada por perguntas abertas foi realizada e gravada pela pesquisadora, caracterizando uma subamostra dos indivíduos que participaram da pesquisa e responderam ao questionário estruturado. Utilizando o software Stata 13.1®, os indivíduos, identificados por meio de código alfanumérico, foram submetidos à processo de alocação aleatória, para evitar viés de seleção, sendo estabelecido o parâmetro de quatro indivíduos a serem amostrados de cada grupo profissional, a saber: Interno, Residente e Médico Assistente.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Para serem incluídos na pesquisa, todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, APÊNDICE B) e qualquer atividade só teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (CEP – FCMS – PUC-SP).

#### **4.7 Interpretação dos resultados**

##### **4.7.1 Análise quantitativa**

A análise do questionário do projeto piloto foi realizada por meio da descrição dos resultados, segundo média e desvio-padrão para variáveis quantitativas.

Para verificar as diferenças entre respostas apresentadas, segundo classificação de trabalho (médicos assistentes – médicos residentes – internos do último ano da graduação) foi proposta a utilização de teste de análise de variância (ANOVA) para verificar a existência de diferença etária (variável contínua). Para demais variáveis, utilizou-se teste exato de Fisher, considerado restrito tamanho amostral.

Considerou-se nível de determinação significativa valores  $p < 0,05$ .

Todas as análises estatísticas foram realizadas no *software* estatístico Stata®, versão 13.1.

#### 4.7.2 Análise qualitativa

As questões norteadoras para a entrevista foram previamente definidas após a análise parcial dos resultados encontrados no questionário estruturado (Apêndice A) aplicado como projeto piloto e foram direcionadas para alcançar os propósitos idealizados e relatados nos objetivos desta pesquisa.

Foram elas:

1. Por quê você escolheu a medicina como profissão?
2. Como você define a morte?
3. Frente a morte, quais sentimentos predominam em você e como os enfrenta?
4. Você se sente preparado para o enfrentamento do processo de morte e morrer de seus pacientes?
5. Como deve ser o papel da graduação no preparo do enfrentamento do processo de morte e morrer?

Para Minayo<sup>31</sup>, as entrevistas apresentam um sentido amplo de comunicação verbal. As semiestruturadas possibilitam ao entrevistado expor suas ideias, sentimentos e percepções, sem condições definidas previamente pelo entrevistador.

Após análise dos dados quantitativos do projeto piloto, conforme descrito anteriormente, metade da amostra do grupo entrevistado foi selecionada, mediante sorteio, para participar da etapa qualitativa da pesquisa. Novamente, mediante aceite e consentimento para a realização da entrevista, os profissionais e acadêmicos foram dirigidos a uma sala reservada e agradável, situada no interior do hospital, onde não houvesse interrupções ou quebra de sigilo dos participantes. A cada entrevistado foi dado um codinome, escolhido pelos próprios participantes, preservando seus anonimatos. A análise dos resultados foi realizada, segundo a técnica metodológica da análise de conteúdo de Bardin<sup>32</sup>, ou seja, pré-análise onde as respostas às perguntas norteadoras foram sopesadas inicialmente por meio da audição das entrevistas e leitura flutuante da transcrição das mesmas. Em um segundo momento, foi explorado o material coletado pela leitura individual e exaustiva, a partir das quais

foram formuladas hipóteses e encontradas categorias temáticas a serem discutidas, separando as ideias comuns mais frequentes das particulares ou singulares.

Segundo a própria Laurence Bardin, a análise temática é uma das formas que melhor se adequou a investigações qualitativas<sup>30</sup>.

“Se a amostra é suficientemente diferenciada, podem surgir resultados significativamente diferentes, consoante a idade ou o meio sociocultural dos indivíduos interrogados”.<sup>30</sup>

A partir da compilação das respostas foi possível observar saturação, do ponto de vista linguístico, as análises lexical e sintática das respostas, observando as convenções quanto ao vocabulário, o número total de “ocorrências” (palavras presentes) e de “vocábulos” (palavras diferentes), assim como a relação entre as ocorrências e os vocábulos. Desta forma foi elaborada a síntese das ideias centrais e mais frequentes dos grupos pesquisados.

Finalmente, foi realizada a interpretação hermenêutica do sentido das respostas, de tal forma que sobrevieram hipóteses que serão discutidas pormenorizadamente na análise dos dados qualitativos (item 5.3).



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Características sociodemográficas

Ao todo, 24 profissionais e estudantes de medicina foram convidados a participar do presente estudo no projeto piloto, estando estes divididos entre Médicos Assistentes (n=8), Médicos Residentes (n=8) e Internos do nono semestre da graduação em Medicina (n=8).

As características sociodemográficas podem ser visualizadas na Tabela 1.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas dos participantes do estudo segundo classificação de trabalho. São Paulo, 2017.

	Médico Assistente	Residente Interno	Total	p valor*	
<b>Sexo</b>					
Feminino	5(31,3)	7(43,7)	4(25)	16(66,7)	0,418
Masculino	3(37,5)	1(12,5)	4(50)	8(33,3)	
<b>Idade (média, desvio padrão)</b>	40,5(11,6)	27,5(1,8)	25,1(3,6)	31,0(9,7)	0,001**
<b>Raça/cor da pele</b>					
Branca	8(38,1)	6(28,6)	7(33,3)	21(87,5)	0,304
Parda	-	2(100)	-	2(8,3)	
Amarela	-	-	1(100)	1(4,2)	
<b>Escolaridade Materna</b>					
Ensino superior	5(41,7)	5(41,7)	2(16,6)	12(50,0)	0,165
Ensino médio	2(20,0)	2(20,0)	6(60,0)	10(41,7)	
Ensino fundamental	1(50,0)	1(50,0)	-	2(8,3)	
<b>Escolaridade Paterna</b>					
Ensino superior	6(42,8)	4(28,6)	4(28,6)	14(58,3)	0,150
Ensino médio	2(28,6)	4(28,6)	4(28,6)	7(29,2)	
Ensino fundamental	-	3(100)	-	3(12,5)	
<b>Religião</b>					
Católica	5(38,5)	6(46,1)	2(15,4)	13(56,5)	0,207
Evangélica	1(50,0)	0(0)	1(50,0)	2(8,7)	
Espírita	0(0)	0(0)	2(100)	2(8,7)	
Judeu	0(0)	0(0)	2(100)	2(8,7)	
Não tem religião	1(25,0)	2(50,0)	1(25,0)	4(17,4)	

\*Teste exato de Fisher

\*\* Anova para verificar diferença média entre grupos.

Fonte: Autoria própria.

A grande maioria era do sexo feminino (n=16, 66,7%). Este achado está em concordância com o perfil demográfico da medicina no Brasil, que sofre evidente

processo de feminização, transformando a profissão que era eminentemente masculina naquela onde predominam as mulheres.<sup>33</sup> É notável que esta seja uma questão de gênero, ressaltando-se que haviam 7 residentes na área clínica e metade dos internos do sexo feminino.

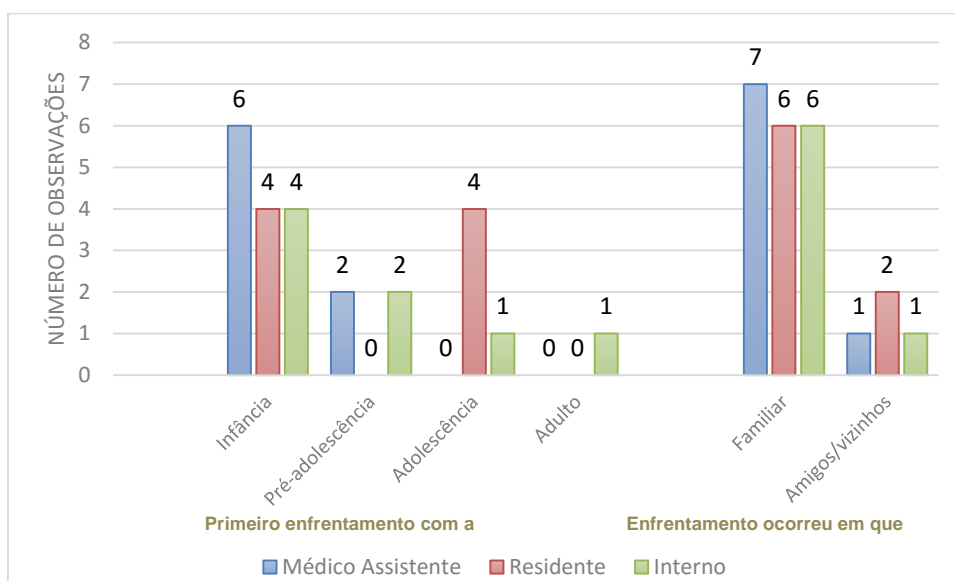
Observou-se, como esperado, aumento etário proporcional a graduação profissional ( $p = 0,001$ ). Frente a escolaridade materna e paterna, raça e religião referidas, não foi possível identificar diferença estatisticamente significativa entre os grupos. A maioria dos pais cursaram ensino superior ( $n=12$ , 50%) ou médio ( $n=10$ , 41,7%), mostrando que há dificuldades de acesso para estudantes que provém de famílias onde os pais fizeram apenas o ensino fundamental ( $n=2$ , 8,3%). Na totalidade, houve predomínio de católicos ( $n=13$ , 54,1%), o que está em acordo com os dados de pesquisas de agências como DATAFOLHA, *Pew Research Center* e IBGE.

## **5.2 Resultados quantitativos do projeto piloto**

### **5.2.1 Enfrentamento da morte**

Em relação ao primeiro contato com a morte, este ocorreu, com maior frequência, durante a infância ( $n=14$ , 58,33%) e em ambiente familiar ( $n=19$ , 79,16%), sendo esta característica similar para todos (Gráfico 1).

**Gráfico 1** - Enfrentamento com a morte e ambiente de enfrentamento, segundo classificação de trabalho.

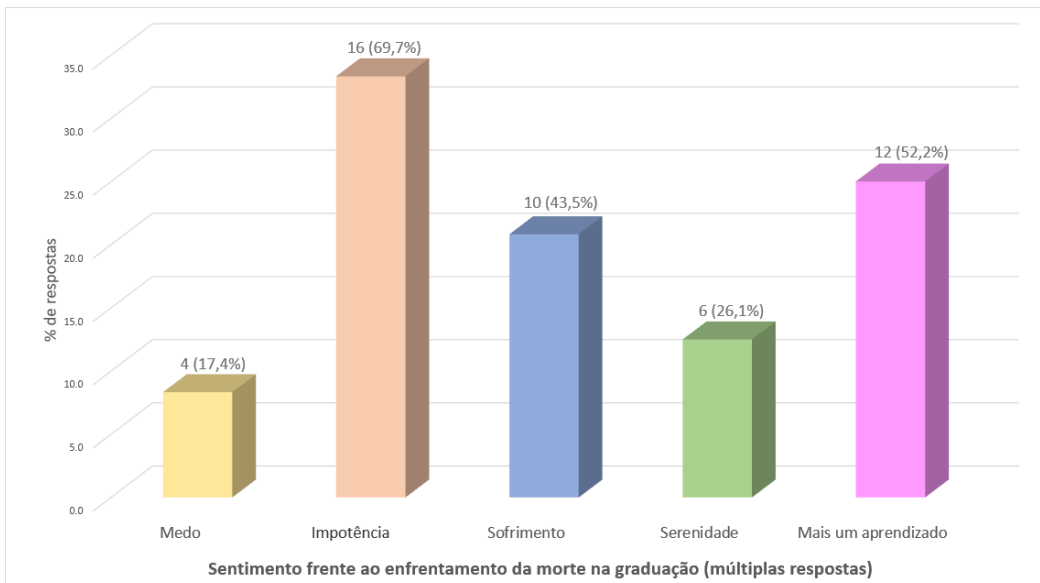


Fonte: Autoria própria.

Entre os 24 participantes do estudo, apenas um relatou não ter vivenciado enfrentamento de morte durante a graduação.

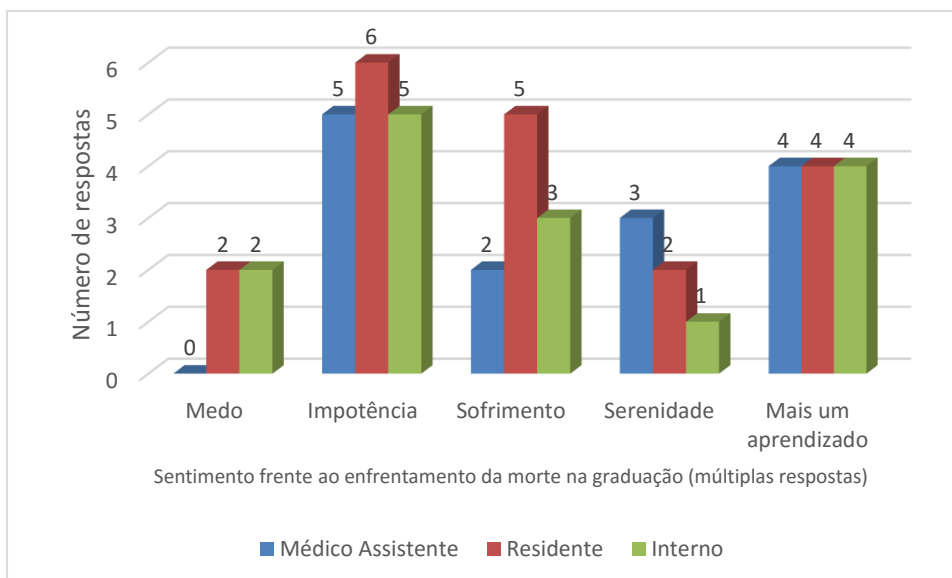
Dos sentimentos relatados no enfrentamento da morte (23 respondentes), predominaram a impotência ( $n= 16, 69,5\%$ ), entre todos os entrevistados, além de ser esta uma experiência que traz novo aprendizado ( $n= 12, 52,1\%$ ) e determina sofrimento, ( $n= 10, 43,5\%$ ). (Gráfico 2 e 3)

**Gráfico 2** - Sentimentos relatados pelos participantes do estudo frente ao enfrentamento da morte durante a graduação.



Fonte: Autoria própria.

**Gráfico 3** - Sentimentos relatados pelos participantes do estudo no enfrentamento da morte durante a graduação, segundo classificação de trabalho.



Fonte: Autoria própria.

Outros sentimentos expostos pelos participantes do estudo foram: medo, tristeza, empatia, sensação de não aceitação e apatia ao enfrentar episódio de morte na graduação, mais frequente entre residentes e internos. Antagonicamente a estes sentimentos negativos, percebe-se a questão do aprendizado frente a morte (n= 12, 52,1%), que apresentou distribuição equitativa entre os grupos e, para alguns,



serenidade (n=6, 26,08%), levando-se em conta que apenas um estudante revelou este sentimento.

A formação acadêmica influencia diretamente nos sentimentos relacionados ao processo de morte e morrer, tornando-se difícil o enfrentamento destes temas, pois os graduandos são ensinados e treinados a se afastar da morte, e a não se envolver sentimentalmente com os pacientes.<sup>34</sup>

Em pesquisa realizada, através de entrevistas com 10 médicos atuantes no Hospital Regional de Maringá (Paraná), a convivência com a morte despertou, à semelhança de nosso estudo, sentimentos negativos traduzidos como estranheza e angústia, por ser algo inexorável e inerente à condição humana.<sup>34</sup>

Quando indagados sobre a sensação remanescente do contato com enfrentamento da morte na graduação, 43,5% (n=10) dos entrevistados referiram que permanecia por cerca de duas semanas em suas lembranças, sendo que para 9 (39,1%), este fato ficou na lembrança por mais de um mês. Não foi possível observar diferenças segundo grupo de trabalho.

A Tabela 2 e 3 mostram as relações sobre o enfrentamento da morte durante a graduação e preparo dos participantes.

**Tabela 2** - Relação sobre o enfrentamento da morte durante a graduação, segundo classificação de trabalho. São Paulo, 2017.

	Médico Assistente	Residente	Interno	p valor
<b>A graduação te ofereceu alguma mudança na visão que você tinha sobre a morte</b>				
Nenhuma mudança	-	-	-	0,605
Pouca mudança	2(25)	2(25)	4(50)	
Mudança significativa	5(41,7)	4(33,3)	3(25)	
Mudança muito significativa	1(33,3)	2(66,7)	-	
<b>Durante a graduação, seu contato com a morte foi/tem sido</b>				
Praticamente inexistente	-	3(42,9)	4(57,1)	0,036
Semestral	2(28,6)	2(28,6)	3(42,8)	
Mensal	3(50)	3(50)	-	
Diário	3(100)	-	-	

Fonte: Autoria própria.

**Tabela 3** - Relações sobre o preparo de médicos e estudantes para enfrentamento da morte durante a graduação, segundo classificação de trabalho. São Paulo, 2017.

	Médico Assistente	Residente	Interno	p valor
<b>Você se considera preparado para o enfrentamento com a morte de pacientes</b>				
Totalmente preparado	5(83,3)	1(16,7)	-	0,005
Parcialmente preparado	3(20)	7(46,7)	5(33,3)	
Despreparado	-	-	3(100)	

Fonte: Autoria própria.

A graduação proporcionou mudanças significativas ou muito significativas na visão sobre a morte na maioria dos participantes (n= 15, 65,2%). Nota-se, ademais, que o contato com a morte durante a graduação é mais presente entre os profissionais formados, com gradual diminuição deste frente aos internos, que o consideraram praticamente inexistente ou raro (semestralmente). Este fato pode ter tido influência no sentimento de preparo parcial no enfrentamento da morte. Um interno não respondeu os questionamentos relatados nas tabelas 2 e 3, pois não teve oportunidade de vivenciar a morte durante a graduação.

Em estudo realizado com 248 estudantes de medicina da Universidade Federal de Alagoas, em 2016, foi aplicado questionário estruturado e os resultados foram semelhantes aos nossos, pois 44,35 % dos alunos tiveram contato com a morte durante a graduação, sendo que esta experiência mudou suas atuações como acadêmicos em 58 % dos casos.<sup>35</sup>

Os resultados deste questionário mostram que nenhum interno se sente totalmente preparado para o enfrentamento com a morte, o que alerta para a presença de lacunas na formação e necessidade de prática de cuidados paliativos, pois a vivência do processo de morte e morrer durante a graduação parece influenciar diretamente no preparo futuro para lidar com a morte dos pacientes.

Segundo Heidegger, ser médico é escolher uma profissão situada no limite crítico da vida e da morte. Nessas circunstâncias, o profissional protege-se da angústia de sua condição de mortal e do sentimento de fracasso diante da morte, vivendo por vezes defensivamente, de forma impessoal, não se envolvendo em profundidade com os pacientes e apegando-se ao cotidiano de suas tarefas.<sup>36</sup> Esta angústia e mesmo os sentimentos de derrota frente à morte podem ser reflexo de pouca exposição aos conteúdos e oportunidade de discussão durante a graduação,

que ainda privilegia uma conformação mais narcísica e menos humana, influenciando diretamente o produto deste processo de ensino e aprendizagem.

O aluno de medicina habitualmente procura esta área desafiadora e de alta competitividade que lhe permite conquistar o *status* social de ser tanatolítico (do grego: tanatos = morte, litis = destruição), o que é chamado também de “ilusão de onipotência”. Este *status* o sobrecarrega física e emocionalmente durante e após a graduação e trabalhar estas questões de vulnerabilidade é primordial para o aprendizado do equilíbrio frente às pressões e escolhas impostas diuturnamente.<sup>37,38</sup>

Em relação às crenças, 56,5% (n=13) dos entrevistados informaram não considerar importante que o profissional de saúde tenha alguma crença religiosa para lidar com o enfrentamento da morte. Este fato não apresentou diferença entre os grupos.

### 5.2.2 Cuidados paliativos e terminalidade (limite terapêutico e influência da graduação)

A grande maioria dos entrevistados (n= 17, 70,8%), sendo que destes, 7 eram médicos assistentes, 7 residentes e apenas 3 internos (p valor = 0,062), referiu ter participado de discussões sobre cuidados paliativos e terminalidade ocasionalmente durante a graduação e sobre deparar-se com situação em que foi proposto o limite terapêutico ao paciente em fase final de vida. Estes resultados assemelham-se aos da literatura, em que é mencionado que grande número de estudos tem revelado falhas no conhecimento e habilidades no cuidado de fim da vida (EOL) entre os profissionais de saúde e enfatizam a necessidade da promoção do treinamento médico em EOL. O ensino das doenças em terminalidade é inadequado e os estudantes de Medicina sentem-se despreparados para discutir questões de morte com seus pacientes.<sup>39</sup>

O enfrentamento do limite terapêutico existe na prática diária do médico, no entanto, lidar com esta limitação gera conflito, fato observado na Tabela 4 que a maioria dos entrevistados relata que a lembrança pode persistir por semanas até mais de um mês (p=0,008).

**Tabela 4** - A limitação terapêutica e a decisão do limite terapêutico segundo avaliação de médicos, residentes e internos. São Paulo, 2017.

	Médico Assistente	Residente	Interno	p valor
<b>Na graduação, quando deparado com a morte por limitação terapêutica</b>				
Ficou por mais de um mês na lembrança	-	4(80)	1(20)	0,008
Ficou por duas semanas na lembrança	5(50)	4(40)	1(10)	
Foi rapidamente esquecido	3(50)	-	3(50)	
Ainda não ocorreu	-	-	3(100)	
<b>A decisão do limite terapêutico e de cuidados paliativos para o doente terminal tem um enfoque predominantemente</b>				
Ético	1(25)	1(25)	2(50)	1,00
Humanista	6(33,3)	6(33,3)	6(33,3)	
Legal	-	-	-	
Ético e Humanista	1(50)	1(50)	-	

Fonte: Autoria própria.

Fica claro neste estudo que os sentimentos diante do enfrentamento por limitação terapêutica persistem na lembrança, independente do tempo de formação, o que traz à tona, possivelmente, a reflexão dos entrevistados sob a sua própria condição de finitude. Chama a atenção que, para os médicos assistentes, três entre os oito entrevistados, rapidamente esqueceram a influência da limitação terapêutica diante da morte, enquanto que, para os residentes, todos persistiram com esta lembrança, o que remete à reflexão do quanto a limitação nesta fase é notória, seja por falta de aprendizado durante a graduação, seja por falta de experiência na vivência profissional, gerando mais conflito e sentimento de impotência.

Os resultados quanto a visão dos participantes do estudo sobre o limite terapêutico e, a respeito de quem compete esta tomada de decisão podem ser observados nas Figuras 4 e 5.

Mesmo considerando que os participantes poderiam responder a mais de uma alternativa, o médico encontra-se como figura central na competência desta decisão, na opinião da totalidade dos médicos formados e de 7 médicos residentes, opinião díspare em relação aos internos, que consideraram o paciente, o mais importante, não supervalorizando a participação do médico.

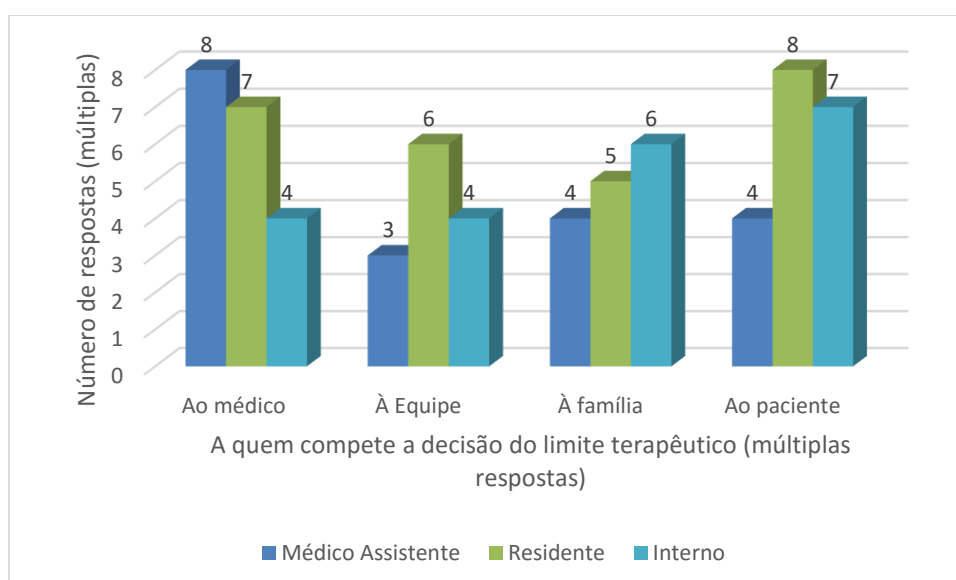
Estes resultados esbarram no princípio bioético da autonomia, que é um dos pilares desta área do saber e também da ética médica deontológica. Pressupõe o paciente como aquele que deva exercer o poder de tomar a decisão sobre si mesmo,

com liberdade e intencionalidade, uma vez capaz e estando esclarecido sobre as consequências de seus atos.<sup>15</sup> Este tema encontra maior eco na literatura internacional, com carência em pesquisas nacionais.

A sociedade atual vivencia um momento de transição paradigmática, com maior tendência de respeito a auto governabilidade dos pacientes em detrimento do paternalismo, cabendo ao médico diagnosticar, planejar os cuidados em equipe e empoderar a participação qualificada do sujeito. Isso pode explicar a diferença de opinião dos internos. No entanto, a participação e a vontade de participar são elementos dependentes do meio cultural e das condições socioeconômicas e familiares.<sup>40,41</sup>

Os resultados dos questionários mostraram que os médicos se colocaram na posição de quem não só dá os subsídios decisórios para o limite terapêutico, mas com a participação do próprio paciente, da equipe multiprofissional e da família, eles são os responsáveis diretos pela tomada de decisão, podendo relativizar a autonomia. Nota-se ainda que não foram obtidas respostas positivas para a competência do diretor do hospital ou representante religioso nesta questão.

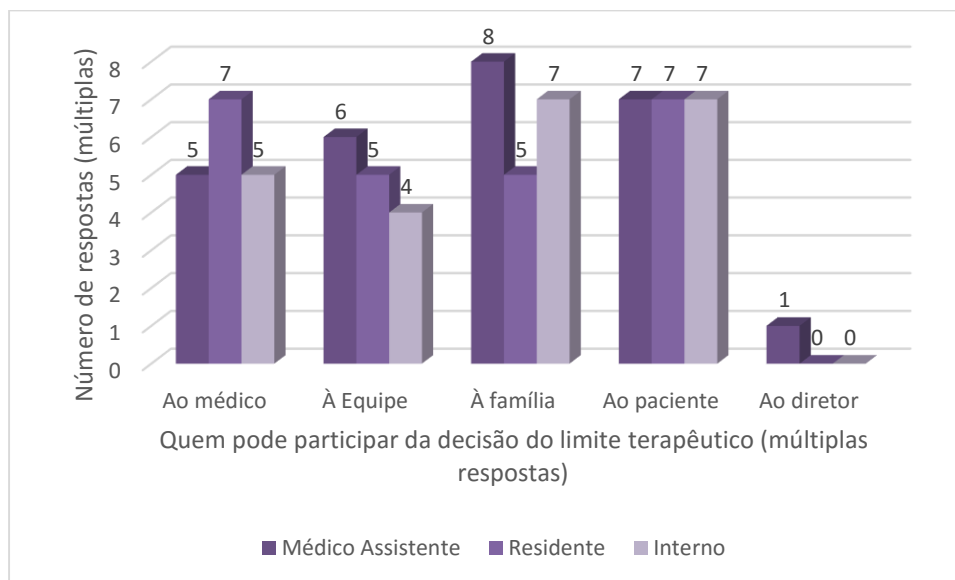
**Gráfico 4** - Opinião dos participantes do estudo sobre de quem é a competência sobre a decisão do limite terapêutico.



Fonte: Autoria própria.

Nota: Não houve respostas para as categorias “Ao diretor do hospital” e “Ao representante religioso”.

**Gráfico 5** - Opinião dos participantes do estudo sobre quem pode participar da decisão do limite terapêutico.



Fonte: Autoria própria.

Nota: Não houve resposta para a categoria "Ao representante religioso".

Dos 24 participantes do estudo, 50% alegou não ter tido oportunidade de aprendizagem no currículo de disciplinas que abordassem o limite terapêutico, cuidados paliativos e o tratamento fútil. Ainda que não exista diferença estatística entre os grupos, chama atenção a diferença entre profissionais formados há mais tempo e internos do último ano, reflexo de possível influência da Disciplina de Bioética presente no curso de Medicina do Centro Universitário São Camilo em acordo com a tendência de alteração dos projetos pedagógicos na graduação, em atendimento às Diretrizes Curriculares Nacionais vigentes, que preconizam a formação de profissionais com perfil mais humano e ético. (Tabela 5)

Apesar do ensino da ética médica ter sido proposto desde a década de oitenta, na prática, nas duas últimas décadas não houve aumento significativo no número de disciplinas ou conteúdos claros dedicados exclusivamente à ética médica e bioética nas escolas médicas brasileiras, nem de docentes ou carga horária destinada à disciplina ou a estes conteúdos, o que demonstra pequeno comprometimento e envolvimento das escolas médicas do país com este saber.<sup>42</sup>

A questão aberta trazia a opinião dos participantes sobre se a incapacidade de poder curar um paciente confronta-se com o seu aprendizado como médico e por quê.

A grande maioria dos participantes (n= 20, 83,3%), na questão aberta (Apêndice C), relatou que a capacidade de cura não se confronta com o aprendizado como médico. Admitem as doenças incuráveis e as limitações terapêuticas, além de alegarem necessidade de terapia que vise conforto ao sofrimento. Entre os graduandos (n=6, 75%), a terminalidade e o tratamento fútil discutidos na disciplina de Bioética pode ser reflexo no aprendizado, mostrando que, na Medicina atual, a despeito dos avanços, existe limitação para cura de doenças. (Tabela 5)

**Tabela 5** - Ensino/aprendizagem sobre limite terapêutico e o poder de curar, segundo avaliação de médicos, residentes e internos. São Paulo, 2017.

	Médico Assistente	Residente	Interno	p valor
<b>Na graduação, cursou disciplinas sobre limite terapêutico e tratamento fútil</b>				
Sim	2(16,7)	4(33,3)	6(50)	0,191
Não	6(50)	4(33,3)	2(16,7)	
<b>A incapacidade de poder curar um paciente confronta-se com o seu aprendizado como médico</b>				
Sim	2(50)	1(25)	1(25)	1,00
Não	6(30)	7(35)	7(35)	

Fonte: Autoria própria.

\*Definição do grupo: Médicos Assistentes (0), Residentes (1), Internos (2).

Os estudos são claros quanto à importância da discussão e reflexão, na educação formal durante a faculdade de Medicina, sobre a morte e o morrer, cuidados paliativos e limite terapêutico. Inserir os estudantes neste contexto pode mudar o comportamento dos profissionais e estudantes, pois isto tem relação direta com o enfrentamento da morte, do morrer e com a auto percepção de finitude, desmistificando o ser tanatolítico inerente à profissão.<sup>37,38,43</sup>

### 5.3 Resultados qualitativos

Dos 24 participantes do estudo, como mencionado anteriormente, 12 foram sorteados e convidados a participar da segunda etapa da pesquisa. Todos os participantes da etapa qualitativa da pesquisa responderam todas as questões propostas, sendo que cada entrevista durou em média 7 minutos.

Na análise final, as hipóteses formuladas foram detalhadas, segundo quatro categorias temáticas principais: “Sentimentos em relação a morte e o morrer”, “O enfrentamento cotidiano da morte”, “Importância dos Cuidados Paliativos” e “Lacunas na formação do médico”.

### 5.3.1 Sentimentos negativos em relação a morte e o morrer

Por meio da exaustiva análise das transcrições e das gravações, foi possível observar que os indivíduos apresentavam dificuldades para definir morte e este desfecho estava associado a sentimentos negativos como estranheza, incômodo, até mesmo tristeza e dor, angústia, impotência, insegurança, por vezes apatia quando indagados sobre o significado que eles atribuíam à morte. A surpresa claramente observada na voz embargada, na pausa comprida apresentava-se em oposição à certeza frente à escolha da profissão. Múltiplos são os recortes que suportam solidamente esta categoria temática:

*“Como é que eu defino a morte? (suspiro) Nossa, que pergunta difícil. Tem como definir como o final da vida?” (Lilian, interna).*

*“Mas, quando é uma morte mais afastada, dos pacientes e tal, eu fico apática..fico mais na minha. Prefiro ficar em silêncio, não converso muito... é assim”. (Dayane, interna)*

*“(...) Mas, com o tempo acho que a gente sempre tem muito contato com os familiares, os pacientes, às vezes é difícil né? você entra em contato, conhece a pessoa...quando morre você sente..., no meu caso eu sinto dor mesmo por conta da morte da pessoa”. (Gerusa, médica residente)*

*(...) E aí durante a faculdade, durante a residência eu acabei tendo muito esse sentimento de impotência, de que eu não tava conseguindo fazer certo, de uma forma certa e eu acabei fazendo parte de terapia, fui no psicólogo pra ajudar mais com essa parte de morte.” (Catarina, médica residente)*



*(...) Aí fui e consegui conversar, mas eu não conseguia falar a palavra morrer, não vinha, era muito estranho. (Dayane, interna)*

*“A morte é meio que ...é meio que aquele processo todo que a gente já conquistou na faculdade, que é o processo de luto. Que a pessoa fica angustiada, fica depressiva, fica triste”. (Marcos, interno)*

*“Agora uma morte abrupta, eu já encaro de uma maneira...já me desperta sentimentos ruins assim. Quando é uma criança que morre eu já acho muito mais difícil, gera aquele sentimento de impotência, sabe?” (Lilian, interna)*

*“(...) Isso mudou bastante com o passar dos anos, mas acho que algumas coisas que não mudaram é um pouco de medo, ansiedade, incertezas, né? Sobre o que esperar”. (Renato, médico assistente)*

Em uma questão de segundos, os entrevistados pareciam sair de uma zona de conforto, para um terreno pouco explorado onde estão os sentidos. Este resultado provavelmente foi possível, dada a diferença entre as datas da aplicação do questionário (que abordava incisivamente e objetivamente o tema Morte e Morrer) e a realização das entrevistas semiestruturadas. No entanto, os recortes vão ao encontro dos achados dos questionários que podem ser vistos nos Gráficos 2 e 3.

Internos e residentes definiram a morte dentro de um espectro mais amplo, para além da ausência de condições orgânicas intrínsecas à vida.

Entre os médicos assistentes a questão sobre o que é morte apresentou respostas divergentes. Para alguns, o aspecto espiritual referente ao conceito de morte prevaleceu, como neste caso que ressaltou:

*“A morte pra mim não é o fim. Eu acho que a gente aqui tá de passagem (...) eu acredito na parte da espiritualidade, então eu acho que do outro lado também tem um outro tipo de vida”. (Renato, médico assistente)*

Para outro médico assistente, apenas a identidade biológica foi ressaltada:

*“A minha definição de morte é quando cessa a atividade cerebral”. (Jorge, médico assistente)*

Valores culturais e espirituais transpareceram nitidamente entre os entrevistados. Embora notada a presença de desconforto ao se falar sobre morte e morrer, referências pessoais foram apresentadas, ainda que as crenças religiosas não tenham sido reportadas como importantes pelos entrevistados. Fica claro durante as entrevistas que, a semelhança do constatado nos resultados dos questionários previamente, que crenças religiosas não são fundamentais neste contexto.

Constatou-se que as definições de morte transpassam pelos aspectos protocolares circunstanciados à profissão, mas na grande maioria expõe as trocas e vivências particulares dos indivíduos, que apesar de hoje médicos, apresentam reflexões espirituais. Em casos de doenças incuráveis, onde a condição de morrer está mais próxima à realidade dos pacientes e dos profissionais envolvidos no cuidado, esta dimensão parece estar mais presente.

No mundo ocidental tem ocorrido diminuição daqueles que professam alguma fé, porém sabe-se que 75% dos indivíduos que estão em fase final de vida expressam desejo de conversar sobre o sentido da vida, sofrimento e morte, o que explica que a espiritualidade abrange todos estes questionamentos e que, nem sempre o médico está preparado para conversar sobre estas questões.<sup>44</sup>

Neste questionamento sobre a morte houve resposta dura e estruturada com base em conceitos puramente biológicos, por parte de alguns profissionais, o que pode ser reflexo das atividades a eles atribuídas, sendo que estas respostas vieram de profissionais intensivistas que lidam diariamente com a morte, porém podem demonstrar despreparo em refletir o processo de morrer, pois lidam com arsenal tecnológico para controle de sinais vitais e medidas para manutenção de vida biológica.

Estudo em Hospital Universitário que avaliou a representação social de morte, tendo na Unidade de Terapia Intensiva local propício para a reflexão constante de aspectos ligados a morte e ao morrer, demonstrou que intensivistas reconhecem despreparo nesta questão, sendo que programas de formação desses profissionais são voltados predominantemente para o aspecto técnico do manejo das doenças. Tal estudo reflete a importância do processo educacional, caracterizado pela ausência de abordagens sistemáticas e contextualizadas ao longo do curso de Medicina que

discutam aspectos cognitivos, sociais e afetivos relacionados ao processo da morte e do morrer.<sup>45</sup>

### 5.3.2 O enfrentamento cotidiano da morte

Todos os entrevistados relataram que o enfrentamento da morte era distinto a depender da proximidade da pessoa que morreu, sendo que a morte dentro do núcleo familiar é vista como um processo de dor, tristeza, com durabilidade incerta. Estes sentimentos encontram-se relacionados ao vínculo estabelecido ao longo da vida ou dos anos de convívio. Dentro do enfoque de enfrentamento da morte observamos uma diferença bem definida entre os grupos avaliados no que concerne à morte de pacientes.

Na perspectiva dos estudantes de medicina, o vínculo estabelecido com a pessoa que morreu pode nortear as sensações e o enfrentamento do processo de morte vivenciado. Esta relação fica mais clara ao observarmos no recorte:

*“...Mortes assim muito próximas parece que você perde o chão, a vida perde meio que o sentido, assim, fica uma coisa muito estranha. Mas quando é uma morte mais afastada, dos pacientes e tal, eu fico apática... Fico mais na minha. Prefiro ficar em silêncio, não converso muito... É assim”. (Lilian, interna)*

No entanto, as palavras de Wagner indicam que este afastamento pode ser um mecanismo de proteção, uma vez que a tristeza existe, mas o médico não a admite.

*“(...) acaba se acostumando eu acho. Mas assim, é um acostumado que é por sobrevivência, porque se você não se acostumar não dá para você manter... Então, é algo que você precisa se acostumar.” (Wagner, médico assistente)*

Acabar se acostumando pode mascarar a negação das emoções, a falta de preparo, a dificuldade de comunicação, seja no momento de dar a notícia, ou na reflexão frente as perdas relacionadas à profissão. Dor, tristeza e angústia podem ser o pano de fundo das dificuldades no enfrentamento da morte, na interface com os familiares dos pacientes e também de encarar a impotência, que pode significar a “falha” profissional na busca da cura. Isto reflete a atual formação profissional.

Uma provável explicação seria que a atual formação promove modelo racional, não emocional e científico, dito paternalista e, faz do médico, o responsável por combater e vencer a morte, ou seja, o ser tanatolítico, já referenciado, que decide tecnicamente o momento da morte e as circunstâncias do morrer, sem a participação dos pacientes. Dessa maneira, o profissional assume-se como “todo poderoso” e prioriza salvar o paciente a qualquer custo, a fim de corresponder às expectativas idealizadas por si e pela sociedade de preservador de vidas, independentemente do sofrimento que possa causar aos pacientes e familiares. No entanto, a ocorrência da morte é inexorável, fazendo o médico se defrontar com sua insignificância diante de situações irreversíveis: depara-se face a face com seus limites e com a própria finitude, gerando assim frustrações.<sup>21</sup>

A fase da residência possibilita contato maior com a morte, algo menos aparente durante a graduação. Este contato mais direto fortalece a reflexão sobre o enfrentamento no sentido de que algo poderia ter sido feito, ou seja, a visão de que a falha médica pode estar intrinsicamente relacionada com a morte, ou que a falta de controle da situação leva a uma angústia.

Catarina explicita bem este sentimento quando compara a perda de um familiar com a de um paciente:

*“O sentimento assim de família... eu sabia que ela (avó) estava muito cansada e que estava querendo descansar. Agora, dos meus pacientes, a maioria das vezes a sensação que eu tenho é de impotência ...de não conseguir ajudar (...) durante a faculdade, durante a residência eu acabei tendo muito esse sentimento de impotência, de que eu não estava conseguindo fazer certo (...) e eu acabei fazendo terapia, fui no psicólogo pra ajudar mais com essa parte de morte (...)”.* (Catarina, médica residente).

A busca por direcionamento externo é bastante importante para profissionais de saúde que lidam com a morte no cotidiano, mas o texto apresentado e a angústia inteligível na voz da residente direcionam para uma vulnerabilidade, falta de suporte básico, apoio esse que deveria ser repensado na formação profissional de médicos e profissionais de saúde que sofrem *burnout* mais frequentemente que profissionais de outras áreas.

Sobre sentir-se preparado para lidar com a morte, vemos nestes recortes que:

*“Depende do paciente. Eu acho que quando o paciente tem já uma doença em fase terminal e não tem mais o que ser feito, eu acho que eu encaro bem e eu acho que o que importa é dar conforto pra ele, pra ele morrer com dignidade. Mas quando talvez seja um paciente que você poderia ter feito algo e não fez, ou por falta de recurso, ou pelo timing que perdeu, assim, eu vejo de uma maneira pior, acho mais difícil de aceitar assim”. (Giulia, médica residente)*

*Às vezes você acha “Não, eu tô preparado”, não sei o quê, ou você tem uma visão muito linda sobre o que é a medicina e quando você vê a pessoa morrer, assim você já fica meio...(Dayane, interna)*

Estudo desenvolvido com residentes e acadêmicos da Faculdade Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP de a julho a agosto de 2006 questionou sobre a auto percepção de lidar com pacientes terminais. Os resultados mostraram que 70% dos residentes e 54% dos acadêmicos sentem-se preparados, porém 60% dos residentes e 50% dos acadêmicos disseram não ter recebido formação teórico-prática suficiente durante o curso de graduação. Ainda apontaram como prováveis falhas, a falta de vivência, de debates, de apoio psicológico sistemático e a formação do médico voltada para salvar vidas e não para perder pacientes.<sup>21</sup> Isto demonstra que residentes e acadêmicos reconhecem a falta de formação, o que, através das entrevistas neste estudo isto implica em geração de conflitos e sentimentos de impotência , principalmente nos residentes.

Em alguns casos, o trabalho acaba sendo uma válvula de escape, onde a entrega à rotina médica é utilizada como forma de enfrentamento, como se constata na fala:

*“Eu acho que pra enfrentar a morte, eu acho que eu ... é mais no trabalho mesmo. Eu vou esquecendo... No momento do evento eu fico com dor, mas depois com as coisas que a gente tem que fazer, eu acho que eu vou esquecendo”. (Gerusa, médica residente)*

Com os anos de profissão vem uma certa segurança profissional, que pode ser confundida muitas vezes com afastamento pessoal e a inexistência da dor pela perda de um paciente, quando na realidade percebe-se que:

*“...quando o paciente próximo a você está morto (...) a gente sofre... a gente finge que não sofre, mas a gente sofre muito” (Carlos, médico assistente).*

Por outro lado, a rotina de trabalho pode moldar o profissional médico enquanto um ator dentro do processo de morte, que não necessariamente esteja conectado com a situação vivenciada, como se pode observar neste recorte:

*“Eu posso me sentir solidário com a dor da família, posso considerar que as circunstâncias de falecimento foram algumas vezes tristes, mas não me sinto triste pelo falecimento dos meus pacientes (...) e se depois (da morte de um paciente) eu tiver um motivo de sentir alegria, eu sinto no mesmo minuto depois. Não tenho envolvimento emocional com meus pacientes nesse sentido. (...) Sofrer pela morte? Não”. (Jorge, médico assistente)*

A rotina médica acaba por compreender a eventual perda de pacientes, e ainda que o vínculo estabelecido seja parcialmente responsável pela dor e tristeza sentidas, mecanismos de enfrentamento podem se estruturar no sentido de fuga da situação, apatia momentânea, minimizar o sentimento de culpa fortalecendo a percepção equivocada de que o médico tem de curar sempre.

Neste sentido, nota-se que os entrevistados, expõem nas entrelinhas o peso das cobranças na figura do médico, que a dor e luto pela morte de um paciente não devem existir ou que são naturalmente minimizados com o tempo.

A morte, mesmo sendo parte da vivência do médico, é ainda difícil de ser concebida e enfrentada. A partir do século XIX, com o desenvolvimento científico e tecnológico, iniciou-se a institucionalização do doente tratado no hospital. Após o movimento Renascentista, a partir dos estudos de Anatomia, o estudante de medicina começou a aprender que o indivíduo seria um “receptáculo” de doenças e, a eliminação de todas as enfermidades seria o objetivo da prática médica, possibilitando assim, a cura.<sup>34</sup> O médico passou a focar sua atenção nas doenças e não nos aspectos humanos que estas geram, pois foram ensinados desta forma durante a graduação. Koifman discorre que a evolução médica fragmentada nas especialidades, também contribui para o aprendizado baseado na fragmentação da relação saúde-doença, assim o indivíduo passa a buscar incessantemente a cura, desconsiderando

que a morte é um processo próprio, natural e implacável da vida. Os médicos, em sua formação não são preparados para lidar com a morte.<sup>46</sup>

Estudo desenvolvido com 280 estudantes de medicina na Universidade de Cambridge do primeiro ao sexto ano avaliou a prevalência de transtorno de ansiedade associado a morte, além de seu paralelo com a saúde psicológica e as suas atitudes frente ao cuidado de pacientes em Cuidados Paliativos. Neste estudo, os estudantes não desenvolveram aumento de ansiedade frente à progressão da graduação, porém aqueles que apresentavam em escalas ansiedade intensa ou depressão maior tiveram resultados significantes do impacto destes distúrbios no cuidado de pacientes em terminalidade de vida. Os autores concluíram que, o contato limitado dos estudantes tanto na assistência, como ensino em cuidados paliativos, pode ter sido determinante no aparecimento de poucos eventos que poderiam ter influenciado no Transtorno de Ansiedade.<sup>47</sup>

### 5.3.3 Importância dos cuidados paliativos

Pode-se dizer que cuidados paliativos se encontra em fase gestacional no Brasil. Ainda que as discussões estejam cada vez mais presentes, muito profissionais que hoje estão atuando em diferentes áreas da medicina não tiveram preparo para optar ou iniciar condutas destes cuidados. Na fala dos participantes do presente estudo foi observado que o enfrentamento da morte pelos profissionais de saúde, em especial o médico, acaba por ressaltar as deficiências vivenciadas na formação profissional, principalmente no que toca aos cuidados paliativos e como estes estão incluídos na grade curricular da graduação.

*“(...) Então a formação, a faculdade e as outras formas de educação deveriam ser muito mais incisivas para educar o profissional para enfrentar isto (a morte). Não no sentido de lavar o cérebro para o profissional tomar tal ou qual decisão, por exemplo cuidados paliativos, mas para permitir que mesmo influenciado por todos os fatores, o profissional tome suas decisões...que não são fáceis. Na Europa é diferente como o médico enfrenta essas situações, e aqui também é diferente como nós enfrentamos essas situações de cuidados paliativos ou morte de pacientes” (Jorge, médico assistente).*

Nas palavras de Jorge conseguimos identificar que diferentes linhas de cuidados paliativos podem existir, que estas encontram-se fortemente relacionadas aos aspectos culturais, mas que a carência do ensino não é algo cultural, mas uma falha estrutural na formação de um profissional que enfrentará morte no dia-a-dia.

Na visão de um dos internos, notamos a insegurança em falar sobre o assunto, onde a abordagem desvia para a falta de interesse ao mesmo tempo que evidencia a necessidade em se buscar mais.

*“(...) a gente acaba falando muito de cuidados paliativos então a gente acaba tratando um pouco disso. Mas, às vezes eu ainda acho que é pouco porque por mais que a gente pegue, eu acho que tem alunos, gente da minha sala que por exemplo que acaba querendo se afastar disso e acaba se graduando sem ter quase contato com isso. Então talvez seja interessante ter algo mais voltado pra esse assunto, eu acho que falta isso (...) É algo que a gente não falava muito e agora fala mais, são assuntos que eu acho que são bastante importantes e que devem ter dentro da graduação, e eu acho que tem menos do que deveria. Mas quem quer, que vai atrás, consegue ter uma base até que boa. Mas eu acho que falta.” (Wagner, interno)*

“Fala-se muito, trata-se pouco”, este recorte pode evidenciar a necessidade de aprofundamento, com discussão focada, não apenas na sala de aula, mas durante internato, em discussões e preparo prático para o desenvolvimento de habilidades e atitudes, visando uma formação mais humana, consolidada e consistente.

#### 5.3.4 Lacunas na formação do médico

O título desta última temática de análise tem como objetivos a reflexão crítica e instigar a discussão sobre o processo de formação de médicos no Brasil no que diz respeito ao objeto de nosso estudo.

Considerando que a amostra foi composta desde estudantes até profissionais com mais de 20 anos de formados, buscamos avaliar suas percepções sobre a formação médica em relação aos aspectos da morte e do morrer, o enfrentamento destas questões e como se dá a prática de cuidados paliativos.

Todos os entrevistados foram unânimes em apontar a carência dos conteúdos curriculares de medicina frente aos temas Morte e Cuidados Paliativos, especialmente



de forma contextualizada, com conseqüente despreparo. Os alunos, em suas próprias opiniões, deveriam ter conceitos enraizados e prática cumulativa, considerando aqui a morte em um aspecto mais amplo: o viver e o morrer, o enfrentamento, as limitações da medicina e os limites do profissional, além da comunicação humanizada do evento. Também aparece de forma consistente o enfoque mais biológico e tecnicista da formação médica na maioria das instituições. Fica claro nos recortes abaixo esta lacuna de formação que traz conseqüências para a relação médico paciente e médico familiares. Os sentimentos negativos já descritos comprovam que não há conforto no lidar com aspectos absolutamente naturais da assistência aos doentes, especialmente aqueles em terminalidade de vida:

*“(...) a graduação deveria ter uma influência muito maior no preparo do profissional para enfrentar essa situação. (...) Eu observo a falta de preparo muito importante, especialmente dos internos e residentes em relação a estes fatos, pra enfrentar a morte, cuidados paliativos, pra tomar decisões”. (Jorge, médico assistente)*

*“(...) precisa conversar bastante com os alunos sobre isso, sobre quando o paciente morre e que a família não aceita, que vão culpar você...e explicar bem, porque é difícil”. (Dayane, interna)*

*“Mas, teve sim uma discussão em relação ao luto, o que é o processo do luto, acho que isso já é uma forma de preparação, mas assim, não foi algo que eu falo “ah, eu vou conseguir encarar”. Eu acho que a faculdade prepara a gente assim, dá um parecer, mas não é um preparo realmente”. (Marcos, interno)*

*“Então assim, eu acho que a gente não tem preparo nenhum pra enfrentar a morte como interno e muito menos como estudante. Às vezes, muito raro, você vai ver como interno, mas assim, a gente não é preparado pra lidar com a morte, a gente é preparado pra curar as doenças e assim, às vezes nem tanto o conceito de amenizar a gente não tem, de amenizar sofrimento”. (Giulia, médica residente)*

Notou-se que dificilmente existe uma disciplina ou atividade que trabalhe de modo direto e exclusivo com a morte e sua comunicação. Quando este tópico é discutido, encontra-se dentro de conteúdos de psiquiatria, psicologia ou bioética,

sendo esta última trabalhada na faculdade de onde são os alunos participantes, o que pode nem sequer se reproduzir em outras. Ao longo do curso, o aluno se depara com diversas disciplinas que têm como intuito capacitar o futuro profissional para realização de procedimentos e condutas terapêuticas. Neste cenário, os entrevistados reforçaram o distanciamento da teoria sobre o morte, luto e enfrentamento com a prática, momento no qual o estudante tem contato direto com a morte, geralmente no internato.

*“Eu acho que (o papel da graduação) tem que ser muito maior, porque na faculdade o contato que eu tive até de comunicação de má notícia, de lidar com morte e essas coisas foi muito pequeno. Eu tive isso durante o começo da faculdade, por seis meses, que foi uma matéria que a gente tinha que era habilidade de comunicação, e durante a faculdade isso acabou se perdendo. Então eu vi que na faculdade a gente tinha muito mais direcionamento para tratar a doença, como diagnosticar, como fazer, como tudo. Mas, por exemplo, como falar pro paciente que ele tinha tal doença, de como falar que ele evoluiria de uma forma desfavorável, que ele iria falecer e tudo mais, que tinha uma doença intratável... isso não teve. Então eu acho que tem que ter muito mais essa parte de comunicação, de orientar o aluno de como ele tem que lidar com essas coisas. Porque ao sair da faculdade, essa foi a parte mais difícil na transição de ver que não era só uma doença e eu tinha que lidar com tudo isso junto”* (Catarina, sobre as carências da formação do médico acerca de tópicos como morte, comunicação de eventos, enfrentamento e aceitação).

Manter a discussão sobre morte e enfrentamento em disciplinas iniciais e desconectadas das específicas (clínicas) pode dificultar a formação de vínculo entre a profissão e as dificuldades vivenciadas no dia-a-dia. Ademais, a inserção deste tipo de discussão no momento do internato pode ser vista como ponto de apoio para estudantes quando trabalhado de modo a propiciar ferramentas para enfrentamento, comunicação empática e humanização do atendimento em todas as suas etapas.

*(...) “por que muitas vezes as pessoas entram na medicina com um sonho muito lindo, de que ninguém morre, de que vai cuidar de todo mundo e todo mundo vai te agradecer”* (Dayane, interna).

No entanto, esta percepção ilusória é quebrada de forma abrupta no momento que o aluno passa a ter contato com a rotina médica.

A percepção do médico residente reforça a importância da prática formação médica durante a graduação.

*“Assim, eu acho que deveria ser muito mais discutido, muito mais... uma prática muito maior. Na graduação não tive muito contato com isso assim na prática, na teoria tive discussões da morte, como abordar, como dar a notícia... mas, na prática tive bem pouco.” (Flora, médica residente)*

O médico formado, por vivenciar a prática cotidiana, dá atenção durante a entrevista na formação que é falha, principalmente do médico, mas não apenas, de tal sorte que de todos os profissionais da saúde envolvidos no cuidado aos pacientes devessem ser capacitados para este enfrentamento, respeitando aspectos outros que não apenas técnicos.

*“(...) eu acho que esse processo a gente não é preparado mesmo, acho que é uma falha na graduação e não só do médico, de todos os profissionais de saúde que vivenciam dentro do hospital. Deveria ter um investimento a mais nisso.” (Maria, médica assistente)*

*“(...) Então a gente sai bem desamparado, digamos assim, sobre como esperar, como conduzir... acho que isso deveria talvez fazer parte da grade curricular do médico, ou ser mais bem focado. (...) Em paliativismo existem fatores culturais, éticos, morais e religiosos que vão influenciar no exercício, então eu acho que as formas de educação têm que fazer ênfase na formação e na orientação desse tipo de educação para o profissional tomar suas decisões.” (Jorge, médico assistente)*



## 6 CONCLUSÕES

De acordo com os resultados encontrados no projeto piloto de natureza quantitativa e os dados provenientes da análise qualitativa, que se mostraram complementares, podemos concluir que, independente do tempo de formação, os entrevistados:

1- Vivenciam a morte no cotidiano laboral e isso afeta a percepção, enfrentamento e expressão de sentimentos.

2- O preparo durante a graduação foi apontado como muito importante, ainda que carente na vivência dos entrevistados, ou seja, foi possível identificar lacunas em suas formações. A graduação tem papel fundamental no desenvolvimento de habilidades e atitudes do aprendiz, portanto faz-se fundamental a inserção de conteúdos sobre a morte e o morrer e de cuidados paliativos de forma horizontal nesta formação.

3- Falta de preparo sobre finitude, luto e morte durante a formação profissional propiciaram sentimentos negativos como angústia, apatia, impotência e medo estiveram presentes na maioria dos recortes. Os participantes relataram enfrentamentos mais difíceis, angustiantes, conflituosos e com maior sofrimento, sendo a inserção contextualizada de conteúdos sobre terminalidade e cuidados paliativos na formação médica, o método proposto para a prática de uma medicina ética e humanizada.

Através dos resultados deste estudo, desvela-se que a prática de cuidados paliativos deve se estender durante todo o curso de Medicina e também na Residência Médica visando um atendimento humanizado dirigido ao paciente e também para quem o assiste, despertando antagonicamente ao encontrado, sentimentos de prazer, respeito e de cumplicidade nas relações entre o médico e seu paciente.

Os médicos já formados, apesar de anos a frente, também enfrentam conflitos na assistência a pacientes em terminalidade de vida, necessitando de aperfeiçoamento em cuidados paliativos. Apesar de conteúdos de Bioética estarem presentes nas diretrizes curriculares, neste estudo fica evidente que princípios como a autonomia ainda podem ser relativizados e é função dos educadores preencher estas evidentes lacunas, pois o médico ainda se sente figura central decisória, nem sempre respeitando a autonomia dos indivíduos em condições de terminalidade de vida.

Os resultados encontrados no estudo são consistentes com os da literatura nacional e internacional e traz novos recortes desta realidade especialmente de forma qualitativa que podem contribuir de forma consistente com possível mudança nas escolas médicas e nas próprias diretrizes curriculares dos cursos de medicina quanto a inserção de cuidados paliativos e desenvolvimento específico de habilidades para tratar da morte e do morrer como formação obrigatória durante todo o processo da graduação e mesmo na residência médica.

Apesar de ter sido realizado em um único hospital e os alunos participantes serem do mesmo curso de Medicina, este estudo tem a particularidade de englobar a participação de residentes e médicos assistentes oriundos de diferentes instituições de ensino superior, portanto com diferentes perfis de formação e atuação profissional que contribuíram em proporcionar resultados que contextualizam a realidade da formação médica atual de forma abrangente.

## REFERÊNCIAS

1. Alves R. Sobre a morte e o morrer [Internet]. Projeto Releituras. 2003 [acesso em 28 jun. 2017]. p. 3. Disponível em:  
<https://www.google.com.br/#q=rubem+alves+morte+e+morrer>
2. Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2ª ed. amp. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012.
3. Pessini L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Bioetica*. 2002;10(2):51–72.
4. World Health Organization (WHO). Definition of palliative care [Internet]. 2015 [acesso em 20 jun. 2017]. Disponível em:  
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>
5. Saunders C. The evolution of palliative care. *Patient Educ Couns*. 2000;41(1):7–13.
6. Kelley AS, Meier DE. Palliative care: a shifting paradigm. *N Engl J Med*. 2010;363(8):781–2.
7. Connor SR, Sepulveda Bermedo MC. Global atlas of palliative care at the end of life. Washington: WHO; 2014. 111 p.
8. Clark D, Graham F. Evolution and change in palliative care around the world. *Medicine*. 2011;39(11):636–8.
9. Floriani CA. Palliative care in Brazil: a challenge to the Health-Care System. *Palliat Care Res Treat*. 2008;2:19–24.
10. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. ANCP e cuidados paliativos no Brasil [Internet]. 2018 [acesso em 16 ago. 2018]. p. 1–5. Disponível em:

<https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>

11. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.068/2013 [Internet]. [acesso em 20 jun. 2017]. Disponível em:  
[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2068\\_2013.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2068_2013.pdf)
12. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.116/2015 [Internet]. [acesso em 20 jun. 2017]. Disponível em:  
[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2116\\_2015.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2116_2015.pdf)
13. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.149/2016 [Internet]. [acesso em 20 jun. 2017]. Disponível em:  
[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2149\\_2016.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2149_2016.pdf)
14. Brugugnolli ID, Gonsaga RAT, Silva EM. Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto? *Rev Bioética*. 2013;21(3):477–85.
15. Conselho Federal de Medicina. Código de ética. Brasília: CFM; 2009.
16. Neves NMBC, Siqueira JE. A bioética no atual Código de Ética Médica. *Rev Bioética*. 2010;18(2):439–50.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, 23 nov. 2018; n. 225. Seção 1, p. 276.
18. World Health Organization. Infographics on palliative care [Internet]. 2016 [acesso em 20 jun. 2017]. Disponível em:  
<http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/pc-infographics/en/>
19. Drane J, Pessini L, Sobral A, Gonçalves MS. Bioética, medicina e tecnologia: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. São Paulo: Centro



- Universitário São Camilo; 2005. p. 139-40.
20. Temel JS, Greer JA, Muzikansky MA, Gallagher EM, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733–42.
  21. Marta GN, Marta SN, Andrea Filho A, Job JRPP. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Rev Bras Educ Méd*. 2009;33(3):405–16.
  22. Siqueira JE. Sobre a morte e o morrer: tecnologia ou humanismo? *Rev Assoc Méd Bras*. 2003;49(1):7.
  23. Lingerfelt D, Hupsel L, Macedo L, Mendonça M, Ribeiro R, Gusmão Y, et al. Terminalidade da vida e diretivas antecipadas de vontade do paciente. *Direito UNIFACS*. 2013;(152):1–18.
  24. Kubler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes; 1996. p. 51-125.
  25. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 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*. Brasília, 21 jun. 2014; Seção 1, p. 8-11.
  26. Pineli PP, Krasilcic S, Suzuki FA, Maciel MGS. Cuidado paliativo e diretrizes curriculares: inclusão necessária. *Rev Bras Educ Méd*. 2016;40(4):540–6.
  27. Oliveira JR, Ferreira AC, Rezende NA. Ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil. *Rev Bras Educ Méd*. 2013;37(2):285–90.
  28. Head B, Chenault J, Earnshaw L, Pfeifer M, Sawning S, Schapmire T, et al. Improving medical graduates' training in palliative care: advancing education

and practice. *Adv Med Educ Pract.* 2016;7:99–113.

29. Aragão J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Rev Práxis.* 2011;03(06):59–62.
30. Azeredo NSG. O acadêmico de medicina frente à morte: questões para se (re) pensar a formação [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
31. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
32. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
33. Scheffer MC, Cassenote AJF. A feminização da medicina no Brasil. *Rev Bioética.* 2013;21(2):268–77.
34. Mello AAM, Da Silva LC. A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. *Rev Abordagem Gestalt.* 2012;18(1):52–60.
35. Chagas RRS, Castro CF, Moura VKST, Cavalcante JC, Cavalcanti SL, Freitas DA. Percepções da morte entre os estudantes de medicina. *Rev Port Saúde Soc.* 2016;01(3):217–27.
36. Heidegger M. Ser e tempo. Petrópolis: Vozes; 2007. 598 p.
37. Simon R. “O complexo tanatolítico” justificando medidas de psicologia preventiva para estudantes de medicina. *Bol Psiquiatr.* 1971;4(4):113–5.
38. Marta GN, Hanna SA, Arruda FF, Abre CECV, Correa SFM, Silva JLF. Médico onipotente tanatolítico: um status a ser analisado. *Diagn Tratamento.* 2011;16(2):95–6.
39. Mott ML, Gorawara-Bhat R, Marschke M, Levine S. Medical students as

- hospice volunteers: reflections on an early experiential training program in end-of-life care education. *J Palliat Med.* 2014;17(6):696–700.
40. Ugarte ON, Acioly MA. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso... *Rev Col Bras Cir.* 2014;41(5):274–7.
  41. Almeida JLT. Da moral paternalista ao modelo de respeito à autonomia do paciente: os desafios para o ensino da ética médica. *Rev Bras Educ Méd.* 2000;24(01):27–30.
  42. Dantas F, Sousa EG. Ensino da deontologia, ética médica e bioética nas escolas médicas brasileiras: uma revisão sistemática. *Rev Bras Educ Méd.* 2008;32(4):507–17.
  43. Azeredo NSG, Rocha CF, Carvalho PRA. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. *Rev Bras Educ Méd.* 2011;35(1):37–43.
  44. Pessini L, Bertachini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *Mundo Saúde.* 2005;29(4):491–509.
  45. Almeida LF, Falcão EBM. Representação social de morte e a formação médica: a importância da UTI. *Rev Bras Educ Méd.* 2013;37(2):226–34.
  46. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *Hist Ciênc Saúde (Manguinhos).* 2001;8(1):49–70.
  47. Thiemann P, Quince T, Benson J, Wood D, Barclay S. Medical students' death anxiety: Severity and association with psychological health and attitudes toward palliative care. *J Pain Symptom Manag.* 2015;50(3):335-42.



## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Este questionário faz parte de uma pesquisa para dissertação de mestrado, profissional que tem por objetivos avaliar a percepção dos assistentes médicos e médicos residentes de um hospital geral, bem como de graduandos em regime de Internato do Curso de Medicina do Centro Universitário São Camilo sobre Cuidados Paliativos e Terminalidade de Vida. Além disso, identificar as lacunas durante a formação médica nas questões referentes à morte e ao morrer e de Cuidados Paliativos e finalmente; verificar as dificuldades, sentimentos e atitudes que médicos assistentes, residentes e internos encontram na prestação de cuidados aos pacientes em terminalidade de vida no ambiente hospitalar.

Esta pesquisa está sendo realizada pela pós-graduanda Maria Luiza G. Corradi, sob a orientação da Profa. Dra. Cibele Isaac Saad Rodrigues. Fica assegurado o caráter rigorosamente sigiloso da identidade de quem responder, bem como de seus dados. Ao responder este questionário, você estará aceitando convite de participar desta pesquisa. Todos os sujeitos que aceitarem participar desta pesquisa terão seu anonimato garantido. Fica de forma aqui assegurada que esta pesquisa só será utilizada para fins acadêmicos e científicos. Caso não queira aceitar participar dessa pesquisa, você não sofrerá nenhum prejuízo.

### Questionário Estruturado

#### Dados Sociodemográficos

1- Idade (anos completos): \_\_\_\_\_

2- Sexo: masculino ( ) feminino ( )

3- Etnia/Raça: branca ( ) negra ( ) parda ( ) amarela ( ) outra \_\_\_\_\_

4 - Qual a escolaridade materna e paterna:

Materna

Paterna ( )

Ensino fundamental ( )

Ensino fundamental( )

Ensino médio ( )

Ensino médio ( )

Ensino superior ( )

Ensino superior ( )

5 - Qual a sua formação religiosa?

Católico ( ) Evangélico ( ) Espírita ( ) Judeu ( ) Batista ( )

Não tenho formação religiosa ( ) Outra, Qual? \_\_\_\_\_

## Formação Acadêmica

1- Onde foi realizada a graduação?

---

2- Ano em que concluiu ou concluirá a graduação: \_\_\_\_\_

3- Caso você seja graduado, fez ou faz pós-graduação:

( ) Residência

( ) Especialização

( ) Mestrado profissional

( ) Mestrado acadêmico

( ) Doutorado

4- Para os médicos assistentes: Há quanto tempo trabalha no hospital (anos completos)?

\_\_\_\_\_

5- Para residentes: Você é médico residente de que ano e de que área? \_\_\_\_\_

## Questionário adaptado

1) Quando você se deparou com a morte pela primeira vez?

a) Na infância – de zero a 08 anos

b) Na pré-adolescência – de 09 a 13 anos

c) Na adolescência – de 14 a 20 anos

d) Na fase adulta

2) Este enfrentamento ocorreu em que ambiente?

a) Familiar

b) Entre amigos ou vizinhos

c) Durante a graduação (paciente)

d) Ainda não houve enfrentamento

3) Você teve alguma experiência de enfrentamento com a morte durante a graduação?

( ) Sim ( ) Não

4) Ao vivenciar o enfrentamento com a morte, durante a graduação, você sentiu (marque todas as alternativas que julgar necessário):

a) Medo ( )

b) Impotência ( )

c) Sofrimento ( )

d) Serenidade ( )

e) Mais um aprendizado ( )

f) Ainda não ocorreu ( )

g) Outro sentimento ( ) \_\_\_\_\_

5) 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 não ocorreu ( )

6) A graduação lhe oferece/ofereceu alguma mudança na visão que você tinha sobre a morte?

a) Nenhuma mudança ( )

b) Pouca mudança ( )

c) Mudança significativa ( )

d) Mudança muito significativa ( )

7) Durante a graduação seu contato com a morte foi ou tem sido:

a) Praticamente inexistente ( )

b) Semestral ( )

c) Mensal ( )

d) Diário ( )

8) Você se considera preparado para o enfrentamento com a morte de pacientes?

a) Totalmente preparado ( )

b) Parcialmente preparado ( )

c) Despreparado ( )

9) Você considera relevante, para o enfrentamento com a morte, que o profissional da saúde tenha fé em alguma crença religiosa?

sim ( ) não ( )

10- Durante a graduação, você já participou de discussões sobre cuidados paliativos e terminalidade da vida?

a) Nunca ( )

b) Ocasionalmente ( )

c) Frequentemente ( )

11- Você se deparou com alguma situação em que foi proposto ao paciente terminal o limite terapêutico? sim ( ) não ( )

12- Na graduação, quando você se deparou a primeira vez com a morte, por limitação terapêutica:

a) Ficou por mais de um mês em sua lembrança ( )

b) Ficou por duas semanas em sua lembrança ( )

c) Foi rapidamente esquecido ( )

d) Ainda não ocorreu ( )

13- Na sua opinião, a decisão do limite terapêutico e de cuidados paliativos para o doente terminal tem um enfoque predominantemente:

a) Ético ( )

b) Humanista ( )

c) Legal ( )

d) Contrário aos princípios bioéticos da medicina ( )

14- Baseado na pergunta anterior, a quem compete a decisão do limite terapêutico?

Você pode assinalar mais de uma resposta.

a) Ao médico ( )

b) À equipe multidisciplinar ( )

c) À família ( )

d) Ao paciente ( )

e) Ao diretor do hospital ( )

f) Ao representante religioso (padre, pastor, rabino, por exemplo) ( )

15- Ainda baseado na pergunta anterior, quem pode participar da decisão do limite terapêutico? Você pode assinalar mais de uma resposta.

a) O médico assistente

b) A equipe multidisciplinar

c) A família

d) O paciente

e) O diretor do hospital

f) O representante religioso (padre, pastor, rabino, por exemplo)

No seu curso de graduação estão incluídas oportunidades de aprendizagem no currículo que abordem o limite terapêutico e o tratamento fútil?

sim ( ) não ( )

Em que semestre? \_\_\_\_\_



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

sim ( ) não ( )

Por quê?

---



## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, desta pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **Percepção sobre a prática de Cuidados Paliativos e Terminalidade de Vida em um Hospital Geral**

Pesquisador Responsável: Dr<sup>a</sup>. MARIA LUIZA GALOR CORRADI

Telefone para contato: (015) 998028588

A pesquisa tem como objetivos: Avaliar a percepção dos assistentes médicos e médicos residentes de um hospital geral, bem como de graduandos em regime de Internato do Curso de Medicina do Centro Universitário São Camilo, que passam em estágio curricular obrigatório no Hospital Geral de Carapicuíba (HGC), sobre Cuidados Paliativos e Terminalidade de Vida. Além disso, identificar as lacunas durante a formação médica nas questões referentes à morte e ao morrer e de Cuidados Paliativos e finalmente; verificar as dificuldades, sentimentos e atitudes que médicos assistentes, residentes e internos encontram na prestação de cuidados aos pacientes em terminalidade de vida no ambiente hospitalar.

Para isso, o convidamos a participar desta pesquisa onde será aplicado, em um primeiro momento questionário estruturado. Posteriormente, realizaremos entrevista contendo questões a serem respondidas por você.

Há riscos mínimos aos que participarão da pesquisa, de natureza psicológica/emocional pelo possível desconforto ou constrangimento em refletir e responder ao questionário e às perguntas da entrevista sobre a morte, o morrer e cuidados paliativos na terminalidade da vida, o que pode ser motivo de sua não participação, se assim desejar.

O estudo tem por benefícios potenciais a melhora da assistência aos pacientes do HGC e você poderá estar contribuindo para o aprimoramento da Educação no Ensino das Escolas Médicas, especialmente sobre Cuidados Paliativos, quando os resultados forem tornados públicos.

Esta participação é totalmente voluntária e não lhe trará nenhum custo. Será garantido o sigilo, a privacidade e confidencialidade de todas as informações prestadas e seu nome não será revelado. Você terá acesso aos resultados da pesquisa, assim que concluída.

Você tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem que tenha qualquer prejuízo e, se necessário, contar com apoio e orientação da pesquisadora e de sua orientadora para encaminhamento e acompanhamento psicológico, caso sinta-se abalado a qualquer tempo, após ter concordado em participar da pesquisa.

I. Portanto, declaro estar ciente sobre os objetivos do estudo sob responsabilidade da MARIA LUIZA GALORO CORRADI, sob orientação da Dr<sup>a</sup>. CIBELE ISAAC SAAD RODRIGUES.

II. Declaro também estar ciente de que as informações que fornecerei serão utilizadas para este estudo, sendo preservada a minha identificação pessoal.

III. Declaro concordar em participar deste estudo voluntariamente e estar ciente de que a Dr<sup>a</sup>. Maria Luiza e Dr<sup>a</sup>. Cibele estarão disponíveis para responder a quaisquer perguntas. Sei que posso retirar este meu consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo.

IV. Caso tenha algum problema ou dúvida relacionada a este estudo, estou ciente de que poderei entrar em contato nos telefones disponibilizados. Se tiver alguma queixa sobre a pesquisa, ou me sentir prejudicado, posso ainda entrar em contato diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, no horário comercial, pelo telefone:15-32129896.

Sorocaba, de de 2017.

Participante da Pesquisa:

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_\_\_

Pesquisador responsável: Dra. Maria Luiza Galoro Corradi

Assinatura: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C - RESPOSTAS DA QUESTÃO ABERTA DO QUESTIONÁRIO  
ESTRUTURADO**

<b>Nome</b>	<b>Grupo*</b>	<b>Questão Aberta</b>
C.	0	Porque muitas patologias não são curáveis, mas sim controláveis, outras, há o diagnóstico, mas não o tratamento, cabendo ao médico ponderar medidas de suporte e reabilitação. Em nenhum momento me foi passada a visão do "médico resolve tudo".
Cl.	0	Pois desde o curso de graduação somos treinados para nos deparar com essas situações.
R.	0	Do momento em que você entende que lidar com pacientes terminais deve fazer parte da essência do médico, esse conflito deixa de existir.
BD	0	Ao iniciar a faculdade de medicina tinha o conceito de que o papel do médico seria cuidar dos doentes (paciente enfermo) e a melhor forma de se fazer seria tratando suas doenças. Hoje e a cada dia na graduação vejo que existem diversas outras maneiras de "tratar" o paciente e que não conseguir curar um paciente não quer dizer que ele não seja ou não possa ser tratado. Portanto o meu "x" no sim que antes era uma certeza com o passar dos anos está se tornando um "não".
AM	0	Eventualmente nos deparamos com a impossibilidade de cura por muitos motivos, mas não acaba aí o nosso trabalho como médico. Devemos aliviar sempre que possível, melhorando a qualidade de vida restante, e consolar quando este tempo é curto e o alívio não é alcançado como gostaríamos. Esse também é um grande aprendizado, evitar a distanásia, priorizando sempre o conforto dos nossos pacientes.
J M F V	0	Como em toda profissão, atividade humana existem limites do que podemos ou não realizar para atingirmos um

		objetivo (curar). Assim, existem pacientes sem possibilidade de cura com nosso conhecimento atual. Reconhecer nossos limites faz parte de compreender nossas capacidades. Diferença importante entre investir esforços e recursos para devolver a saúde de um ser humano, e outra muito diferente prolongar a agonia de um paciente sem perspectiva de cura. (priorizando o conforto).
AMR	0	O alívio dos sintomas diante da terminalidade também se trata de uma cura, não definitiva.
HPN	0	A formação acadêmica é voltada ao diagnóstico, tratamento e cura. Quando se trata de incapacidade de cura tem que se rever conceitos, compartilhar decisões para aliviar angústia da limitação da medicina, visto que não é uma ciência exata.
CAC	1	Não, na verdade, situações como essa, que acontecem corriqueiramente na prática médica diária somam no aprendizado como médico, deixando os alunos mais preparados para enfrentar e lidar com a morte e o sofrimento dos pacientes no futuro.
JS	1	Foi difícil aprender que em muitas ocasiões o "curar" vai estar muito além das nossas habilidades como médicos e seres humanos, mas sempre poderemos cuidar da melhor forma possível dos nossos pacientes.
GA	1	Meu aprendizado como médica provém de concepções criadas antes mesmo da graduação, por meio da formação familiar e experiências pessoais, nas quais o médico tinha como função acolher, prevenir e tratar doenças, prover conforto e bem-estar, e não necessariamente promover a cura. Ao ingressar na faculdade de medicina, pude, desde o início, vivenciar situações que incluíam o processo de morte e terminalidade, e tive a oportunidade de discutir em grupos tais situações, bem como qual o papel do médico e os sentimentos envolvidos. Os debates ocorriam como

		parte do currículo, na disciplina de Psicologia médica, desde o início da graduação, em semestres intercalados, até o ingresso no internato. Na minha opinião, estas discussões foram fundamentais para lapidar a minha formação, principalmente para aprender a lidar com os diversos sentimentos que fazem parte do cotidiano médico, incluindo a impotência diante da impossibilidade de cura. Portanto, percebi que a incapacidade de curar um paciente, ao invés de confrontar-se com o aprendizado, insere-se nele.
MLL	1	Justamente pelo conhecimento que a medicina dá, sabe, mas que muitas vezes a morte ou não curar o paciente é inevitável, sendo nesse momento importante saber lidar com a frustração que pode ocorrer para todos.
DA	1	Porque temos a obrigação de preservar a vida humana, porém tem alguns fatores que interrompem e não permitem.
B S	1	Após ter conhecido os cuidados paliativos, a cura/libertação da alma se tornou tão importante quanto a cura do corpo.
PMC	1	Porque saber reconhecer quando um paciente entra em terminalidade é parte importante da boa prática médica, bem como implementar medidas que visem o conforto do paciente em detrimento de medidas invasivas e terapêuticas fúteis.
CO	2	Porque a medicina tem limites, e a morte é um processo natural da vida. O importante é de que maneira essa morte ocorre. O médico tem o papel de diminuir o sofrimento para que o paciente tenha uma morte digna e o mais humana possível.
CF	2	Acredito que não, dentro de nossa formação como médicos aprendemos a fazer tudo o que está ao nosso alcance para curar e melhorar a qualidade de vida de

		nossos pacientes. (Através de meios materiais e intelectuais, éticos e morais). Contudo, a situação em que tudo for realizado e a cura é impossibilitada, dessa forma compete no médico oferecer o conforto e a qualidade de vida com cuidados paliativos, e deixar que a doença siga seu curso normal, mantendo a assistência. Respeitando a vontade do paciente, ou familiares. Não vejo como um conforto, apenas como uma limitação da terapêutica de cura, e oportuna para uma nova forma de abordagem complementar a medicina.
TAH	2	Porque promover o conforto ao paciente sem necessariamente curar faz parte do aprendizado médico.
GT	2	Médico não tem o compromisso de curar, mas de oferecer o maior conforto.
C.	2	Pois a ciência pode ir até certo ponto e a partir daí deve-se pensar no conforto e qualidade de vida do paciente.
JS	2	Discutimos no sétimo semestre questões bioéticas. Foi uma reflexão interessante, porém ainda me causa angústia a incerteza sobre o momento certo para o limite terapêutico.
JC	2	O médico se depara com diversas situações em que não é mais possível a cura do paciente. Exemplos: não há medicamentos para determinadas doenças ou estágios dela; descoberta da doença tardia; síndromes genéticas; entre outros. A ciência caminha de forma lenta, não acho que o médico seja capaz de curar qualquer doença e nem que isso seja um problema.
LK	2	Acredito que na posição de médico, o ser humano deve fazer de tudo para amenizar o sofrimento do próximo, mas, infelizmente, nós médicos (e futuros médicos) não temos a capacidade e a possibilidade de curar a todos e a todo momento.



ACR	2	Porque a incapacidade de cura de um paciente, quer seja por falta de recursos ou conhecimento é algo que pode vir a fazer parte do meu aprendizado próprio como médica com no caso dos futuros médicos que não de se formar, ampliando assim as possibilidades de cura de um doente.
-----	---	--

\*Definição do Grupo: Médicos Assistentes (0), Residentes (1), Internos (2).



## APÊNDICE D - ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

### Wagner- interno

Entrevistador: Por que você escolheu a medicina como profissão?

Resposta: Bom, na verdade a escolha da medicina foi algo meio tardio na minha vida. Foi no cursinho que eu fui decidir o que de fato eu queria.

Entrevistador: Sêrio?

Resposta: Sêrio, eu tava em dúvida entre medicina e engenharia, porque eu sempre gostei muito de matemática e com algo relacionado com publicidade e propaganda, então nada a ver com nada. E aí no cursinho eu fui pra área de biomédicas, porque seria o mais preparatório de todos e no final acabei optando pela medicina. Eu sempre queria muito alguma coisa, parece que é meio triste isso, mas sempre queria alguma coisa.. eu sempre gostei muito de ajudar pessoas, então eu queria alguma coisa que eu pudesse ajudar pessoas. E aí entre todas as minhas dúvidas, a medicina era a que eu mais poderia fazer isso, aí eu acabei optando por isso. Eu não tenho nenhum médico na família, eu sou meio que o primeiro...então foi o ponto fora da curva.

Entrevistador: E você se sente realizado? Você tá terminando né? O que você concluiu?

Resposta: Eu concluí que assim, eu tinha uma visão um pouco utópica da medicina antes de entrar, e eu mudei muita coisa na minha cabeça ao longo do curso, mas eu acho que assim, é muito de cada um escolher como quer ser dentro da medicina. Tem muita gente que vai pra um lado que eu não acho que é o lado certo, mas tem muita gente muito boa que faz as coisas direitinhos, que influencia e acaba sendo exemplo pra muita gente. Eu abri um pouco minha cabeça nesse sentido de... eu tinha uma visão muito utópica de que era tudo muito maravilhoso, tudo muito lindo, e acabei quebrando um pouco isso na minha cabeça...

Entrevistador: Isso não te frustrou né? a ponto de..

Resposta: Não não, me fez querer não ser assim né

Entrevistador: Como é que você define a morte?

Resposta: A morte? É... bom, juntando tudo assim? a questão religiosa..

Entrevistador: É. Dentro de você mesmo.

Resposta: De mim. Eu, assim, não tenho 100% definido uma religião minha, mas eu simpatizo muito com a questão do espiritismo. Então, eu acredito muito que a gente tenha uma missão na terra assim...e que depois da morte a gente vá pra algum outro plano, algum outro lugar. E eu acredito na reencarnação, então eu acho que a morte não é o fim de tudo, é o fim de um ciclo.. e acredito que com a reencarnação a gente ainda volta etc e tal. Então eu não vejo como o fim de tudo, eu acho que a morte é como a passagem pra outro lugar e a gente ainda tem a oportunidade de voltar pra melhorar a coisa etc e tal.

Entrevistador: Frente à morte, quando acontece, quando você vivencia isso, quais os sentimentos que predominam em você e como você enfrenta isso?

Resposta: Morte em geral? seja de gente próximo, de paciente..

Entrevistador: Isso, você até pode se quiser falar um pouco a respeito dessa dicotomia em relação..

Resposta: Bom, de sentimento primeiro, vem a questão de tristeza.. de... assim, de difícil aceitação se é, tanto se é alguém muito próximo ou se é paciente, eu acho que na vida de médicos como a gente vai perder pacientes, eu acho que sempre tem um vínculo com paciente então, acho que hoje mesmo a minha paciente teve alta aqui na pediatria e foi uma alta ruim porque ela sofria muito por falta de higiene com a mãe e teve que ir pro conselho tutelar porque a mãe, sei lá, perdeu a guarda e não tinha ninguém na família que podia pegar então ela foi pra uma creche...não tem nada a ver com morte mas é um negócio complicado.

Entrevistador: É uma perda né?

Resposta: É uma perda. Eu fiquei até meio mal, tava falando agora pouco com a dra. Andrea que é um negócio muito ruim de você ver. É pro bem da criança, mas putz, é uma coisa muito ruim. Acho que primeiro fica essa coisa de tristeza, de difícil aceitação, mas acho que todo mundo fala mesmo de tempo é o melhor remédio.. eu acho que com o tempo as coisas vão se encaminhando e na minha cabeça assim, é algo que é inevitável em muitos momentos, e a gente tem que aceitar da melhor maneira. Até na clínica a gente discute muito isso, de morrer bem, questão de conforto, de sempre ter conversa..eu acho que esse é o caminho certo assim..você percebe que a morte tá mais próxima, algo assim.

Entrevistador: Você já perdeu alguém da família, ou pessoas muito próximas, amigos muito próximos?

Resposta: Eu perdi mais recentemente assim... da família graças à Deus tá todo mundo quase aí, mas eu perdi um avô quando eu tinha três anos então eu não lembro muito... assim, eu lembro muito dele, a memória dele..., mas eu não sei dizer como que foi na época né? E recentemente, há dois anos, eu perdi o avô por parte de pai ... assim, de pessoas próximas foi a morte mais recente que teve nos últimos tempos. E assim, é uma coisa muito ruim, é... aquela coisa de velório, todo mundo chorando, essa coisa toda. E o que foi mais importante pra mim nessa época que eu percebi foram as pessoas próximas dando suporte, então, vieram amigos meus que às vezes nem pensei que fossem vir e que se aproximaram de mim, e me deram palavras de força... ficaram comigo no velório... a minha família toda tava muito unida nisso. Minha vó ainda é viva então ela foi a grande preocupação da minha família...foi pra ela, porque ela acabou ficando sozinha e assim... foi essa questão de união que foi o principal, que ajudou muito todo mundo. Todo mundo tava muito unido e muito próximo.

Entrevistador: Você se sente preparado então pro enfrentamento desse processo de morte e morrer dos pacientes?

Resposta: Eu acredito que sim, hoje sim. Eu entrei muito mais querendo... acho que no ponto de evitar isso, esse contato, e a gente vê que não tem jeito principalmente aqui no internato. A gente acaba vendo sempre o seu paciente ou o de outra pessoa... é algo que é muito mais comum do que a gente imagina, né? E a gente acaba se acostumando eu acho. Mas assim, é um acostumado que é por sobrevivência, porque se você não se acostumar não da pra você manter... então, é algo que você precisa se acostumar. E eu acho que eu to conseguindo me acostumar agora, acho que eu entrei muito despreparado pro que eu to hoje em dia, acho que eu ainda não sou 100%, mas consigo encarar de uma maneira muito melhor até pra conversar com os familiares e tudo... tendo acompanhado isso aqui me sinto muito mais preparado. Então eu acredito que sim.

Entrevistador: E como você acha que deve ser o papel da graduação no preparo de enfrentamento do processo de morte e morrer? Você acha que a graduação influencia, preparando o aluno ou não? Até o seu processo também, o que você sente durante a graduação?

Resposta: Especificamente com a São Camilo ou no geral?

Entrevistador: No geral e também da São Camilo se você quiser falar da tua experiência.

Resposta: Por se algo que é inevitável assim, é médico, vai acabar pegando em algum momento da vida isso, é um assunto sério que deve ser abordado assim. Então tem que ter dentro da grade, dentro dessa parte que a gente acaba falando muito de cuidados paliativos então a gente acaba tratando um pouco disso. Mas, as vezes eu ainda acho que é pouco porque por mais que a gente pegue, eu acho que tem alunos, gente da minha sala que por exemplo que acaba querendo se afastar disso e acaba se graduando sem ter quase contato com isso. Então talvez seja interessante ter algo mais voltado pra esse assunto, eu acho que falta isso, é... que nem a questão de suicídio que agora tá bem na moda...não tem. É algo que a gente não falava muito e agora fala mais, são assuntos que eu acho que são bastante importantes e que devem ter dentro da graduação, e eu acho que tem menos do que deveria. Mas quem quer, que vai atrás, consegue ter uma base até que boa. Mas, eu acho que falta.

Entrevistador: E na São Camilo a mesma coisa?

Resposta: É, mesma coisa. Na minha sala eu acredito que tenham pessoas que driblaram isso ao longo de até agora assim...

Entrevistador: Vão se formar às vezes sem ter tido o mínimo de experiência em nada né?

Resposta: O mínimo eu acho que até talvez tenha, mas depois vão sofrer muito com isso lá na frente, talvez até de não saber lidar, de não saber fazer além do que precisa e além do que pode pra tentar salvar o paciente... não sei, mas acho que é uma visão minha.

### **Dayane- interna**

Entrevistador: Por que você escolheu a medicina como profissão?

Resposta: Então, desde que eu nasci eu nunca quis outra coisa. Eu tinha um tio que era farmacêutico e eu ficava muito na farmácia e tal, e achava legal as coisas. Aí eu fui crescendo e conhecendo mais sobre a medicina e aí nunca quis outra coisa. Aí prestei vestibular, agradei depois que eu entrei no curso também...

Entrevistador: E você está se sentindo realizada na graduação, que você está finalizando?

Resposta: Tô. O final é mais cansativo, dá muita ansiedade, mas eu tô realizada sim.

Entrevistador: Como é que você define a morte?

Resposta: Pra mim é uma passagem. Eu acho que cada um tem uma visão de mundo, uma coisa, mas pra mim é uma passagem pro outro plano.

Entrevistador: E isso você já tem definido com você desde sempre ou você mudou isso?

Resposta: Não, mais nova assim eu não entendia muito, nunca me importei em pensar quando eu vou morrer... quando a gente é nova a gente não pensa nisso né? Depois que você tem mais contato, que você vê assim... você começa a parar pra pensar, “Mas e aí, o que vai acontecer?”. E aí depois que eu comecei a pensar mais sobre isso, crescendo, eu comecei a entender dentro da minha fé que a morte é uma passagem mesmo.

Entrevistador: Frente à morte quais os sentimentos que predominam em você e como você enfrenta isso?

Resposta: Então, é, mortes assim muito próximas, eu já perdi pessoas da minha família, é um sentimento de muita tristeza assim, muita...parece que você perde o chão, a vida perde meio que o sentido assim, fica uma coisa muito estranha. Mas, quando é uma morte mais afastada, dos pacientes e tal, eu fico apática... fico mais na minha. Prefiro ficar em silêncio, não converso muito... é assim.

Entrevistador: Na sua família você perdeu quem?

Resposta: Uma pessoa muito importante que eu perdi foi minha tia, ela era uma segunda mãe pra mim, no final de 2016. Eu fiquei muito mal, eu tive crise de ansiedade, fui pro pronto socorro depois de um tempo, e foi bem complicado. Até hoje pra mim é difícil, mas...com o tempo vai melhorando assim na cabeça da gente.

Entrevistador: Você se sente preparada pra enfrentar o processo de morrer dos pacientes?

Resposta: Então, no começo a gente sempre acha “Não, com certeza eu vou estar preparada porque na medicina a gente perde paciente e tal”, mas em Itapevi eu acompanhei um caso e vi que não é fácil... eu lembro que era um paciente de 38 anos, lembro o nome dele, ele chegou com uma hepatopatia aguda... chegou super bem, e aí ele foi evoluindo e evoluindo, e passou umas duas semanas. Eu acompanhei do

começo ao fim do processo de morte dele, ele morreu e eu vi que na hora de conversar com a família eu não me senti tão preparada quanto achei que eu estaria. E aí até pra conversar me faltou um pouco de palavras assim, pra conversar com a família.

Entrevistador: E você foi sozinha?

Resposta: Então, foi assim, primeiro a Dra. Maria Helena, pra esposa dele ela foi comigo. Aí ela conversou e eu fiquei só observando. Eu ouvi, e fiquei meio assim, mas foi até que tudo bem. Aí depois com a mãe do paciente ela falou assim “Agora você vai lá e conversa, se você não conseguir, me chama”. Aí fui e consegui conversar, mas eu não conseguia falar a palavra morrer, não vinha, era muito estranho. A mãe dele ficou muito assim em choque... a mãe e o pai não aceitaram muito. A esposa, os filhos, eles assimilaram bem. Mas a mãe e o pai ficaram bem desacreditados, culparam o hospital... não acharam que era culpa do paciente ou por causa do álcool, ele bebia muito. E foi meio estranho, mas eu acho que hoje depois dessa experiência eu tô mais experiente.

Entrevistador: E você conseguiu aceitar a morte desse paciente?

Resposta: Eu consegui. Porque eu pensei assim, apesar dele ser muito novo, ele vivia uma vida que assim... não dá pra você ser saudável vivendo uma vida assim. Mesma coisa que eu comer errado, beber todo dia e querer viver até 100 anos. Não tem muito sentido... e aí o que aconteceu com ele foi isso, ele tinha uma vida em que ele bebia não sei quantos litros de cachaça por dia e não se alimentava... aí eu pensei, ele não vai ter uma vida saudável. Então eu até aceitei melhor, é triste porque ele deixou quatro filhos, ele era muito novo...

Entrevistador: E como você acha que deve ser o papel da graduação, na formação da faculdade, nesse preparo de enfrentamento do processo de morte e morrer?

Resposta: Olha, as vezes eu acho que as pessoas entram na medicina com um sonho muito lindo, de que ninguém morre, de que vai cuidar de todo mundo e todo mundo vai te agradecer... acho que a faculdade, mesmo na São Camilo, eu acho que as pessoas até preparam bem, precisa conversar bastante com os alunos sobre isso, sobre quando o paciente morre e que a família não aceita, que vão culpar você...e explicar bem, porque é difícil. Às vezes você acha “Não, eu tô preparado”, não sei o quê, ou você tem uma visão muito linda sobre o que é a medicina e quando você vê a pessoa morrer assim você já fica meio...



Entrevistador: É no internato que você teve esse sentimento?

Resposta: Sim, sim. Com certeza. Porque antes, durante a faculdade, eu nunca peguei caso grave. Eu não lembro de pegar caso grave, de ver caso grave...tanto aqui quando a gente passava na semiologia eu não lembro de pegar um caso, ou se eu peguei, como eu não entendia muito, eu não me liguei muito. Não era tão assim... agora no internato que você entende, que você vê como é uma patologia, você fica mais...

Entrevistador: E na faculdade, a tua vivência com esse tipo de coisa é na bioética?

Resposta: É, na bioética a gente tem uma coisinha. Mas como a gente chega cru, eu pelo menos cheguei muito crua na faculdade, confesso que não dei muita atenção. Mas, na bioética eles falaram, principalmente sobre eutanásia, ortotanásia que agora a gente viu melhor. E também na geriatria a gente viu, e aí a gente viu melhor um pouquinho sobre o processo de morte.

Entrevistador: Muito mais conceitual do que na prática?

Resposta: Sim, sim, a prática na faculdade não tem, é mais no internato mesmo.

### **Marcos- interno**

Entrevistador: Por que você escolheu a medicina como profissão?

Resposta: Eu escolhi a medicina um pouco por influência da família, que eu tenho outros três irmãos médicos, acho que é porque quando você sai do colégio, e eu saí me formei com 17 anos, acho que é uma idade muito nova pra você decidir o que quer pro resto da vida. Aí, meio que eu tava na dúvida entre isso e na dúvida entre engenharia ou arquitetura que eu também gosto muito dessa parte, aí um dos meus irmãos falou: “ah, vamos pra um plantão comigo pra você ver se gosta e tal”, aí no plantão que eu acompanhei com ele chegou duas paradas e eu achei super legal.

Entrevistador: E você se identificou?

Resposta: É, eu me identifiquei e falei “nossa, eu acho que é isso que eu quero pra minha vida”. Aí eu fui e tentar medicina, fiz cursinho e tudo, depois.

Entrevistador: E você tá se sentindo realizado com a sua escolha?

Resposta: Ah, acho que no começo da faculdade quando tava no ciclo básico assim, meio que eu me desiludi um pouco, eu fiquei tipo... eu não enxergava muito bem como eu ia aplicar aquilo na medicina. Mas, aí depois que entrou pro ciclo clínico começou a ficar mais legal, aí eu peguei mais gosto do que antes. No começo da faculdade eu fiquei meio assim, mas depois eu gostei mais. Agora...

Entrevistador: Tá definido?

Resposta: Aham.

Entrevistador: Como é que você define a morte?

Resposta: A morte? Você quer a definição...

Entrevistador: Pra você

Resposta: A definição pra mim de morte... acho que é a pessoa parar de responder, de existir. Não necessariamente a pessoa teve... é, parou, foi enterrada, mas eu não sei como por exemplo, um paciente que tá aqui acamado há muito tempo em cuidados paliativos na UTI só no respirador e não tem qualidade de vida nenhuma, pra mim isso é tipo morte.

Entrevistador: Legal a definição de que não necessariamente precisa ter uma parada cardiorrespiratória.

Resposta: Ou morte encefálica, as vezes só tá aqui, pra mim isso é morte, não tem qualidade de vida. Morte é meio que não ter qualidade de vida.

Entrevistador: Então é possível você estar vivo como se estivesse morto?

Resposta: É.

Entrevistador: Vivo no sentido biológico, mas...

Resposta: É.

Entrevistador: Frente à morte quais os sentimentos que predominam em você e como você enfrenta isso? Até essa morte que você define aí nessa condição, ou a condição mesmo de ter parado de respirar ou parado as ondas cerebrais, enfim, o que você sente e como você enfrenta?

Resposta: A morte é meio que ...é que meio que aquele processo todo que a gente já conquistou na faculdade, que é o processo de luto. Que a pessoa fica angustiada, fica depressiva, fica triste.

Entrevistador: E você já passou por essas situações assim?

Resposta: Eu passei quando eu era... na verdade assim, passar de fato eu nunca passei, porque a última pessoa que morreu na minha família foi a minha vó e sei lá, eu tinha cinco anos e eu era muito pequeno e era aquela coisa de que ela morreu e eu sei que ela morreu, mas os meus pais fazem aquela coisa de “ah, a vó foi com Jesus e agora tá no céu” e é isso. Lógico que eu era muito criança, ninguém me levou no enterro, nunca me levou em nada então eu não tive esse processo do luto, processo da morte pra ver a pessoa assim, então eu nunca passei por um processo de luto assim. Eu já vi as pessoas passarem, ficarem tristes assim, mas ...

Entrevistador: E te angustia de ver isso ou não?

Resposta: Me angustia de ver o sofrimento das pessoas, né? As pessoas ficam realmente muito abaladas, né? Acho que uma pessoa extremamente querida na sua vida de um dia pro outro perder, porque queira ou não, mesmo quando a pessoa tá internada, tá acamada, tem aquele preparo psicológico, mas ninguém tá preparado de fato no final.

Entrevistador: Você se sente preparado pra enfrentar isso com os pacientes? O processo de morrer dos pacientes?

Resposta: Com os pacientes eu me sinto mais preparado do que na família, porque o paciente eu acabo conhecendo aqui no hospital, aí eu não tenho um vínculo tão grande com o paciente. Diferente de um familiar, né?

Entrevistador: Você já teve essa experiência de passar por isso com algum paciente seu ou não?

Resposta: Com paciente acho que só no semestre passado na cirurgia, acho. É, foi na cirurgia, teve um rapaz que acabou falecendo, não lembro nem direito o porquê, mas aí trocou os grupos e eu fiquei com ele só dois dias.

Entrevistador: Você não teve uma vivência mais constante com ele então?

Resposta: Não.

Entrevistador: E como você acha que deve ser o papel da graduação, na formação da faculdade, nesse preparo de enfrentamento do processo de morte e morrer? Você acha que isso é uma necessidade, você acha que não? Você acha que a faculdade tem importância nesse processo de preparar o aluno?

Resposta: Eu acho que... eu acho que a faculdade às vezes quando a gente tem essas discussões, como por exemplo, eu acho que a faculdade preparou a gente quando teve essa discussão, é que eu não lembro qual foi a matéria lá atrás que a gente teve. Mas teve sim uma discussão em relação ao luto, o que é o processo do luto, acho que isso já é uma forma de preparação, mas assim, não foi algo que eu falo “ah, eu vou conseguir encarar”. Eu acho que a faculdade prepara a gente assim, dá um parecer, mas não é um preparo realmente.

Entrevistador: Você acha que poderia preparar? Acha que é possível?

Resposta: Acho que sim, tanto um preparo psicológico pra gente que é profissional quanto como passar isso pra família, porque as vezes a gente tem algumas recomendações, mas assim acho que nunca ninguém chegou de fato assim pra gente e meio que ensinou um modo de acolher a família...acho que uma conversa com uma família que tá com um paciente em estado terminal, acho que ninguém nunca passou pra gente como deve ser comunicado, como deve ser conduzida uma conversa com a família nesse sentido, isso aí nunca foi passado pra gente não.

### **Lilian - interna**

Entrevistador: Por que você escolheu a medicina como profissão?

Resposta: Desde pequena eu tenho pé torto congênito, então eu passei muito em médico e aí, criança repete aquilo que ela vive. E aí eu começava a brincar de boneca e todo mundo reforçou e aí como tem o status da medicina, eu fui muito reforçada a fazer. Cheguei no terceiro ano e não consegui passar, aí fui fazer psicologia. Dentro da psicologia eu gostava muito da área biológica, eu gostava muito de neuropsicologia... mas, era muito acadêmico só. E aí eu decidi no final voltar e fazer medicina, mas porque eu gostava da área biológica. Não era por utopia de ajudar e tal, porque eu acho que ajudar você ajuda em qualquer lugar que tiver.

Entrevistador: E você chegou a completar a faculdade de psicologia?

Resposta: Cheguei, eu tava no último ano estudando pra mestrado e aí eu fiquei entre mestrado e cursinho de novo, daí eu escolhi cursinho.

Entrevistador: Corajosa.

Resposta: Foi, porque seis anos... é difícil.

Entrevistador: Mas te deu uma bagagem boa, né? Com certeza...

Resposta: Deu.

Entrevistador: Como é que você define a morte?

Resposta: Como é que eu defino a morte? Nossa, que pergunta difícil. Tem como definir como o final da vida?

Entrevistador: É uma definição sua.

Resposta: Eu defino como quando o corpo para, as células também param e tudo para...a morte biológica. Agora...

Entrevistador: Você acredita em um outro tipo de morte assim ou em algum outro processo que não pararia?

Resposta: A questão espiritual né? Eu sou agnóstica, mas eu acredito que a gente sempre tem algum tipo de ligação, mas eu não tenho uma crença específica religiosa... assim, vai pro céu ou não vai. Pra mim é uma coisa mística, eu não sei, mas eu acredito que tenha alguma coisa após isso e que é alguma coisa que reforça a gente aqui.

Entrevistador: Frente à morte, quais os sentimentos que predominam em você e como você tenta enfrentar isso?

Resposta: Eu acho que depende de como foi a morte. Tipo, a morte de um senhorzinho já em cuidados paliativos, que já viveu toda aquela vida plena, eu vejo como um processo natural e em algum momento até como um alívio, sabe? um alívio do sofrimento, mesmo que ele esteja ali com analgésico e tudo, um alívio do sofrimento. Agora uma morte abrupta, eu já encaro de uma maneira...já me desperta sentimentos ruins assim. Quando é uma criança que morre eu já acho muito mais difícil, gera aquele sentimento de impotência, sabe?

Entrevistador: E você tem algum artifício pra enfrentar esse processo ou não?

Resposta: Acho que ainda não.

Entrevistador: Você se sente preparada então pra enfrentar esse processo de morte e morrer dos seus pacientes?

Resposta: Dos pacientes crônicos, sim. Dos pacientes agudos eu acho que ainda não.

Entrevistador: Pra você, como você acha que deve ser o papel da graduação no preparo de enfrentamento do processo de morte e morrer?

Resposta: Eu acho que a gente primeiro tem que partir pela aceitação, principalmente do cuidado paliativo. Quando você entra no cuidado paliativo, que você já sabe o que vai acontecer, eu acho que você tem que saber identificar e saber aceitar. Porque muitas vezes a gente quer impedir que as coisas aconteçam por conta da gente, né? E eu acho que isso é muito natural, e de novo, principalmente quando você pensa em criança ou em adulto jovem, eu acho que é muito mais difícil você aceitar e aí você lança mão das artimanhas de reanimar, de intubar, porque a gente não aceita a morte. Então eu acho que isso deve ser focado, principalmente nessas partes que não são tão naturais pra gente, sabe?

Entrevistador: E na graduação, antes de chegar no internato, você teve algum tipo de preparo pra isso?

Resposta: A gente tinha algumas discussões de bioética, mas ficava muito na parte filosófica. Eu acho que não preparou, mas nem pelo professor nem pela graduação, mas pela pouca vivência que a gente tinha. Então eu acho que esse tipo de preparo, mesmo que na teoria, deve ser feito mais quando a gente tá aqui. A gente lidando com a parte prática, toca mais a gente, sabe?

Entrevistador: No próprio internato mesmo?

Resposta: Eu acho que deve ser no internato mesmo, porque antes fica uma coisa muito abstrata.

Entrevistador: Você acha que se começasse uma vivência mais precoce, a parte prática já começasse no começo mesmo, você acha que poderia ter uma repercussão diferente?

Resposta: Aí eu acho que sim, acho não, tenho certeza que sim. Com certeza. Porque a gente viveu isso lá em Itapevi, teve um paciente que chegou da Jé. Ele teve uma cirrose, era um paciente jovem, tinha uns 40 anos, e desde que ele chegou até a morte foi uma coisa rápida. E a gente pegou todo o processo, sabe? A gente ficou meio chocada..até na hora de passar a informação, a Jé tava junto, e pra ela foi uma coisa muito difícil e a gente acompanhou assim de lado e é pesadinho assim... mesmo sabendo que ia acontecer.

### **Flora - médica residente**

Entrevistador: Por que você escolheu a medicina como profissão?

Resposta: Por que eu escolhi a medicina? Porque desde criança, desde adolescente eu gostava de cuidar das pessoas e quando tinha alguém da minha família que ficava doente, eu não sabia o que fazer e ficava muito angustiada, aí eu queria aprender.

Entrevistador: E você se sente realizada com a tua decisão?

Resposta: Muito. Sou muito feliz na medicina e não me vejo em outra coisa.

Entrevistador: Como é que você define a morte?

Resposta: A morte? Eu acho que é o término de um ciclo, assim. Não sei exatamente se tem alguma coisa que vem depois da morte, mas acho que é o término de algum ciclo.

Entrevistador: Frente à morte, quais os sentimentos que predominam em você e como você enfrenta isso?

Resposta: Um pouco acho que depende do contexto em que a morte acontece. Às vezes dentro da família, ou se é no trabalho que a gente enfrenta. Depende muito de que em que circunstância isso tá acontecendo, né? Acho que no trabalho geralmente é alguma coisa que a gente fez o que podia, fez o que tava dentro do nosso alcance pra fazer e ia ser alguma coisa que talvez ia evoluir.. às vezes na família é um pouco mais diferente porque tem um contato diferente, uma convivência diferente, mas não deixa de ser também um término de um ciclo. Gera tristeza também por perder um ente querido e um pouco de angústia, às vezes impotência, então acho que é isso.

Entrevistador: Você se sente preparado então pro enfrentamento desse processo de morte e morrer dos pacientes?

Resposta: Dos pacientes eu acho que tô muito mais preparada do que eu entrei, do que quando eu saí da faculdade...do começo do trabalho mesmo, acho que hoje eu sou muito mais preparada. Lógico que vai ser uma perda de qualquer forma, mas se a gente trabalha fazendo o melhor e o que tá no nosso alcance assim, acho que a gente se sente mais preparada.

Entrevistador: Você compreende que existem limitações?

Resposta: Sim.

Entrevistador: E como você acha que deve ser o papel da graduação, na faculdade, nesse preparo de enfrentamento do processo de morte e morrer? Você acha que a graduação influencia no preparo, pode influenciar? Que que você acha?

Resposta: Eu acho que influencia no sentido de as vezes não preparar o quanto devia preparar. Assim, eu acho que deveria ser muito mais discutido, muito mais uma prática muito maior. Na graduação não tive muito contato com isso assim na prática, na teoria tive discussões da morte, como abordar, como dar a notícia, mas na prática tive bem pouco.

Entrevistador: Em que matéria você teve isso, você lembra?

Resposta: Bioética...tinha muito multidisciplinar na faculdade, muito biopsicossocial, então tive aos pouquinhos várias partes do...

Entrevistador: Qual a faculdade mesmo?

Resposta: Fiz FAMEMA, mas sei lá, a gente discutir na prática mesmo eu não tive tanto, de ver óbitos, de dar a notícia, de conversar, de ter uma discussão multidisciplinar, não tive tanto.

Entrevistador: Mesmo no internato?

Resposta: Mesmo no internato.

Entrevistador: Foi na residência agora que você tá tendo essa vivência?

Resposta: Sim, mais contato sim.



Entrevistador: Então você acha que poderia associar à prática, pelo que você tá falando?

Resposta: Acho.

Entrevistador: Só os conceitos teóricos não são suficientes?

Resposta: Não.

### **Giulia - médica residente**

Entrevistador: Por que você escolheu a medicina como profissão?

Resposta: Nossa, desde pequena eu quis ser médica... não sei, é uma coisa que eu sempre gostei desde quando eu era pequena. Eu ia em muito médico então assim, eu acho que acabei gostando e minha irmã também, não sei se foi por influência dela, mas eu nunca pensei em fazer outra coisa. Só quando eu era adolescente que eu pensei, mas logo depois mudei de ideia, eu fiz direito e não tava feliz, voltei pra medicina e me achei.

Entrevistador: Como é que você define a morte?

Resposta: Como eu defino a morte? Minha opinião de morte é um pouco diferente do que as outras pessoas acham. Eu acho que a morte é processo, todo mundo tem que morrer. Todo mundo nasce e morre, faz parte de um ciclo. Eu acho que o problema é que aqui no Brasil a cultura que é muito diferente, mas eu acho natural a morte, coisa natural.

Entrevistador: Frente à morte, quais os sentimentos que predominam em você e como você tenta enfrentar isso?

Resposta: Então, como médica, vendo aqueles pacientes muito mal, todo invadido, eu vejo assim, como um alívio. Mas assim, pessoas de perto da minha família eu nunca vi sofrendo então não sei como eu ia reagir, só tive uma prima que morreu no passado, mas foi muito de repente, então assim, nem deu tempo de pensar. Foi uma coisa muito do nada. Mas, dependendo da doença da pessoa e do jeito dela, eu vejo isso como um alívio.

Entrevistador: Em relação à sua prima, que você teve esse enfrentamento que você teve que passar, que foi até súbito. Você soube enfrentar isso? Como é que você consegue enfrentar esse processo?

Resposta: Na verdade assim, a gente acha que toda a nossa família enfrentou melhor porque ela tinha muito problema psiquiátrico. Ela era bipolar e tudo, e a gente não achava que ela tava feliz, que tava sofrendo. Então foi meio que uma forma de assim, ela descansou, entendeu? de tanto que ela tava sofrendo. Mas, se fosse uma pessoa hígida, eu acho que ia ficar muito mal, ia ficar pior se fosse minha irmã, por exemplo, que vivesse uma vida normal. Porque ela não tinha uma vida normal, então eu acho que seria bem pior pra mim. Mas eu não sei, nunca tive além dela um contato com morte assim, de parente.

Entrevistador: Você se sente preparada pra enfrentar esse processo de morte e morrer dos seus pacientes?

Resposta: Depende do paciente. Eu acho que quando o paciente tem já uma doença em fase terminal e não tem mais o que ser feito, eu acho que eu encaro bem e eu acho que o que importa é dar conforto pra ele, pra ele morrer com dignidade. Mas, quando talvez seja um paciente que você poderia ter feito algo e não fez, ou por falta de recurso, ou pelo timing que perdeu assim, eu vejo de uma maneira pior, acho mais difícil de aceitar assim.

Entrevistador: Como você acha que deve ser o papel da graduação no preparo de enfrentamento do processo de morte e morrer?

Resposta: Eu na verdade acho que a gente não tem preparo nenhum na graduação. Na minha faculdade eu tive porque foi a primeira faculdade que abriu a matéria de medicina e espiritualidade, que vê muito esse lado de conhecer as religiões, de conhecer pra abordar melhor com o paciente, mas assim, era uma optativa na minha época então pouca gente escolheu.

Entrevistador: Qual a faculdade mesmo?

Resposta: A de Taubaté. Poucas pessoas escolheram, hoje é obrigatória, mas na minha época era opcional. Então assim, eu acho que a gente não tem preparo nenhum pra enfrentar a morte como interno e muito menos como estudante. Às vezes, muito raro, você vai ver como interno, mas assim, a gente não é preparado pra lidar

com a morte, a gente é preparado pra curar as doenças e assim, as vezes nem tanto o conceito de amenizar a gente não tem, de amenizar sofrimento. E a medicina não é só curar, é você saber amenizar sofrimento, poder fazer o melhor que tá ao seu alcance. Eu acho que a faculdade não te prepara nem um pouco em relação a isso. A São Camilo eu acho que sim, paliativo é uma coisa que eu nunca tinha visto e eles já veem como internos. Eu acho que tá muito a frente de muitas faculdades, porque a gente não vê.

Entrevistador: E você acha que isso influencia no enfrentamento desse processo?

Resposta: Com certeza. Primeiro que você aprende que tudo tem que acontecer, que tudo é um ciclo e faz parte, e segundo porque quando a gente compreende melhor é muito mais fácil de lidar com a família, e que pra mim é o mais importante: a família e o paciente. Que eles que tão ali naquele momento com o sofrimento deles e você tem que lidar, se nem a gente tá preparado, imagina a família. Se nem a gente que é estudante e médico tem treinamento, imagina a família que não entende nada disso, entendeu? E é difícil passar pra eles, e eu acho que é essencial, ajuda muito.

### **Gerusa - médica residente**

Entrevistador: Por que você escolheu a medicina como profissão?

Resposta: Por que eu escolhi? Porque desde que eu era criança gostava muito de cuidar de outras pessoas e também porque eu tenho um familiar que morreu e aí queria ajudar mais e na época eu não sabia muito.

Entrevistador: Foi um motivo que te... foi uma pessoa muito próxima?

Resposta: Uma irmã.

Entrevistador: E você se sente realizada?

Resposta: Sim, aprendi muito e nos últimos anos, tipo, mudou minha vida né? Na residência aprendi muito. Eu faço diferença agora de quando eu comecei a residência.

Entrevistador: Como é que você define a morte?

Resposta: A morte? Hum...A morte para mim é que o organismo de uma pessoa deixa de estar perto, mas se você lembra da pessoa, nunca vai morrer, sempre fica no pensamento.

Entrevistador: Então existe uma morte do organismo, orgânica, mas não necessariamente...?

Resposta: Isso, não necessariamente..não sei como vocês falam..

Entrevistador: Espírito?

Resposta: Isso, espiritual.

Entrevistador: Então você acredita que existe algo além daquilo que é só um organismo?

Resposta: Isso mesmo.

Entrevistador: Frente à morte, quais os sentimentos que predominam em você e como você tenta enfrentar isso?

Resposta: Frente à morte, é..bem, a princípio quando eu comecei a medicina foi muito difícil enfrentar a morte, falar para um familiar "seu familiar morreu...a gente não conseguiu fazer nada". Mas, com o tempo acho que a gente sempre tem muito contato com os familiares, os pacientes, às vezes é difícil né? você entra em contato, conhece a pessoa...quando morre você sente..no meu caso eu sinto dor mesmo por conta da morte da pessoa.

Entrevistador: E você tenta enfrentar isso como?

Resposta: As vezes ajudando, né? Tentando conversar com os familiares, tentando aprender mais sobre a doença para ajudar mais as pessoas.

Entrevistador: E pra você, o sentimento em você assim, essa dor que às vezes você sente no sentido de perda, enfim. Isso é uma coisa que você procura enfrentar? Você precisa de algum recurso pra enfrentar isso?

Resposta: Eu acho que pra enfrentar a morte, eu acho que eu, tipo, é mais no trabalho mesmo. Eu vou esquecendo né? No momento do evento eu fico com dor, mas depois com as coisas que a gente tem que fazer eu acho que eu vou esquecendo mesmo.

Entrevistador: Em relação, que nem...você já passou por um processo de morte de uma pessoa muito próxima, sua irmã. Ela era mais nova, mais velha?

Resposta: Ela era mais nova que eu, tinha ...acho que uns cinco anos.

Entrevistador: Foi acidental?

Resposta: Não, ela teve uma... endocardite bacteriana. Em secundário a uma pneumonia.

Entrevistador: E você já conseguiu enfrentar isso, essa perda, ou não?

Resposta: Sim, mas a princípio foi muito difícil.

Entrevistador: Faz muito tempo isso?

Resposta: Aconteceu em 2007, acho.

Entrevistador: 11 anos mais ou menos...

Resposta: 11 anos mais ou menos, mas a princípio era muito difícil porque eu não consegui ir ao hospital, ela morreu na uti então eu não entrava na uti, com o tempo eu já consegui. Eu trabalhei em uma uti também durante oito meses pra superar isso.

Entrevistador: Você procurou se vencer?

Resposta: Isso mesmo.

Entrevistador: Não deixou de ser um enfrentamento, né? E passar por um processo familiar é muito diferente...

Resposta: É muito.

Entrevistador: Você se sente preparado então pra enfrentar esse processo de morte e morrer dos seus pacientes?

Resposta: Agora sim, né? Com o tempo eu acho que eu trato de fazer o melhor pra pessoa, pra ajudar, para que ela não morra. Mas se acontece..., a gente faz tudo que pode fazer, mas se sair das mãos, se você não consegue mais fazer mais nada.

Entrevistador: Você admite que o médico tenha limitações?

Resposta: Temos limitações.

Entrevistador: Pra você, como você acha que deve ser o papel da graduação, da formação do médico, faculdade de medicina nesse preparo de enfrentamento do processo de morte e morrer? Você acha que a faculdade interfere nesse preparo ou não?

Resposta: Na verdade eu nunca recebi... quando eu tive psiquiatria a gente teve tipo, morte, luto...na graduação. Mas, nunca entrei em contato até fazer o internato. Aí o primeiro paciente que eu tava acompanhando, ele morreu. Ele teve uma morte muito rápida, eu fiquei com muita dor por conta disso, porque eu tava acompanhando, conhecia ele, aparentemente era um paciente que ia sair bem, mas a gente não conseguiu fazer muita coisa.

Entrevistador: Mas, durante sua vivência na graduação, não?

Resposta: Na graduação não, a gente só levou uma matéria de luto, mas nada bem dirigido.

Entrevistador: Nada muito prático né?

Resposta: Nada.

Entrevistador: Você fez faculdade onde mesmo?

Resposta: Na Bolívia.

Entrevista: Lá você sabe se tem alguma preparação pra cuidados paliativos?

Resposta: A gente não falava muito sobre cuidados paliativos.

Entrevistador: Faz quanto tempo que você tá formada?

Resposta: Eu me formei em 2012, mas não tinha muita interação, tipo geriatria.

Entrevistador: E você acha que é importante a faculdade, se tivesse um preparo teórico e prático também, isso ajudaria? Faria diferença? Porque você teve que iniciar agora no teu processo de residência médica, né?

Resposta: Com certeza.

### **Catarina – médica residente**

Entrevistador: Por que você escolheu a medicina como profissão?

Resposta: Na verdade eu nunca tive assim um porquê. Quando eu tinha uns 14 anos, eu tava na escola e tinha algumas aulas de ciência, de abrir coração, abrir músculo e eu achei aquilo tudo muito interessante, a parte de anatomia e tudo mais. Eu tive uma influência muito grande de um tio meu que era médico e eu via ele sempre como um exemplo pra mim, e eu acabei querendo ser médica muito por causa dele por que via ele como um exemplo pra mim e também por essas aulas que eu acabei tendo. Aí eu acabei decidindo desde pequenininha, mais jovem, que eu queria ser médica e depois nunca mudei de ideia e ficou por isso mesmo.

Entrevistador: Como é que você define a morte?

Resposta: Como eu defino a morte? Eu não sei bem se é dessa forma, né? Mas eu acho que a gente tem a vida aqui e eu acho que a morte é uma parte de passagem pra um outro plano. Eu não acredito que a gente morra e acabe..., eu acho que é mais um ritual de passagem pra uma outra vida que a gente vai ter. Nem sei se é isso mesmo ou se é isso que acontece, mas acho que na verdade ela é mais uma passagem do que um término de uma sequência, de uma vida ou que começa tudo do zero de novo, a gente acaba continuando em outro plano, de outra forma.

Entrevistador: Frente à morte, quais os sentimentos que predominam em você e como você tenta enfrentar isso?

Resposta: A maior parte das vezes que eu lidei com morte assim perto foi com paciente. Em família assim, eu tive a morte da minha vó, mas foi durante a faculdade. Mas, com ela o sentimento foi diferente do que eu tenho com os meus pacientes. O sentimento assim de família... eu sabia que ela tava muito cansada e que tava querendo descansar. Agora dos meus pacientes a maioria das vezes que eu tenho é de impotência ...de não conseguir ajudar, as vezes de saber o que precisa ser feito e saber que a morte é realmente inevitável, do que de conforto, de alguma coisa do tipo. E aí durante a faculdade, durante a residência eu acabei tendo muito esse sentimento de impotência, de que eu não tava conseguindo fazer certo, de uma forma certa e eu acabei fazendo parte de terapia, fui no psicólogo pra ajudar mais com essa parte de morte, de saber que as vezes é realmente inevitável e de que independente do que a gente faça ou não faça, as coisas vão evoluir.

Entrevistador: E essa foi a forma de você enfrentar esse problema?

Resposta: Foi dessa forma.

Entrevistador: Você se sente preparada agora pra enfrentar esse processo de morte e morrer dos seus pacientes?

Resposta: Me sinto muito mais que antes. Por exemplo, no começo da residência eu tinha muito mais esse sentimento de impotência e de não conseguir fazer as coisas, então isso me frustrava muito e eu ficava muito chateada. Acabava ficando muito mal em casa, emocionalmente também. Agora eu acho que ficou mais fácil de lidar. Não

que seja uma situação simples, mas eu acho que ficou mais tranquilo com o decorrer do tempo.

Entrevistador: Como você acha que deve ser o papel da graduação no preparo de enfrentamento do processo de morte e morrer?

Resposta: Eu acho que tem que ser muito maior, porque na faculdade o contato que eu tive até de comunicação de má notícia, de lidar com morte e essas coisas foi muito pequeno. Eu tive isso durante, no começo da faculdade por seis meses, que foi uma matéria que a gente tinha que era habilidade de comunicação, e durante a faculdade isso acabou se perdendo. Então eu vi que na faculdade a gente tinha muito mais direcionamento pra tratar a doença, como diagnosticar, como fazer, como tudo. Mas, por exemplo, como falar pro paciente que ele tinha tal doença, de como falar que ele evoluiria de uma forma desfavorável, que ele iria falecer e tudo mais, que tinha uma doença intratável...isso não teve. Então eu acho que tem que ter muito mais essa parte de comunicação, de orientar o aluno de como ele tem que lidar com essas coisas. Porque sair da faculdade foi a parte mais difícil dessa transição de ver que não era só uma doença e eu tinha que lidar com tudo isso junto.

#### **Dr. Renato- médico assistente**

Entrevistador: Por que você escolheu a medicina como profissão?

Resposta: Eu sempre quis ser médico, acho que desde que me conheço por gente. Eu acho que é uma profissão muito acho, eu acho que ajudar é um dom, cuidar, aliviar sofrimento é uma das tarefas mais nobres né? Então acho que é mais pela beleza da medicina que eu via antigamente, me inspirou a querer seguir essa carreira.

Entrevistador: Como é que você define a morte?

Resposta: A morte pra mim não é o fim. Eu acho que a gente aqui tá de passagem, então o que a gente puder fazer pra aliviar o sofrimento, cuidar dos enfermos pra que eles tenham uma morte digna. Em terra, em vida, né? Porque eu acredito na parte da espiritualidade, então eu acho que do outro lado também tem um outro tipo de vida.

Entrevistador: Frente a morte, quais os sentimentos que predominam em você e como você enfrenta isso?



Resposta: Isso mudou bastante com o passar dos anos, mas acho que algumas coisas que não mudaram é um pouco de medo, ansiedade, incertezas, né? Sobre o que esperar. Mas junta tudo isso à segurança né? A gente vai se capacitando, vai ficando mais humano, mais experiente, então a gente vai ficando mais seguro das nossas condutas e daquilo que a gente pode oferecer pro nosso paciente.

Entrevistador: E aí te facilita o enfrentamento em relação a isso?

Resposta: Muito, muito. Com certeza. Hoje eu enfrento bem melhor, lido bem melhor com a morte do que anos antes quando eu era recém-formado, né?

Entrevistador: Você se sente preparado então pro enfrentamento desse processo de morte e morrer dos seus pacientes?

Resposta: Eu acho que cada caso é um caso. Eu acho que existem diversas formas do paciente morrer, e assim, 100% eu acho que a gente nunca tá preparado. A gente sempre tem o que melhorar, o que aprender, o que se capacitar. Mas a gente procura tá sempre o mais bem capacitado possível pra atender da melhor forma. Então acho que com o passar dos anos, dos dias, esse aprimoramento constante, contínuo é o essencial.

Entrevistador: Como deve ser o papel da graduação pra você, nesse preparo de enfrentamento do processo de morte e morrer?

Resposta: Eu acho que tá carente. Acho que precisaria ser mais bem colocado pra todos os profissionais que saem bem crus da faculdade no meu ponto de vista. Eu, pelo menos, não tive tanto contato com a morte em si, mas tanta capacitação do como lidar neste momento exato. Então a gente sai bem desamparado, digamos assim, sobre como esperar, como conduzir... acho que isso deveria talvez fazer parte da grade curricular do médico, ou ser mais bem focado.

Entrevistador: Você acha que isso influencia então, nesse enfrentamento?

Resposta: Totalmente, eu acho que você ter uma disciplina que oriente os profissionais que vão fatalmente lidar com isso ao longo de tantos anos, vários anos aí. Eu acho que deveria ser mais bem abordado e pontuado.

**Dr. Carlos - médico assistente**

Entrevistador: Por que você escolheu a medicina como profissão?

Resposta: Por gosto mesmo, gostava muito de pesquisa, vim fazer pesquisa numa outra área e vi que me faltava muito conhecimento e aí vim fazer medicina. Fiz uma faculdade antes de fazer medicina

Entrevistador: Que faculdade?

Resposta: Fiz biomédica, aí fui fazer pesquisa e vi que na área de pesquisa me faltava muito conhecimento, aí falei "Putz, eu acho que eu quero fazer medicina. Vai me abrir mais conhecimento", aí fui fazer medicina. Acabei fazendo prova e entrei.

Entrevistador: Como é que você define a morte?

Resposta: Uma doença crônica.

Entrevistador: Só isso?

Resposta: Só.

Entrevistador: Frente à morte, quais os sentimentos que predominam em você e como você enfrenta isso?

Resposta: Difícil né? A gente como médico, às vezes tenta ficar um pouco distante né? Quando o paciente próximo a você tá morto... morre, mas é uma coisa que a gente sofre. A gente finge que não sofre, mas a gente sofre muito. Eu tenho muita dificuldade com criança. Criança pra mim é muito ruim de ver, eu acho que sofro mais com criança do que com adulto. Porque eu acho que criança tem que ter a oportunidade dele na Terra, entendeu? Eu acho que não tem que acabar desse jeito. Adulto dependendo das patologias eu até posso entender direito. "Ah, tinha essas patologias e foi a morte e tal", mas é um sofrimento. Eu sofro muito, eu finjo que não sofro, mas eu acho que é uma coisa que sofre muito.

Entrevistador: E o enfrentamento...você procura não pensar nisso? Por exemplo, nesse sentido de fingir.

Resposta: Não, não. Não sei se eu...se é paciente eu tento separar. Se é familiar assim, é uma coisa que eu sofro muito. Eu sofro muito com morte, talvez não saiba lidar assim com terminalidade de morte, de pessoas próximas.. mesmo sabendo que as pessoas são finitas né? quem a gente ama, a gente quer que viva pra sempre né?

Então eu sofro muito de saber que eu sou perder as pessoas que a gente ama. Eu até entendo, mas é uma coisa que eu sofro. Principalmente criança, me abala muito.

Entrevistador: Você se sente preparado pra enfrentar esse processo de morte e morrer dos seus pacientes?

Resposta: Sim, acho que sim. Mas eu sofro. Tenho dificuldade com criança.. eu pensei em fazer pediatria, mas eu tinha paciente meu que morria, principalmente na época que a gente rodava na pediatria, eu sofria muito. Eu falei “não, não posso fazer pediatria”. Eu entendo a morte no adulto, mas criança pra mim é uma coisa que é meio ruizinha, não consigo tabular isso não.

Entrevistador: Como você acha que deve ser o papel da graduação no preparo de enfrentamento do processo de morte e morrer?

Resposta: Eu acho que é filosófico né? Acho que a pessoa tem que ter muito preparo, preparo filosófico mesmo pra entender essa história de morte e tudo...espiritualizado.

Entrevistador: E você acha que a faculdade de medicina pode proporcionar isso?

Resposta: Não, não. Acho que não. Acho que não. Acho que é de cada um mesmo. Faculdade de medicina deixa muito abandonado o médico em relação à isso, mesmo no meu curso que eu fiz numa faculdade boa, não me lembro de ter tocado nesse assunto de morte. Médico é bem abandonado. Atualmente sim, eu vejo que eles direcionam mais pra você ter esse conhecimento e tal..

Entrevistador: E você acha que vale a pena uma discussão filosófica e espiritual dentro do processo da graduação ou..?

Resposta: Eu acho que sim. Não só filosófico, até com psicólogo também.

Entrevistador: Que isso deveria ser inserido?

Resposta: Eu acho sim, claro. Tanto na parte, independente da pessoa acreditar ou no que ele acredita, se ele acredita em Deus ou não acredita, eu acho que deveria ter alguma coisa em relação ao como médico deveria enfrentar, tanto com filósofo, psicólogo ou da área da filosofia, acho interessante, seria bem interessante.

### **Maria- médica assistente**

Entrevistador: Por que você escolheu a medicina como profissão?

Resposta: Eu acho que foi...na verdade eu fiz vestibular com 16 anos né? Entrei na faculdade com 16 anos então na verdade hoje eu olho pra trás e acho que foi sorte eu

ter escolhido certo. Mas eu sempre gostei mais da área de ciências na escola e meus pais são médicos então eu já tinha assim, uma vivência próxima por conta dos meus pais, e na hora de escolher no cursinho, e eu tinha 15, me pareceu a coisa mais próxima do que eu gostaria de fazer. Mas se eu dissesse que eu tinha uma noção exata do que é ser médica, eu acho que ainda não tinha muito porque eu era muito nova. Por isso que brinco que eu dei sorte, de ter escolhido e ter realmente ficado e gostado, pq quando você é tão jovem fazer uma escolha assim é um pouco complicado, dizer que você já sabe o que quer da vida aos 15 anos é muito complicado.

Entrevistador: Mas você se sente realizada?

Resposta: Sim. Hoje eu não consigo me imaginar fazendo outra coisa diferente, então eu acho que tive sorte..escolhi e fiquei.

Entrevistador: Como é que você define a morte?

Resposta: A morte? Antes eu pensava na morte como a única coisa na vida que não tem solução. Tipo, morreu e acabou, a gente não tem muito o que fazer. Mas depois de trabalhar principalmente na UTI que a gente vê, que a gente lida com a morte todos os dias e com pacientes graves e tal.. no começo quando eu me formei era muito jovem e tal, e eu não me conformava muito algumas vezes de perder o paciente, aquilo ainda me fazia mal no sentido de me fazer sentir um fracasso, né? Tipo eu tentei, tentei e não deu nada, o paciente morreu. E depois de um tempo eu comecei a enxergar de outra forma, de conseguir enxergar que em alguns momentos a morte talvez seja a melhor solução mesmo para aquele paciente, seja um caminho natural mesmo, um descanso, enfim, de tentar enxergar a morte de uma forma diferente mesmo né? Não como um fracasso pra gente, mas como uma coisa que vai chegar pra todo mundo e talvez a gente possa contribuir para que seja da melhor forma, já que é inevitável, que a gente consiga contribuir pra chegar de uma forma melhor. Tem sempre um caso ou outro que a gente ainda se incomoda, de perder paciente jovem. como aquele vídeo das crianças, quando o menino morreu a gente ficou horas lá e ele acabou morrendo. Ainda dá uma sensação de que é uma coisa antinatural assim, uma criança morrer pra mim ainda é..., não sei se é depois que a gente vira mãe a gente fica um pouco assim né? Então assim, criança às vezes morrer assim em acidente pra mim ainda é difícil, eu ainda demoro um pouco mais pra metabolizar. Mas aqui quando a gente tá acompanhando os pacientes mais graves né? acompanha todo

aquele sofrimento, tem uma hora que a gente fala “Meus Deus, acho que já deu”. É covardia a gente ficar só assistindo e pensando só na gente, ou só na família e esquecendo o paciente. Mas em algumas situações tipo essa da criança eu ainda metabolizo mal, levo uns dias pra digerir.

Entrevistador: Frente à morte, quais os sentimentos que predominam em você e como você tenta enfrentar isso?

Resposta: Eu acho que nesses outros casos eu até enfrente bem, a gente consegue um certo afastamento assim nesses casos pela compreensão mesmo de que aquilo, aquela morte é inevitável e talvez seja melhor mesmo. E aí eu acho que torna até mais fácil pra gente passar essa segurança pra família, quando a gente tem certeza de que aquilo é o melhor. De deixar de investir, de deixar o paciente descansar, e acho que se a gente ta certo disso é mais fácil de fazer a família entender. Quando a gente ta inseguro, a gente passa essa insegurança pra família e fica difícil. Só nesses casos mesmo é que eu ainda...apesar de ter 20 anos de formada e por isso que eu não fiz pediatria, porque que isso pra mim ainda é uma coisa que eu sinto. Não que eu vá ficar com alguma coisa que..mas nos primeiros dias eu ainda fico com aquilo na cabeça, é difícil. É difícil pensar que poderia ser com você, poderia ser seu filho, aí pra mim é um pouco.. eu não gosto quando tem criança na UTI, é uma coisa que pra mim eu não lido muito bem com isso. Mas o restante eu acho que com o tempo a gente vai aprendendo a lidar e acho que quanto mais segura a gente fica com essa coisa, mais fácil pra gente lidar com a situação de uma forma mais tranquila.

Entrevistador: Você se sente preparada pra enfrentar esse processo de morte e morrer dos seus pacientes? Talvez você já tenha respondido em relação às crianças, que é o mais difícil.

Resposta: Com as crianças pra mim é difícil, eu sofro ainda assim. E eu vi isso naquele dia do acidente né? que há muito tempo que não tinha aqui. E aí eu senti que me pesou naquele dia, eu fiquei uns dois ou três dias com aquilo meio carregado em mim. Depois passou, mas nos primeiros dias eu senti que mexeu comigo. Com as outras pacientes aqui não..acho que é por isso, você ta acompanhando, ta vendo e tudo..acho que é uma coisa que a gente consegue lidar bem melhor sem deixar que atinja a gente tão diretamente.

Entrevistador: Como você acha que deve ser o papel da graduação no preparo de enfrentamento do processo de morte e morrer? Você acha que influencia?

Resposta: Eu acho que na graduação a gente não tem esse preparo, infelizmente. Não tem mesmo, a gente sai da faculdade sem saber lidar com a morte mesmo. Acho que esse sentimento de impotência quando a gente sai da faculdade é geral, acho que todo mundo sente um pouco assim. Pq é isso, a gente não é muito preparado na faculdade. Acho que não tem nada na faculdade que vira e olha “ah, você é médico, você vai ver gente morrer, vai ver acidente”.. mas quando você vê efetivamente acho que é uma outra realidade. A primeira vez que você vê alguém morrer é uma coisa que eu acho que marca todo mundo assim. Eu me lembro do primeiro paciente que eu vi morrer na minha frente, que eu acho que marca pq apesar de você ouvir falar, você não é preparado para aquilo. Talvez merecesse ter uma especialidade que fizesse você lidar melhor com isso, até pra preparar não só tecnicamente mas psicologicamente todo mundo também. Teve um dia aqui na UTI que morreu um paciente e a técnica de enfermagem começou a chorar e saiu correndo da UTI, que era o primeiro plantão...primeira semana de trabalho, ela tinha formado e começou a trabalhar, e acho que ninguém preparou ela pro que ela ia ver alguém morrer na UTI. Aí quando a paciente parou, ela saiu correndo desesperada, eu chamei a enfermeira pra ir atrás. Você vê que é um preparo que não é só pro médico, mas no geral, até pras enfermeiras...todo mundo que lida, ninguém ta preparado. Você sabe “ah, vamos atender a parada”, mas na hora de atender a parada, é uma pessoa que ta ali morrendo. E acho que aquilo deu um *thutchu* nela, que ela saiu correndo e aí que você vê que realmente as pessoas não são preparadas, não só os médicos né? As enfermeiras, os técnicos, todo mundo que lida né? E eu acho que é uma falha na graduação, deveria ter um envolvimento maior ou não sei..uma cadeira de psicologia talvez, acho que agora o paliativismo ta entrando um pouco mais até pra entender esse processo, mas eu acho que até a morte que não era esperada..a gente tem que entender a morte que não era esperada. “Ah mas o paciente tava bem e agora morreu aqui um segundo depois”.. eu acho que esse processo a gente não é preparado mesmo,acho que é uma falha na graduação e não só do médico, de todos os profissionais de saúde que vivenciam dentro do hospital. Deveria ter um investimento a mais nisso, acho que talvez por isso esse índice de suicídio do pessoal da área de saúde, de médicos e tal, que é um negócio que de vez em quando da uma pirada na

cabeça. Acham que é fácil né, você lidar com isso todo dia? Não é uma coisa muito fácil e devia ser mais bem preparado neste sentido mesmo, mas quem sabe um dia.

**Dr. Jorge- médico assistente**

Entrevistador: Por que você escolheu a medicina como profissão?

Resposta: Porque eu me sentia muito bem e me identificava com os desafios que implicam em tratar e vencer doença, enfrentar problemas complicados de saúde pra poder melhorar os pacientes.

Entrevistador: E a definição de morte pra você? Você consegue definir ou tem uma definição sua?

Resposta: Minha definição de morte é quando cessa atividade cerebral.

Entrevistador: Você acredita em mais alguma coisa assim, fora dessa vida?

Resposta: Então, eu não tenho como definir o que acontece além, mas sim, eu acredito que existe alguma coisa além de uma vida material aqui na Terra.

Entrevistador: Frente à morte, quais os sentimentos que predominam em você e como você tenta enfrentar isso?

Resposta: Quando são pessoas que eu amo, pessoas que eu prezo, com certeza é de tristeza. Mas eu entendo que faz parte desse processo de nascer, crescer e morrer...não considero como uma tragédia, faz parte. Alguns casos excepcionais que chamam atenção, morte violenta, morte súbita em pessoas em que não há motivos pra acontecer chamam atenção, mas mesmo assim eu considero como parte desse processo.

Entrevistador: Em relação ao processo de morte e morrer dos seus pacientes, como é que você se sente? você se sente preparado pra isso? como é que você lida com isso?

Resposta: Sim. No meu dia a dia eu vejo muito isso, quase todo dia, eu creio, a morte dos meus pacientes.

Entrevistador: Você é intensivista?

Resposta: Sim, terapia intensiva. E eu considero como um processo natural, não tenho envolvimento emocional nem com o paciente nem com a família. Eu posso me sentir solidário com a dor da família, posso considerar que as circunstâncias de falecimento foram algumas vezes tristes, mas não me sinto triste pelo falecimento dos meus pacientes.

Entrevistador: Você consegue chegar em casa, tranquilo?

Resposta: Tranquilo. E se depois de um momento eu tiver um motivo de sentir alegria, eu sinto no mesmo minuto depois. Não tenho envolvimento emocional com meus pacientes nesse sentido. Eu sou solidário, acho que pelo sofrimento da família. Agora sofrer pela morte? não.

Entrevistador: Pra você, como você acha que deve ser o papel da graduação nesse preparo de enfrentamento do processo de morte e morrer? Você acha que a graduação, a faculdade, a formação médica, você acha que tem que ser colocado no processo de formação? Você acha que isso pode influenciar depois, quando já formado, se esse tipo de enfrentamento pode ser melhorado, enfim?

Resposta: Com certeza. Desde o começo da faculdade, da residência, a especialização, ou além, de doutorado e tal, deveria ter uma influência muito maior no preparo do profissional para enfrentar essa situação. Nas decisões que se toma no dia a dia, estas decisões são influenciadas por fatores éticos, morais, religiosos, culturais e familiares. Todos influenciam na tomada de decisões no dia a dia e o jeito que nós vamos enfrentar a morte. Então a formação, a faculdade e as outras formas de educação deveriam ser muito mais incisivas para educar o profissional para enfrentar isto. Não no sentido de lavar o cérebro para o profissional tomar tal ou qual decisão, por exemplo cuidados paliativos, mas para permitir que mesmo influenciado por todos os fatores, o profissional tome suas decisões...que não são fáceis. Na Europa é diferente como o médico enfrenta essas situações, e aqui também é diferente como nós enfrentamos essas situações de cuidados paliativos ou morte de pacientes.

Entrevistador: Quando você convive com alunos aqui na UTI e com residentes também, você vê diferença, às vezes, em alguma situação que você pode ter presenciado, numa comunicação de um óbito ou no processo ali de morte. Você já presenciou alguma situação que te chamou atenção, seja com residente ou com



aluno? Que que você sente quando convive com eles? Porque estão num processo de formação ainda, uns na graduação, outros já sendo médicos, mas no início da profissão.

Resposta: Eu observo a falta de preparo muito importante, especialmente dos internos e residentes em relação a estes fatos, pra enfrentar a morte, cuidados paliativos, pra tomar decisões nesse sentido. Agora, em relação aos profissionais já formados também existe um grande vacilo. Por um lado existem colegas e profissionais que tem um fanatismo religioso por essas decisões, tem paliativista que é assim, religioso, sem nenhum raciocínio lógico. E não é uma decisão que pode ser tomada baseadas em evidências simples, que é o que acontece em outras áreas da medicina, porque temos uma evidência científica que pode nortear nossas decisões. Em paliativismo não, existem fatores culturais, ético, morais e religiosos que vão influenciar no exercício, então eu acho que as formas de educação têm que fazer ênfase na formação e na orientação desse tipo de educação para o profissional tomar suas decisões.



## ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS E DA SAÚDE DA  
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Percepção sobre a prática de Cuidados Paliativos e Terminalidade de Vida em um Hospital Geral

**Pesquisador:** MARIA LUIZA GALORO CORRADI

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 75695717.5.0000.5373

**Instituição Proponente:** Fundação São Paulo - Campus Sorocaba da PUC-SP Fac Ciências Med e da

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.381.832

**Apresentação do Projeto:**

O projeto é o trabalho de mestrado da pesquisadora principal do Mestrado Interdisciplinar da PUC/SP.

Nas últimas décadas, com o envelhecimento progressivo da população, faz-se imperioso entender a necessidade de adequação da assistência médica atual, assim como de mudanças nos conteúdos curriculares nas escolas médicas, para a promoção do ensino e aprendizado do cuidado holístico aos pacientes portadores de doenças incuráveis, principalmente nas fases finais de vida. Tal cuidado holístico é denominado

Cuidados Paliativos. Este trabalho tem como objetivos avaliar a percepção dos assistentes médicos e médicos residentes de um hospital geral, bem como de graduandos em regime de Internato da Faculdade de Medicina do Centro Universitário São Camilo sobre Cuidados Paliativos e Terminalidade de Vida; identificar lacunas durante a formação médica nas questões referentes à morte e ao morrer e de Cuidados Paliativos, além de verificar as dificuldades, sentimentos e atitudes que médicos assistentes, residentes e internos encontram na prestação de cuidados aos pacientes em terminalidade no ambiente hospitalar, principalmente nas fases finais de vida. O estudo é exploratório, com abordagem qualitativa.

Serão selecionados 8 (oito) médicos assistentes que prestam atendimento nas unidades de Enfermaria de Clínica Médica, Unidade de Terapia Intensiva e Pronto-Socorro do Hospital Geral de Carapicuíba (SP); 8 (oito) médicos residentes do Programa de Clínica Médica; e 8 (oito) estudantes

**Endereço:** Rua Joubert Wey, 290

**Bairro:** Vergueiro

**CEP:** 18.030-070

**UF:** SP

**Município:** SOROCABA

**Telefone:** (15)3212-9896

**Fax:** (15)3212-9896

**E-mail:** cepfcms@pucsp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS E DA SAÚDE DA  
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.381.832

de graduação em período de internato relativo ao nono semestre da Faculdade de Medicina do Centro Universitário São Camilo. Depois do aceite em participar do presente estudo, aos participantes será aplicado num primeiro momento, questionário estruturado com informações

sociodemográficas, referentes à formação acadêmica e ao tema proposto. Num segundo momento, uma entrevista guiada por perguntas abertas será realizada e gravada com os mesmos participantes da pesquisa da primeira etapa. Será feita análise de conteúdo, segundo Bardin. O interesse específico do trabalho é identificar similaridades e pontos discordantes dos discursos, segundo nível de formação ou estágio de atuação profissional.

Apesar de análises descritivas indicarem o perfil dos participantes do estudo, os indicadores de resultados serão qualitativos, baseados em análise criteriosa das respostas apresentadas por cada componente da amostra, frente às questões norteadoras da pesquisa.

As hipóteses dos pesquisadores são:

Hipótese:

1- Médicos assistentes, médicos residentes e internos do curso de medicina apresentam dificuldades em lidar com temas complexos como a morte e o morrer e, também, com cuidados paliativos na terminalidade da vida. 2- Há lacunas em sua formação e seus sentimentos e atitudes são menos baseados em conhecimentos e treinamento e mais em suas vivências pessoais.

**Objetivo da Pesquisa:**

Os autores falam que:

Objetivo Primário:

1-Avaliar a percepção dos assistentes médicos e médicos residentes de um hospital geral, bem como de graduandos em regime de Internato da Faculdade de Medicina do Centro Universitário São Camilo sobre Cuidados Paliativos e Terminalidade de Vida.

Objetivo Secundário:

1-Identificar as lacunas durante a formação médica nas questões referentes à morte e ao morrer e de Cuidados Paliativos.2-Verificar as dificuldades, sentimentos e atitudes que médicos assistentes, residentes e internos encontram na prestação de

Endereço: Rua Joubert Wey, 290

Bairro: Vergueiro

CEP: 18.030-070

UF: SP

Município: SOROCABA

Telefone: (15)3212-9896

Fax: (15)3212-9896

E-mail: cepfcms@pucsp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS E DA SAÚDE DA  
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.381.832

cuidados aos pacientes em terminalidade no ambiente hospitalar, principalmente nas fases finais de vida.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os autores afirmam:

Riscos:

O presente estudo apresenta mínimos riscos aos participantes, de natureza psicológica/emocional, uma vez que são abordados durante questionário e entrevista temas como morte e o morrer, porém isto estará exposto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o que permitirá ao indivíduo não dar início à participação no projeto caso este sinta-se, de alguma forma, constrangido ou prejudicado.

Benefícios:

O estudo tem por benefícios melhora da assistência aos pacientes e aprimoramento da Educação no Ensino das Escolas Médicas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é muito importante para os funcionários que trabalham nessa área da saúde e pode significar benefícios aos pacientes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram avaliados os seguintes documentos:

Informações Básicas do Projeto PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_979117.pdf

Declaração de Instituição e Infraestrutura cartacep.jpg

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

TERMODECONSENTIMENTOLIVREEESCLARECIDOMALU.docx

Outros cartahgc.jpg

Outros cartahgc.jpg

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

TERMODECONSENTIMENTOLIVREEESCLARECIDOMALU.docx

Projeto Detalhado / Brochura Investigador MESTRADOMALUPROJETO.docx

Endereço: Rua Joubert Wey, 290

Bairro: Vergueiro

CEP: 18.030-070

UF: SP

Município: SOROCABA

Telefone: (15)3212-9896

Fax: (15)3212-9896

E-mail: cepfems@pucsp.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS E DA SAÚDE DA  
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.381.832

Folha de Rosto folhaderostoLu.pdf

Projeto Detalhado / Brochura Investigador MESTRADOMALUPROJETO.docx

Outros curriculumMalu.pdf

Outros curriculummaria1289228391186727.pdf

Outros curriculummaria1289228391186727.pdf

Comprovante de Recepção PB\_COMPROVANTE\_RECEPCAO\_979117.pdf

Outros CurriculumlattesCibele7498326697611689.pdf

Projeto Detalhado / Brochura Investigador MESTRADOMALUPROJETO.docx

Declaração de Instituição e Infraestrutura cartacep.jpg

Projeto Detalhado / Brochura Investigador MESTRADOMALUPROJETOATUALIZADO.docx

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

TERMODECONSENTIMENTOLIVREEESCLARECIDOMALU.docx

Outros CurriculumlattesCibele7498326697611689.pdf

Outros curriculumMalu.pdf

Informações Básicas do Projeto PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_979117.pdf

Outros conveniohgcsaocamilo.jpg

Declaração de Instituição e Infraestrutura cartacep.jpg

Informações Básicas do Projeto PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_979117.pdf

Folha de Rosto folhaderostoLu.pdf

Outros curriculumMalu.pdf

Outros CurriculumlattesCibele7498326697611689.pdf

Declaração de Instituição e Infraestrutura cartacep.jpg

Folha de Rosto folhaderostoLu.pdf

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

TCLEMODIFICADO.docx

Folha de Rosto folhaderostoLu.pdf

Outros cartahgc.jpg

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

TCLEMODIFICADO.docx

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Endereço: Rua Joubert Wey, 290

Bairro: Vergueiro

CEP: 18.030-070

UF: SP

Município: SOROCABA

Telefone: (15)3212-9896

Fax: (15)3212-9896

E-mail: cepfms@pucsp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS E DA SAÚDE DA  
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.381.832

**Ausência**

TERMODECONSENTIMENTOLIVREEESCLARECIDOMALU.docx

Projeto Detalhado / Brochura Investigador MESTRADOMALUPROJETO.docx

Outros CurriculumlattesCibele7498326697611689.pdf

Outros cartahgc.jpg

Todos em acordo com esse CEP.

**Recomendações:**

Acho que seria importante que os pesquisadores contassem com a possibilidade de risco para os participantes, uma vez que falar sobre a morte nas condições em que o estudo será realizado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Acho que seria importante que os pesquisadores contassem com a possibilidade de risco para os participantes, uma vez que falar sobre a morte nas condições em que o estudo será realizado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Acatar

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_979117.pdf	24/10/2017 22:27:33		Aceito
Outros	conveniohgcsaocamilo.jpg	24/10/2017 22:24:39	MARIA LUIZA GALORO CORRADI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MESTRADOMALUPROJETOATUALIZADO.docx	24/10/2017 22:22:22	MARIA LUIZA GALORO CORRADI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMODIFICADO.docx	24/10/2017 22:20:53	MARIA LUIZA GALORO CORRADI	Aceito
Outros	CurriculumlattesCibele7498326697611689.pdf	08/09/2017 15:01:47	MARIA LUIZA GALORO CORRADI	Aceito
Outros	curriculumMalu.pdf	03/09/2017 17:01:32	MARIA LUIZA GALORO CORRADI	Aceito
Outros	cartahgc.jpg	26/08/2017 21:03:44	MARIA LUIZA GALORO CORRADI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartacep.jpg	26/08/2017 21:02:15	MARIA LUIZA GALORO CORRADI	Aceito

Endereço: Rua Joubert Wey, 290

Bairro: Vergueiro

CEP: 18.030-070

UF: SP

Município: SOROCABA

Telefone: (15)3212-9896

Fax: (15)3212-9896

E-mail: cepfcms@pucsp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS E DA SAÚDE DA  
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.381.832

Folha de Rosto	folhaderostoLu.pdf	26/08/2017 21:00:41	MARIA LUIZA GALORO CORRADI	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	-------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SOROCABA, 14 de Novembro de 2017

---

**Assinado por:**  
**José Augusto Costa**  
**(Coordenador)**