

**UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM BIOÉTICA**

IZAURA MARIANA SOBREIRO

**TERMINALIDADE DA VIDA: UMA REFLEXÃO BIOÉTICA SOBRE A
FORMAÇÃO MÉDICA**

Pouso Alegre - MG

2019

Izaura Mariana Sobreiro

TERMINALIDADE DA VIDA: UMA REFLEXÃO BIOÉTICA SOBRE A
FORMAÇÃO MÉDICA

Dissertação apresentada para o Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí, para obtenção do título de Mestre em Bioética.

Área de Concentração: Bioética, os Ciclos da Vida e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça

Pouso Alegre - MG

2019

Sobreiro, Izaura Mariana.

Terminalidade da vida: uma reflexão bioética sobre a formação médica / Izaura Mariana Sobreiro. -- Pouso Alegre, 2019.
125 f.

Dissertação (Mestrado em Bioética) – Universidade do Vale do Sapucaí, Univás, 2019.

Orientadora: Prof^a. Dra. Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça

1. Bioética. 2. Educação médica. 3. Morte. 4. Cuidado. I. Título.

CDD -174.2

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

Certificamos que a dissertação intitulada "TERMINALIDADE DA VIDA NA FORMAÇÃO MÉDICA: UMA REFLEXÃO BIOÉTICA SOBRE A FORMAÇÃO MÉDICA" foi defendida, em 29 de março de 2019, por Izaura Mariana Sobreiro, aluna regularmente matriculada no Mestrado em Bioética, sob o Registro Acadêmico nº 70000016, e aprovada pela Banca Examinadora composta por:


Prof. Dra. Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça
Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS
Orientadora


Prof. Dr. Mikael Frank Rezende Junior
Universidade Federal de Itajubá - UNIFEI
Examinador


Prof. Dr. Virgínio Cândido Tosta de Souza
Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS
Examinador

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE SE NO ORIGINAL

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - PROPPES

DEDICATÓRIA

Ao meu grande exemplo de vida, minha pequena guerreira de grandes conquistas, minha amada mãezinha. Que me mostrou que a terminalidade da vida pode ser muito além da dor física e sofrimento da alma, uma nova perspectiva no processo da existência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de não ter perdido minha capacidade cognitiva e, através dela, desfrutar de novos conhecimentos.

Agradeço à minha orientadora Prof.^a. Dr.^a. ADRIANA RODRIGUES DOS ANJOS MENDONÇA, pelo aprendizado, pela paciência, pelo rigor, pela confiança, mas, acima de tudo, pela sensibilidade e compreensão nos momentos de maiores dificuldades.

Ao Coordenador Prof. Dr. JOSÉ VITOR DA SILVA, ao Coordenador Adjunto Prof. Dr. MARCOS MESQUITA FILHO e a todos os professores e professoras do Mestrado de Bioética, pelos momentos de grandes descobertas intelectuais e, principalmente, os momentos carregados de tanta afetividade.

À Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS, pela coragem e pioneirismo em ofertar o Mestrado em Bioética.

Aos funcionários, que trabalham arduamente para proporcionar o melhor ambiente para nossa aprendizagem.

À PRISCELLY CRISTINA CASTRO BRITO, acadêmica de medicina que, brilhantemente, contribuiu na construção deste trabalho.

À Secretaria de Estado da Saúde, pela redução da carga horária, para que eu pudesse me dedicar aos estudos.

A todos os amigos que carregarei pela vida, em especial, as amadas APARECIDA MARIA MENDES e ANA MARIA GARCIA ANDRADE que, além de todo afeto, ainda me conduziram pelos trajetos do conhecimento e também do GPS.

À minha família que, mais uma vez, acreditou nos meus sonhos e compartilhou de cada dificuldade e conquista. DILA (mãe), IVETE e IVÉLCIO JR. (irmãos), NELSON (cunhado), GUSTAVO, ELISA, AUGUSTO e ANA LAURA (sobrinhos) e minha FRIDA, que sempre quis “colaborar” e me fez companhia em todos os momentos.

Gratidão!

“Houve um tempo em que nosso poder ante a morte era muito pequeno e, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar”.

Rubens Alves

RESUMO

INTRODUÇÃO: A morte e o morrer são temas pertinentes ao cotidiano dos estudantes de medicina. O médico moderno é extremamente competente na tarefa de enfrentar e lutar, arduamente, contra a doença, mas, nem sempre, em cuidar do ser humano doente. Entre os atributos da vocação deste novo profissional médico, deve-se incluir desenvolvimento de uma visão reflexiva e crítica a respeito de sua profissão e suas práticas. **OBJETIVO:** Conhecer os significados, sentimentos e a percepção dos estudantes de medicina sobre discussão dos temas Morte e Pacientes Terminais, durante a graduação. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e transversal. Foi realizado com 10 alunos de cada um dos 6 anos do curso de Medicina da Univás, totalizando 60 participantes. Utilizou-se um instrumento de caracterização da amostra e outro semiestruturado, contendo 4 perguntas sobre o tema. A amostragem foi intencional. Para a análise dos dados foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo, redigido na primeira pessoa do singular, composto por expressões-chaves (ECH) que tiveram as mesmas ideias centrais (IC). **RESULTADOS:** Sobre o significado da terminalidade da vida, a IC com maior frequência foi *fechamento da vida*, com frequência de 34 participantes. Em relação ao sentimento em lidar com pacientes terminais, as ICs relacionadas à *insegurança, impotência, frustração, angústia* foram frequentes em 34 participantes, apenas 3 se sentem seguros. Sobre a morte e o morrer, a IC *não está preparado* corresponde a 25 participantes. A abordagem sobre a morte e pacientes terminais na formação médica, as ICs *superficial, pouca frequência, não abordado* atingiu 54 participantes, apenas 1 sujeito relatou não existir preparação. **CONCLUSÃO:** Apesar de ser um tema tão relevante, a terminalidade da vida não faz parte da formação médica. O respeito à vida segue até o momento da morte, daí a necessidade do médico estar preparado para um cuidado continuado, técnico e, sobretudo, humanizado.

Palavras-chave: Bioética, Morte, Educação Médica, Cuidado.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Death and dying are themes pertinent to the daily life of medical students. The modern physician is extremely competent in the task of confronting and struggling against the disease, but not always, in caring for the sick human being. Among the attributes of this new medical professional's vocation is the development of a reflexive and critical view of his profession and practices. **OBJECTIVE:** To know the meanings, feelings and perceptions of medical students about the discussion of the themes Death and Terminal Patients during graduation. **METHOD:** This is a qualitative, descriptive and cross-sectional study. It was carried out with 10 students from each of the 6 years of the Univás Medicine course, totaling 60 participants. A sample characterization and a semi-structured instrument were used, containing 4 questions on the subject. Sampling was intentional. For the analysis of the data the Collective Subject Discourse was written in the first person singular, composed of key expressions (ECH) that had the same central ideas (IC). **RESULTS:** What regard to the meaning of terminality of life, HF with the highest frequency of 34 participants. Regarding the feeling of dealing with terminally ill patients, ICs related to insecurity, impotence, frustration, and distress were frequent in 34 participants, only 3 felt safe. On death and dying, the IC is not prepared corresponds to 25 participants. The approach on death and terminally ill patients in medical training, the superficial, infrequent, uncoated ICs reached 54 participants, only 1 subject reported no preparation. **CONCLUSION:** Although it is such a relevant topic, the terminality of life not part of medical training. Respect for life goes on until the moment of death, hence the need of the physician to be prepared for continued, technical and, above all, humanized care.

Keywords: Bioethics, Death, Medical Education, Care.

LISTA DE FIGURA

Figura 01: Ideias centrais em relação ao significado da terminalidade da vida	41
Figura 02: Ideias centrais em relação aos sentimentos diante de pacientes terminais	44
Figura 03: Ideias centrais sobre a morte e o processo de morrer	47
Figura 04: Ideias centrais em relação à abordagem sobre a morte e pacientes terminais na formação de medicina	49

LISTA DE QUADROS

- Quadro 01:** Ideias central, sujeitos e frequências do tema: Significado de terminalidade da vida para os acadêmicos de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí Pouso Alegre/MG, 2017..... 39
- Quadro 02:** Ideias central, sujeitos e frequências do tema: Sentimento dos acadêmicos ao lidarem com pacientes terminais Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre/MG, 2017..... 41
- Quadro 03:** Ideias central, sujeitos e frequências do tema: Sobre a morte e o processo de morrer para os acadêmicos de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre/MG, 2017..... 45
- Quadro 04:** Ideias central, sujeitos e frequências do tema: Abordagem sobre a morte e pacientes terminais durante a formação médica na Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre/MG, 2017..... 47

LISTA DE ABREVIATURAS

AC	Ancoragem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	Expressões Chaves
IC	Ideia Central
IAD1	Instrumento de Análise do Discurso 1
IAD2	Instrumento de Análise do Discurso 2
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
RS	Representações Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UNIVÁS	Universidade do Vale do Sapucaí

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 A história da morte e do morrer	15
1.2 História da medicina no Brasil.....	18
1.3 Humanização X formação: um diálogo possível no ensino médico	21
1.4 Cuidados Paliativos – Cuidar do incurável	24
2. OBJETIVOS	28
2.1 Objetivo geral	28
2.2 Objetivos específicos	28
3. MÉTODOS	29
3.1 Delineamento do estudo.....	29
3.2 Discurso do Sujeito Coletivo.....	29
3.3 Teoria das Representações Sociais.....	32
3.4 Local do estudo.....	33
3.5 População e amostra	33
3.6 Critérios de elegibilidade.....	34
3.6.1 Critério de inclusão	34
3.6.2 Critérios de exclusão	34
3.7 Instrumentos de pesquisa	34
3.8 Procedimentos para coleta de dados	35
3.8.1 Pré teste.....	35
3.9 Análise dos dados	36
3.10 Procedimentos Éticos	37
4. RESULTADOS	38
5. DISCUSSÃO	50
6. CONCLUSÃO	64
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
8. REFERÊNCIAS	68
9. APÊNDICES	81
APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico	81
APÊNDICE B - Questionário Semiestruturado	82

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	83
10. ANEXOS	85
ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos nº 2.156.305	85
ANEXO B – IAD1 – Questão 1.....	88
ANEXO C – IAD1 – Questão2	92
ANEXO D – IAD1 – Questão 3	97
ANEXO E – IAD1 – Questão 4	102
ANEXO F – IAD2 – Questão 1	110
ANEXO G – IAD2 – Questão 2	113
ANEXO H – IAD2 – Questão 3	117
ANEXO I – IAD2 – Questão 4	120
11. NORMAS ADOTADAS	124

1. INTRODUÇÃO

A morte e o morrer são temas pertinentes ao cotidiano de profissionais de saúde e ao processo de aprendizagem de acadêmicos de medicina. Desde os primeiros anos da graduação, o estudante é induzido a valorizar os fundamentos técnico-científicos da profissão e a deixar, em segundo plano, a concepção holística do ser humano e da vida (KOVÁCS, 1992). Sendo assim, quaisquer sentimentos de ansiedade ou angústia que, eventualmente, possam surgir no transcorrer do curso, acerca da temática da inevitabilidade do fim, devem ser suplantados em prol de sua formação (CALASANS, 2014).

Durante milênios, a postura da humanidade frente à mortalidade foi de resignação; em geral, a morte se passava em um contexto familiar e próximo, onde o enfermo morria em sua casa, rodeado por parentes e amigos. Contudo, a partir do século XIX, com os avanços na área da medicina, passou a se experienciar um aumento da expectativa de vida e a reversibilidade de um sem-número de doenças (GOMES, 2016); já não se morria mais em casa, mas no hospital, o lugar da cura, onde se encontravam profissionais habilitados a lutar contra a morte. “A morte se tornou distante, asséptica, silenciosa e solitária.” (KOVÁCS, 2004, p. 95). Assim, alguns paradigmas bioéticos começavam a ser levantados acerca da prática médica e influenciariam, até os dias de hoje, o exercício da profissão.

Primeiramente, a intensidade da luta pela busca da cura das doenças, encorajada desde os primeiros anos de faculdade, orienta os futuros profissionais a uma cultura de negação da morte (GALRIÇA, 2010): morrer passa a ser visto, desde cedo, como um símbolo de fracasso. Além disso, acadêmicos de medicina, durante os anos de prática clínica, assumem atitudes, por vezes, onipotentes, de “salvadores do outro” (SANTOS, 2013), relegando ao paciente um papel de mero receptor de procedimentos, desconsiderando sua autonomia sobre a própria vida.

Nas últimas décadas, a educação médica brasileira tem passado por transformações, para se adequar a uma formação profissional com perfil que atenda às demandas do modelo assistencial em saúde e à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), na qual incorpora os princípios de integralidade, humanização e qualidade, bem como aspectos políticos e comunitários (PONTES, 2006).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em medicina, no art. 3, afirma que o graduado em Medicina terá formação geral, humanista,

crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. O artigo 5 afirma que o graduando será formado no sentido de concretizar a ética profissional, fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico (BRASIL, 2014).

A formação médica segue a crise da educação ressaltada por Hannah Arendt (2001), de um ensino cada vez mais voltado à tecnicidade do mundo pós-moderno, ávido por seres humanos dotados de um saber cada vez mais especializado e utilitarista. Nele, as dimensões da existência humana, como a estética, a emocional, a fisiológica, são todas diminuídas frente ao domínio mercadológico.

A Medicina, mais do que qualquer outra ciência, coloca, diretamente, a problemática da morte diante do profissional. O médico responde a esse desafio muitas vezes com ansiedade, medo e até como ameaça à sua própria vida (ARIÈS, 1981).

Dentro da sua formação, o estudante se compromete com a vida e toda a sua capacitação é fundamentada na cura. Apenas uma modesta parte do currículo apresenta conteúdo específico, voltado para a terminalidade da vida (LEE, 2017). Mas, ainda assim, não são preparados para lidar com cenários de angústia e ambivalência diante da inevitabilidade do fim, mesmo em posse de tantos recursos, acarretando no despreparo dos alunos, como também dos médicos, nas situações que envolvam lidar com a morte (SADALA, 2008).

O primeiro contato dos acadêmicos de medicina com um corpo humano não é com um corpo vivo, mas com um corpo morto, nas aulas de anatomia; para muitos autores, é neste momento que se inicia o processo de dessensibilização do futuro profissional, de sufocamento de suas próprias emoções às questões relacionadas à morte e ao processo de morrer (REGO, 2006).

Segundo Kovács (2003), o prolongamento da vida pelo avanço técnico e científico da medicina traz a possibilidade de maior convívio com os processos de morrer, transformando em desafio não apenas lidar com a morte e sim acompanhar o paciente vivo que está morrendo.

Diante da escassez de reflexões sobre a terminalidade da vida no contexto médico acadêmico, faz-se necessário expandir a pesquisa para conhecer o quão familiarizados com o tema os estudantes se encontram, bem como suas percepções, experiências e seu preparo para lidar com a morte.

Considerando que a Educação é um processo da formação humana e a pessoa humana é tema central da Bioética, esta pesquisa se torna essencial para uma educação médica que, além de possibilitar um saber técnico, pretende contribuir para que futuros médicos estabeleçam uma relação mais humanizada e afetiva com seus pacientes.

1.1 A história da morte e o morrer

Credo Bioético

Crença: Aceito a finalidade da morte como parte necessária da vida. Afirmando minha veneração da vida, minha crença na fraternidade humana e minha crença de que tenho obrigações para com as futuras gerações humanas.

Compromisso: Tentarei viver de uma maneira que beneficie a vida de meus semelhantes agora e no futuro e deixar para os que sobreviverem a mim uma lembrança positiva. (Van Rensselaer Potter)

Segundo Ariès (1981), a morte na Idade Média era vista como natural e justa. Já nos séculos XVI, XVII e XVIII, a morte passa a ser encarada como inimiga. No século XIX, a morte era vista como transgressão ao afeto e à união, ao tirar o homem de sua vida cotidiana. A partir do século XX, a morte passa a ser escondida. O indivíduo, que antes morria junto aos familiares, passa a morrer em hospitais. A morte “torna-se vergonhosa e objeto de um interdito.” (ARIÈS, 1981, p. 55).

Atualmente, a morte continua acontecendo nas “catedrais contemporâneas da saúde e do sofrimento humano” (PESSINI, 2004, p. 12-13). Com a revolução industrial, houve uma banalização da morte, que passou a ser vista como tabu. Esta mudança de atitude pode ser atribuída ao grande desenvolvimento tecnológico, à cura de várias doenças e à maior longevidade (KOVÁCS, 2004; ELIAS, 2001).

No ambiente hospitalar pode constatar um processo de despersonalização imposto ao paciente, designando-lhe outra identidade, que pode ser o número do leito, ou sua afecção, tornando-o ainda mais vulnerável, submisso e dependente. Anula-se, pois, a possibilidade de questionamento por parte do paciente que percebe que, para ser

aceito e bem-visto, deve calar-se. Silenciando o paciente, a instituição silencia também o problema da morte (TORRES; GUEDES, 1984).

Segundo Gutierrez (2001), a terminalidade de vida é quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. O indivíduo torna-se incurável, mas sempre passível ao cuidado (PESSINI, 2014).

O escritor Tolstói (2007) narra com precisão clínica a morte do protagonista Ivan Ilitch.

Durante aqueles três dias, no decorrer dos quais o tempo deixou de existir para ele, o infeliz debateu-se dentro daquele saco preto, onde uma força invisível e invencível o obrigava a entrar. [...] Procurou o seu costureiro terror da morte e não mais o encontrou. [...] Em lugar da morte, ele via a luz. [...] Aspirou profundamente o ar, não completou a respiração, esticou o corpo e morreu (TOLSTÓI, 2007, p. 79-80).

Segundo Eizirik (2000), a morte representa um poder invisível, intangível, indomável e desconhecido, sobre o qual não se tem nenhuma governabilidade. Teme-se a morte por não saber como será o encontro com ela. Embora faça parte do processo biológico de vida do ser humano, a morte e o nascer são permeados de simbolismos, significações e valores. No contexto sociocultural atual, a morte é descrita como algo indesejado, gerando comportamentos de negação. Com essa negação da morte, sobretudo, na sociedade ocidental, torna-se difícil incluí-la como parte da vida (CASSORLA, 1998).

A obstinação terapêutica leva, até às últimas consequências, a tentativa de afastar a morte e, nessa tentativa, o sujeito não morre mais na sua hora, mas na hora da equipe de saúde (BELLATO, 2005). Morre-se mal “[...] o paciente que não consegue morrer, com tubos em orifícios do corpo, tendo por companhia ponteiros e ruídos de máquinas, expropriado de sua morte.” (KOVÁCS, 2014, p. 95).

Tem-se observado um clamor, no sentido de se resgatar a participação do paciente em seu processo de morte. Nesse contexto, de acordo com Martin (1998), destacam-se três possibilidades para o cuidado terminal: a eutanásia, entendida como a abreviação da morte, na tentativa de minimizar o sofrimento e a dor; a distanásia, que consiste no prolongamento da vida a todo custo, por meio dos recursos tecnológicos, não obstante o sofrimento do paciente; e a ortotanásia, que traz consigo a questão dos cuidados paliativos, proporcionando o alívio da dor e de outros sintomas angustiantes, sem apressar ou adiar a morte, mas encarando-a como parte da vida (SADALA, 2008),

que deve ser confrontada de maneira humana e digna, articulando os conhecimentos tecnológicos e científicos aos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente (SILVEIRA, 2014).

Segundo Fabríz (2003), embora o direito à vida constitua prerrogativa inviolável, deve ser sempre visto à luz do princípio da dignidade da pessoa humana: se a vida é um pressuposto fundamental, a dignidade se absolutiza em razão de uma vida que somente é significativa se for digna.

De acordo com Ariès (2017), reintroduzir a morte nas nossas vidas é desmascarar a mentira da mitificação e mistificação. Humanizar, na dor e na serenidade, esta realidade irrecusável é um gesto de generosidade do historiador que estimula o enfrentamento de temores, frustrações e medos, na fórmula da esperança.

O conhecimento biológico e os avanços tecnológicos tornaram o morrer mais problemático, fonte de dilemas éticos e escolhas difíceis, geradoras de angústia e incerteza e, desta forma, a Bioética deve contribuir para que o profissional repense o seu papel fundamental na saúde (PESSINI, 1996).

No percurso final da vida, surge a necessidade premente da presença solidária do profissional, acolhedor e disponível. Segundo Trein (2002), “se não há solução para a morte do homem, talvez uma solução seja não deixar que as pessoas morram de solidão”. Dessa forma, ainda que a boa morte ou a morte digna inclua ausência de dor, recursos sensoriais, estar rodeado pelas pessoas amadas, ser preparado para a morte, há que se perguntar o que é uma boa e uma má morte (FRANCO, 2002).

A tragédia da modernidade, de acordo com Ferry (1997), é existir no mundo sob a forma de projeto, como pudesse viver sem fixar metas e objetivos a serem atingidos, como se fosse possível controlar os nossos destinos e vencer a morte.

Segundo Borges (2005), há uma inquietação sobre a preservação da qualidade de vida do sujeito, até no momento do processo de morrer. Reivindica-se uma morte digna, o que significa proferir que o embasamento jurídico e ético do direito à morte honrada é a excelência da pessoa humana. A prorrogação acumulativa do processo de morrer é alienante, ausenta a subjetividade do indivíduo indo de encontro à sua dignidade enquanto pessoa de direito.

1.2 História da medicina no Brasil

Ora, a clínica não é uma ciência e jamais o será, mesmo que utilize meios cuja eficácia seja cada vez mais garantida cientificamente. A clínica é inseparável da terapêutica, e a terapêutica é uma técnica de instauração ou de restauração do normal, cujo fim escapa à jurisdição do saber objetivo, pois é a satisfação subjetiva de saber que uma norma está instaurada. (CANGUILHEM, 1990, p. 185)

No Brasil, o campo da medicina, à semelhança do que ocorreu na Europa e nos Estados Unidos, esteve prioritariamente, durante toda a colônia e parte do século XIX, nas mãos de cirurgiões, boticários, barbeiros, parteiras e feiticeiros, que, sem qualquer preocupação com a concorrência dos raros doutores, curavam a população através de ervas, sangrias, rezas e beberagens. Em 1799, 1801 e 1803 (na Bahia, em Minas e em São Paulo, respectivamente), foram ministradas aulas de anatomia e de cirurgia em cursos com maior ou menor reconhecimento por parte das autoridades da metrópole. Mas, apenas com a chegada de D. João VI ao Brasil seria fundada, na Bahia, a pedido do Dr. José Corrêa Picanço, em 18 de fevereiro de 1808, a primeira instituição oficial para o ensino de medicina, o Colégio Médico Cirúrgico (GUIMARÃES, 2009).

A Reforma Universitária no Brasil iniciou em 1968, em pleno regime militar (1964-1984). A estrutura departamental foi instituída, em substituição às cátedras, e determinou-se a obrigatoriedade nas faculdades de um núcleo básico e um ciclo profissional. As universidades deveriam passar a articular as atividades de ensino e de pesquisa, que até então estavam relativamente desconectadas (DEWEY, 2010).

Nesta ocasião os indicadores de saúde expressavam as péssimas condições de saúde da população, e as políticas de saúde executadas privilegiavam o setor privado, mediante compra de serviços de assistência médica. O favorecimento aos interesses do grande capital levou à expansão da indústria farmacêutica e do complexo médico-industrial (MARTINS, 2009). O rápido avanço científico e tecnológico acentuou os processos de especialização e subespecialização da profissão médica no Brasil. Consolidou-se um currículo que contemplava o ensino de sistemas e órgãos isolados do corpo, feito por disciplinas, segundo a especialidade. A doença nestes moldes é concebida como processo individual, natural e biológico e os estudantes passam a ter uma visão distorcida sobre as demandas de saúde das pessoas (PAIM, 2003).

Até a década de 1980 os currículos das escolas médicas do Brasil eram rigidamente definidos pelo Conselho Federal de Educação (CFE), embora tenham sido

bastante expressivas as medidas dirigidas à promoção de pesquisa e do ensino de pós-graduação por meio de políticas que envolveram a reformulação e o fortalecimento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (Capes) e do Conselho Nacional de Pesquisa Científica e Tecnologia (CNPq) e a introdução do regime de tempo integral para os professores nas universidades federais e estaduais (COUTO, 1988).

O ensino nas escolas de medicina no Brasil segue o mesmo padrão que o progresso tecnológico impôs à sociedade: informação em volume nunca antes visto e compartilhada rapidamente em curtíssimo tempo para elaboração do conhecimento, descartabilidade de teorias e conceitos, predomínio da técnica na abordagem do doente, uso de tecnologia sofisticada e cara para diagnósticos que se fariam com semelhante precisão através de uma história clínica colhida atentamente e de um exame físico acurado, crescente opção do formando pelas especialidades médicas em detrimento da prática da medicina geral, distanciamento entre médico e família do doente, considerada muitas vezes por aquele como um estorvo e uma ameaça (PAZIN FILHO, 2005).

O modelo biopsicossocial de compreensão do processo de saúde e doença e o movimento de valorização da relação médico-paciente para o sucesso das intervenções terapêuticas ganharam atenção progressiva desde a década de sessenta por diferentes grupos de docentes e, algumas mudanças de práticas contra hegemônicas foram propostas em algumas escolas médicas em nosso meio (BALINT, 1975). A discussão de forma mais ampliada das propostas de mudanças curriculares, contudo só ocorreu a partir da criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) em 1991 e das pesquisas por esta desenvolvidas, para avaliar a qualidade do ensino médico e contribuir para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (FEUERWERKER, 2002).

Seus resultados iniciaram um longo processo de construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), até a sua homologação em 2001 e visou reorientar a formação de profissionais de saúde para um outro perfil: generalista, humanista, crítico e reflexivo, com a sua prática orientada pelo princípio da integralidade, entendido como “um valor que merece ser defendido nas práticas de saúde.”, pois se relaciona ao ideal de uma sociedade mais justa, mais solidária, almejado pelo movimento da reforma sanitária (FALK, 2012).

No campo ético, uma reação aos efeitos da inusitada incorporação tecnológica biomédica foi o aparecimento da bioética, como um novo paradigma de reflexão e

discussão dos limites éticos e jurídicos da manipulação do corpo, das distorções decorrentes do primado da tecnologia ou mesmo do acesso restrito aos benefícios do uso da moderna tecnociência (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

O movimento sanitaria que se opôs radicalmente à ditadura militar, após o golpe militar de 1964, conseguiu influenciar, durante o processo de abertura democrática, a inclusão do capítulo referente à saúde da nova Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde como lei constitucional. O SUS e seu novo modelo assistencial foram um acontecimento raro e precioso. Tornou-se um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, organizado em rede de serviços e garantindo acesso universal e gratuito a todas as pessoas, constituindo um fator de democratização e distribuição equitativa dos recursos aplicados. Traduziu-se, assim, em exemplo da participação do Estado na garantia dos direitos humanos e na realização de cidadania e justiça social (TRIGUEIRO, 2002).

A organização dos serviços de assistência e cuidados em saúde conta, especialmente nos principais hospitais universitários de ensino e pesquisa do nosso país, com as tecnologias mais complexas disponíveis. Entretanto, em muitas regiões, ainda persistem estruturas de saúde arcaicas, ineficientes e ineficazes, sendo que em muitos municípios sequer existe médico.

Os médicos são situados como parte da força de trabalho em saúde, definida como um conjunto de agentes capazes de desenvolver ações de saúde, promoção, proteção, recuperação ou reabilitação. É fundamental entender o papel dos médicos nesse contexto, para procurar recuperar a dimensão de seu trabalho através de um conceito mais amplo de saúde, envolvendo relações com outras categorias profissionais específicas da área e com todos os agentes que de alguma maneira produzem as condições necessárias para a preservação da saúde da comunidade (PAIM, 1994).

Estas são algumas das principais variáveis na discussão da formação dos recursos humanos necessários à saúde no Brasil, sendo imperioso harmonizar a medicina eficaz com o uso racional das tecnologias disponíveis, em um sistema bem organizado. E também qualificar os profissionais de todas as categorias da saúde para uma assistência integral, humanizada e com responsabilidade pela continuidade dos cuidados prestados.

Ainda é na prática profissional, centrada em cenários hospitalares, que, tradicionalmente, se têm desenvolvido os currículos médicos, nos quais a formação profissional da saúde ampliada, humanista e generalista não tem sido eficazmente

estimulada. Assim, destaca-se a necessidade de diversificar os cenários de ensino-aprendizagem para a construção de novos currículos e sujeitos (LAMPERT, 2002).

Na graduação, segundo Feuerwerker (2002), cada vez mais os conteúdos especializados permeiam os currículos, multiplicando-se disciplinas, conteúdos e tempos. Perdeu-se o conhecimento generalista das ações em saúde e substituiu-se cada vez mais o subjetivismo da relação profissional da saúde-paciente pela objetividade tecnológica das ciências da saúde.

Ao se estabelecer um currículo inovador que possibilite a aprendizagem nos cenários descritos, é preciso vencer a grande resistência dos educadores, notadamente docentes médicos, de referência tradicional de ensino-aprendizagem (cujo paradigma permanece flexneriano e foca a doença e a transmissão de conhecimentos por meio de aulas expositivas e avaliações que privilegiam a dimensão cognitiva e fragmentada) (BLANK, 2006).

1.3 Humanização x formação: um diálogo possível no ensino médico

Porque um método é um método, nada mais... E a nova educação e a vida são outra coisa. Muito mais alta, muito mais difícil de penetrar, mas, também, muito mais admirável depois de vencida essa dificuldade. (Cecília Meireles)

No final do século XIX e começo do XX, há o nascimento da medicina científica, com uma sólida formação em ciências naturais e biológicas. Em 1910, um ex-aluno de Artes e Humanidades da Johns Hopkins, Abraham Flexner (1866-1959), publicou seu *Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, o Relatório Flexner, uma avaliação propositiva das escolas médicas norte-americanas e canadenses, que teve por objetivo garantir a qualidade da formação do futuro médico. Sua adoção quase dogmática deu ao Relatório Flexner um *status* de paradigma da formação médica, o paradigma flexneriano, que conta com características que prevalecem tanto no universo formativo quanto profissional dos médicos (PAGLIOSA, 2008).

Existe consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde em relação ao fato de ser hegemônica a abordagem mecanicista, biologicista, individualista,

medicalizante e procedimento-centrada. O modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica. Na abordagem clássica da formação em saúde, o ensino é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos e do conhecimento dos equipamentos auxiliares do diagnóstico, tratamento e cuidado, planejado segundo o referencial técnico-científico acumulado pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidade ou dedicação profissional (FEUERWERKER, 2002).

Segundo Durkheim (2007), constituir um ser social, em cada um de nós é o objetivo da educação, entendida como socialização. A ação, exercida pela sociedade por meio da educação, tem por objetivo elevar os indivíduos, tornando-os seres sociais verdadeiramente humanos (DEWEY, 1959). Esta compreensão torna indispensável uma apropriada elaboração das práticas pedagógicas, desde a educação infantil até a formação profissional, com um referencial claro de qual horizonte de humanidade se quer fortalecer no presente, tendo em vista os desafios do futuro (WENCESLAU, 2011).

As abordagens pedagógicas progressivas de ensino-aprendizagem vêm sendo construídas como ferramentas para a reintegração de habilidades perdidas pelo médico em sua trajetória histórica, permitindo alcançar como resultado a formação de profissionais como sujeitos autônomos – com competências humanas, éticas, políticas e técnicas – e dotados de conhecimento técnico, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidades como os da medicina atual (ZANOLLI, 2004).

Entretanto, a respeito das mudanças ensaiadas nos últimos 30 anos na formação ética e humanística do médico, há uma tendência a manter uma compreensão da dimensão subjetiva do ser humano, separada da sua dimensão corporal e física, mantendo o hiato entre as ciências humanas e as ciências naturais. Ainda persiste uma dificuldade em estabelecer uma relação menos distante entre sujeito e corpo, que ajude superar a mecanização da vida, expressa pelo paradigma flexneriano (REGO, 2008).

Merhy (1998) mostra que os modos tecnológicos de atuar em saúde estão sempre implicados, social e politicamente, em determinados agrupamentos de força que têm interesses específicos no que se está produzindo no setor da saúde. Segundo o autor, o modelo médico-hegemônico expressa um grupo de interesses sociais que desenham certo modo tecnológico de operar a produção dos atos em saúde que

empobrece a dimensão da integralidade, subjugando a clínica à baixa interação com os usuários, bem como à menor produção de autonomia dos mesmos.

O humanismo na saúde é uma prioridade defendida pela Política Nacional de Humanização (PNH), que se apresenta como proposta, como tema para debates e estudos traduzidos no conceito de humanização (MINAYO, 2006). A humanização, que antes estava relacionada a movimentos religiosos, filantrópicos e paternalistas, atualmente, é entendida como a capacidade de ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos trabalhadores (SILVA, 2011).

Pensar na possibilidade de promover atendimentos humanizados requer, necessariamente, a educação de profissionais da saúde dentro dos princípios da humanização e o desenvolvimento de ações institucionais que visem ao cuidado e à atenção às situações de sofrimento e estresse, decorrentes do próprio trabalho e ambiente em que se dão as práticas de saúde (RIOS, 2009).

Segundo José Ricardo Ayres (2009), cuidado, na filosofia heideggeriana, não diz respeito a cuidar e descuidar, no sentido operativo do senso comum, e ainda menos numa perspectiva estritamente médica. Adota-se aqui o termo cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento físico ou mental e, também, das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.

A humanização pode ser assegurada ao mostrar-se indispensável aos bons resultados que o profissional deseja de si mesmo em seu trabalho, ou seja, na recuperação do desejo e do prazer de cuidar, quando a necessidade de bem cuidar for sentida como uma disposição que pode mover o desejo de aprender outro jeito de ser e fazer o encontro clínico no campo intersubjetivo (RIOS, 2007).

A história da medicina revela que o comportamento médico está relacionado com a cultura e, a despeito do modelo explicativo para a origem das doenças, o homem doente sempre foi o objeto principal da medicina, sendo papel do médico usar dos recursos disponíveis para afugentar a morte iminente (UERJ, 2014). Num contexto diverso e tão próximo, discutir bioética e humanização ou a contribuição ao desenvolvimento das competências moral e ética na formação não é tão simples. Entretanto, é possível as instituições de ensino contribuírem, de maneira inequívoca, com o processo de desenvolvimento da competência moral e ética de um indivíduo. Para isto, importam não apenas as abordagens pedagógicas apropriadas, como também

as oportunidades para o exercício da autonomia individual e da prática dialógica (REGO, 2008).

A UNESCO, preocupada com o extraordinário avanço do saber científico e a proliferação de disciplinas acadêmicas, criou a Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, que propõe novo tipo de formação universitária estruturada sobre os eixos: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser.

De acordo com Kovács (2003), o princípio de autonomia é essencial para que o paciente possa exercer seu direito de escolha e contribuir para a dignidade do seu processo, reumanizando o processo de morrer.

1.4 Cuidados Paliativos – Cuidar do incurável

"Se sou terminal é como um rodoviário cheio de chegadas promissoras e partidas para as mais formidáveis e apaixonadas estradas dos viventes. Não tenho sobrevida. Tenho vida de sobra, a única da qual poderei deixar o rastro de uma paixão..." (Herbert Daniel)

Ainda que a morte seja um fenômeno natural e inexorável da vida, tende-se a negá-la. Diante de tanta tecnologia, conhecimentos e avanços científicos podia supor que teriam melhores meios para se preparar as famílias para este acontecimento. Entretanto, quanto mais se avança, maior o temor e negação à realidade da morte (KÜBBER-ROSS, 2017).

O conceito de boa morte tem sido empregado em cenários que possuem as seguintes características: morte sem dor, de acordo com os desejos do paciente, no ambiente familiar, sem sofrimentos e em ambiente harmônico. Para tanto, a alta tecnologia não deveria ser contraditória aos cuidados paliativos, visto a necessidade de garantir qualidade de vida e dignidade na morte (FLORIANI; SCHRAMM, 2008).

Segundo Pessini (2004), cuidados de saúde sob o paradigma do cuidar aceitam o declínio, o envelhecimento e a morte como parte da condição humana, uma vez que todos “sofrem” de uma condição que não tem cura, isto é, a mortalidade.

O termo paliativo é originado do latim *pallium*, que significa manto, proteção, remete-se à ideia de proteger aqueles que a medicina curativa não acolhe mais. Já o cuidado, núcleo comum da ação de todas as profissões de saúde, é utilizado como categoria analítica, fundamental para uma formação profissional em saúde orientada sobre as premissas da integralidade: “o cuidado no campo da saúde é sua própria razão de ser, é o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam nesse campo” (SILVA JUNIOR et al., 2006, p. 93). De forma complementar, Merhy (2004) afirma, ao desenvolver uma tipologia das tecnologias em saúde, que parte essencial do trabalho em saúde se inscreve nas denominadas “tecnologias leves”, que dizem respeito às relações.

Cuidados Paliativos é a terminologia atualmente utilizada como referência ao cuidado proposto pelo movimento *hospice*, movimento social que teve início na Inglaterra na década de 1950 e foi oficialmente reconhecido com a fundação do St. Christopher’s Hospice por Cicely Saunders em 1967. Cujo objetivo é o cuidado de pacientes com doenças fora de possibilidades terapêuticas de cura e o apoio à família durante o adoecimento e a fase de luto (FLORIANI, 2009).

Segundo Kovács (2003), a “má morte” é aquela marcada por solidão, desconhecimento e medo, além de sofrimento e dor. É o modelo contemporâneo de morrer no qual o esforço em eliminar sintomas e prolongar a vida não é proporcionalmente compatível com o empregado na qualidade de vida.

Proporcionar uma “boa morte” torna-se simples quando utilizada a definição de Cuidados Paliativos foi proposta por Saunders na qual ela afirma: “Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento da sua vida e faremos tudo o que estiver a nosso alcance somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da morte” (PESSINI & BERTACHINI, 2009).

Nessa modalidade de cuidado, a relação entre paciente e equipe de saúde adquire um status diferente, já que o limite da possibilidade terapêutica não representa o fim da relação, mas a continuidade desta de uma forma mais próxima, baseada no princípio do respeito à dignidade do outro (ARAÚJO & SILVA, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002),

Cuidados paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, sociais, biopsicossocial e espiritual.

Para Cicely Saunders (2004),

Os cuidados paliativos se iniciam a partir do entendimento de que cada paciente tem sua própria história, relacionamentos, cultura e merecem respeito, como um ser único e original. Este respeito inclui proporcionar o melhor cuidado médico disponível e disponibilizar a ele as conquistas das últimas décadas, de forma que todos tenham a melhor chance de viver bem o seu tempo.

Para efetivamente cuidar do paciente, fora de possibilidades terapêuticas de cura, torna-se fundamental os cuidados paliativos que têm como princípios fundamentais (CONCIL OF EUROPE, 2003):

- a) valorizar atingir e manter um nível ótimo de dor e administração dos sintomas;
- b) afirmar a vida e encarar o morrer como um processo normal;
- c) não apressar e nem adiar a morte;
- d) integrar aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados do paciente;
- e) oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver, tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;
- f) ajudar a família a lidar com a doença do paciente e no luto;
- g) exigir uma abordagem em equipe;
- h) buscar aprimorar a qualidade de vida;
- i) aplicáveis no estágio inicial da doença, concomitantemente com as modificações da doença e terapias que prolongam a vida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu o cuidado espiritual no que tange aos cuidados totais para o paciente que se encontra em cuidados paliativos, pois auxilia no enfrentamento da angústia e do sofrimento, imprimindo-lhe algum sentido. A importância da espiritualidade no enfrentamento de uma doença terminal tem sido constantemente corroborada por algumas pesquisas. O bem-estar espiritual oferece proteção contra o desespero no fim da vida, ocasionando paz e significado para aqueles na iminência da morte (LIBERATO, 2008).

Ainda segundo a OMS o tratamento paliativo deve ser iniciado o mais precocemente possível, utilizando-se todos os esforços necessários para buscar o conforto e a qualidade de vida por meio do controle de sintomas (OTHERO, 2010).

Os cuidados paliativos preconizam humanizar a relação equipe de saúde-paciente-família e proporcionar resposta razoável para portadores de doenças que ameaçam a vida, desde o diagnóstico até os momentos finais (ARAÚJO, 2005).

Na atenção paliativa o cuidado ultrapassa as dimensões físicas e emocionais, mas a espiritualidade também é uma prioridade para as estratégias terapêuticas, pois reconhecidamente é fonte de bem estar e qualidade de vida para pessoas que vivenciam o processo de morrer (WACHHOLTZ, 2006). Nesta perspectiva, escuta-se o usuário em relação ao que ele considera importante realizar nessa fase de sua vida, além de trabalhar com o controle dos sintomas, procura-se, nesse momento ímpar, lhes oferecer todas as condições necessárias para as suas realizações.

A ética do cuidado tem três grandes desafios: 1. Compromisso ético-político-ecológico: promoção e defesa da vida em todos os níveis; 2. Ciência com consciência e ternura: competência tecnocientífica aliada à competência ética; 3. Reflexão ética consistente: educação para resgatar os valores fundamentais que constroem uma vida humana saudável e feliz. Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano do outro, se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria (PESSINI, 2014).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer o entendimento e a percepção dos estudantes de medicina da Universidade do Vale do Sapucaí, Univas, de Pouso Alegre, sobre a terminalidade da vida.

2.2 Objetivos específicos

Conhecer o significado da terminalidade da vida para acadêmicos de Medicina.

Conhecer os sentimentos que emergem ao cuidar de pacientes em fase terminal.

Conhecer a percepção desses alunos a respeito da sua própria preparação diante da morte e do processo de morrer dos seus pacientes.

Conhecer a percepção dos alunos referente à discussão dos temas Morte e Pacientes Terminais, durante a graduação.

3. MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Realizou-se um estudo qualitativo, descritivo, transversal, não controlado, com amostragem intencional.

3.2 Discurso do Sujeito Coletivo

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma forma de resgatar e apresentar as Representações Sociais obtidas de pesquisas empíricas, em que as opiniões ou expressões individuais que apresentam sentidos semelhantes são agrupadas em categorias semânticas (LEVÉVRE 2017).

Lefèvre; Lefèvre; Teixeira (2000) mencionam que o DSC é uma estratégia metodológica com a finalidade de tornar mais clara uma determinada representação social e o conjunto das representações que constituem um dado imaginário. Por meio desse modo discursivo, é possível visualizar a representação social, na medida em que ela aparece não sob a forma (artificial) de quadros, tabelas ou categorias, mas sob a forma mais viva de um discurso, que é o modo como os indivíduos reais e concretos pensam.

Lefèvre, Lefèvre (2000), precursores desse método, esclarecem ainda que o DSC é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, materiais e cartas, entre outros.

O Discurso do Sujeito Coletivo consiste numa forma não matemática nem metalinguística de representar (e de produzir) de modo rigoroso o pensamento de uma coletividade, o que se faz mediante uma série de operações sobre os depoimentos, que culmina em discursos-sínteses que reúnem respostas de diferentes indivíduos, com conteúdo discursivo de sentido semelhante” (Lefèvre & Lefèvre, 2005, p. 25).

A metodologia pretende que os depoimentos coletivos sejam uma expressão direta do pensamento ou das coletividades; buscando dar voz aos coletivos. Portanto, o tempo verbal tem de ser o tempo “daquele que fala”, o “eu”, já que uma determinada RS expressada por um DSC agrega sujeitos e narrativas diversificadas, ainda que semanticamente semelhantes. Tais narrativas são diferentes “eus” conectados por um mesmo fio ideativo (LEFÉVRE, 2017). Foi adotado para o DSC um “pressuposto socioantropológico de base na medida”, por meio do qual se entende que o pensamento

de uma coletividade sobre um dado tema pode ser visto como o conjunto dos discursos existentes na sociedade e na cultura sobre tal tema, do qual os sujeitos lançam mão para se comunicarem, interagirem e pensarem (LEFÉVRE, LEFÉVRE, 2000).

Nesse sentido, o pensamento coletivo é como se fosse um segundo idioma, uma segunda língua que, ao mesmo tempo em que viabiliza e permite a troca entre indivíduos distintos de uma mesma cultura, é como o primeiro idioma, uma condição imprescindível para a vida humana em sociedade (LEFÉVRE, LEFÉVRE, 2000).

A comparação entre o DSC e os idiomas permite que se entenda algo de suma importância, quer dizer, um indivíduo que domina determinada língua é, ao mesmo tempo, um ente coletivo e um ente individual enquanto, como ente coletivo, compartilha com os membros da sua cultura um código comum e, como ente individual, é capaz de produzir e produzem frequentemente, nas suas interações habituais, frases inéditas. Isso é o que ocorre exatamente com o DSC (LEFÉVRE, LEFÉVRE, 2000).

O DSC é o equivalente da língua ou idioma, e o depoimento dos indivíduos com os quais ele é feito, ou a partir dos quais ele é reconstruído ou mesmo elaborado é o equivalente das frases individuais. Logo, o “Discurso do Sujeito Coletivo é um construto, elaborado por abstração, a partir de um conjunto de falas individuais de sentido reputado semelhante ou complementar, com a finalidade precípua de expressar um pensamento coletivo” (LEFÉVRE, LEFÉVRE, 2000).

Se o pensamento coletivo pode ser visto como um conjunto de discursos sobre um dado tema, o DSC visa a iluminar o conjunto de individualidades semânticas, próprias do imaginário social. Em suma, o DSC é uma maneira destinada a fazer a coletividade “falar” diretamente (LEFÉVRE, LEFÉVRE, 2000).

No DSC há uma postura filosófica e metodológica nítida de estrito respeito ao depoimento na sua textualidade imanente. No momento posterior ao pensamento coletivo reconstituído, o pesquisador assume-se explicitamente como sujeito epistemológico eticamente responsável pela interpretação do texto. Um DSC está bem feito quando se configura ao leitor como um depoimento de uma só pessoa (LEFÉVRE, 2017).

Para a elaboração do DSC, foram criadas quatro figuras metodológicas, que são:

1. Expressões-Chave (ECH): são partes ou todo o conteúdo das transcrições literais do discurso de cada sujeito, que devem ser identificados e a seguir destacados

(sublinhados, coloridos ou iluminados) pelo pesquisador, e que revelam a essência do discurso ou a teoria subjacente (LEFÉVRE, LEFÉVRE, 2000).

2. Ideias Centrais (IC): são um nome ou expressão linguística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH, que, posteriormente, vai dar origem ao DSC. É importante assinalar que as IC não são uma interpretação, mas uma descrição do sentido do depoimento ou de um conjunto de depoimentos. As IC podem ser resgatadas por meio de descrições diretas do sentido do depoimento, revelando “o que foi dito”, ou por meio de descrições indiretas ou mediatas que revelam o tema do depoimento ou “sobre o que” o sujeito enunciatador está falando. Neste último caso, será preciso, após a identificação do tema, reconhecer as IC correspondentes (LEFÉVRE, LEFÉVRE, 2000).

3. Ancoragem (AC): algumas ECH remetem não apenas a uma ideia central equivalente, mas também a uma figura metodológica que, sob a inspiração da TRS, denomina-se Ancoragem (AC), que é a manifestação linguística explícita de uma determinada teoria ou crença que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo utilizada pelo enunciatador para “enquadrar” uma situação específica. É importante observar que todo depoimento tem uma ou várias IC, mas apenas alguns depoimentos apresentam, de maneira explícita, marcas discursivas das ancoragens (LEFÉVRE, LEFÉVRE, 2000). No presente trabalho, não foi adotada a ancoragem.

4. Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): consiste na reunião, num só discurso-síntese, de vários discursos individuais emitidos como resposta a uma mesma questão de pesquisa por sujeito social e institucionalmente equivalente ou que fazem parte de uma mesma cultura organizacional e de um grupo social homogêneo, na medida em que os indivíduos que fazem parte desse grupo ocupam a mesma ou posições vizinhas num dado campo social. O DSC é então uma forma de expressar diretamente a representação social de um dado sujeito (LEFÉVRE, LEFÉVRE, 2012).

No processo de elaboração do DSC, utilizou-se dois instrumentos de análise de discurso denominado IAD1 e IAD2 (SILVA, 2003). A IAD1 é feita pelo manejo das figuras metodológicas (ou operadores) do DSC, que são as expressões-chave (ECH), as ideias centrais (IC), as ancoragens (AC) e o discurso do sujeito coletivo (DSC). Abrange os procedimentos de selecionar as expressões-chave e as ideias centrais para,

posteriormente, categorizar as expressões-chave de sentido semelhante ou complementar.

A IAD2 tem o objetivo final de construir os DSC e configura os procedimentos realizados sobre a categorização das ECHs de sentido semelhante ou complementar.

3.3 Teoria das representações sociais

Desenvolvida a partir dos anos de 1960 pelo psicólogo social Serge Moscovici (2007) e com forte referência durkheimiana, a Teoria das Representações Sociais busca explicar o fenômeno das trocas simbólicas tanto no nível pessoal – subjetividade dos sujeitos – quanto no nível coletivo – interações grupais -, bem como a maneira que os símbolos e seu processo de formação influenciam a construção do conhecimento. Subsidiária de uma perspectiva sócio construtivista, a TRS apresenta semelhanças com o chamado paradigma da complexidade. Seu principal elemento, a noção de Representação Social, nunca recebeu uma definição específica por parte de Moscovici (2007, p. 41), que afirmou: “(...) se a realidade das Representações Sociais é fácil de apreender, não o é o conceito”.

Representações Sociais (RS), segundo Modele (1985), “são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Figueiredo (1994) ressalta que as RS podem ser entendidas como “uma atividade de construção ou representação do real e que se efetua a partir das informações que as pessoas recebem, através de suas percepções e sensações sentidas”.

Moscovici destaca a importância do discurso como elemento central na apreensão das Representações Sociais: os fenômenos sociais que nos permitem identificar de maneira concreta as representações e de trabalhar sobre elas são, nós os sabemos, as conversações, dentro das quais se elaboram os saberes populares e o senso comum (MOSCOVICI in GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 1997, p. 9).

Moscovici (2003), o principal articulador da TRS, afirma as funções básicas das RS a partir da seguinte consideração:

Se nós aceitamos que sempre existe certa quantidade, tanto de autonomia, quanto de condicionamento em cada ambiente, seja natural ou social e no nosso caso em ambos digamos que as representações possuem precisamente duas funções: a) Em primeiro lugar, elas CONVENCIONALIZAM os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram. Elas lhes dão uma forma definitiva,

as localizam em uma determinada categoria e gradualmente as colocam como um modelo de determinado tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas. b) Em segundo lugar, representações são PRESCRITIVAS, isto é, elas se impõem sobre nós com uma força irresistível. Essa força é uma combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que nós comecemos a pensar e de uma tradição que decreta o que deve ser pensado (MOSCOVICI, 2003, p. 36).

Lefèvre & Lefèvre (2014) argumentam que as RS estão sempre presentes nas opiniões e posicionamentos cotidianos, de modo que é sempre possível agrupar e reconstituir, em grandes categorias de sentido, depoimentos ou outras manifestações de pensamentos individuais.

3.4 Local do estudo

O estudo foi realizado nas dependências da Faculdade de Medicina da Univas, na cidade de Pouso Alegre, Minas Gerais.

3.5 População e amostra

A população do estudo envolveu estudantes do 1º ao 6º anos do curso de Medicina da Univas, em Pouso Alegre, MG. Por meio de uma amostragem intencional, utilizando-se a lista de alunos matriculados em cada ano, foram selecionados 10 estudantes de cada ano, totalizando 60 indivíduos.

3.6 Critérios de elegibilidade

3.6.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos nesta pesquisa os acadêmicos do 1º ao 6º anos, regularmente matriculados no curso de Medicina da Univas que aceitaram, por livre arbítrio, participar da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

3.6.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão compreenderam os estudantes que não frequentaram as atividades acadêmicas no período do estudo e que não concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. E também os participantes que desejaram sair da pesquisa por sua própria vontade.

3.7 Instrumentos de pesquisa

Questionário sociodemográfico (Apêndice A), com as seguintes variáveis: ano do curso, sexo, idade e religião.

Questionário contendo perguntas a respeito do tema terminalidade da vida (Apêndice B), com base na Teoria das Representações Sociais (TRS). A TRS é uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, na qual as Representações Sociais (RS), por meio do conhecimento comum, associam a atividade mental dos indivíduos e dos grupos para determinar sua posição em relação a situações e acontecimentos que lhes dizem respeito. A TRS apresenta grande aderência aos objetos de estudos na área de saúde, uma vez que consegue apreender os aspectos mais

subjetivos que permeiam os problemas inerentes a essa área. Para conhecer e descrever os aspectos da terminalidade da vida, na formação acadêmica e profissional de futuros médicos, e suas implicações éticas, sob o referencial das TRS, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) constituirá no método escolhido para a construção dos significados, permitindo a aproximação com o fenômeno em estudo.

Os dados foram coletados verbalmente e gravados sob a forma de áudio, com posterior destruição das gravações após a finalização do trabalho, garantindo ao entrevistado sigilo absoluto e protegendo-o de quaisquer danos à sua integridade física, moral e psicológica.

3.8 Procedimentos para coleta de dados

Os sujeitos da pesquisa foram procurados na Faculdade de Medicina da Univas, convidados a participar da pesquisa após tomarem conhecimento de seu propósito, seus objetivos e conteúdo.

Após concordarem em participar, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; em seguida, os entrevistados dirigiram-se para um lugar livre de interferências externas, dando-se início ao trabalho com a aplicação do questionário sociodemográfico e do instrumento de pesquisa semiestruturado.

O trabalho teve a colaboração da acadêmica de medicina, Priscelly Cristina Castro Brito, para a coleta de dados. A mesma utilizou parte dos resultados no seu projeto de Iniciação Científica da Univás.

3.8.1 Pré-teste

O pré-teste foi realizado com 03 alunos, que não fizeram parte da amostra definitiva, mas atenderam aos critérios de elegibilidade.

O pré-teste, segundo Lakatos; Marconi (2010) possui três finalidades:

- Efetuar possíveis mudanças nos instrumentos ou nas perguntas abertas, se estudo qualitativo, para facilitar a compreensibilidade;
- Identificar o tempo previsto para a realização da entrevista;
- Preparar os pesquisadores para coleta definitiva.

Após o pré-teste, constatou-se que houve compreensibilidade total do instrumento, não havendo necessidade alguma de ajustes. O tempo médio das

entrevistas correspondeu há 10 minutos e a sua realização um preparo prévio da pesquisadora para a coleta definitiva.

3.9 Análise dos dados

Os dados coletados pelo questionário sócio demográfico foram submetidos à análise descritiva.

Para a análise dos dados obtidos por meio do instrumento semiestruturado, utilizou-se o DSC, redigido na primeira pessoa do singular, composto por expressões chaves (ECH), que tiveram as mesmas ideias centrais (IC) e mesma ancoragem (AC), obedecendo-se, rigorosamente, a ordem das seguintes etapas:

1ª etapa: as respostas das questões foram ouvidas várias vezes e, somente após se obter uma ideia geral e melhor compreensão do discurso, é que foi feita a transcrição literal delas.

2ª etapa: refere-se a uma cuidadosa leitura do material transcrito, que foi realizada em dois momentos: no primeiro momento, foi feita a leitura das respostas de cada um dos entrevistados, e, em um segundo momento, cada resposta foi lida separadamente, ou seja, cada resposta da questão de todos os respondentes.

3ª etapa: refere-se à cópia integral de todas as respostas de cada sujeito à questão e, para isso, foi utilizado o Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1), representando as ECH que foi marcado em itálico. Com as ECH definidas, foi feita a leitura de cada uma delas, identificando a sua IC, tomando o cuidado para que representasse a descrição das ECH e não a interpretação do pesquisador.

4ª etapa: Elaboração do Instrumento de Análise do Discurso 2 (IAD2), que continha separadamente cada ideia central com as suas respectivas ECH.

5ª etapa: Foram resumidas, na extração do tema de cada pergunta da entrevista semiestruturada, as ideias centrais semelhantes e complementares, agrupando-as ao mesmo, as suas respectivas ICs, assim como os sujeitos, representados pelos números dos entrevistados e as frequências de ideias por meio de quadros.

Com o material das ECH e das IC, foram formados os discursos-síntese na primeira pessoa do singular (DSC), onde o pensamento de um grupo ou coletividade apareceu como se fosse um discurso individual.

3.10 Procedimentos éticos

A presente pesquisa obedeceu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define os procedimentos éticos para a pesquisa em seres humanos. Neste estudo, foram respeitados os valores, os aspectos culturais, a autonomia, a privacidade e o anonimato, assim como foi estabelecida e mantida a confidencialidade. No estabelecimento do anonimato dos participantes, utilizaram-se, aleatoriamente, números arábicos para identificá-los. O participante do estudo foi informado que teria direito de se retirar do estudo, se assim o desejasse, em qualquer momento da etapa da pesquisa. Conforme mencionado anteriormente, o integrante da pesquisa assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio do qual e de acordo com sua autonomia, ele expressava a sua concordância de participação no trabalho. O TCLE, devidamente elaborado, encontra-se no Apêndice C. Este estudo só teve início após a sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade do Vale do Sapucaí “Dr. José Antônio Garcia Coutinho”, unidade central, Pouso Alegre, MG. Para isto, o projeto de pesquisa e seus acessórios foram inseridos na Plataforma Brasil. (Anexo A).

4. RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por 60 acadêmicos do curso de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí, de Pouso Alegre, MG, de ambos os gêneros, sendo 10 acadêmicos de cada ano. Do total de 60 alunos, 36 (60%) eram do sexo feminino e 24 (40%) eram do sexo masculino; de 18 a 31 anos de idade; Para qualificar melhor a amostra e compreender a percepção dos acadêmicos de acordo com suas convicções religiosas foi realizado o levantamento do perfil religioso, do qual 34 (56,7%) católico, 13 (21,7%) sem religião, 8 (13,3) espírita, 3 (5%) evangélico e 2 (3,3%) agnóstico. Ressalta-se que no 1º ano foi quando mais alunos disseram não ter religião (40%).

Sobre a experiência com a terminalidade da vida, 50 (83%) afirmaram que já tiveram contato com questões relacionadas ao tema e também à Bioética na graduação, porém com aulas teóricas relacionadas à eutanásia, distanásia e ortotanásia, num período de grande distanciamento entre teoria e a prática, (1º ano do curso). A partir do 3º ano os alunos relatam terem experiências práticas com a morte na disciplina de semiologia, quando se depara com a divergência entre a matéria estudada e a realidade na relação médico-paciente. No 4º ano as experiências práticas com a morte se ampliam nas aulas de semiologia e estágios, porém sem grandes reflexões e de forma banalizada. No 5º ano o internato traz esta vivência rotineiramente, entretanto o único aparato para o enfrentamento são as poucas aulas vista no 1º ano. E, no 6º ano as experiências com o tema se intensificam, mas apesar da maturidade e a vivência os alunos ainda remetem às aulas do 1º ano, quando não entendiam direito sobre as questões levantadas. Apenas 1 aluno relatou ter aula de Bioética no 6º ano, com abordagem sucinta do tema, mas neste momento de forma relacional com a prática.

Deste universo, apenas 01 aluno, sujeito 30 foi excluído na questão 03, pois não foi possível a identificação da expressão-chave, conforme demonstrado no IAD1 anexo D, página 96.

Com relação ao tema “terminalidade da vida”, quando questionados acerca de seu significado, os acadêmicos de medicina valeram-se das seguintes ideias centrais: *fim da vida; passagem do corpo físico para o espiritual; morte encefálica; separação corpo-mente-espírito e múltiplos fatores*, apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Ideias centrais, sujeitos e frequências do tema: Significado de terminalidade da vida para os acadêmicos de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre/MG, 2017.

Ideia central	Sujeitos	Frequência
Fechamento/fim da vida	1, 3, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 23, 25, 26, 27, 31, 32, 36, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59	34
Passagem corpo físico para o espiritual	7, 8, 15, 17, 20, 21, 24, 30, 33, 34, 38, 40, 43, 49, 60	15
Morte cerebral/encefálica	2, 18, 28	3
Separação Corpo-Mente-Espírito	35, 37, 39	3
Múltiplos fatores	5, 22, 29, 51, 56	5

Fonte: Autora (2018) IAD2

A seguir, apresenta-se o painel do Discurso de Sujeito Coletivo (DSC), referente a cada uma das cinco ICs sobre significado de terminalidade da vida. Os IAD1 e IAD2 encontram-se descritos nos Anexos B e F.

Tema: Significado de terminalidade da vida

Primeira ideia central

Fechamento/fim da vida

DSC

“Eu acho que é um processo natural, uma parte como outra qualquer da vida, como se fosse o fechamento de um ciclo. Terminar a vida é o fim desse ciclo. Seria a parada das funções fisiológicas, batimento cardíaco e outros órgãos importantes, quando não tem mais o que ser feito a respeito de alguma doença, comorbidade, um problema de saúde em geral.”

Segunda ideia central

Passagem corpo físico para o espiritual

DSC

“É uma etapa evolutiva, um momento de passagem do corpo físico para o espiritual, quando se encerra a parte da vida aqui na terra (e ela continua em algum outro plano, por exemplo).”

Terceira ideia central

Morte encefálica

DSC

“Seria quando o paciente não tem mais consciência, quando para a atividade cerebral.”

Quarta ideia central

Separação corpo-mente-espírito

DSC

“É quando a pessoa não tem mais capacidade de estar presente, o corpo dela está aqui, mas não tem mais ‘mente’, a alma da pessoa não está mais nela, o espírito já não está mais ali.”

Quinta ideia central

Múltiplos fatores

DSC

“Eu acho que são múltiplos fatores: envolve tanto os profissionais quanto fatores não só relacionados à medicina, como a religiosidade do paciente. Eu acho que é quando você sabe que a morte está próxima e você tem consciência disso. É um momento da vida. Não é só uma questão biológica, mas, emocional também, quando você não é mais independente. Terminalidade da vida, eu acho que está relacionado ao jeito que você vai morrer”.

Foi elaborada uma figura representativa sobre os significados em relação à terminalidade da vida, utilizando as seguintes ideias centrais que emergiram através dos participantes: *Fechamento/fim da vida, Passagem do corpo físico para o espiritual, Morte cerebral/encefálica, Separação corpo-mente-espírito, Múltiplos fatores.*



Figura 01 – Ideias centrais em relação ao significado da terminalidade da vida

Fonte: Autora (2018)

Em relação aos sentimentos dos acadêmicos frente à situação hipotética de terem que lidar, naquele exato momento em que estavam sendo entrevistados, com um paciente terminal, sobrevieram as ideias centrais: *insegurança; solidariedade; tristeza, ansiedade e impotência; inconstância; angústia, compaixão, frustração e fracasso; estarrecimento* (Quadro 2). Os IAD1 e IAD2 encontram-se descritos nos Anexos C e G.

Quadro 02 – Ideias centrais, sujeitos e frequências do tema: Sentimento dos acadêmicos ao lidarem com pacientes terminais Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre/MG, 2017.

Ideia central	Sujeitos	Frequência
Insegurança	6, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 19, 26, 28, 30, 32, 36, 39, 41, 43, 57, 58, 59, 60	21
Solidariedade	3, 4, 8, 20, 21, 22, 23, 31, 33, 42, 44, 45, 46, 51, 56	15
Tristeza, ansiedade, impotência	7, 18, 27, 34, 38, 49, 52, 53, 55	9
Inconstância	1, 17, 35, 37, 40	5
Segurança	2, 47, 54	3
Angústia	24, 29	2
Compaixão	25, 50	2

Frustração e fracasso	5, 48	2
Estarrecimento	14	1

Fonte: Autora (2018) IAD2

A seguir, apresenta-se o painel do Discurso de Sujeito Coletivo (DSC) referente a cada uma das nove ICs sobre sentimentos ao lidar com pacientes terminais, apresentados pelos participantes.

Tema: Sentimento em lidar com pacientes terminais

Primeira ideia central

Insegurança

DSC

“Não sei o que eu iria fazer, não sei reagir a essas situações ainda [...] eu acho que não estaria preparado. Hoje eu não teria nenhuma condição de fazer isso, tanto falando da bagagem teórica da faculdade, quanto emocional. Tanto a faculdade quanto, propriamente falando, a vida, não ensinam a gente a lidar com perdas.”

Segunda ideia central

Solidariedade

DSC

“Eu tentaria fazer de tudo para o bem-estar dele, tentaria ao máximo entrar com um apoio e ver o que seria melhor para amenizar o sofrimento, a dor dele, para que ele passe por esse período da melhor forma possível.”

Terceira ideia central

Tristeza, ansiedade e impotência

DSC

“A princípio, eu ficaria meio abalado emocionalmente, um pouco ansioso, entristecido, por causa do sentimento de impotência, de não poder fazer mais nada pela pessoa.”

Quarta ideia central

Inconstância

DSC

“Meu sentimento varia muito com o sofrimento do paciente, da minha relação com ele. Querendo ou não, a gente se envolve com o paciente quando ele está perto de morrer.”

Quinta ideia central

Segurança

DSC

“Eu acho que eu não seria tão afetado, porque eu aceito muito bem isso. Acho que eu ficaria bem, não teria nenhuma dificuldade.”

Sexta ideia central

Angústia

DSC

“Acho que a gente fica um pouco angustiado por, às vezes, querer fazer alguma coisa e não poder.”

Sétima ideia central

Compaixão

DSC

“Primeiro, você tem que ter compaixão com o paciente, saber lidar com a preocupação dele...”

Oitava ideia central:

Frustração e fracasso

DSC

“Eu ficaria frustrada, teria um sentimento de fracasso...”

Nona ideia central

Estarrecimento

DSC

“Eu ficaria um pouco em choque.”

Foi elaborada uma figura representativa sobre os sentimentos ao lidar com pacientes terminais, utilizando as seguintes ideias centrais que emergiram através dos participantes: *Insegurança, Solidariedade, Tristeza, ansiedade, impotência, Inconstância, Segurança, Angústia, Compaixão, Frustração e fracasso, Estarrecimento.*

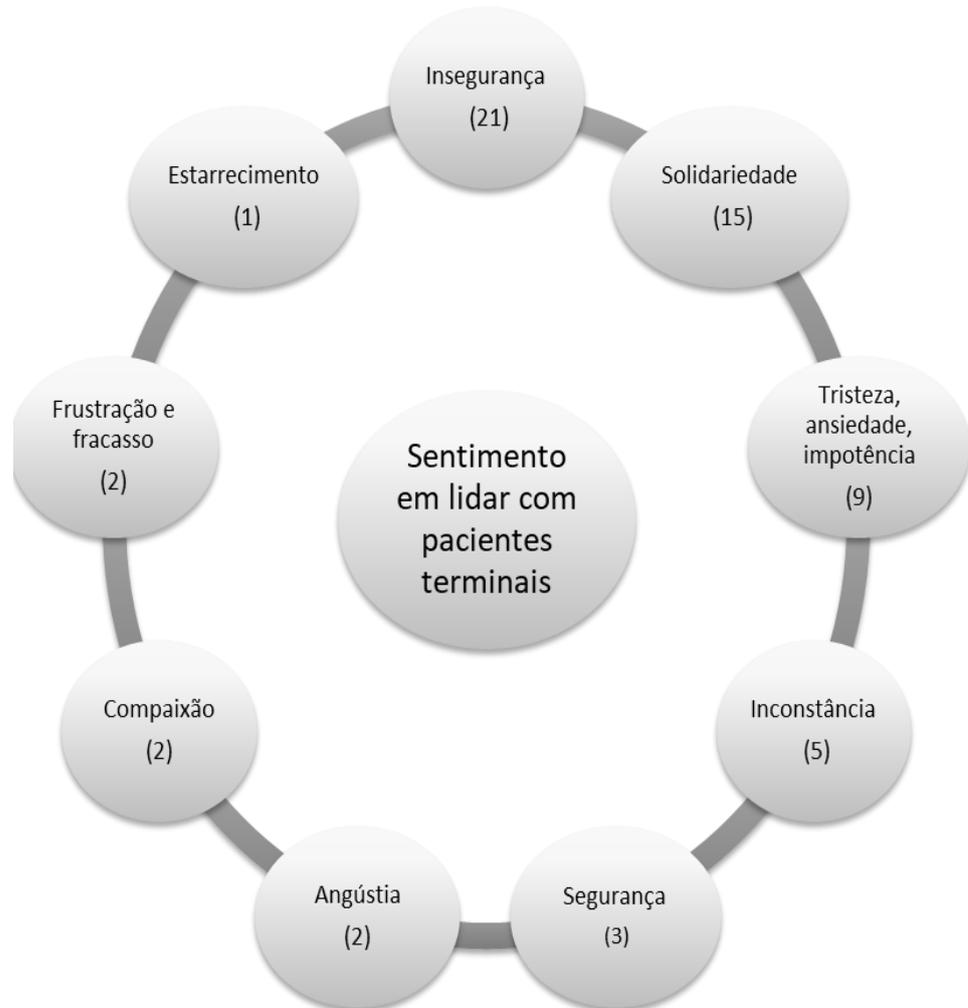


Figura 02 – Ideias centrais em relação aos sentimentos diante de pacientes terminais

Fonte: Autora (2018)

Quando questionados sobre lidar com a morte e o processo de morrer, apenas 10 (16,7%) dos acadêmicos se dizem preparados para lidar com este momento. Os acadêmicos valeram-se das seguintes ideias centrais: *não está preparado, está preparado, nunca se está preparado, mais ou menos preparado, depende do vínculo e não sei*, apresentados no quadro 3. Os IAD1 e IAD2 encontram-se descritos nos Anexos D e H.

Quadro 03 – Ideias centrais, sujeitos e frequências do tema: Sobre a morte e o processo de morrer para os acadêmicos de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre/MG, 2017.

Ideia central	Sujeitos	Frequência
Não está preparado	4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 28, 33, 35, 36, 37, 39, 40, 48, 49, 50	25
Está preparado	2, 25, 32, 34, 41, 42, 47, 53, 54, 57	10
Nunca se está preparado	1, 21, 23, 38, 43, 44, 45, 58, 59, 60	10
Mais ou menos preparado	3, 5, 29, 46, 52, 55, 56	7
Depende do vínculo	16, 22, 24, 26, 27, 31	6
Não sei	51	1

Fonte: Autora (2018) IAD2

O sujeito 30 foi excluído desta análise por não ter respondido à pergunta.

A seguir, apresenta-se o painel do Discurso de Sujeito Coletivo (DSC) referente a cada uma das seis ICs sobre a morte e o processo de morrer, apresentadas pelos participantes.

Tema: Sobre a morte e o processo de morrer

Primeira ideia central

Não está preparado

DSC

“Não estou preparado, ainda não tive preparo para isso, nem na vida nem na faculdade.”

Segunda ideia central

Está preparado

DSC

“Eu estou preparado porque é algo natural, a vida e as experiências nos ensinam.”

Terceira ideia central

Nunca se está preparado

DSC

“Nunca estarei totalmente preparado, ninguém está preparado para morrer ou ver o outro morrer.”

Quarta ideia central

Mais ou menos preparado

DSC

“Estou mais preparado do que quando entrei na faculdade, eu saberia como lidar em cada situação devagar, pensando um pouco, indo gradualmente.”

Quinta ideia central

Depende do vínculo

DSC

“Acho que tudo depende do grau de relação que a gente tem, depende de quem vai morrer e do processo/como vai morrer.”

Sexta ideia central

Não sei

DSC

“Não sei se estou preparada para isso [...]”

Foi elaborada uma figura representativa sobre a morte e o processo de morrer, utilizando as seguintes ideias centrais que emergiram através dos participantes: *Não está preparado, Está preparado, Nunca se está preparado, Mais ou menos preparado, Depende do vínculo, Não sei.*



Figura 03 – Ideias centrais sobre a morte e o processo de morrer

Fonte: Autora (2018)

Com relação à abordagem sobre a morte e pacientes terminais durante a formação médica, 35 (58,3%) dos acadêmicos consideram uma abordagem superficial e 8,3% relatam que o tema não foi abordado. Resumo das ideias centrais: *abordagem superficial, deveria ser abordado com mais frequência, tema não abordado, importante ser abordado e não existe preparação*, conforme demonstrado no Quadro 4. Os IAD1 e IAD2 encontram-se descritos nos Anexos E e I, respectivamente.

Quadro 04 – Ideias centrais, sujeitos e frequências do tema: Abordagem sobre a morte e pacientes terminais durante a formação médica na Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre/MG, 2017.

Ideia central	Sujeitos	Frequência
Abordagem superficial	4, 11, 12, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 45, 47, 49, 53, 54, 55, 58, 59, 60	35
Deveria ser abordado com mais frequência	1, 3, 6, 7, 13, 23, 26, 29, 34, 46, 50, 51, 52, 56	14

Tema não abordado	2, 5, 8, 9, 10	5
Importante ser abordado	17, 18, 42, 48, 57	5
Não existe preparação	44	1

Fonte: Autora (2018), IAD2

A seguir, apresenta-se o painel do Discurso de Sujeito Coletivo (DSC) referente a cada uma das cinco ICs em relação à abordagem sobre a morte e pacientes terminais durante a formação médica, apresentados pelos participantes.

Tema: Abordagem sobre a morte e pacientes terminais na formação médica

Primeira ideia central

Abordagem superficial

DSC

“Abordagem bem insatisfatória, não tem nenhuma discussão sobre isso: como lidar, quais são os sentimentos.”

Segunda ideia central

Deveria ser abordado com mais frequência

DSC

“Eu acho que é muito importante principalmente, tratando de medicina, 99% da nossa carga horária é sobre vida, sendo que todas as áreas lidam com o processo da perda, e nós não temos apoio.”

Terceira ideia central

Tema não abordado

DSC

“Esse tema não é abordado, especificamente, nas aulas. Quanto mais cedo a gente tiver essa abordagem, mais cedo a gente vai conseguir pensar sobre o assunto e aceitar o processo”.

Quarta ideia central

*Importante ser abordado***DSC**

“Eu creio que é importante, porque é uma profissão que vai lidar muito com isso. Durante a formação, eu acho que falta humanizar, aprendermos a privilegiar o doente sobre a sua doença.”

Quinta ideia central*Não existe preparação***DSC**

“[...] A gente lida e vai lidar com a morte na profissão [...] Você acaba aprendendo na prática como você deve agir.”

Foi elaborada uma figura representativa em relação à abordagem sobre a morte e pacientes terminais na formação médica, utilizando as seguintes ideias centrais que emergiram através dos participantes: *Abordagem superficial*, *Deveria ser abordado com mais frequência*, *Tema não abordado*, *Importante ser abordado*, *Não existe preparação*.



Figura 04 – Ideias centrais em relação à abordagem sobre a morte e pacientes terminais na formação de medicina.

Fonte: Autora (2018)

5. DISCUSSÃO

Ao analisar as ideias centrais relacionadas ao significado da terminalidade da vida, a ideia mais prevalente foi *fechamento/ fim da vida*, considerado um processo biológico natural, fim de um ciclo orgânico. Segundo Eizirik, Kapczinski e Bassol (2001), a morte representa o poder sobre o qual não temos nenhum controle.

Para Bernard Lown (1996), as escolas de medicina preparam estudantes para tornarem-se oficiais-maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas, se esquivando dos ensinamentos sobre a verdadeira arte de ser médico. Investindo demasiadamente no ensino, envolvendo apenas o aspecto biológico, esquece os aspectos psicossociais e espirituais do paciente. Segundo Siqueira (2005), no curso médico aprende-se muito sobre tecnologia de ponta e pouco sobre o significado metafísico da vida e do processo de morrer.

A vida é muito além do corpo físico, assim, considerar também a biografia do paciente é fundamental para compreender que cada um deixará um legado quando sua terminalidade chegar. Segundo Pessini e Bertachini (2009), não somos doentes e nem vítimas da morte: é saudável sermos peregrinos na existência. Quando há absolutização da vida biológica, procura-se a cura da morte, adiando o inevitável.

Remetendo ao discurso dos estudantes, verifica-se o reducionismo do ser humano à sua dimensão biológica: “[...] quando não tem mais o que ser feito a respeito de alguma doença, comorbidade, um problema de saúde em geral.” Reforça a dicotomia existente entre a doença e o doente e, ao invés de cuidar da pessoa doente, privilegia-se o tratamento da doença da pessoa.

Outra ideia central, que parte deste reducionismo, é a *morte cerebral/encefálica*. Para Almeida (2012), viver não é a mesma coisa que estar vivo. Viver engloba o conjunto dos elementos que compõem o ser humano, enquanto estar vivo remete apenas ao elemento biológico. Uma pessoa pode ser mantida viva, mesmo sem viver, apenas com o coração batendo artificialmente, inconsciente, sem nenhuma esperança de reversão do quadro médico (KOVÁCS, 1998).

Morrer dignamente é poder escolher o modo e o momento adequado de partir, de acordo com os próprios valores, a própria personalidade. É permitir que a vida

tenha continuidade, ainda que caminhe para o seu término e receber, na etapa final, os mesmos cuidados das fases iniciais (MATIAS, 2004).

O direito à morte digna envolve situações de conflito entre escolhas, desejos e decisões sobre questões que implicam a ética e a moral (KOVÁCS, 1998). Pelo prisma da ortotanásia, a morte é algo que faz parte da vida, e procura-se fazer com que o paciente em fase terminal e seus familiares enfrentem-na com certa tranquilidade. Nesse processo, há a conjugação do conhecimento ético com o componente técnico. Respeita-se a autonomia do doente e proporciona-se a ele um tratamento paliativo, para diminuir sua agonia e seu sofrimento. Ele não é tratado como mero objeto, sujeito ao prolongamento ou à abreviação de sua vida, de acordo com as conveniências da família ou as escolhas da equipe médica (PESSINI, 2004).

Poles e Bousso (2009) valorizam o respeito pelo paciente, com a preocupação crescente com a manutenção da dignidade, um princípio moral, no final da vida (MENDES, 2009). Retornando-se, assim com a possibilidade de reumanização do morrer, lembrando que os tratamentos devem visar à qualidade dessa vida e o bem-estar da pessoa, mesmo quando a cura não é possível (KOVÁCS, 2003; TORRES, 2003). Para tal, torna-se necessário, além dos conhecimentos técnicos, profissionais mais sensíveis ao sofrimento humano.

As demais ideias centrais relacionadas ao significado da terminalidade da vida, *passagem do corpo físico para espiritual, separação – mente – espírito e múltiplos fatores*, se relacionam, além do corpo biológico, à dimensão espiritual.

Logo na introdução da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2005), apresenta-se como fundamento a visão antropológica integral do ser humano: “Tendo igualmente presente que a identidade de um indivíduo inclui dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais.”

A espiritualidade é uma característica inata do ser humano e refere-se à busca por um sentido transcendente de vida. Trata-se de um componente que auxilia na descoberta do verdadeiro potencial, a ter mais confiança em si e coragem para amar e perdoar, e permite que transcendam o sofrimento (SIMÃO, 2012). Ao enfrentar situações de dor e sofrimento, como a morte, os relacionamentos interpessoais são ressignificados. A aproximação e os vínculos passam a ser a essência do cuidado que encontra apoio na espiritualidade (ARAÚJO, 2012).

A medicina tem a função de curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre, como referiu Oliver Holme (FRAGA, 2012). O ser humano é muito

mais do que sua materialidade biológica, sendo necessário profissionais humanos e sensíveis, despertando um novo modelo – o paradigma biopsicossocial, que se preocupa com todas as dimensões humanas: física, psíquica, social e espiritual. A dimensão espiritual é fator de bem-estar, conforto, esperança e saúde (BERTACHINI; PESSINI, 2011).

Um dos objetivos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos é: promover o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, assegurando o respeito pela vida dos seres humanos e pelas liberdades fundamentais, de forma consistente com a legislação internacional de direitos humanos. Considerando que toda doença nos torna mais vulneráveis, o grande desafio está em preservar a dignidade do ser humano no momento final de vida (UNESCO, 2005).

A dimensão espiritual deve ser considerada, pois, muito além da dor física, a terminalidade também traz a dor da existência. Uma das lições de Victor Frankl (2008) é a descoberta do sentido da vida; o interesse do homem não é encontrar o prazer ou evitar a dor, mas encontrar o sentido da vida. Conforme Bertachini e Pessini (2011), é zelando, promovendo e cuidando desse vulnerável, acarretado pela dor e sofrimento, que estaremos sendo instrumentos capazes de proporcionar uma vida digna, contribuindo para ressignificar a vida diante a morte.

Os sentimentos envolvidos no processo de adoecimento, como: o medo, a angústia, a frustração, o desespero, são provocados pela dor eminente de um sofrer avassalador. Propor ao paciente uma espiritualidade que busque e promova a cura de sua enfermidade é “romper com a fragmentação de sua personalidade e o medo provocado pela dor, projetando-a a integrar as diversas dimensões do seu ser em plano superior, na perspectiva da dignidade de sua fé” (MARTINI, 2012). Viktor Frankl, afirma que a dimensão espiritual é obrigatória e necessariamente inconsciente; isto é a pessoa constitui-se de uma intencionalidade que a dirige para algo ou alguém fora de si mesma, a qual se denomina de transcendência. Somente através desta que é possível a execução de atos espirituais, dirigidos a algo ou a alguém. Portanto, o momento de vivência espiritual não é passível de reflexão durante o processo em que ela está se realizando, pois a transcendência consiste em uma experiência interna singular (JUNIOR; MAHFOUD, 2001).

Nesse aspecto, a atenção à espiritualidade torna-se cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde. Pois é reconhecida como fonte de bem-estar e de qualidade de vida, sobretudo às pessoas que estão envolvidas em situações de fim de

vida. Por isso, é fundamental introduzir a espiritualidade ao longo da formação dos profissionais de saúde, o que beneficiará toda a equipe envolvida e os pacientes ao proporcionar uma morte com dignidade (GARANITO; CURY, 2016).

Em relação aos sentimentos em lidar com pacientes terminais, as ideias centrais *insegurança e inconstância* demonstram que os estudantes vivenciam conflitos diante do sofrimento. A formação de profissionais da saúde onde predomina o aspecto técnico do manejo das doenças, sem reflexão das emoções, pode acarretar numa sobrecarga afetiva, como analisa Kovács (BERTACHINI; PESSINI, 2011).

Diante da terminalidade da vida, os estudantes estão sujeitos a experimentarem sentimentos como insegurança, medo. Revelado pelo próprio discurso apresentado: “Hoje eu não teria nenhuma condição de fazer isso, tanto falando da bagagem teórica da faculdade, quanto emocional.”

Logo no início da formação médica, o acadêmico de medicina tem seu primeiro encontro com a morte durante as aulas de anatomia, quando o aluno é apresentado à morte na condição de um corpo desvitalizado e desmembrado em peças (VIANNA, 1998), fragmentado e destituído de sua biografia, sua história. Seu primeiro contato com a morte é feito de maneira despersonalizada, começando ali, muitas vezes, um processo de expropriação dos sentimentos e de negação dos aspectos existenciais e simbólicos da morte e do morrer (ZAIIDHAFT, 1990). Lind (2000) afirma que os estudantes de medicina adoram o que fazem e têm boas intenções, além de ter altos ideais morais, entretanto, como têm uma formação enfocada puramente na técnica, ao se depararem com dilemas morais reais, ou os negam, ou os interpretam como uma questão técnica, procurando nela a resolução de tais conflitos.

Devido a uma formação tecnicista, os estudantes se sentem inseguros ao lidar com a inexorabilidade da vida. A medicina não pode afastar a morte indefinidamente, a morte é uma condição da existência humana, quando já não é mais possível a preservação da vida, a busca obstinada pela cura torna-se fútil. Para Hans Jonas (2010), a grande verdade da finitude é a de que, seja lá como for só poderíamos continuar a viver ilimitadamente ao preço ou da perda do passado, e com ele nossa identidade, ou apenas vivendo no passado e, portanto, sem um verdadeiro presente. Não poderíamos seriamente desejar nem uma coisa nem outra, e, portanto, tampouco uma vida física contínua proporcionando quantidade, mas nenhuma qualidade de vida. Já que a morte é inexorável, que seja digna.

Para Pellegrino e Thomasma (1981), o alvo da relação assistencial não é apenas chegar a um diagnóstico, testar uma hipótese ou avaliar a eficácia de um tratamento. A decisão clínica deve ser a mais correta para o doente. O médico, consciente da impossibilidade da cura e consciente do sofrimento que a técnica pode causar no paciente, para prolongamento da vida, viola sua naturalidade, coisificando o ser humano, “a partir de certo momento, o médico cessa de ser o homem que cura para tornar-se aquele que ajuda o paciente a morrer” (Jonas, 1996, P.52).

O Papa João Paulo II (1995) foi contundente contra a eutanásia, mas ao mesmo tempo deixou claro o seu questionamento contra os excessos terapêuticos, num equilíbrio que valoriza os cuidados de saúde e ao mesmo tempo aponta que a vida humana não deve se submeter a uma ditadura da tecnologia. Há a obrigação moral de se tratar e procurar curar-se, mas aceitar a morte é um sinal de maturidade humana, psíquica e espiritual. Deste modo ele nos ensina que “a renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana defronte à morte”.

A ideia central de *segurança* foi apresentada por apenas 3 estudantes, reafirmando que a formação vinculada ao modelo biomédico não é capaz de dar sustentabilidade emocional aos futuros profissionais médicos.

Em relação aos sentimentos, considera-se a posição dos autores Azeredo, Rocha e Carvalho (2011), que afirmam que, para grande parte dos médicos e docentes, a morte é abordada apenas como um processo biológico, materialista e mecânico, deixando os sentimentos e as emoções dos estudantes de lado. Segundo Andrade (2014), diante da sobrecarga de conteúdos durante a vida acadêmica e o dilema da falta de tempo, muitos médicos recém-formados apresentam profundo abalo, medo, insegurança e depressão ao encarar a morte e, assim, passam a ignorá-la e não dar a devida importância, como um meio de proteção.

Desse modo tem-se um modelo biomédico em que:

O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado [...] Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde frequentemente de vista o paciente como ser humano. (CAPRA, 1982, p. 116)

As ideias centrais *solidariedade* e *compaixão* remetem a sentimentos muito distintos da humanidade. De acordo com Caponi (2000), compaixão pode tanto gerar atos virtuosos quanto representar uma debilidade moral, quando pelo bem de algumas pessoas as preferimos excluir e medicalizar, quando acreditamos conhecer as necessidades e as demandas dos outros, muito antes que possam ser solicitadas.

No âmbito da assistência médica, não deveria existir nenhum espaço reservado para a compaixão ou a piedade, pois, corremos o risco de reforçar a dependência do paciente e, conseqüentemente, menosprezar sua capacidade de decisão, de ação e de diálogo (CAPONI, 2000).

No paradigma das virtudes de Pellegrino e Thomasma, a compaixão tem um componente moral, que consiste numa disposição habitual para compreender a singularidade do paciente, e um afetivo, que dispõe o profissional a agir do modo mais benéfico possível em relação ao paciente (FERRER; ÁLVAREZ, 2005).

Já a solidariedade, como princípio, é a realização de ações que beneficiem os outros, a partir do reconhecimento do outro como um sujeito autônomo, capaz de tomar decisões e de fazer escolhas. A solidariedade pertence ao âmbito da ética, a partir do momento em que só pode existir entre aqueles que se reconhecem como participantes de uma comunidade intersubjetiva de agentes morais. É por isso que uma assistência fundamentada na solidariedade reconhece sujeitos capazes de decisão e diálogo (CAPONI, 2000).

A distinção dos dois sentimentos se evidencia no discurso da compaixão, “[...] saber lidar com a preocupação dele [...]”, numa situação de suposto saber pelo outro. E da solidariedade, “[...] entrar com um apoio e ver o que seria melhor [...]”, sugerindo uma relação dialogal, considerando o outro como sujeito autônomo da ação, universalizando a dignidade humana.

As ideias centrais *tristeza*, *ansiedade*, *impotência*, *angústia*, *frustração* e *fracasso* e *estorrecimento* demonstram a fragilização do estudante de medicina. Segundo Silva e Teixeira (2002), para se defender, o estudante de medicina é treinado a desenvolver duas características, a “despersonalização do paciente”, em que nega que está lidando com uma pessoa e vê apenas uma patologia, ou um órgão doente, não está agindo sobre uma pessoa e sim sobre uma doença, e a “onipotência”, que é desenvolvida quando estes começam a acreditar na fantasia de dominarem a vida e a morte. Com o excesso de onipotência, o médico acaba por isolar-se do restante da

equipe e até mesmo do próprio paciente, podendo desenvolver distúrbios a partir das frustrações ocasionadas no confronto com a realidade.

Os recortes dos discursos “[...] impotência, de não poder fazer mais nada pela pessoa”, “[...] angustiado por, às vezes, querer fazer alguma coisa e não poder”, “[...] teria um sentimento de fracasso” e “[...] em choque” retratam o sofrimento de sujeitos preparados para não aceitar o erro. Como afirmam Silva e Teixeira (2002), o médico como o principal estabelecido da saúde, recai sobre ele, praticamente, toda a responsabilidade sobre o “sucesso” ou “fracasso” de um tratamento. Sendo o médico entendido como alguém com tamanha capacidade, é revestido de um caráter quase mítico, como se fosse um ser mágico, capaz de solucionar todos os problemas existentes.

Segundo Pitta (1994), entre o médico e o paciente pode se estabelecer uma relação de ilusão, quando, por um lado, o doente acredita nessa pessoa poderosa que poderá salvá-la de todo o mal e, por outro lado, o médico toma para si esse poder de resolver todas as necessidades que lhe são solicitadas pelo paciente. A consciência de ser mortal pode amenizar a onipotência, assim como o reconhecimento do outro pode construir uma relação ética entre seres igualmente humanos.

Corroborando com essa ideia mítica do médico, Pellegrino e Thomasma (2005) afirmam que manter vivo o ideal da medicina, que encontra sua razão de ser no serviço virtuoso, exige a virtuosidade moral do médico.

A medicina mantém o princípio da vida como fim de suas atividades, portanto, são as ciências biomédicas aquelas que lidam de modo mais direto com a questão da ética da técnica, pois estas ciências lidam com a vida e com a vida dotada de vontade, a vida humana. A partir disto, pressupondo a ideia de responsabilidade com o futuro e o medo de se colocar a vida humana em risco, propõe-se uma ética da responsabilidade que guie o agir técnico da medicina, não podendo mais considerar o paciente como meio, como objeto. A ciência médica, só pode sair do paradigma “coisificante” de ver seus pacientes como objeto de estudo, se partir do primeiro critério de resposta desenvolvido por Hans Jonas, que é o imperativo da vontade motivada e consciente. (JONAS, 2016).

A relação do direito de viver e o direito de morrer, que deve nortear a tarefa da arte médica, seus direitos e deveres. Para Jonas (1996), essa tarefa consiste, em infringir tanto menos quanto possível dor e degradação para obter a prolongação não desejada e degradante do processo de extinção da vida. Assim sendo, não se pode

limitar, a arte médica e suas implicações, dentre elas a aceitação e o direito de morrer, caso contrário, o médico e a medicina podem se tornar mestres tirânicos, ao invés de humanizados servidores e benfeitores dos pacientes (COSTA, 2016).

Sobre o significado da morte e o morrer, as ideias centrais que mais se destacaram foram *não está preparado e nunca se está preparado*. Tornam-se relevantes as reflexões de Kübler-Ross (2017), em relação aos avanços na ciência, inter-relacionados ao temor e a negação da morte.

De acordo com Kovács (1992), o profissional de saúde lida com situações de sofrimento e dor, tendo a morte como presença constante. Não conseguir evitar a morte ou aliviar o sofrimento traz ao profissional a vivência de sua própria finitude. E ainda, segundo Kovács (1992), os médicos não se sentem preparados para conversar sobre o assunto e não conseguem lidar com o fato de que o pedido para morrer possa ter uma motivação ligada a um sofrimento intolerável.

Para aprofundar as questões bioéticas relativas à morte, será utilizada a trindade bioética de Pessini e Barchifontaine (1994), por meio dos seguintes princípios: autonomia, beneficência e justiça. O princípio da autonomia considera uma relação simétrica entre profissionais de saúde e paciente, na qual o paciente assume o protagonismo de sua própria vida e, ciente de suas condições, torna-se capaz de tomar as decisões. Entretanto, é comum ocorrer a relação paternalista, na qual o profissional de saúde, utilizando o princípio de beneficência de se fazer o bem e evitar o sofrimento, age unilateralmente, determinando o que, como e quando fazer com o paciente, ocupando o lugar do suposto saber. De acordo com Kübler-Ross (2017), o profissional utiliza, como mecanismo de defesa, uma abordagem mecânica e despersonalizada para reprimir a ansiedade e rejeitar a morte iminente, que é capaz de desnudar as falhas, as limitações e a sua própria mortalidade.

Já o princípio da justiça, envolve a qualidade do viver, considerando a singularidade e necessidade de cada pessoa. O que é fundamental não é a extensão da vida e sim sua qualidade.

Para Kovács (2003), alguns atos de apressamento da morte podem ser fruto da solidão dos profissionais, que se sentem sem apoio ao cuidar dos pacientes em sofrimento. Esta solidão pode ocorrer, inclusive, em hospitais movimentados, uma solidão na multidão. Ninguém se enxerga e nem se sabe o que está acontecendo na sala e no leito ao lado. Em vários hospitais, o fim da vida é pleno de sofrimento, com muitas dores e sem humanização; a morte se torna oculta na sociedade através da

responsabilização imposta ao médico e ao hospital, tornando-se medicalizada, institucionalizada, racionalizada e rotinizada (MENEZES, 2000). O médico tornou-se o grande responsável por combater e vencer a morte.

Muitos profissionais, acostumados a salvar vidas, têm dificuldade em aceitar a morte, o que lhes traz grande angústia (OLIVEIRA, 2013). Eles não admitem o insucesso das tentativas de tratamento e veem a morte, não como uma circunstância própria da vida, mas como um fracasso pessoal. Por esta razão, lutam contra ela como se fosse um inimigo (VILLAS-BÔAS, 2008).

A insegurança e o não se sentir preparado reforçam esta imagem de grande salvador, institucionalizada desde os primórdios da medicina. O trecho “[...] ainda não tive preparo para isso, nem na vida nem na faculdade” carrega a angústia de se sentir solitário diante da inexorabilidade da vida.

Diante das ideias centrais *está preparado e mais ou menos preparado*, evidencia-se que as experiências, o amadurecimento e o contato com a temática terminalidade da vida contribuem com a preparação do futuro médico.

Segundo Caponi (2000), todos estamos sujeitos à dor, à doença e todos tememos a morte, porém, essa experiência nos confronta com o fato incontestável de uma pluralidade de experiências com as quais temos o direito e a obrigação de refletir. Conforme Arendt (1980, p. 25), por mais interessantes que as coisas do mundo pareçam, por mais profundamente que possam nos emocionar e estimular, elas não se tornam humanas para nós, até o momento em que possamos discuti-las com nossos semelhantes. Tudo o que não pode ser objeto de diálogo pode ser sublime, horrível ou misterioso. Humanizamos o que passa no mundo e em nós quando falamos e, com esse falar, aprendemos a ser humanos.

Somente a partir do encontro e do diálogo é possível transpor a barreira da insegurança e sentir-se preparado diante da perspectiva da morte.

Dickson e Pearson (1980-1981) obtiveram resultados que mostravam que estudantes de Medicina, que haviam participado de cursos sobre a morte e o morrer, relacionavam-se de forma diferente e mais positiva com os pacientes, sendo essa diferença percebida por meio de um sentimento de maior conforto no lidar com eles. Eles devem refletir sobre a morte e o morrer em seu sentido emocional e social.

Considerar a morte um tabu prejudica a forma de acompanhar o processo de morrer. Segundo Kübler-Ross,

[...] o mais importante é a atitude que assumimos e a capacidade de encarar a doença fatal e a morte. Se isto constitui um grande problema em nossa vida particular, se a morte é encarada como um tabu horrendo, medonho, jamais chegaremos a afrontá-la com calma ao ajudar um paciente. (KÜBBER-ROSS, 1987, p. 42)

A ideia central *depende do vínculo*, assim como o sentimento *inconstância*, denotam que a instituição de vínculo deixa esvair o mecanicismo da ação diante da morte. Segundo Kovács (2011), profissionais de saúde se vinculam a alguns pacientes e, quando estes morrem, entram em processo de luto não reconhecido, não autorizado. Surge, então, o conflito entre fugir da morte ou aprender sobre seu processo com os pacientes.

De acordo com Hans Jonas (2013), a profissão médica é o exercício de uma arte baseada na medicina científica. E, como tal, também tem um objetivo, o corpo humano, porém, o que realmente importa é o sujeito. O médico tem de se haver primeiramente com o paciente.

O discurso “Acho que tudo depende do grau de relação que a gente tem [...]” retrata a existência do afeto, humanizando a relação. A relação médico-paciente é, antes de tudo, uma relação entre sujeitos, o que leva à reflexão com Boff (2004, p. 91): “O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo, então, a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de sua busca, de seu sofrimento e de seu sucesso, enfim, de sua vida”.

A ideia central *não sei* retrata, dentre outras situações, o distanciamento de reflexão e discussão sobre a morte no curso de medicina. Leva-nos a refletir sobre o que diz Capena (1997): enquanto os profissionais de saúde não entenderem a morte, não terão condições de estarem presentes numa condição de cuidado.

O ser humano precisa de ajuda para nascer e, também, para morrer. É nessa hora que ele precisa de solidariedade e dignidade (BERTACHINI; PESSINI, 2011), e não de viver preso a máquinas, fios, tubos e longe das pessoas que lhe são mais preciosas (KOVÁCS, 2004). A competência de cuidado com conhecimento, habilidade e atitude no campo da saúde é um dos pressupostos de preservação da dignidade humana. É paradoxal que a alta tecnologia que aumentou a eficácia dos diagnósticos e tratamentos tenha estabelecido uma lacuna no relacionamento entre o médico e o paciente (DRANE; PESSINI, 2005).

Segundo Pellegrino e Thomasma (1988), o fim da medicina não é apenas a cura, mas uma espécie de restabelecimento da saúde do corpo, mas também à saúde psicológica e social. Restabelecer a saúde do paciente implica não só curar a doença das pessoas, mas também fazê-las retomar sua vida normal através do poder sobre si mesmas. É nesse sentido que o médico deve garantir que o paciente retome sua autonomia, muitas vezes perdida no processo da doença.

Um bom médico deve possuir qualidades que lhe permitam exercer com excelência a prática médica e manter uma boa relação com o paciente. O médico virtuoso é capaz de decidir acerca do melhor tratamento, de fazer as melhores escolhas segundo o bem do paciente. Portanto, é aquele que está disposto habitualmente a exercer a medicina com o objetivo de alcançar o bem do paciente. É nesse sentido que as virtudes são necessárias ao médico; elas possibilitam o exercício correto da medicina, conforme a noção de beneficência. As disposições necessárias ao médico virtuoso são, uma atenção consciente ao conhecimento técnico e às habilidades, compaixão, beneficência e benevolência, honestidade, fidelidade nas promessas e coragem. (PELLEGRINO E THOMASMA, 1988).

A arte médica exige, além de preciosos conhecimentos científicos, a escuta para compreender a vulnerabilidade daquele que sofre. No cuidado, o médico, utilizando todos seus conhecimentos e experiência, não sabe se poderá curar (SOUZA, 2015).

O médico, consciente da impossibilidade da cura e consciente do sofrimento que a técnica pode causar no paciente, para prolongamento da vida, viola sua naturalidade coisificando o ser humano, “a partir de certo momento, o médico cessa de ser o homem que cura para tornar-se aquele que ajuda o paciente a morrer” (JONAS, Hans p. 52).

Em relação à abordagem sobre a morte e pacientes terminais na formação médica, as ideias centrais que mais se destacaram foram *abordagem superficial* e *deveria ser abordado com mais frequência*, que apareceram em 49 dos relatos, ressaltando a necessidade da temática sobre a morte durante a graduação de medicina.

A morte é apresentada para o estudante de medicina de forma reducionista, privilegiando o biológico, o anatômico, em detrimento do seu simbolismo, sua subjetividade e sua biografia. O primeiro contato dos estudantes com a morte é feito de maneira despersonalizada, começando ali um processo de expropriação dos sentimentos

e de denegação dos aspectos existenciais e simbólicos da morte e do morrer (ZAHN, 1990). Desde o início da formação, o estudante de medicina é ensinado, que, para compreender uma enfermidade, deve dividir o objeto de seu estudo. Seguindo o modelo de ciência proposto por René Descartes (1984), que propõe que a busca do saber científico verdadeiro deve partir do conhecimento das partes e, somente por intermédio deste procedimento, poder-se-á alcançar os autênticos objetivos de qualquer pesquisa.

A formação dos profissionais da saúde, em especial de médicos e enfermeiros, é consistentemente voltada para o modelo biomédico e não contempla os aspectos emocionais (HILL, 1995). No trecho do discurso “[...] não tem nenhuma discussão sobre isso: como lidar, quais são os sentimentos” denuncia-se a pouca reflexão sobre a finitude da vida, distanciando dos possíveis conflitos existenciais do estudante, que é vulnerável pela própria condição humana de ser.

O estudante é preparado para curar, para salvar vidas. A inexorabilidade da vida não faz parte de sua formação, afastando a possibilidade de repensar o cuidado como forma terapêutica. Os cursos de medicina não preparam o aluno para enfrentar situações que envolvam a morte e o processo de morrer (BUSS, 2005; MULDER, 2009). E, sim, para lidar com a morte, por meio do uso de mecanismos de defesa, como a negação, a evitação e a racionalização (MOREIRA, 2006).

No trecho “[...] 99% da nossa carga horária é sobre vida, sendo que todas as áreas lidam com o processo da perda, e nós não temos apoio”, torna-se evidente a necessidade de maior aprofundamento da temática sobre a morte. Para compreender a morte, deve-se, necessariamente, refletir sobre a vida, pois é através da aceitação do ser-para-a-morte que surge o verdadeiro sentido da vida. Somente o ser humano tem consciência de sua finitude, isto traz temor, mas também significado para sua existência (SOARES, 1986). Aquele que transita poeticamente pela vida, descobrindo algum sentido, provavelmente, chegará ao final de forma mais suave e tranquila. Através da conscientização de finitude, o ser humano é impulsionado à vida.

Na formação em medicina, muitas vezes, o ser humano é descrito simplesmente pelos seus mecanismos: respiratório, circulatório, hormonal, muscular, ósseo, digestivo, imunológico, reprodutor, etc. Ensina-se vida em quase a totalidade da carga horária, entretanto, o grande enfoque biológico reduz o ser humano, fragmentando-o de suas dimensões psicológica, social e espiritual. Não se entende a morte como um processo natural da vida.

Sobre a ideia central *tema não abordado*, surgiu o discurso: “Esse tema não é abordado especificamente nas aulas. Quanto mais cedo a gente tiver essa abordagem, mais cedo a gente vai conseguir pensar sobre o assunto e aceitar o processo”. Mais uma vez, desnuda-se a fragilidade do ensino na formação médica. Insere-se o aluno na sala de anatomia, na qual há corpos desmembrados, cheiro de morte, todo um cenário de decomposição do corpo humano, antes mesmo de falar sobre a vida e a morte em seu sentido filosófico da existência humana.

Com esse discurso, parece útil considerar relato de Vianna e Piccelli, apresentado há 20 anos, mas que ainda se mostra atual:

[...] a educação formal a respeito do assunto nas escolas de medicina, desde o início do curso de graduação, bem como a permanente atenção dispensada ao tema por parte dos profissionais, poderia modificar o comportamento do estudante e do médico, tornando-os mais aptos a lidar com a morte e com o paciente terminal (VIANNA; PICCELLI, 1998, p. 26).

Essa ausência de reflexão sobre a morte pode formar um profissional tecnicamente impecável, capaz de dominar altas tecnologias e prolongar a vida, porém, inábil na arte de relacionar-se com o ser humano e a vulnerabilidade diante de sua finitude. A relação médico-paciente deve ser momento de encontro entre seres humanos, com todas as suas fragilidades, daí a necessidade da tecnologia ser capaz de considerar as necessidades do paciente, através da escuta de seu sofrimento. Citando Kübler-Ross “[...] podemos ajudá-los a morrer, tentando ajudá-los a viver, em vez de deixar que vegetem de forma desumana” (KÜBLER-ROSS, 2017, p. 25).

A ideia central *importante ser abordado* ratifica a necessidade de reflexão da temática sobre a morte, apresentada pelos alunos. Para Kübler-Ross (2017), se fosse possível ensinar aos estudantes, além do valor da ciência e da tecnologia, também o cuidado humano, teríamos um grande progresso na arte da medicina.

O discurso “Durante a formação, eu acho que falta humanizar, aprendermos a privilegiar o doente sobre a sua doença” evidencia-se o modelo biomédico na formação de futuros profissionais. Esse discurso nos remete a Hipócrates, pensador grego, o pai da medicina: “É mais importante conhecer o doente que tem a doença, do que a doença que o doente tem”.

Considerando Ayres, “[...] além de alguém que detém a ciência e a técnica, o médico é um cuidador” (AYRES, 2014, p. 139), urge, então, a necessidade de uma

formação profissional humanista, crítica e reflexiva, justificada em princípios éticos, legais e bioéticos (BRASIL, 2014).

As práticas humanizadas no campo da saúde, por sua natureza dialógica, não podem ser ensinadas ou aprendidas tecnicamente, mas construídas dentro de um contexto cultural, ético e estético (SILVA, 2014), sustentadas nas relações entre indivíduos e coletivos. Tal perspectiva investe no desenvolvimento de currículos que fortaleçam as dimensões culturais, estéticas, sociais e históricas, que fundamentam as humanidades médicas, propiciando um sentido singular ao agir do profissional de medicina (RIOS, 2012; NOGUEIRA, 2009; SILVA, 2014).

A ideia central *não existe preparação* foi apontada por um único estudante, através do seguinte discurso “A gente lida e vai lidar com a morte na profissão [...] Você acaba aprendendo na prática como você deve agir”, concebendo a ideia que os valores humanistas não são passíveis de aprendizagem, ecoando uma descrença no potencial de transformação do processo educativo.

Parte-se de abordagens da educação como as de Policarpo Junior (2008) e Röhr (2010), nas quais se propõe que a construção do sujeito ético é resultado de um processo de formação humana. Os sentimentos de solidariedade, afeto e respeito não são uma espécie de senso comum, mas surgem como valores em uma sociedade em que seus indivíduos são impulsionados a vivê-los através de processos educativos. O ato de educar, muito além de instruir, é capaz de aperfeiçoar a formação subjetiva do caráter do aluno. Assim sendo, deve-se superar o ensino de habilidades técnicas e, realmente, formar médicos que respeitem valores éticos (SIQUEIRA, 2001).

Para fundamentar a importância da educação na formação completa de novos profissionais, recorre-se à citação de Edgar Morin (2001): “A primeira finalidade do ensino foi formulada por Montaigne, ao considerar que mais vale uma cabeça bem feita do que uma bem cheia”. A cabeça bem cheia significa a quantidade de saber acumulado, sem critérios e sentidos. Já a cabeça bem feita significa que, em vez de apenas acumular o saber, o mais relevante é dotá-los de condições que permitam aos alunos tomar as decisões profissionais adequadas. Para Severino (2006), a educação garante a humanização do homem, na medida em que ela possa contribuir na construção do sujeito.

6. CONCLUSÃO

Os objetivos do presente estudo permitiram as seguintes conclusões:

- a) Os significados da terminalidade da vida, para os acadêmicos de medicina, foram: *Fechamento/ fim da vida; passagem do corpo físico para o espiritual; morte encefálica; separação corpo-mente-espírito e múltiplos fatores.*
- b) Os sentimentos que emergem, ao cuidar de pacientes em fase terminal, foram os seguintes: *insegurança; solidariedade; tristeza, ansiedade e impotência; inconstância; angústia, compaixão, frustração e fracasso; estarrecimento.*
- c) A percepção desses alunos, a respeito da sua própria preparação diante da morte e do processo de morrer dos seus pacientes, foram: *não está preparado, está preparado, nunca se está preparado, mais ou menos preparado, depende do vínculo e não sei.*
- d) A percepção dos alunos, referente à discussão dos temas Morte e Pacientes Terminais durante a graduação, foram: *abordagem superficial deveria ser abordado com mais frequência, tema não abordado, importante ser abordado e não existe preparação.*

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De todas as inquietações presentes no ser humano, a mais instigante e que causa maior temor é a morte. Não tanto, pelo momento final, mas pelo processo de morrer, o medo do desconhecido. A morte está envolta em diversos significados e emoções subjetivas. Hodiernamente, a morte ocorre em hospitais e os profissionais de saúde, em especial o médico, acompanhará este processo. Espera-se, portanto, que esteja preparado para essa vivência tão carregada de simbolismos.

Ao ingressar na faculdade, o estudante de medicina depara-se com uma formação tecnicista e racional, muitas vezes, norteadas pela busca obsessiva da cura. Raramente, são ofertados momentos de diálogos e reflexões sobre seus sentimentos e angústias com relação à morte. Para a formação do futuro médico, é essencial o desenvolvimento de habilidades e competências éticas, que apenas o modelo biomédico hegemônico não é capaz de ensinar.

Todo processo educativo é um processo vivo, no qual há movimento do professor e do aluno, responsáveis pelas transformações necessárias para um novo aprendizado. O ato de refletir sobre a práxis pedagógica constitui-se um importante caminho para a realização de uma educação do viver e do morrer.

De acordo com Behrens (2006), na educação, a busca por processos pedagógicos transformadores aponta para uma revisão do ensino em direção a aprendizagens significativas, em que a mera transmissão de conhecimento seja substituída por processos de construção, interação e integração do conhecimento. A aprendizagem passa a ter foco na complexidade do universo e na educação para vida.

Considerando os dados levantados, ainda existem contradições com o que consta nas DCN (2014), “O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética”, e o que é vivenciado pelos estudantes durante a formação. Persiste a hegemonia dos conteúdos que privilegiam o processo saúde-doença, centrado no indivíduo estritamente biológico e técnico-científico.

A grande preocupação com a cura da doença pode fragilizar a relação médico-paciente, prejudicando o encontro de seres vulneráveis pela própria humanidade. Isso nos remete à questão de Kübler-Ross (2017) sobre a evolução da medicina: ela continuará sendo uma profissão humanitária ou uma nova ciência, cuja finalidade é prolongar a vida não se importando com o sofrimento humano?

Se a morte é inexorável, há de cuidar para que ela seja digna. Para tal, urge a necessidade da práxis ética no final da vida, promovendo o cuidado, evitando o sofrimento, fortalecendo a autonomia e garantindo a equidade. Resgata-se o verdadeiro sentido dos termos utilizados por Pessini (2014), *therapéuo*, termo grego que significa “eu cuido” e do *klinos*, termo grego que deriva a palavra clínica, ação de reverência ao sofrimento humano através de sua inclinação sobre o doente. O cuidar do outro é um dos pressupostos para garantir a dignidade humana, na vida e na morte.

No processo de terminalidade, deve-se levar em conta não a quantidade de vida que resta à pessoa, mas sim a qualidade de vida que deve permanecer até o final, que no conceito de Pessini (2004), inclui muito mais que simplesmente morrer sem dor, sem sofrimento, mas morrer reconciliado consigo mesmo, com as pessoas ao seu redor, com seu mundo e para quem possui fé, com seu Deus. Desta forma, é importante assegurar aos pacientes fora de possibilidades de cura, atenção integral, que contemple os aspectos físicos, emocionais, sociais e também espirituais (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

Ao se refletir sobre a formação educacional, deve-se reconhecer o aluno como sujeito do seu conhecimento, colocando-o no centro do ensino, viabilizando uma proposta inovadora, em que o currículo apresente conteúdos que possam ser trabalhados de modo integrado, desvinculando-se do tradicional ensino fragmentado e especializado, pois a especialização exagerada e sem limites das disciplinas científicas culmina em uma fragmentação crescente do horizonte epistemológico (JAPIASSÚ, 1976).

Se a tecnologia está avançando e a cultura mudando rapidamente, torna-se fundamental repensar a estrutura da instituição escolar, o currículo do curso, as estratégias de ensino, o papel do professor e do aluno, os conteúdos de ensino e os objetivos pretendidos pelo curso e pelos alunos que se pretende formar, não apenas para acompanhar as mudanças que ocorrem, mas também para manter a função educativa e formadora da escola, assegurando a formação geral do aluno (PENIN, 2008).

No entanto, Silva (2004) adverte que a formação não é suficiente para mudar o modelo de assistência ao paciente em fase terminal, visto que “as grandes discussões com a sociedade, referentes à morte, finitude e cuidados ainda não amadureceram.” (SILVA, 2004, p. 61).

Assim, trabalhar um processo de reflexão sobre a terminalidade da vida, na formação médica, não se constitui missão das mais fáceis, visto que a hegemonia do

modelo biomédico, que busca, muitas vezes obsessivamente, a cura da doença, não se limita aos profissionais de saúde, mas dirige-se a toda a sociedade.

A unicidade do tema impõe que outros trabalhos acadêmicos sejam realizados, possibilitando, quem sabe, abertura de um projeto pedagógico capaz de efetivar a inserção do cuidado, que permita conceber uma nova práxis na saúde. Pois, o pensar e agir moral é, essencialmente, um saber prático: um saber para atuar com autonomia, respeitando a dignidade humana.

A pesquisa garante uma reflexão sobre a formação médica, frente à complexa temática da educação do viver e, principalmente, do morrer, reconhecendo as dimensões que caracterizam os estudantes em sua igualdade essencial de ser humano: as dores e os sabores da existência.

E, finalmente, espera-se que essa pesquisa propicie mudanças, não somente na grade curricular do curso de medicina, mas na instituição de um espaço de escuta regido pelo ethos perpassando todas as disciplinas. “Ethos” sendo entendido como forma de conduzir, de pensar, de agir, de sentir. Espaço no qual haja abertura à comunicação, sensibilização para os sentimentos, afinamento da escuta, disponibilidade, aprofundamento e discussão sobre a temática, podendo levar à diminuição do temor e, conseqüentemente, a percepção de se estar mais instrumentalizado para lidar com a morte. Assim, formar profissionais capazes de produzir o cuidado em todas as fases da vida, inclusive na morte.

8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. J. T. de. A ortotanásia e a lacuna legislativa. In: AZEVEDO, A. V.; LIGIERA, W. R. (Coords.). **Direitos do paciente**. São Paulo: Saraiva, 2012.

ANDRADE, J. B. C. et al. Contexto de formação e sofrimento psíquico de estudantes de medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 38, n. 2, abr. jun. 2014.

ARAÚJO, MMT; SILVA, M J P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, 2007, v. 41, n. 4, dez.

ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 626-632, jun. 2012.

ARENDRT, Hannah. **Vidas Políticas**. Madri: Taurus, 1980.

_____. **Entre o passado e o futuro**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

ARIÈS, P. **O homem diante da morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981 (v. 2).

_____. **História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Tradução Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017. (Ed. especial).

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, UERJ, Abrasco, 2009.

AYRES, J. R. C. M. In: TOSTES, M. A. (Org.) **(Des) encontro do médico com o paciente: o que pensam os médicos?** Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

AZEREDO, Nára Selaimen G.; ROCHA, Cristianne Famer; CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 37-43, mar. 2011.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1975.

BEAUCHAMP, T. CHILDRESS, J. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola; 2002.

BEHRENS, Marilda Aparecida. **Paradigma da complexidade**: metodologia de projetos, contratos didáticos e portfólios. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

BELLATO, Roseney; CARVALHO, Emília Campos de. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 99-104, fev. 2005.

BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Léo (Orgs.). **Encanto e responsabilidade no cuidado da vida**: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final da vida. São Paulo: Paulinas; Centro Universitário São Camilo, 2011.

BLANK, D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. **Rev Bras Educ Med**. 2006; 30(1): 27-31.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BORGES, R. C. B. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. **Jus Navigandi**, Teresina, v. 10, n. 871, p. 1-10, 2005.

BRASIL. Resolução n. 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, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11.

BUSS, M. K.; ALEXANDER, G. C.; SWITZER, G. E.; ARNOLD, R. M. Assessing competence of residents to discuss end-of-life issues. **J. Palliat. Med.**, New Rochelle, NY, 2005; v. 8, n. 2, p. 363-371, 2005.

CALASANS, C. R.; SÁ, C. K.; DUNNINGHAM, W. A.; AGUIAR, W. M.; PINHO, S. T. R. Refletindo sobre a morte com acadêmicos de medicina. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, Salvador, n. 18, p. 34-57, jan. abr. 2014.

CAPENA, L. A. B. **Os sentimentos dos acadêmicos de medicina no seu enfrentamento com o fenômeno da morte**. 1997. (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, 1997.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cutrix, 1982.

CASSORLA, R. M. S (Coord.). **Da morte: estudos brasileiros**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1998.

COSTA, O. J. M. **UTI, muito além da técnica: a humanização e arte do intensivismo**. São Paulo: Atheneu, 2001.

COSTA, R. R. **Arte médica, tratamento e direito de morrer** conforme Hans Jonas. *Pensando – Revista de Filosofia* Vol. 7, Nº 14, 2016.

COUNCIL OF EUROPE. **Recommendation Rec 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care**. Stockholm, Sweden: Council of Europe, 2004.

COUTO, R.C. **História indiscreta da ditadura e da abertura: Brasil 1964-1988**. Rio de Janeiro: Record, 1988.

DESCARTES, R. **Discurso del método**. México: Parrúa, 1984.

DEWEY, J. A educação como função social. In: _____. **Democracia e Educação**. São Paulo: Nacional, 1959. p. 11-24.

_____. **Experiência e Educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

DICKINSON, G. E.; PEARSON, A. Death education and physicians attitudes toward dying patients. **Omega**, Philadelphia, v. 11, p. 167-174, 1980-1981.

DRANE, James; PESSINI, Léo. **Bioética, medicina e tecnologia: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2005.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. Martins fontes. 2007.

EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F. E.; BASSOL, A. M. S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

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

FABRIZ, D. C. **Bioética e direitos fundamentais: a bioconstituição como paradigma do biodireito**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.

FALK, J.W., GUSSO, G., LOPES, J.M.C. Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica e profissão. In: GUSSO, G., LOPES, J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 2, p. 12-16.

FERRER, J. J.; ÁLVAREZ, J. C. **Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea**. Trad. Orlando Soares Moreira. São Paulo: Loyola, 2005.

FERRY, Luc. **O homem-deus: ou o sentido da vida**. Lisboa: ASA, 1997.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2123-2132, dez. 2008.

FLORIANI, C. A. **Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte**. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

FRAGA, F., BOAS, R. F. O. V.; MENDONÇA, A. R. A. Significado, para os médicos, da terminalidade da vida e dos cuidados paliativos. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 514-519, 2012

FRANCO, M. H. P. (Org.). **Estudos avançados sobre o luto**. Campinas: Livro Pleno, 2002.

FRANKL, Victor. **Em busca de sentido**. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

GALRIÇA NETO, I. Princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos. In: BARBOSA, A. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010.

GARANITO, M.P., CURY, M.R. **A espiritualidade na prática pediátrica**. *Rev Bioét.* 2016; 24(1): 49-53.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, dez. 2016.

GUEDES, W.G.; TORRES, W.C. A negação da morte e suas implicações na instituição hospitalar. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 102-111, out. dez. 1984.

GUIMARÃES, Maria Regina Cotrim. **Os catedráticos de clínica médica e as propostas de reforma do ensino médico no Brasil nas décadas de 1950 e 1960**. Tese (Doutorado) Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2009

GUTIERREZ, Pilar L. O que é o paciente terminal?. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 92, jun. 2001.

HILL, T. P. Treating the dying patient: the challenge for medical education. **Arch. Intern. Med.** n. 155, p. 1265-1269, 1995

INCA. Cuidados Paliativos Oncológicos-controle de sintomas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 2, p. 191-211, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/conduas3.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2018.

JAPIASSÚ, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JOÃO Paulo II. **Encíclica Evangelium Vitae**, 1995, n. 65.

JODELET, Denise. **La representación sociales: un domaine en expansion**. In: _____. *Les representations sociales*. Paris: Presses Universitales de France, 1989.

JONAS, Hans. **Técnica, medicina e ética: sobre prática do princípio responsabilidade**. Tradução Grupo de Trabalho Hans Jonas da ANPOF. São Paulo: Paulus, 2013. (Coleção Ethos).

_____. **Le droit de mourrir**. Paris: Éditions Payot & Rivages, 1996.

_____. **Técnica, medicina e ética: sobre a prática do Princípio responsabilidade**. São Paulo: Editora Paulus, 2016.

JONAS, H.; LOPES, W. **O fardo e a benção da mortalidade**. Princípios: Revista de Filosofia (UFRN), v. 16, n. 25, p. 265-281, 23 set. 2010.

JUNIOR, A.G., MAHFOUD, M. As dimensões espiritual e religiosa da experiência humana: distinções e inter-relações na obra de Viktor Frankl. **Psicol USP**. 2001; 12(2): 95-103.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Profissionais de Saúde diante da Morte: morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

_____. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

_____. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. **Revista Bioética**. Brasília, v. 6, n.1, 1998.

_____. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 2, n. 14, 115-167, 2003.

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

_____. **Educação para a morte: temas e reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo; FAPESP, 2004.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 10. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LAMPERT, JB. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, ABEM; 2002.

LEE, A. Y. S.; CARLON, B; RAMSAY, R; THIRUKKUMARAN, T. Integrating exposure to palliative care in an undergraduate medical curriculum: student perspectives and strategies. **International Journal of Medical Education**, v. 8, n. 1, p. 151-152, 2017.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2000.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília: Liber Livros Editora, 2005.

_____. **Pesquisa de Representação Social.** Um enfoque quali-quantitativo. Brasília (DF): Liber livro, 2012.

_____. **Texto Contexto. Enferm,** Florianópolis, 2014 Abr-Jun;23(2): 502-7.

LEFÉVRE, Fernando. **Discurso do Sujeito Coletivo: Nossos modos de pensar: Nosso eu coletivo.** São Paulo: Andreoli, 2017.

LIBERATO, RP, MACIEIRA RC. **Espiritualidade no enfrentamento do câncer.** In: Carvalho VA, Franco MHP, Kovács MJ, Liberato RP, Macieira RC, Veit MT et al. **Temas em psico-oncologia.** São Paulo: Summus; 2008.

LIND, G. Moral regression in medical students and their learning environment. **Rev. Bras. Educ. Med.** Brasília, v. 24, n. 3, p. 24-33, 2000.

LOWN, B. **A arte perdida de curar.** São Paulo: JSN, 1996.

MARTIN, L. M. Eutanásia e distanásia. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Orgs.). **Iniciação à Bioética.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 171-92.

MARTINI, Antonio; MARTINS, Alexandre Andrade (organizadores). **Teologia e saúde: compaixão e fé em meio à vulnerabilidade humana.** São Paulo: Paulinas, 2012.

MARTINS, C. B. A Reforma Universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. **Educ. Soc.,** Campinas, vol. 30, n. 106, p. 15-35, jan./abr., 2009.

MATIAS, A.G.M. **A eutanásia e o direito à morte digna à luz da constituição.** 2004. 65 f. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

MENDES, A. M. C; BOUSSO, R. S. Not being able to live like before: the family dynamics during the experience of pediatric liver transplantation. **Rev. Lat. Am. Enferm.,** Ribeirão Preto, SP, v. 17, n. 1, p. 74-80, 2009.

MENEZES, R. A. Difíceis decisões: Uma abordagem antropológica da prática médica em CTI. **Physis,** Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 27-49, 2000.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; REIS, A. T.; SANTOS, A. F.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.** São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-120

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. Sobre o humanismo e a humanização. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 23-30.

MOREIRA, S. N.; SILVA, C. A.; TERTULINO, F. F.; TERTULINO, F. M.; VILAR, M. J.; AZEVEDO, G. D. Processo de significação de estudantes do curso de medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico. **Rev. Bras. Educ. Med.** Brasília, v. 30, n. 2, p. 14-19, 2006.

MORIN, Edgard. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em Psicologia Social.** Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. **Representações Sociais: investigações em psicologia social.** 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MOSCOVICI, S. in GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.), **Textos em representações sociais.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

MULDER, S. F.; BLEIJENBERG, G.; VERHAGEN, S.C.; STUYT, P. M.; SCHIJVEN, M. P.; TACK, C. J. Improved competence after a palliative care course for internal medicine residents. **J. Palliat. Med.**, New Rochelle, NY, v. 23, n. 4, p. 360-368, 2009.

NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Rev. Bras. Educ. Med.** Brasília, v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009.

OLIVEIRA, M. Z. P. B.; BARBAS, S. Autonomia do idoso e distanásia. **Revista Bioética**, Brasília, v. 2, p. 328-337, 2013.

OTHERO, M. B. Terapia Ocupacional na Assistência Oncológica em Geriatria e Gerontologia: Experiências em Cuidados Paliativos no setor privado, Hospital Premier, São Paulo - SP. In: _____. (Org.). **Terapia Ocupacional: Práticas em Oncologia.** São Paulo: Editora Roca, 2010. p.388-407

PAGLIOSA, Fernando Luiz; Da ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008.

PAIM, J. S. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: Ad Saúde, 1994. (Série Temática 1, Faculdade de Saúde Pública/USP).

_____. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; de ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6^a ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora, 2003. Cap. 20, p. 587-603.

PAZIN FILHO, A. Morte, considerações para a prática médica. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 38, n.1, p.20-25, 2005.

PELLEGRINO, E. D., THOMASMA, D. C. **A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions**. New York: Oxford University Press, 1981

PENIN, S. T. S. Didática e cultura: o ensino comprometido com o social e a contemporaneidade. In: CASTRO, A. D. C.; CARVALHO, A. M. P. C. (Org.). **Ensinar a ensinar**. São Paulo: Pioneira, 2008.

PESSINI, Léo. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Rev. Bioét.**, Brasília, n. 4, p. 31-43, 1996.

_____. **Eutanásia: por que abreviar a vida?** São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2004.

_____. **Morrer com dignidade**. 5. ed. Aparecida, SP: Santuário, 2005.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de Bioética**. São Paulo: Loyola, 1994.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 4. ed. São Paulo: Centro São Camilo; Loyola, 2009.

_____. **Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2014.

POLES, K.; BOUSSO, R. S. Morte digna da criança: análise de conceito. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n.1, mar. 2009.

POLICARPO JUNIOR, J. Sobre a concepção de formação humana: um diálogo entre o campo educacional e a tradição budista. In: PELIZZOLI, M. **Cultura de paz: educação de um novo tempo**. Recife: Universitária da UFPE, 2008. p.151-84.

PONTES, Ana Lúcia; REGO, Sergio; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 66-75, 2006.

UERJ. Projeto Político Pedagógico da Faculdade de Ciências Médicas apresentado à Sub-Reitoria de Graduação SR-1. maio 2014. Mimeo.

REGO, S.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e Humanização como temas transversais na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 482-91, 2008.

REGO, Sergio; PALACIOS, Marisa. A finitude humana e a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1755-1760, ago. 2006.

RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. B. **Humanização e humanidades em medicina**. São Paulo: UNESP, 2012.

RIOS, Izabel Cristina. Ser e fazer diferente...: É possível provocar o desejo? **Interface**, Botucatu, SP, v. 11, n. 23, p. 619-635, 2007.

_____. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 253-261, jun. 2009.

RÖHR, F. Espiritualidade e Educação. In: RÖHR, Ferdinand (Org.). **Diálogos em Educação e Espiritualidade**. Recife: Universitária da UFPE, 2010. p.13-52.

SADALA, Maria Lúcia Araújo; SILVA, Mayle Paulino da. Cuidar de pacientes em fase terminal: a experiência de alunos de medicina. **Interface**, Botucatu, SP, v. 12, n. 24, p. 7-21, mar. 2008.

SANTOS, Luís Roberto Gonçalves dos; MENEZES, Mariana Pires; GRADVOHL, Silvia Mayumi Obana. Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2645-2651, set. 2013.

SAUNDERS, C. Preface. In: DAVIES, E.; HIGGINSON, I. J. (Eds.). **The solid facts palliative care**. Europe; World Health Organization, 2004.

SEVERINO, Antônio Joaquim. A busca de sentido da formação humana: tarefa da filosofia da educação. **Revista Educação e pesquisa**, São Paulo, v. 3, n. 2., p. 619-634, 2006.

SILVA, J.V. **Ser idoso e ter qualidade de vida: as representações sociais de pessoas idosas da comunidade**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 187 páginas. 2003.

SILVA JUNIOR, A. G.; PONTES, A. L. M.; HENRIQUES, R. L. M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 93-110.

SILVA, M. R. D.; SAKAMOTO, J.; GALLIAN, D. M. C. A cultura estética e a educação do gosto como caminho de formação e humanização na área da saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 15-28, 2014.

SILVA, Isabella D.; SILVEIRA, Maria F. A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1535-1546, 2011.

SILVA, R. C. F. **Cuidados paliativos oncológicos: reflexões sobre uma proposta inovadora na atenção à saúde**. 2004. 94 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SILVEIRA, M. H.; CIAMPONE, M. H. T.; GUTIERREZ, B. A. O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-16, mar. 2014.

SIMÃO, M. J.; SALDANHA, V. Resiliência e Psicologia Transpessoal: fortalecimentos de valores, ações e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 291-302, 2012.

SIQUEIRA, J. E. Universidade: uma ponte para o futuro. In: ALMEIDA, M. A **universidade possível**. Londrina: Eduel, 2001.

_____. A arte perdida de cuidar. **Rev. Bioética**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 89-106, 2002. Disponível em:

<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/216/217>. Acesso em: 17 abr. 2018.

_____. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. **Bioética**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 37-50, 2005.

SILVA SOARES, J. A. “Morte” (s.v.) In: CABRAL, Roque et al. **Polis: Enciclopédia Verbo da Sociedade e do Estado**. Lisboa; São Paulo: Editorial Verbo, 1986 (v. 4).

SILVA, ALP, TEIXEIRA, MAA. **A angústia médica**: reflexões acerca do sofrimento de quem cura. *Cogitare Enferm.* 2002 Jan Jun;7(1):75-83.

SOUZA, V. C. T. de. **Bioética, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente**: uma interação da bioética com a teologia. Curitiba: Prismas, 2015.

TOLSTÓI, Leon. **A morte de Ivan Ilitch**. São Paulo: Martin Claret, 2007.

TORRES, Wilma da Costa. A bioética e a Psicologia da Saúde: reflexões sobre questões de vida e morte. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 475-482, 2003.

TRIGUEIRO, MGS. **O Clone de Prometeu** – a biotecnologia no Brasil: uma abordagem para a avaliação. Brasília: UNB; 2002

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris: UNESCO, 2005.

VIANNA, A.; PICCELLI, H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 21-27, 1998.

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

WACHHOLTZ, AB, KEEFE, FJ. What physicians should know about spirituality and chronic pain. **South Med J.** 2006;99(10):1174-1175.

WENCESLAU, Leandro David; RÖHR, Ferdinand. O desafio da humanização da formação médica e as possíveis contribuições da medicina antroposófica. **Arte Médica Ampliada**, Belo Horizonte, v. 2, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care**: Fact sheet n. 402. Geneva, Suíça: WHO, 2015.

ZAIDHAFT, S. **Morte e formação médica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ZANOLLI, M. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2004.

9. APÊNDICES

APÊNDICE A QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Ano do curso: ____ ano
2. Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos
3. Sexo
 Feminino
 Masculino
4. Religião: _____
5. Até o momento, você já teve algum contato com questões relacionadas à terminalidade da vida e temas relacionados à bioética na graduação (aulas expositivo-reflexivas, experiência pessoal)?

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

1. Para você, qual o significado de terminalidade da vida?
2. Qual o seu sentimento se tivesse que lidar, neste momento, com um paciente terminal?
3. Se alguém lhe perguntasse se você se sente preparado para lidar com a morte e o processo de morrer, o que você diria?
4. Se alguém lhe perguntasse sobre qual a sua opinião a respeito da abordagem sobre os temas da morte e pacientes terminais, durante a formação médica, o que você diria?

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “Reflexões sobre a terminalidade da vida com acadêmicos de Medicina” que tem como objetivo conhecer o entendimento e a percepção dos estudantes de medicina da Universidade do Vale do Sapucaí – Pouso Alegre/MG frente a situações relacionadas à terminalidade da vida.

Tendo em vista que são poucas as oportunidades de reflexão acerca do tema durante o período de graduação, parece necessário conhecer os quão familiarizados os estudantes se encontram com questões relacionadas a experiências com a morte, bem como seu entendimento acerca dos limites terapêuticos.

Sua participação será para responder a 2 questionários: o primeiro relacionado a dados sociodemográficos; o segundo, por sua vez, buscará informações a respeito do seu entendimento sobre a terminalidade da vida.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, sendo mantido o anonimato, bem como o sigilo das informações obtidas, respeitando sua privacidade e livre decisão de querer ou não participar do estudo, podendo-se retirar dele em qualquer momento, bastando para isso expressar a sua vontade, sem penalização ou prejuízo de qualquer natureza.

O conteúdo de sua entrevista e os dados obtidos terão utilidade exclusivamente científica, sendo destruídos posteriormente após a transcrição das informações.

Esta pesquisa não implica em remuneração para o pesquisador ou para o pesquisado e também não trará despesas, gastos ou danos para os entrevistados.

Desde já, agradeço sua participação, que será imprescindível não somente para a realização do presente estudo, mas também para auxiliar na determinação da situação do ensino médico em nossa faculdade no que diz respeito à formação profissional com ênfase na terminalidade da vida.

Em caso de dúvidas, garanto seu esclarecimento e acesso aos resultados desta pesquisa em qualquer momento, estando disposição para qualquer informação adicional no telefone (35)992169615 ou no do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVÁS (35) 3449 9271.

Atenciosamente,
Priscelly Cristina Castro de Brito

Eu, _____, portador do RG nº _____, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “Reflexões sobre a terminalidade da vida com acadêmicos de Medicina.”

Ficaram claros para mim quais são os seus propósitos e estou ciente de que o questionário a ser respondido não oferece nenhum desconforto, exposição ou risco à minha saúde física e/ou psicológica.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer natureza.

Pouso Alegre, _____ de _____ de 201__.

Assinatura do participante

10. ANEXOS

ANEXO A

Parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos nº. 2.156.305

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REFLEXÕES SOBRE A TERMINALIDADE DA VIDA COM ACADÊMICOS DE

Pesquisador: Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70436417.2.0000.5102

Instituição Proponente: FUNDACAO DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO SAPUCAI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.156.305

Apresentação do Projeto:

A morte e o morrer são temas pertinentes ao cotidiano de profissionais de saúde e ao processo de aprendizagem de acadêmicos de medicina.

Nesse sentido, diante das poucas oportunidades de se questionar os sentimentos e a compreensão destes futuros profissionais com relação ao

morrer de pacientes durante a graduação, faz-se necessário conhecer suas percepções diante de situações que envolvam a terminalidade da vida.

Este estudo será descritivo, tipo corte transversal, realizado através da aplicação de questionários em alunos do 1º ao 6º anos do curso de Medicina

da UNIVAS, selecionados via amostragem intencional, e utilizando-se como base o Discurso do Sujeito Coletivo, pautado na Teoria das

Representações Sociais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Conhecer o entendimento e a percepção dos estudantes de medicina da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS – Pouso Alegre) diante de situações relacionadas à terminalidade da vida.

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.550-000

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9270

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 2.156.305

Objetivo Secundário: Comparar o posicionamento dos estudantes do primeiro ao último ano do curso de medicina da UNIVÁS diante de questões envolvendo a morte, pacientes terminais, preparo pessoal e o grau de afetividade necessário para lidar com essas situações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Riscos inerentes apenas a aplicação dos instrumentos de entrevista, para coleta de dados.

Benefícios: Os acadêmicos poderão refletir a respeito da importância em se discutir o processo da terminalidade da vida, visto que cuidarão de pacientes que passarão por essa fase

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância acadêmica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Incluir no TCLE os possíveis riscos, pois a redação do TCLE está divergente das informações cadastradas na plataforma Brasil.

Texto TCLE: Ficaram claros para mim quais são os seus propósitos e estou ciente de que o questionário a ser respondido não oferece nenhum desconforto, exposição ou risco à minha saúde física e/ou psicológica.

Texto Plataforma Brasil: Riscos inerentes apenas a aplicação dos instrumentos de entrevista, para coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo atende aos dispositivos da resolução 466/2012 e pode ser realizado

Considerações Finais a critério do CEP:

Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP um relatório parcial e um final da pesquisa de acordo com o cronograma apresentado no projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_952316.pdf	28/06/2017 17:29:12		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	28/06/2017 17:28:41	Adriana Rodrigues dos Anjos	Aceito

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.550-000

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9270

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 2.156.305

Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	28/06/2017 17:28:41	Mendonça	Aceito
Outros	autorizacao.jpeg	28/06/2017 14:08:36	Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/06/2017 14:07:58	Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	28/06/2017 13:56:16	Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

POUSO ALEGRE, 04 de Julho de 2017

Assinado por:
Rosa Maria do Nascimento
(Coordenador)

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470
Bairro: Campus Fátima I **CEP:** 37.550-000
UF: MG **Município:** POUSO ALEGRE
Telefone: (35)3449-9270 **E-mail:** pesquisa@univas.edu.br

ANEXO B

IAD1

1º Tema (1ª pergunta) – Significado de terminalidade da vida

Sujeito	Expressão chave	Ideia central
1	<i>“... é quando não tem mais o que ser feito e você tenta confortar o paciente o máximo possível”.</i>	Fechamento / Fim da vida
2	<i>“... é a morte encefálica e a vida não é mais possível depois disso.”</i>	Morte cerebral / encefálica
3	<i>“Eu acho que é como se fosse o fechamento de um ciclo (...) terminar a vida é o fim desse ciclo”.</i>	Fechamento / Fim da vida
4	<i>“Terminalidade da vida pra mim seria o fim mesmo”</i>	Fechamento / Fim da vida
5	<i>“Terminalidade da vida eu acho que está relacionado ao jeito que você vai morrer.”</i>	Múltiplos fatores
6	<i>“Para mim é o final da vida.”</i>	Fechamento / Fim da vida
7	<i>“... é um momento de passagem do corpo físico para o espiritual.”</i>	Passagem corpo físico para o espiritual
8	<i>“... é uma etapa (...) de passagem de um plano material para o espiritual”.</i>	Passagem corpo físico para o espiritual
9	<i>“... acho que terminalidade da vida é um processo natural...”.</i>	Fechamento/fim da vida
10	<i>“é um paciente que tem alguma doença e já está num estado em que a vida está para acabar...”.</i>	Fechamento/fim da vida
11	<i>“... seria a parada das funções fisiológicas, batimento cardíaco e outros órgãos importantes.”</i>	Fechamento/ Fim da vida
12	<i>“Pensando no corpo físico, terminalidade da vida é quando ele morre...”.</i>	Fechamento/ Fim da vida
13	<i>“(...) é todo o processo de lidar com o fim da vida, até a concretização da morte...”.</i>	Fechamento / Fim da vida
14	<i>“Bom, eu acho que é quando a pessoa está no final da vida dela.”</i>	Fechamento/ Fim da vida
15	<i>“(...) é quando se encerra a parte da vida aqui na terra (e ela continua em algum outro plano, por exemplo)”.</i>	Passagem do corpo físico para o espiritual
16	<i>“(...) momento em que a vida não tenha mais sentido...”.</i>	Fechamento / fim da vida
17	<i>“(...) é o encerramento de um processo físico/terreno porque eu acredito que a vida é muito mais do que só a porção terrena.”</i>	Passagem corpo físico para o espiritual
18	<i>“Seria quando a pessoa, o paciente, não tem mais consciência... no caso (...) morte cerebral, aí define a morte para mim.”</i>	Morte cerebral/encefálica
19	<i>“Significa quando a vida chega ao fim.”</i>	Fechamento / Fim da vida
20	<i>“Acho que é o fim do nosso corpo carnal (...) não</i>	Passagem corpo físico

	<i>tendo como continuar com a vida física.”</i>	para o espiritual
21	<i>“fim da questão física da pessoa (...) seria o fim da vida, mas eu acredito que a gente continua existindo de alguma forma”.</i>	Passagem corpo físico para o espiritual
22	<i>“Eu acho que é quando você sabe que a morte está próxima e você tem consciência disso”</i>	Múltiplos fatores
23	<i>“(...) período da existência humana em que não é mais possível reverter a sua existência, a sua vida normal pras atividades que você habitualmente realizava antes.”</i>	Fechamento/ Fim da vida
24	<i>“... seria a terminalidade da vida do corpo e aí a pessoa continua viva, mas de outra forma.”</i>	Passagem corpo físico para o espiritual
25	<i>“(...) uma coisa normal, mais um passo a ser seguido na vida, nada de mais.”</i>	Fechamento / Fim da vida
26	<i>“Quando perdemos as funções vitais, quando não tem mais o que fazer.”</i>	Fechamento / Fim da vida
27	<i>“Acho que é quando a pessoa não tem mais como sobreviver, já não está ‘ali’.”</i>	Fechamento / Fim da vida
28	<i>“Para mim é quando para a atividade cerebral”</i>	Morte cerebral/encefálica
29	<i>“... é um momento da vida.”</i>	Múltiplos fatores
30	<i>“... você não pertence mais a esse mundo e você está em algum plano que você acredita que exista.”</i>	Passagem corpo físico para o espiritual
31	<i>“... começa com a perda da autonomia (...) não poder fazer nada a respeito de alguma doença, comorbidade, um problema de saúde em geral.”</i>	Fechamento / Fim da vida
32	<i>“quando o corpo atinge seu limite (que de certa forma é esperado). O fim é uma parte como outra qualquer da vida.”</i>	Fechamento / Fim da vida
33	<i>“... acho que é uma passagem pra algo pós-vida.”</i>	Passagem corpo físico para o espiritual
34	<i>“... ponto onde uma pessoa deixa o mundo e passa a não fazer mais parte da rotina de seus familiares, amigos...”</i>	Passagem corpo físico para o espiritual
35	<i>“... é quando a pessoa não tem mais capacidade de estar presente, o corpo dela está aqui, mas não tem mais “mente”. Pra mim isso já é morte.”</i>	Separação corpo-mente/espírito
36	<i>“Acho que é um processo natural...”</i>	Fechamento / Fim da vida
37	<i>“... quando seu corpo não consegue mais acompanhar necessariamente a sua cabeça.”</i>	Separação corpo-mente/espírito
38	<i>“... passei a ver a vida como uma passagem terrena e a morte como uma porta pra uma vida nova, espiritual.”</i>	Passagem corpo físico para o espiritual
39	<i>“para mim, a vida realmente termina quando a alma da pessoa não está mais nela (...) quando o espírito já não está mais ali”.</i>	Separação corpo-mente/espírito
40	<i>“... é uma etapa evolutiva (...) uma passagem, uma</i>	Passagem corpo físico

	<i>transição</i> ”.	para o espiritual
41	“... é mais o olhar, nosso entendimento sobre algo que é natural...”.	Fechamento / Fim da vida
42	“... é quando Deus escolheu sua hora de ir”.	Fechamento / Fim da vida
43	“... é o período de passagem, em que a parte material deixa de ser material e passa a ser espiritual (...) a parte em que a gente passa de profissional médico pra pessoa/ser humano.”	Passagem corpo físico para o espiritual
44	“... quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente...”.	Fechamento / Fim da vida
45	“... quando todos os recursos que você pode colocar já não fazem efeito, já não são tão benéficos, não vão fazer diferença na evolução do paciente”.	Fechamento / Fim da vida
46	“... seria algo como lidar com aquele paciente que se encontra em estado terminal, que se encontra em estado crítico e que pode evoluir para a morte a qualquer momento.”	Fechamento / Fim da vida
47	“... seria o fim da vida mesmo do paciente...”.	Fechamento / Fim da vida
48	“Quando todos os recursos foram usados e o paciente irá a óbito.”	Fechamento / Fim da vida
49	“... não existe pra mim terminalidade da vida; existe é um propósito maior depois dessa vida na terra.”	Passagem corpo físico para o espiritual
50	“Seria quando uma pessoa se aproxima da morte, quando é inevitável o fim da sua vida.”	Fechamento / Fim da vida
51	“Eu acho que são múltiplos fatores: envolve tanto os profissionais quanto fatores não só relacionados à medicina, como a religiosidade do paciente...”.	Múltiplos fatores
52	“... eu penso que seja quando o paciente tem alguma doença que tenha alta possibilidade de vir a falecer, que não tenha muito mais o que fazer na medicina que seja ‘curativo’ para ele”.	Fechamento / Fim da vida
53	“... eu acho que é você conseguir proporcionar pro paciente um fim de vida com dignidade.”	Fechamento / Fim da vida
54	“A terminalidade da vida a gente pode pensar num sentido natural, um processo fisiológico...”	Fechamento / Fim da vida
55	“A terminalidade da vida é quando chega num momento da doença que não tem mais o que fazer, esgotou todo o arsenal médico, não tem mais o que fazer...”	Fechamento / Fim da vida
56	“... não é só a morte (...) não é só uma questão biológica, mas emocional também (...) quando você não é mais independente.”	Múltiplos fatores
57	“Seria o processo final da vida...”	Fechamento / Fim da vida

58	<i>“... pra mim seria um momento mesmo, do seu organismo físico entrar em falência, realmente terminar.”</i>	Fechamento / Fim da vida
59	<i>“... aquele momento em que a vida vai cessar (...) é esse período frágil, essa linha tênue entre a vida e a morte.”</i>	Fechamento / Fim da vida
60	<i>“Eu acredito que é apenas a morte do corpo físico e que a existência continua de uma outra forma.”</i>	Passagem corpo físico para o espiritual

ANEXO C
IAD1
2º Tema (2ª pergunta) – Sentimento

Sujeito	Expressão-chave	Ideia central
1	<i>“Meu sentimento varia muito com o sofrimento do paciente...”</i>	Inconstância
2	<i>“Eu acho que eu não seria tão afetado, porque eu aceito muito bem isso (...) eu acho que eu ficaria bem.”</i>	Segurança
3	<i>“... eu tentaria agir de uma forma que não ficasse tanto aquele sentimento de “que pena”, mas sim de uma forma que ele pudesse encerrar de uma maneira “boa” (...), uma forma de ele ir com tranquilidade, sem muito drama.”</i>	Solidariedade
4	<i>“Eu tentaria fazer de tudo para o bem-estar dele...”</i>	Solidariedade
5	<i>“... eu ficaria frustrada...”</i>	Frustração e fracasso
6	<i>“Não sei o que eu iria fazer...”</i>	Insegurança
7	<i>“Eu me sentiria triste...”</i>	Tristeza, ansiedade e impotência
8	<i>“... tentaria ao máximo entrar com um apoio e ver o que seria melhor para amenizar a situação, o sofrimento do paciente.”</i>	Solidariedade
9	<i>“Não sei reagir a essas situações ainda.”</i>	Insegurança
10	<i>“Meu sentimento seria de incapacidade.”</i>	Insegurança
11	<i>“... eu acho que não estaria preparado.”</i>	Insegurança
12	<i>“... como estudante de medicina, eu não estaria preparada.”</i>	Insegurança
13	<i>“Bom, pelo fato de não estar preparada e sem bem emotiva, seria um impacto...”</i>	Insegurança
14	<i>“... ficaria um pouco em choque.”</i>	Estarrecimento

15	<i>“Meu sentimento seria de medo... eu acho que hoje eu não teria nenhuma condição de fazer isso, tanto falando da bagagem teórica da faculdade, quanto emocional.”</i>	Insegurança
16	<i>“Eu não sei se eu teria força...”</i>	Insegurança
17	<i>“Dependeria muito da minha relação com o paciente...”</i>	Inconstância
18	<i>“Eu acho que eu me sentiria bem mal...”</i>	Tristeza, ansiedade e impotência
19	<i>“Eu acho que eu iria sofrer muito, não me sinto preparada pra morte de ninguém.”</i>	Insegurança
20	<i>“Eu acho que o sentimento de respeito, cuidado e empatia, tentar entender o lado dele...”</i>	Solidariedade
21	<i>“mas se for um caso que não tem como recuperar, não tem como fazer o caso retroceder, acho que a gente tem que apoiar o paciente, diminuir a dor dele, pra que ele passe por aquele período da melhor forma possível.”</i>	Solidariedade
22	<i>“Eu faria de tudo pra que ele tivesse o melhor fim de vida possível”</i>	Solidariedade
23	<i>“O sentimento seria que (...) não adiantaria, eu acho, a meu ver, manter a vida a qualquer preço, se a vida do paciente não puder ser mantida com a qualidade que ele merece, que qualquer ser humano merece, para viver de maneira digna.”</i>	Solidariedade
24	<i>“Acho que a gente acaba sentindo um pouco de, não sei, dó (...) a gente fica um pouco angustiado por às vezes querer fazer alguma coisa e não poder...”</i>	Angústia
25	<i>“Primeiro você tem que ter</i>	Compaixão

	<i>compaixão com o paciente, saber lidar com a preocupação dele...</i>	
26	<i>"... me sentiria muito impotente."</i>	Insegurança
27	<i>"Eu estaria um pouco triste (...) um pouco ansiosa..."</i>	Tristeza, ansiedade e impotência
28	<i>"Eu não me sinto preparado..."</i>	Insegurança
29	<i>"Eu acho que eu sentiria um pouco de angústia, mas ao mesmo tempo eu sentiria empatia."</i>	Angústia
30	<i>"Não sei se eu estaria preparada..."</i>	Insegurança
31	<i>"Meu sentimento seria, na verdade, reprimido, segurar meus sentimentos para poder oferecer a ele a qualidade de vida terminal..."</i>	Solidariedade
32	<i>"No momento não me sentiria preparada para lidar com a ideia da ausência absoluta da cura (...) me deixaria um pouco frustrada, me sentiria impotente nessa situação."</i>	Insegurança
33	<i>"Eu acho que o principal seria passar conforto pro paciente e pra família..."</i>	Solidariedade
34	<i>"Eu ficaria triste..."</i>	Tristeza, ansiedade e impotência
35	<i>"... seria mais fácil lidar com o paciente terminal que a gente não tivesse tanto contato (...) ele morre, não te afeta tanto, mas mesmo assim incomoda..."</i>	Inconstância
36	<i>"Bem difícil, acho que não estou preparada ainda."</i>	Insegurança
37	<i>"querendo ou não a gente se envolve com o paciente quando ele está perto de morrer, quando a gente sabe que ele vai morrer (...) eu acho que é difícil..."</i>	Inconstância
38	<i>"eu ficaria triste pela perda, mas aliviado pelo fim do</i>	Tristeza, ansiedade e impotência

	<i>sofrimento (...) se fosse uma conhecida (...) com certeza me sentiria muito mais que triste... me sentiria impotente.”</i>	
39	<i>“Não sei se eu saberia lidar; eu nunca tive que lidar com isso, tanto com família quanto com paciente, então realmente eu não sei como que eu lidaria.”</i>	Insegurança
40	<i>“Meu sentimento oscila muito dependendo do paciente, da minha relação com ele, da sua história...”</i>	Inconstância
41	<i>“Eu acho que precisaria de mais reforço pra isso nesse momento sabe, não estaria preparada...”</i>	Insegurança
42	<i>“Meu sentimento seria de tentar entender que chegou a hora do meu paciente, mas eu iria tentar de tudo...”</i>	Solidariedade
43	<i>“Não estou preparado (...) como pessoa e também como estudante, tanto a faculdade quanto, propriamente falando, a vida, não ensinam a gente a lidar com perdas.”</i>	Insegurança
44	<i>“Ao lidar com um paciente terminal, eu não abriria mão, eu não desistiria dele porque (...) ainda me restariam cartas na mão, como diminuir o desconforto...”</i>	Solidariedade
45	<i>“Eu acho que teria mais uma sensação de suporte (...) um ponto de apoio.”</i>	Solidariedade
46	<i>“... também tem que ver o sentimento de que é possível ajuda-lo, é possível fazer muito por esse paciente.”</i>	Solidariedade
47	<i>“... digo que estou mais ‘calejado’.”</i>	Segurança
48	<i>“Eu teria um sentimento de fracasso...”</i>	Fracasso

49	<i>“Seria um sentimento de tristeza...”</i>	Tristeza, ansiedade e impotência
50	<i>“... meu sentimento seria de compaixão (...) além de pesar por estar diante de uma situação que vai terminar com a morte do paciente”</i>	Compaixão
51	<i>“Eu daria um apoio para ele, para a família (...) para que fosse de uma forma que ele não sofresse.”</i>	Solidariedade
52	<i>“eu acho que a princípio eu ficaria meio abalado emocionalmente, entristecido, chateado, por causa do sentimento de impotência, de não dá pra fazer mais nada pela pessoa”.</i>	Tristeza, ansiedade e impotência
53	<i>“... acho que eu encaro com um pouco de naturalidade hoje, mas também de ansiedade...”</i>	Tristeza, ansiedade e impotência
54	<i>“Acho que eu não teria nenhuma dificuldade.”</i>	Segurança
55	<i>“Seria de tristeza...”</i>	Tristeza, ansiedade e impotência
56	<i>“Eu acho que eu iria tentar de tudo pra deixá-lo mais confortável.”</i>	Solidariedade
57	<i>“Eu acho bem difícil você lidar com isso porque eu acho que ainda falta muita relação médico-paciente (...) médico-família.”</i>	Insegurança
58	<i>“Bom, eu acredito que eu não estaria preparado...”</i>	Insegurança
59	<i>“... acho que é algo sempre muito delicado (...) para mim seria muito difícil (...) mexeria muito comigo...”</i>	Insegurança
60	<i>“... a gente nunca vai estar totalmente preparado porque a cada contato (...) é um sentimento novo... eu acho que é um construir que vai me seguir por toda a carreira como médico.”</i>	Insegurança

ANEXO D

IAD1

3º Tema (3ª pergunta) – Se sente preparado

Sujeito	Expressão-chave	Ideia central
1	<i>“Acho que nunca se pode dizer que está preparado né?... Hoje em dia eu consigo ver com mais naturalidade isso; não vejo mais como terror. Lógico, acabam os prazeres, os sonhos, mas acaba também o sofrimento.”</i>	Nunca se está preparado
2	<i>“Eu diria que estou preparado sim.”</i>	Está preparado
3	<i>“Eu não sei se eu estaria preparada, mas também não estaria completamente sem rumo... eu saberia como lidar em cada situação devagar, pensando um pouco, indo gradualmente.”</i>	Mais ou menos preparada
4	<i>“Não estou preparada para lidar. Acho que ninguém está.”</i>	Não está preparada
5	<i>“De um paciente... se eu tivesse conhecimento ficaria tranquila... Só que se eu não tivesse o conhecimento, eu me sentiria bem culpada.”</i>	Mais ou menos preparada
6	<i>“Não estaria preparada, nem um pouco”.</i>	Não está preparada
7	<i>“Não estou preparada para lidar com a morte de ninguém.”</i>	Não está preparada
8	<i>“Não estou. Ainda não tive um preparo para isso, nem na vida nem na faculdade.”</i>	Não está preparada
9	<i>“... acredito que no momento eu ficaria bem sensibilizada e não saberia de forma alguma lidar”.</i>	Não está preparada
10	<i>“... com a morte de alguém, eu já acho mais complicado porque, a questão do dialogo, a gente não sabe</i>	Não está preparado

	<i>como dialogar ainda com a família, com o paciente.”</i>	
11	<i>“Eu não estou preparado para lidar com esse assunto...”</i>	Não está preparado
12	<i>“Não... eu acho que isso é um processo.”</i>	Não está preparado
13	<i>“Eu diria que não.”</i>	Não está preparada
14	<i>“Acho que no momento não estou preparado.”</i>	Não está preparado
15	<i>“Com a morte de um paciente não, não estou preparada para lidar”.</i>	Não está preparada
16	<i>“Se fosse uma pessoa que não fosse muito próxima a mim, talvez eu estivesse preparada.”</i>	Depende do vínculo
17	<i>“Neste momento diria que não estaria preparada...”</i>	Não está preparada
18	<i>“Eu creio que ainda não estou preparado...”</i>	Não está preparado
19	<i>“Eu acho que por enquanto não... O primeiro vai ser um desafio pra mim.”</i>	Não está preparado
20	<i>“Eu creio que ainda não, acho que a gente nunca está preparado na verdade...”</i>	Não está preparado
21	<i>“Não, acho que ninguém nunca está preparado...”</i>	Nunca se está preparado
22	<i>“... a morte de um paciente, por exemplo, depende do vínculo que eu crie com ele...”</i>	Depende do vínculo
23	<i>“... apesar de ser um processo natural, eu acho que dificilmente uma pessoa estará realmente preparada para lidar com a morte agora, naquele momento.”</i>	Nunca se está preparado
24	<i>“Acho que tudo depende do grau de relação que a gente tem...”</i>	Depende do vínculo
25	<i>“Eu estou preparado.”</i>	Está preparado
26	<i>“... acho que se fosse um paciente que eu tivesse que lidar sempre... eu não saberia lidar... Mas se morresse na minha frente no pronto socorro, eu não me importaria.”</i>	Depende do vínculo

27	<i>“... Acho que depende muito da proximidade que você tem, do vínculo com a pessoa. Sempre sente tristeza, mas o grau varia de acordo com o vínculo com a pessoa.”</i>	Depende do vínculo
28	<i>“Eu diria que não estou preparado”</i>	Não está preparado
29	<i>“Hoje em dia, não. Acho que eu estou melhor do que quando eu entrei na faculdade...”</i>	Mais ou menos preparado
30	<i>“... acho que eu tentaria até o máximo que eu conseguiria, com o meu conhecimento, com o que a ciência me ajuda e dependendo não tem mais o que fazer, só você dar conforto para que a pessoa consiga passar por esse momento de uma forma mais tranquila, amena.”</i>	Resposta confusa Excluída por não ter respondido à questão
31	<i>“Eu diria que estou preparado, mas depende... de quem vai morrer e do processo/como vai morrer...”</i>	Depende do vínculo
32	<i>“Eu diria que me sentiria preparada para deixar um paciente morrer quando eu tivesse esgotado todas as chances possíveis de salvá-lo...”</i>	Está preparada
33	<i>“... eu ainda não passei por essa experiência na vida... eu não sei lidar.”</i>	Não está preparado
34	<i>“... eu estou pronto sim para lidar com a morte, mesmo que não seja fácil aceitar...”</i>	Está preparado
35	<i>“Não, de forma alguma... a gente não teve esse preparo pra lidar com isso...”</i>	Não está preparado
36	<i>“Não... eu nunca vi alguém morrer...”</i>	Não está preparada
37	<i>“... acho que preparada não, mas se fosse necessário, a gente acaba ficando preparada...”</i>	Não está preparada

38	<i>“A gente nunca está completamente preparado pra lidar com perdas...”</i>	Nunca se está preparado
39	<i>“Diria que não. Não saberia lidar... por conta disso que eu comecei a ir mais para o espiritismo...”</i>	Não está preparada
40	<i>“Não, não me sinto preparada...”</i>	Não está preparada
41	<i>“... eu acho que sim, estou preparada, porque é algo natural...”</i>	Está preparada
42	<i>“... eu estou preparada.”</i>	Está preparada
43	<i>“Não estou preparado... a gente nunca está preparado.”</i>	Nunca se está preparado
44	<i>“Ninguém está preparado para morrer ou ver o outro morrer...”</i>	Nunca se está preparado
45	<i>“Não, acho que ninguém está...”</i>	Nunca se está preparado
46	<i>“... eu acho que, no sentido de aceitação, talvez eu tenha um pouco de preparo... mas no sentido de conseguir manter um distanciamento, eu sei que eu ainda tenho muita dificuldade.”</i>	Mais ou menos preparada
47	<i>“Diria que sim, que a vida nos ensina...”</i>	Está preparado
48	<i>“Não estaria preparada... Acredito que eu vá aprender na prática”.</i>	Não está preparada
49	<i>“... é muito difícil a gente estar preparado para isso...”</i>	Não está preparado
50	<i>“... não, acredito que ninguém está preparado de verdade...”</i>	Não está preparado
51	<i>“Não sei se estou preparada para isso...”</i>	Não sei
52	<i>“... eu estaria mais ou menos preparado... Que esse sentimento de incapacidade seja substituído pelo conforto que eu posso dar.”</i>	Mais ou menos preparado
53	<i>“... academicamente falando, eu acho que estou mais preparado... não teoricamente... mas na</i>	Está preparado

	<i>prática a gente vai aprendendo.”</i>	
54	<i>“... eu acho que... eu acho que sim, eu estaria preparada sim.”</i>	Está preparada
55	<i>“... não estou nem tão preparado, mas também um pouco preparado já pra isso.”</i>	Mais ou menos preparado
56	<i>“... estou mais preparada do que quando eu entrei na faculdade, mas ainda assim eu não estou imune...”</i>	Mais ou menos preparada
57	<i>“Eu acho que eu lido bem com isso, eu acho que sou muito entregue...”</i>	Está preparada
58	<i>“... estou um pouco mais preparado... Acho que ninguém está pronto...”</i>	Nunca se está preparado
59	<i>“... ninguém está completamente preparado...”</i>	Nunca se está preparado
60	<i>“... a gente nunca vai estar totalmente preparado... eu acho que é um construir que vai me seguir por toda a carreira como médico.”</i>	Nunca se está preparado

ANEXO E

IAD1

4º Tema (4ª pergunta) – Abordagem do tema na formação médica

Sujeito	Expressão-chave	Ideia central
1	<i>“Eu acho que é muito importante, principalmente tratando de medicina... Deveria ser abordado com mais frequência em sala de aula, em grupos de discussão... acho que é um assunto muito importante pra deixar de ser comentado.”</i>	Deveria ser abordado com mais frequência
2	<i>“... esse tema não é abordado especificamente nas aulas... Nas atividades que são obrigatórias, eu acho que não tem realmente o contato, mas é possível ter, é só você estar aberto a isso...”</i>	Tema não abordado
3	<i>“Acho que deveria ser um pouco mais abordado... Parece que a gente vai se formar e só cuidar das pessoas e que não vai ter nenhum evento assim, de morte, então acho que a gente precisava dessa realidade presente pra gente tratar com naturalidade, não ficar tão distante.”</i>	Deveria ser abordado com mais frequência
4	<i>“... acho que é muito superficial a maneira como é mostrada pra gente, não tem uma conversa voltada pra isso.”</i>	Abordagem superficial
5	<i>“... ainda não tive muito contato, então pelo que eu tive por enquanto eu acho que falta falar sobre isso... Acho extremamente importante esse tema porque a gente está aprendendo a evitar a morte, mas nem sempre essa é a melhor</i>	Tema não abordado

	<i>opção, né?”</i>	
6	<i>“... na aula de anatomia, por exemplo, em que nós vimos cadáveres, não tivemos um preparo para lidar com isso. Acho importante o tema, temos só nas aulas de bioética, mas não sei como vai ser com o decorrer do curso.”</i>	Deveria ser abordado com mais frequência
7	<i>“Acho extremamente importante porque a gente precisa ter um momento só pra pensar e discutir sobre esse assunto... Espero que nos próximos anos a gente converse mais sobre isso.”</i>	Deveria ser abordado com mais frequência
8	<i>“... até agora, eu não vi nenhuma preparação ou discussão com esse tema específico.”</i>	Tema não abordado
9	<i>“... quanto mais cedo a gente tiver essa abordagem, mais cedo a gente vai conseguir pensar sobre o assunto e aceitar o processo...”</i>	Tema não abordado
10	<i>“... não vi nada sobre esse tema... vai ser estressante para todo mundo, mas, se tivermos uma explicação antes, vai nos aliviar.”</i>	Tema não abordado
11	<i>“Eu ainda não vi muito aqui na faculdade, mas eu acho importante para a nossa formação...”</i>	Abordagem superficial
12	<i>“A abordagem é muito falha. Eu espero que me ensinem a como lidar com essa situação...”</i>	Abordagem superficial
13	<i>“É essencial a abordagem. Acho até que deveria ter uma disciplina de pelo menos 6 meses.”</i>	Deveria ser abordada com mais frequência
14	<i>“... acredito que até o momento tenha sido muito pequena a abordagem.”</i>	Abordagem superficial
15	<i>“Acho que é muito falho, acho que falta discutir mais</i>	Abordagem superficial

	<i>nos preparar mais para as situações que talvez a gente vá se deparar...</i>	
16	<i>“... Até hoje a abordagem não foi suficiente porque a gente só discutiu o que é a morte, mas não como lidar com a notícia pro paciente, para a família.”</i>	Abordagem superficial
17	<i>“... acho isso importante porque se o médico não está preparado para lidar com a frustração, então isso pode ser ruim pra ele.”</i>	Importante ser preparado
18	<i>“Eu creio que é importante porque é uma profissão que vai lidar muito com isso, querendo ou não, então eu acho que os alunos têm que estar... pelo menos um pouco preparados para lidar com esse momento.”</i>	Importante ser preparado
19	<i>“... eu acho que é um tema que tem que ser tratado com mais delicadeza, com um enfoque maior.”</i>	Abordagem superficial
20	<i>“... não tem uma abordagem direta... Saímos despreparados, e acho que falta muito tato.”</i>	Abordagem superficial
21	<i>“... seria importante se a gente tivesse mais diálogo sobre esse assunto, debates... quanto mais a gente absorve o assunto, mais a gente cria meios pra conseguir lidar com aquilo.”</i>	Abordagem superficial
22	<i>“... é muito superficial, não tem nenhuma discussão sobre isso: como lidar, quais são os sentimentos.”</i>	Abordagem superficial
23	<i>“É importantíssimo que esse tema seja abordado, inclusive de maneira mais incisiva... acho é um tópico</i>	Deveria ser abordado com mais frequência

	<i>que merecia um cuidado mais para 5º e 6º ano também, que seja 4º também, porque o 6º acaba sendo mais corrido...</i>	
24	<i>“... ainda falta em nossa faculdade... eu tive muito pouco com relação a isso...”</i>	Abordagem superficial
25	<i>“... deveria ter algo mais sério direcionado para esse tema.”</i>	Abordagem superficial
26	<i>“... acho que a gente deveria ser melhor instruído desde o começo do curso porque a gente sempre vai acabar lidando com isso.”</i>	Deveria ser abordado com mais frequência
27	<i>“Até então, foi bem superficial...”</i>	Abordagem superficial
28	<i>“Acho que precisaria ser muito mais trabalhado. Acho que a gente não deveria ser exposto ao hospital sem ter um preparo antes...”</i>	Abordagem superficial
29	<i>“... 99% da nossa carga horária é sobre vida, sendo que todas as áreas lidam com o processo da perda, e nós não temos apoio. Acho que deveria ser mais abordado.”</i>	Deveria ser abordado com mais frequência
30	<i>“... abordagem bem insatisfatória. Deveríamos conversar mais sobre isso, porque tem hora que parece um tabu falar sobre essa questão...”</i>	Abordagem superficial
31	<i>“Eu diria que tem quase nenhuma abordagem sobre o assunto... Eu acho que deveria ter uma disciplina, algumas aulas para discussões reflexivas, talvez filosóficas sobre o assunto...”</i>	Abordagem superficial
32	<i>“Acho que existe ainda um certo receio de abordar essas questões. Por isso muitas vezes a abordagem é</i>	Abordagem superficial

	<i>adiada até que o aluno tenha uma experiência própria e descubra sozinho sua maneira de encarar e superar esse momento...”</i>	
33	<i>“... se eu tive alguma coisa foi, talvez, superficial... quer-se tanto humanizar o aluno e não tocam nessa parte da morte, não incentivam a gente a buscar esse assunto.”</i>	Abordagem superficial
34	<i>“... foi pouco abordado na minha formação até o presente momento. Deveria ter um enfoque maior.”</i>	Deveria ser abordado com mais frequência
35	<i>“Eu diria que ela é bastante escassa...”</i>	Abordagem superficial
36	<i>“... muito precária. A gente tem que se virar, ninguém fala nada.”</i>	Abordagem superficial
37	<i>“Incompleta, muito incompleta. Podia ter alguma coisa como relatos de experiências... como que a gente deveria, teoricamente, se portar...”</i>	Abordagem superficial
38	<i>“... A única vez em 4 anos que esse tema foi abordado foi em uma turma enorme, onde ninguém se conhecia direito e onde poucas pessoas se sentiram confortáveis pra discutir esse tema...”</i>	Abordagem superficial
39	<i>“Eu acho que é muito deficiente... falta muito e tem muitos profissionais com quem a gente entra em contato que também não sabem lidar com isso e isso impacta muito na vida profissional.”</i>	Abordagem superficial
40	<i>“Eu acho que não tem abordagem aqui na faculdade... tivemos 1 aula de 50 minutos em bioética no</i>	Abordagem superficial

	<i>primeiro ano, mas não foi suficiente.”</i>	
41	<i>“... é muito necessária e que tinha que aumentar... no 1º ano em bioética a gente vê alguma coisa, mas eu acho que tinha que focar mais.”</i>	Abordagem superficial
42	<i>“... acho que deve ser reforçado o respeito à família, aos pacientes e sempre lembrar muito dos cuidados paliativos, que eu acho que são coisas que devem ser empregadas.”</i>	Importante ser preparada
43	<i>“Diria que é muito defasado. O curso de medicina está preparado principalmente pra gente fazer o diagnóstico e o tratamento... muitas das vezes a gente chega em situações limites, em passos nos quais a gente não consegue mais ir adiante devido a vários problemas, e esses problemas não são ensinados na faculdade e não ensinam a gente a lidar com isso.”</i>	Abordagem superficial
44	<i>“... A gente lida e vai lidar com a morte na profissão... Você acaba aprendendo na prática como você deve agir.”</i>	Não existe preparação
45	<i>“... a gente vê que até os professores têm medo de falar sobre isso com a gente, então acho que poderia ser uma abordagem mais aberta, discutir mesmo com a gente...”</i>	Abordagem superficial
46	<i>“... é muito pouco abordado... poderíamos ter bem mais coisas voltadas para isso porque é um tema muito extenso e algo que nós vamos encarar no nosso dia-a-dia.”</i>	Deveria ser abordado com mais frequência
47	<i>“... Penso que deveria ser um tema abordado com</i>	Abordagem superficial

	<i>maior ênfase.”</i>	
48	<i>“Durante a formação, eu acho que falta humanizar, aprendermos a privilegiar o doente sobre a sua doença...”</i>	Importante ser preparada
49	<i>“... na formação médica é muito pouco que os professores nos falam, é mais na prática mesmo.”</i>	Abordagem superficial
50	<i>“... deveriam ser abordados com mais frequência na faculdade... A maioria dos estudantes pensa que a medicina é só salvar vidas.”</i>	Deveria ser abordado com mais frequência
51	<i>“... acho que deveriam ser mais discutidos. A gente tem no primeiro ano, mas acaba que passa batido e só depois de 5 anos que você vai ver na prática e é pouco tempo.”</i>	Deveria ser abordado com mais frequência
52	<i>“... Acharia importante ter um pouquinho de bioética todos os anos aqui na faculdade, onde fosse abordado também essa questão em todos os anos.”</i>	Deveria ser abordado com mais frequência
53	<i>“... falta um preparo da faculdade nesse sentido: de falar pra gente que a gente vai ser modificado também sabe, depois do paciente terminal, e que a gente precisa tirar alguma coisa disso, nesse sentido eu acho que falta um longo caminho mesmo, especialmente na nossa faculdade.”</i>	Abordagem superficial
54	<i>“Insuficiente, com certeza. Eu acho que tinha que ser uma coisa que todo ano deveria ter... Você envolver, você entender como que é o processo de morte, conseguir tranquilizar a família...”</i>	Abordagem superficial
55	<i>“... a gente não tem tanto contato com isso, a gente não sabe como fazer, como lidar com a família, é uma</i>	Abordagem superficial

	<i>coisa muito “jogada” aqui, vamos ter que aprender na prática...”</i>	
56	<i>“... teria que ser abordado, e também acho que a disciplina de bioética deveria ser abordada todo ano, pegando os casos que acontecem mesmo... seria interessante, seria um aprendizado que a gente não acha em livro.”</i>	Deveria ser abordado com mais frequência
57	<i>“Eu acho extremamente importante porque eu acho que o médico meio que fica lutando contra a morte e não entende que isso é um processo natural...”</i>	Importante ser preparada
58	<i>“... dentro da faculdade nós não temos quase nada relacionado a isso e é muito importante até mesmo pra você saber como tomar suas condutas com certos pacientes, porque nem sempre prolongar a vida de uma pessoa significa qualidade de vida pra ela.”</i>	Abordagem superficial
59	<i>“... eu acho que falta, tanto nessa questão científica mesmo, quanto na questão de abordagem, na questão do próprio trato na relação médico-paciente que se cria... se existissem médicos que lidassem mais com isso e talvez uma disciplina pra isso, alguma coisa um pouco mais focada nisso, com a própria troca de experiências a gente ia aprender bastante.”</i>	Abordagem superficial
60	<i>“... a questão da formação, como aula, deixou um pouco a desejar, a gente poderia ter tido mais um pouco, um aprofundamento, sobre o tema, inclusive relacionado com a bioética...”</i>	Abordagem superficial

ANEXO F

IAD2	Instrumento de Análise de discurso Pergunta 1: Para você, qual o significado de terminalidade da vida?
-------------	---

1ª Ideia Central: fechamento/fim da vida

Sujeitos	Expressões-chave
1	<i>“... é quando não tem mais o que ser feito e você tenta confortar o paciente o máximo possível”</i>
3	<i>“Eu acho que é como se fosse o fechamento de um ciclo (...) terminar a vida é o fim desse ciclo”.</i>
4	<i>“Terminalidade da vida pra mim seria o fim mesmo”</i>
6	<i>“Para mim é o final da vida.”</i>
9	<i>“... acho que terminalidade da vida é um processo natural...”</i>
10	<i>“é um paciente que tem alguma doença e já está num estado em que a vida está para acabar...”</i>
11	<i>“... seria a parada das funções fisiológicas, batimento cardíaco e outros órgãos importantes.”</i>
12	<i>“Pensando no corpo físico, terminalidade da vida é quando ele morre...”</i>
13	<i>“(...) é todo o processo de lidar com o fim da vida, até a concretização da morte...”</i>
14	<i>“Bom, eu acho que é quando a pessoa está no final da vida dela.”</i>
16	<i>“(...) momento em que a vida não tenha mais sentido...”</i>
19	<i>“Significa quando a vida chega ao fim.”</i>
23	<i>“(...) período da existência humana em que não é mais possível reverter a sua existência, a sua vida normal pras atividades que você habitualmente realizava antes.”</i>
25	<i>“(...) uma coisa normal, mais um passo a ser seguido na vida, nada de mais.”</i>
26	<i>“Quando perdemos as funções vitais, quando não tem mais o que fazer.”</i>
27	<i>“Acho que é quando a pessoa não tem mais como sobreviver, já não está ‘ali’.”</i>
31	<i>“... começa com a perda da autonomia (...) não poder fazer nada a respeito de alguma doença, comorbidade, um problema de saúde em geral.”</i>
32	<i>“quando o corpo atinge seu limite (que de certa forma é esperado). O fim é uma parte como outra qualquer da vida.”</i>
36	<i>“Acho que é um processo natural...”</i>
41	<i>“... é mais o olhar, nosso entendimento sobre algo que é natural...”</i>
42	<i>“... é quando Deus escolheu sua hora de ir”.</i>
44	<i>“... quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente...”</i>

45	<i>"... quando todos os recursos que você pode colocar já não fazem efeito, já não são tão benéficos, não vão fazer diferença na evolução do paciente."</i>
46	<i>"... seria algo como lidar com aquele paciente que se encontra em estado terminal, que se encontra em estado crítico e que pode evoluir para a morte a qualquer momento."</i>
47	<i>"... seria o fim da vida mesmo do paciente..."</i>
48	<i>"Quando todos os recursos foram usados e o paciente irá a óbito."</i>
50	<i>"Seria quando uma pessoa se aproxima da morte, quando é inevitável o fim da sua vida."</i>
52	<i>"... eu penso que seja quando o paciente tem alguma doença que tenha alta possibilidade de vir a falecer, que não tenha muito mais o que fazer na medicina que seja 'curativo' para ele".</i>
53	<i>"... eu acho que é você conseguir proporcionar pro paciente um fim de vida com dignidade."</i>
54	<i>"A terminalidade da vida a gente pode pensar num sentido natural, um processo fisiológico..."</i>
55	<i>"A terminalidade da vida é quando chega num momento da doença que não tem mais o que fazer, esgotou todo o arsenal médico, não tem mais o que fazer..."</i>
57	<i>"Seria o processo final da vida..."</i>
58	<i>"... pra mim seria um momento mesmo, do seu organismo físico entrar em falência, realmente terminar."</i>
59	<i>"... aquele momento em que a vida vai cessar (...) é esse período frágil, essa linha tênue entre a vida e a morte."</i>

2ª Ideia Central: passagem do corpo físico para o espiritual

Sujeitos	Expressões-chave
7	<i>"... é um momento de passagem do corpo físico para o espiritual."</i>
8	<i>"... é uma etapa (...) de passagem de um plano material para o espiritual."</i>
15	<i>"(...) é quando se encerra a parte da vida aqui na terra (e ela continua em algum outro plano, por exemplo)."</i>
17	<i>"(...) é o encerramento de um processo físico/terreno porque eu acredito que a vida é muito mais do que só a porção terrena."</i>
20	<i>"Acho que é o fim do nosso corpo carnal (...) não tendo como continuar com a vida física."</i>
21	<i>"fim da questão física da pessoa (...) seria o fim da vida, mas eu acredito que a gente continua existindo de alguma forma."</i>
24	<i>"... seria a terminalidade da vida do corpo e aí a pessoa continua viva, mas de outra forma."</i>
30	<i>"... você não pertence mais a esse mundo e você está em algum plano que você acredita que exista."</i>
33	<i>"... acho que é uma passagem pra algo pós-vida."</i>
34	<i>"... ponto onde uma pessoa deixa o mundo e passa a não fazer mais parte da rotina de seus familiares, amigos..."</i>
38	<i>"... passei a ver a vida como uma passagem terrena e a morte como uma"</i>

	<i>porta pra uma vida nova, espiritual.”</i>
40	<i>“... é uma etapa evolutiva (...) uma passagem, uma transição”.</i>
43	<i>“... é o período de passagem, em que a parte material deixa de ser material e passa a ser espiritual (...) a parte em que a gente passa de profissional médico pra pessoa/ser humano.”</i>
49	<i>“... não existe pra mim terminalidade da vida; existe é um propósito maior depois dessa vida na terra.”</i>
60	<i>“Eu acredito que é apenas a morte do corpo físico e que a existência continua de uma outra forma.”</i>

3ª Ideia Central: morte cerebral/encefálica

Sujeitos	Expressões-chave
2	<i>“... é a morte encefálica e a vida não é mais possível depois disso.”</i>
18	<i>“Seria quando a pessoa, o paciente, não tem mais consciência... no caso (...) morte cerebral, aí define a morte para mim.”</i>
28	<i>“Para mim é quando para a atividade cerebral”</i>

4ª Ideia Central: separação corpo-mente-espírito

Sujeitos	Expressões-chave
35	<i>“... é quando a pessoa não tem mais capacidade de estar presente, o corpo dela está aqui, mas não tem mais “mente”.”</i>
37	<i>“... quando seu corpo não consegue mais acompanhar necessariamente a sua cabeça.”</i>
39	<i>“para mim, a vida realmente termina quando a alma da pessoa não está mais nela (...) quando o espírito já não está mais ali.”</i>

5ª Ideia Central: múltiplos fatores

Sujeitos	Expressões-chave
5	<i>“Terminalidade da vida eu acho que está relacionado ao jeito que você vai morrer.”</i>
22	<i>“Eu acho que é quando você sabe que a morte está próxima e você tem consciência disso”</i>
29	<i>“... é um momento da vida.”</i>
51	<i>“Eu acho que são múltiplos fatores: envolve tanto os profissionais quanto fatores não só relacionados à medicina, como a religiosidade do paciente...”</i>
56	<i>“... não é só a morte (...) não é só uma questão biológica, mas emocional também (...) quando você não é mais independente.”</i>

ANEXO G

IAD2	Instrumento de Análise de discurso Pergunta 2: Qual o seu sentimento se tivesse que lidar, neste momento, com um paciente terminal?
-------------	--

1ª Ideia Central: insegurança

Sujeito	Expressão-chave
6	<i>“Não sei o que eu iria fazer...”</i>
9	<i>“Não sei reagir a essas situações ainda.”</i>
10	<i>“Meu sentimento seria de incapacidade.”</i>
11	<i>“... eu acho que não estaria preparado.”</i>
12	<i>“... como estudante de medicina, eu não estaria preparada.”</i>
13	<i>“Bom, pelo fato de não estar preparada e sem bem emotiva, seria um impacto...”</i>
15	<i>“Meu sentimento seria de medo... eu acho que hoje eu não teria nenhuma condição de fazer isso, tanto falando da bagagem teórica da faculdade, quanto emocional.”</i>
16	<i>“Eu não sei se eu teria força...”</i>
19	<i>“Eu acho que eu iria sofrer muito, não me sinto preparada pra morte de ninguém.”</i>
26	<i>“... me sentiria muito impotente.”</i>
28	<i>“Eu não me sinto preparado...”</i>
29	<i>“Eu acho que eu sentiria um pouco de angústia, mas ao mesmo tempo eu sentiria empatia.”</i>
30	<i>“Não sei se eu estaria preparada...”</i>
32	<i>“No momento não me sentiria preparada para lidar com a ideia da ausência absoluta da cura (...) me deixaria um pouco frustrada, me sentiria impotente nessa situação.”</i>
36	<i>“Bem difícil, acho que não estou preparada ainda.”</i>
39	<i>“Não sei se eu saberia lidar; eu nunca tive que lidar com isso, tanto com família quanto com paciente, então realmente eu não sei como que eu lidaria.”</i>
43	<i>“Não estou preparado (...) como pessoa e também como estudante, tanto a faculdade quanto, propriamente falando, a vida, não ensinam a gente a lidar com perdas.”</i>
57	<i>“Eu acho bem difícil você lidar com isso porque eu acho que ainda falta muita relação médico-paciente (...) médico-família.”</i>
58	<i>“Bom, eu acredito que eu não estaria preparado...”</i>
59	<i>“... acho que é algo sempre muito delicado (...) para mim seria muito difícil (...) mexeria muito comigo...”</i>
60	<i>“... a gente nunca vai estar totalmente preparado porque a cada contato (...) é um sentimento novo... eu acho que é um construir que vai me seguir por toda a carreira como médico.”</i>

2ª Ideia Central: solidariedade

Sujeitos	Expressões-chave
3	<i>“... eu tentaria agir de uma forma que não ficasse tanto aquele sentimento de “que pena”, mas sim de uma forma que ele pudesse encerrar de uma maneira “boa” (...), uma forma de ele ir com tranquilidade, sem muito drama.”</i>
4	<i>“Eu tentaria fazer de tudo para o bem-estar dele...”</i>
8	<i>“... tentaria ao máximo entrar com um apoio e ver o que seria melhor para amenizar a situação, o sofrimento do paciente.”</i>
20	<i>“Eu acho que o sentimento de respeito, cuidado e empatia, tentar entender o lado dele...”</i>
21	<i>“mas se for um caso que não tem como recuperar, não tem como fazer o caso retroceder, acho que a gente tem que apoiar o paciente, diminuir a dor dele, pra que ele passe por aquele período da melhor forma possível.”</i>
22	<i>“Eu faria de tudo pra que ele tivesse o melhor fim de vida possível”</i>
23	<i>“O sentimento seria que (...) não adiantaria, eu acho, a meu ver, manter a vida a qualquer preço, se a vida do paciente não puder ser mantida com a qualidade que ele merece, que qualquer ser humano merece, para viver de maneira digna.”</i>
31	<i>“Meu sentimento seria, na verdade, reprimido, segurar meus sentimentos para poder oferecer a ele a qualidade de vida terminal...”</i>
33	<i>“Eu acho que o principal seria passar conforto pro paciente e pra família...”</i>
42	<i>“Meu sentimento seria de tentar entender que chegou a hora do meu paciente, mas eu iria tentar de tudo...”</i>
44	<i>“Ao lidar com um paciente terminal, eu não abriria mão, eu não desistiria dele porque (...) ainda me restariam cartas na mão, como diminuir o desconforto...”</i>
45	<i>“Eu acho que teria mais uma sensação de suporte (...) um ponto de apoio.”</i>
46	<i>“... também tem que ver o sentimento de que é possível ajuda-lo, é possível fazer muito por esse paciente.”</i>
51	<i>“Eu daria um apoio para ele, para a família (...) para que fosse de uma forma que ele não sofresse.”</i>
56	<i>“Eu acho que eu iria tentar de tudo pra deixá-lo mais confortável.”</i>

3ª Ideia Central: tristeza, ansiedade, impotência

Sujeitos	Expressões-chave
7	<i>“Eu me sentiria triste...”</i>
18	<i>“Eu acho que eu me sentiria bem mal...”</i>
27	<i>“Eu estaria um pouco triste (...) um pouco ansiosa...”</i>
34	<i>“Eu ficaria triste...”</i>
38	<i>“eu ficaria triste pela perda, mas aliviado pelo fim do sofrimento (...) se fosse uma conhecida (...) com certeza me sentiria muito mais que triste... me sentiria impotente.”</i>
49	<i>“Seria um sentimento de tristeza...”</i>
52	<i>“eu acho que a princípio eu ficaria meio abalado emocionalmente, entristecido, chateado, por causa do sentimento de impotência, de não dá</i>

	<i>pra fazer mais nada pela pessoa”.</i>
53	<i>“... acho que eu encaro com um pouco de naturalidade hoje, mas também de ansiedade...”</i>
55	<i>“Seria de tristeza...”</i>

4ª Ideia Central: inconstância

Sujeitos	Expressões-chave
1	<i>“Meu sentimento varia muito com o sofrimento do paciente...”</i>
17	<i>“Dependeria muito da minha relação com o paciente...”</i>
35	<i>“... seria mais fácil lidar com o paciente terminal que a gente não tivesse tanto contato (...) ele morre, não te afeta tanto, mas mesmo assim incomoda...”</i>
37	<i>“querendo ou não a gente se envolve com o paciente quando ele está perto de morrer, quando a gente sabe que ele vai morrer (...) eu acho que é difícil...”</i>
40	<i>“Meu sentimento oscila muito dependendo do paciente, da minha relação com ele, da sua história...”</i>

5ª Ideia Central: segurança

Sujeitos	Expressões-chave
2	<i>“Eu acho que eu não seria tão afetado, porque eu aceito muito bem isso (...) eu acho que eu ficaria bem.”</i>
47	<i>“... digo que estou mais ‘calejado’.”</i>
54	<i>“Acho que eu não teria nenhuma dificuldade.”</i>

6ª Ideia Central: angústia

Sujeitos	Expressões-chave
24	<i>“Acho que a gente acaba sentindo um pouco de, não sei, dó (...) a gente fica um pouco angustiado por às vezes querer fazer alguma coisa e não poder...”</i>
29	<i>“Eu acho que eu sentiria um pouco de angústia, mas ao mesmo tempo eu sentiria empatia.”</i>

7ª Ideia Central: compaixão

Sujeitos	Expressões-chave
25	<i>“Primeiro você tem que ter compaixão com o paciente, saber lidar com a preocupação dele...”</i>
50	<i>“... meu sentimento seria de compaixão (...) além de pesar por estar diante de uma situação que vai terminar com a morte do paciente”.</i>

8ª Ideia Central: frustração e fracasso

Sujeitos	Expressões-chave
5	<i>“... eu ficaria frustrada...”</i>
48	<i>“Eu teria um sentimento de fracasso...”</i>

9ª Ideia Central: estarrecimento

Sujeitos	Expressões-chave
14	<i>“... ficaria um pouco em choque.”</i>

ANEXO H

IAD2	Instrumento de Análise de discurso 2
	Pergunta 3: Se alguém lhe perguntasse se você se sente preparado para lidar com a morte e o processo de morrer, o que você diria?

1ª Ideia Central: não está preparado

Sujeitos	Expressão-chave
4	<i>“Não estou preparada para lidar. Acho que ninguém está.”</i>
6	<i>“Não estaria preparada, nem um pouco”.</i>
7	<i>“Não estou preparada para lidar com a morte de ninguém.”</i>
8	<i>“Não estou. Ainda não tive um preparo para isso, nem na vida nem na faculdade.”</i>
9	<i>“... acredito que no momento eu ficaria bem sensibilizada e não saberia de forma alguma lidar.”</i>
10	<i>“... com a morte de alguém, eu já acho mais complicado porque, a questão do dialogo, a gente não sabe como dialogar ainda com a família, com o paciente.”</i>
11	<i>“Eu não estou preparado para lidar com esse assunto..”</i>
12	<i>“Não... eu acho que isso é um processo.”</i>
13	<i>“Eu diria que não.”</i>
14	<i>“Acho que no momento não estou preparado.”</i>
15	<i>“Com a morte de um paciente não, não estou preparada para lidar”.</i>
17	<i>“Neste momento diria que não estaria preparada...”</i>
18	<i>“Eu creio que ainda não estou preparado...”</i>
19	<i>“Eu acho que por enquanto não... O primeiro vai ser um desafio pra mim.”</i>
20	<i>“Eu creio que ainda não, acho que a gente nunca está preparado na verdade...”</i>
28	<i>“Eu diria que não estou preparado”</i>
33	<i>“... eu ainda não passei por essa experiência na vida... eu não sei lidar.”</i>
35	<i>“Não, de forma alguma... a gente não teve esse preparo pra lidar com isso...”</i>
36	<i>“Não... eu nunca vi alguém morrer...”</i>
37	<i>“... acho que preparada não, mas se fosse necessário, a gente acaba ficando preparada...”</i>
39	<i>“Diria que não. Não saberia lidar... por conta disso que eu comecei a ir mais para o espiritismo...”</i>
40	<i>“Não, não me sinto preparada...”</i>
48	<i>“Não estaria preparada... Acredito que eu vá aprender na prática”.</i>
49	<i>“... é muito difícil a gente estar preparado para isso...”</i>
50	<i>“... não, acredito que ninguém está preparado de verdade...”</i>

2ª Ideia Central: está preparado

Sujeitos	Expressões-chave
2	<i>“Eu diria que estou preparado sim.”</i>

25	<i>“Eu estou preparado.”</i>
32	<i>“Eu diria que me sentiria preparada para deixar um paciente morrer quando eu tivesse esgotado todas as chances possíveis de salvá-lo...”</i>
34	<i>“... eu estou pronto sim para lidar com a morte, mesmo que não seja fácil aceitar...”</i>
41	<i>“... eu acho que sim, estou preparada, porque é algo natural...”</i>
42	<i>“... eu estou preparada.”</i>
47	<i>“Diria que sim, que a vida nos ensina...”</i>
53	<i>“... academicamente falando, eu acho que estou mais preparado... não teoricamente... mas na prática a gente vai aprendendo.”</i>
54	<i>“... eu acho que... eu acho que sim, eu estaria preparada sim.”</i>
57	<i>“Eu acho que eu lido bem com isso, eu acho que sou muito entregue...”</i>

3ª Ideia Central: nunca se está preparado

Sujeitos	Expressões-chave
1	<i>“Acho que nunca se pode dizer que está preparado né?... Hoje em dia eu consigo ver com mais naturalidade isso; não vejo mais como terror. Lógico, acabam os prazeres, os sonhos, mas acaba também o sofrimento.”</i>
21	<i>“Não, acho que ninguém nunca está preparado...”</i>
23	<i>“... apesar de ser um processo natural, eu acho que dificilmente uma pessoa estará realmente preparada para lidar com a morte agora, naquele momento.”</i>
38	<i>“A gente nunca está completamente preparado pra lidar com perdas...”</i>
43	<i>“Não estou preparado... a gente nunca está preparado.”</i>
44	<i>“Ninguém está preparado para morrer ou ver o outro morrer...”</i>
45	<i>“Não, acho que ninguém está...”</i>
58	<i>“... estou um pouco mais preparado... Acho que ninguém está pronto...”</i>
59	<i>“... ninguém está completamente preparado...”</i>
60	<i>“... a gente nunca vai estar totalmente preparado... eu acho que é um construir que vai me seguir por toda a carreira como médico.”</i>

4ª Ideia Central: mais ou menos preparado

Sujeitos	Expressões-chave
3	<i>“Eu não sei se eu estaria preparada, mas também não estaria completamente sem rumo... eu saberia como lidar em cada situação devagar, pensando um pouco, indo gradualmente.”</i>
5	<i>“De um paciente... se eu tivesse conhecimento ficaria tranquila... Só que se eu não tivesse o conhecimento, eu me sentiria bem culpada.”</i>
29	<i>“Hoje em dia, não. Acho que eu estou melhor do que quando eu entrei na faculdade...”</i>
46	<i>“... eu acho que, no sentido de aceitação, talvez eu tenha um pouco de preparo... mas no sentido de conseguir manter um distanciamento, eu sei que eu ainda tenho muita dificuldade.”</i>
52	<i>“... eu estaria mais ou menos preparado... Que esse sentimento de incapacidade seja substituído pelo conforto que eu posso dar.”</i>
55	<i>“não estou nem tão preparado, mas também um pouco preparado já pra isso.”</i>

56	<i>“... estou mais preparada do que quando eu entrei na faculdade, mas ainda assim eu não estou imune...”</i>
-----------	---

5ª Ideia Central: depende do vínculo

Sujeitos	Expressões-chave
16	<i>“Se fosse uma pessoa que não fosse muito próxima a mim, talvez eu estivesse preparada.”</i>
22	<i>“... a morte de um paciente, por exemplo, depende do vínculo que eu crie com ele...”</i>
24	<i>“Acho que tudo depende do grau de relação que a gente tem...”</i>
26	<i>“... acho que se fosse um paciente que eu tivesse que lidar sempre... eu não saberia lidar... Mas se morresse na minha frente no pronto socorro, eu não me importaria.”</i>
27	<i>“... Acho que depende muito da proximidade que você tem, do vínculo com a pessoa. Sempre sente tristeza, mas o grau varia de acordo com o vínculo com a pessoa.”</i>
31	<i>“Eu diria que estou preparado, mas depende... de quem vai morrer e do processo/como vai morrer...”</i>

6ª Ideia Central: não sei

Sujeitos	Expressões-chave
51	<i>“Não sei se estou preparada para isso...”</i>

ANEXO I

IAD2	Instrumento de Análise de discurso Pergunta 4: Se alguém lhe perguntasse sobre qual a sua opinião a respeito da abordagem sobre os temas da morte e pacientes terminais durante a formação médica, o que você diria?
-------------	---

1ª Ideia Central: abordagem superficial

Sujeito	Expressão-chave
4	<i>“... acho que é muito superficial a maneira como é mostrada pra gente, não tem uma conversa voltada pra isso.”</i>
11	<i>“Eu ainda não vi muito aqui na faculdade, mas eu acho importante para a nossa formação...”</i>
12	<i>“A abordagem é muito falha. Eu espero que me ensinem a como lidar com essa situação...”</i>
14	<i>“... acredito que até o momento tenha sido muito pequena a abordagem.”</i>
15	<i>“Acho que é muito falho, acho que falta discutir mais nos preparar mais para as situações que talvez a gente vá se deparar...”</i>
16	<i>“... Até hoje a abordagem não foi suficiente porque a gente só discutiu o que é a morte, mas não como lidar com a notícia pro paciente, para a família.”</i>
19	<i>“... eu acho que é um tema que tem que ser tratado com mais delicadeza, com um enfoque maior.”</i>
20	<i>“... não tem uma abordagem direta... Saímos despreparados, e acho que falta muito tato.”</i>
21	<i>“... seria importante se a gente tivesse mais diálogo sobre esse assunto, debates... quanto mais a gente absorve o assunto, mais a gente cria meios pra conseguir lidar com aquilo.”</i>
22	<i>“... é muito superficial, não tem nenhuma discussão sobre isso: como lidar, quais são os sentimentos.”</i>
24	<i>“... ainda falta em nossa faculdade... eu tive muito pouco com relação a isso...”</i>
25	<i>“... deveria ter algo mais sério direcionado para esse tema.”</i>
27	<i>“Até então, foi bem superficial...”</i>
28	<i>“Acho que precisaria ser muito mais trabalhado. Acho que a gente não deveria ser exposto ao hospital sem ter um preparo antes...”</i>
30	<i>“... abordagem bem insatisfatória. Deveríamos conversar mais sobre isso, porque tem hora que parece um tabu falar sobre essa questão...”</i>
31	<i>“Eu diria que tem quase nenhuma abordagem sobre o assunto... Eu acho que deveria ter uma disciplina, algumas aulas para discussões reflexivas, talvez filosóficas sobre o assunto...”</i>

32	<i>“Acho que existe ainda um certo receio de abordar essas questões. Por isso muitas vezes a abordagem é adiada até que o aluno tenha uma experiência própria e descubra sozinho sua maneira de encarar e superar esse momento...”</i>
33	<i>“... se eu tive alguma coisa foi, talvez, superficial... quer-se tanto humanizar o aluno e não tocam nessa parte da morte, não incentivam a gente a buscar esse assunto.”</i>
35	<i>“Eu diria que ela é bastante escassa...”</i>
36	<i>“... muito precária. A gente tem que se virar, ninguém fala nada.”</i>
37	<i>“Incompleta, muito incompleta. Podia ter alguma coisa como relatos de experiências... como que a gente deveria, teoricamente, se portar...”</i>
38	<i>“... A única vez em 4 anos que esse tema foi abordado foi em uma turma enorme, onde ninguém se conhecia direito e onde poucas pessoas se sentiram confortáveis pra discutir esse tema...”</i>
39	<i>“Eu acho que é muito deficiente... falta muito e tem muitos profissionais com quem a gente entra em contato que também não sabem lidar com isso e isso impacta muito na vida profissional.”</i>
40	<i>“Eu acho que não tem abordagem aqui na faculdade... tivemos 1 aula de 50 minutos em bioética no primeiro ano, mas não foi suficiente.”</i>
41	<i>“... é muito necessária e que tinha que aumentar... no 1º ano em bioética a gente vê alguma coisa, mas eu acho que tinha que focar mais.”</i>
43	<i>“Diria que é muito defasado. O curso de medicina está preparado principalmente pra gente fazer o diagnóstico e o tratamento... muitas das vezes a gente chega em situações limites, em passos nos quais a gente não consegue mais ir adiante devido a vários problemas, e esses problemas não são ensinados na faculdade e não ensinam a gente a lidar com isso.”</i>
45	<i>“... a gente vê que até os professores têm medo de falar sobre isso com a gente, então acho que poderia ser uma abordagem mais aberta, discutir mesmo com a gente...”</i>
47	<i>“... Penso que deveria ser um tema abordado com maior ênfase.”</i>
49	<i>“... na formação médica é muito pouco que os professores nos falam, é mais na prática mesmo.”</i>
53	<i>“... falta um preparo da faculdade nesse sentido: de falar pra gente que a gente vai ser modificado também sabe, depois do paciente terminal, e que a gente precisa tirar alguma coisa disso, nesse sentido eu acho que falta um longo caminho mesmo, especialmente na nossa faculdade.”</i>
54	<i>“Insuficiente, com certeza. Eu acho que tinha que ser uma coisa que todo ano deveria ter... Você envolver, você entender como que é o processo de morte, conseguir tranquilizar a família...”</i>
55	<i>“... a gente não tem tanto contato com isso, a gente não sabe como fazer, como lidar com a família, é uma coisa muito “jogada” aqui, vamos ter que aprender na prática...”</i>
58	<i>“... dentro da faculdade nós não temos quase nada relacionado a isso e é muito importante até mesmo pra você saber como tomar suas condutas com certos pacientes, porque nem sempre prolongar a vida de uma pessoa significa qualidade de vida pra ela.”</i>

59	“... eu acho que falta, tanto nessa questão científica mesmo, quanto na questão de abordagem, na questão do próprio trato na relação médico-paciente que se cria... se existissem médicos que lidassem mais com isso e talvez uma disciplina pra isso, alguma coisa um pouco mais focada nisso, com a própria troca de experiências a gente ia aprender bastante.”
60	“... a questão da formação, como aula, deixou um pouco a desejar, a gente poderia ter tido mais um pouco, um aprofundamento, sobre o tema, inclusive relacionado com a bioética...”

2ª Ideia Central: deveria ser abordado com mais frequência

Sujeitos	Expressão-chave
1	“Eu acho que é muito importante, principalmente tratando de medicina... Deveria ser abordado com mais frequência em sala de aula, em grupos de discussão... acho que é um assunto muito importante pra deixar de ser comentado.”
3	“Acho que deveria ser um pouco mais abordado... Parece que a gente vai se formar e só cuidar das pessoas e que não vai ter nenhum evento assim, de morte, então acho que a gente precisava dessa realidade presente pra gente tratar com naturalidade, não ficar tão distante.”
6	“... na aula de anatomia, por exemplo, em que nós vimos cadáveres, não tivemos um preparo para lidar com isso. Acho importante o tema, temos só nas aulas de bioética, mas não sei como vai ser com o decorrer do curso.”
7	“Acho extremamente importante porque a gente precisa ter um momento só pra pensar e discutir sobre esse assunto... Espero que nos próximos anos a gente converse mais sobre isso.”
13	“É essencial a abordagem. Acho até que deveria ter uma disciplina de pelo menos 6 meses.”
23	“É importantíssimo que esse tema seja abordado, inclusive de maneira mais incisiva... acho é um tópico que merecia um cuidado mais para 5º e 6º ano também, que seja 4º também, porque o 6º acaba sendo mais corrido...”
26	“... acho que a gente deveria ser melhor instruído desde o começo do curso porque a gente sempre vai acabar lidando com isso.”
29	“... 99% da nossa carga horária é sobre vida, sendo que todas as áreas lidam com o processo da perda, e nós não temos apoio. Acho que deveria ser mais abordado.”
34	“... foi pouco abordado na minha formação até o presente momento. Deveria ter um enfoque maior.”
46	“... é muito pouco abordado... poderíamos ter bem mais coisas voltadas para isso porque é um tema muito extenso e algo que nós vamos encarar no nosso dia-a-dia.”
50	“... deveriam ser abordados com mais frequência na faculdade... A maioria dos estudantes pensa que a medicina é só salvar vidas.”
51	“... acho que deveriam ser mais discutidos. A gente tem no primeiro ano, mas acaba que passa batido e só depois de 5 anos que você vai ver na prática e é pouco tempo.”
52	“... Acharia importante ter um pouquinho de bioética todos os anos aqui na

	<i>faculdade, onde fosse abordado também essa questão em todos os anos.”</i>
56	<i>“... teria que ser abordado, e também acho que a disciplina de bioética deveria ser abordada todo ano, pegando os casos que acontecem mesmo... seria interessante, seria um aprendizado que a gente não acha em livro.”</i>

3ª Ideia Central: tema não abordado

Sujeitos	Expressões-chave
2	<i>“... esse tema não é abordado especificamente nas aulas... Nas atividades que são obrigatórias, eu acho que não tem realmente o contato, mas é possível ter, é só você estar aberto a isso...”</i>
5	<i>“... ainda não tive muito contato, então pelo que eu tive por enquanto eu acho que falta falar sobre isso... Acho extremamente importante esse tema porque a gente está aprendendo a evitar a morte, mas nem sempre essa é a melhor opção, né?”</i>
8	<i>“... até agora, eu não vi nenhuma preparação ou discussão com esse tema específico.”</i>
9	<i>“... quanto mais cedo a gente tiver essa abordagem, mais cedo a gente vai conseguir pensar sobre o assunto e aceitar o processo...”</i>
10	<i>“... não vi nada sobre esse tema... vai ser estressante para todo mundo, mas, se tivermos uma explicação antes, vai nos aliviar.”</i>

4ª Ideia Central: importante ser abordado

Sujeitos	Expressões-chave
17	<i>“... acho isso importante porque se o médico não está preparado para lidar com a frustração, então isso pode ser ruim pra ele.”</i>
18	<i>“Eu creio que é importante porque é uma profissão que vai lidar muito com isso, querendo ou não, então eu acho que os alunos têm que estar... pelo menos um pouco preparados para lidar com esse momento.”</i>
42	<i>“... acho que deve ser reforçado o respeito à família, aos pacientes e sempre lembrar muito dos cuidados paliativos, que eu acho que são coisa que devem ser empregadas.”</i>
48	<i>“Durante a formação, eu acho que falta humanizar, aprendermos a privilegiar o doente sobre a sua doença...”</i>
57	<i>“Eu acho extremamente importante porque eu acho que o médico meio que fica lutando contra a morte e não entende que isso é um processo natural...”</i>

5ª Ideia Central: não existe preparação

Sujeitos	Expressões-chave
44	<i>“... A gente lida e vai lidar com a morte na profissão... Você acaba aprendendo na prática como você deve agir.”</i>

11. NORMAS ADOTADAS

Manual do Mestrado em Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí disponível no link http://www.univas.edu.br/mbio/docs/NORMAS_DISSERTACAO.pdf