

**AS LACUNAS NO ENSINO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS NA GRADUAÇÃO  
DE MEDICINA: UM GUIA SOCIOEMOCIONAL PARA PROFESSORES**

**RENATA DUARTE GONÇALVES**

**Fevereiro 2025**

**AS LACUNAS NO ENSINO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS  
NA GRADUAÇÃO DE MEDICINA: UM GUIA  
SOCIOEMOCIONAL PARA PROFESSORES**

**RENATA DUARTE GONÇALVES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ensino das Ciências da Universidade do Grande Rio, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre.

Orientador(a) Dra. Beatriz Brandão dos Santos

**CATALOGAÇÃO NA FONTE**  
**UNIGRANRIO – NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS**

G635I                      Gonçalves, Renata Duarte.

As lacunas no ensino sobre cuidados paliativos na graduação de medicina:  
um guia socioemocional para professores / Renata Duarte Gonçalves. – Duque de  
Caxias, Rio de Janeiro, 2025.  
112 f.

Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Brandão dos Santos.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza  
Herdy”, Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências, Rio de Janeiro, 2025.

1. Cuidados paliativos. 2. Formação médica. 3. Guia socioemocional morte.  
4. Processo de morrer. I. Santos, Beatriz Brandão dos. II. Título. III. Universidade do  
Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”.

CDD: 370

Rodrigo de Oliveira Brainer CRB-7: 6814

**RENATA DUARTE GONÇALVES**

**AS LACUNAS NO ENSINO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS NA GRADUAÇÃO  
DE MEDICINA: UM GUIA SOCIOEMOCIONAL PARA PROFESSORES**

Dissertação submetida à Banca Examinadora como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre

Aprovada em 25 de fevereiro de 2025, por:

Documento assinado digitalmente  
 **BEATRIZ BRANDAO DOS SANTOS**  
Data: 20/05/2025 14:59:25-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Profa. Dra. Beatriz Brandão dos Santos (Orientadora)  
Programa de Pós-Graduação em Ensino das Ciências - PPGECS  
Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO)

Documento assinado digitalmente  
 **KATY CONCEICAO CATALDO MUNIZ DOMINGUE**  
Data: 20/05/2025 18:20:19-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Profa. Dra. Katy Conceição Catado M. Domingues  
Programa de Pós-Graduação em Ensino das Ciências - PPGECS  
Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO)

Documento assinado digitalmente  
 **PATRICIA DA SILVA OLARIO**  
Data: 21/05/2025 12:52:53-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Profa. Dra. Patrícia da Silva Olario  
Membro Externo – HFCF

Documento assinado digitalmente  
 **JANAINA LUIZA DOS SANTOS**  
Data: 21/05/2025 10:59:51-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Dra. Janaína Luiza dos Santos  
Membro Externo – UFF

## AGRADECIMENTOS

Agradeço este trabalho a Deus, fonte de minha força e fé, cuja orientação divina foi essencial para alcançar este objetivo. Agradeço também à Nossa Senhora, minha Mãe amorosa, e a meu Anjo da Guarda, que me sustentaram em momentos de dificuldade.

A meus pais, Manoel Alberto e Terezinha, a minha família Allan e Yasmin, que sempre me ofereceram apoio incondicional e me ensinaram o verdadeiro significado de perseverança e amor; meu agradecimento eterno.

A meus amigos do mestrado Claudia, Dania, Daniela, Marlon, Renato e aos professores Patrícia Galdino, Katia Paula e Juliene, que me encorajaram e estiveram a meu lado com paciência e carinho. Sou muito grata.

A minha orientadora, Beatriz Brandão, expressei meu sincero agradecimento pela orientação, dedicação e confiança. Sua paciência e sabedoria foram fundamentais para meu crescimento acadêmico.

Agradeço, também, à UNICEPLAC, à professora Eusélia, ao professor Victor e ao coordenador do curso de Medicina, professor Marco Antônio, pela valiosa oportunidade de ingressar no programa de Mestrado. A excelência acadêmica da instituição e o apoio recebido ao longo do curso foram essenciais para meu sucesso. Sou grato por todo o conhecimento adquirido e pelas experiências que levarei comigo.

“[...]”

No último ano, minha mãe foi internada oito vezes. Me despedi dela achando que não teria dia seguinte por quatro delas. Fênix exuberante, guerreira incansável, sempre surpreendente e rebelde, quase me fez acreditar na sua imortalidade. Depois de tudo que me ensinou na vida, aprendi também com ela que viver o processo da morte de alguém pode conter muita vida. E, ainda, beleza. Não sabia que tinha nome: **cuidados paliativos. Palio é aquele manto que é colocado sobre as costas dos cavaleiros que chegam da batalha. Daí vem. É o conforto na reta final. E, porque não dizer, prêmio por ter lutado.** É possível ainda se despedir de prazeres, ver coisas bonitas, sentir gostos e cheiros, pensar no que se fez, abrir conversas que nunca se teve, inventariar memórias, pedir pra ela contar de novo aquela história engraçada e rir junto, apesar do fim. Agradeço a lucidez da minha mãe até o final [...] Agradeço ao dr..... **que me ensinou o que são os tais cuidados paliativos** e que cuidou dela para além do seu ofício. Agradeço [...]”. (g.n.)

Denise Fraga, 9 de janeiro 2024  
in @denisefragaoficial

"O objetivo dos cuidados paliativos é dar qualidade de vida, não prolongar o sofrimento."

Cicely Saunders

Renata Duarte Gonçalves. **AS LACUNAS NO ENSINO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS NA GRADUAÇÃO DE MEDICINA: um guia socioemocional para professores. 2025.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Ensino das Ciências – Universidade do Grande Rio, UNIGRANRIO, Duque de Caxias. Rio de Janeiro. 2025.

## RESUMO

O objetivo deste estudo é investigar e desenvolver estratégias para minimizar as lacunas existentes na formação de estudantes de Medicina em relação aos Cuidados Paliativos (CP), abordando temas complexos como morte e processo de morrer. Para facilitar a incorporação dos Cuidados Paliativos nas disciplinas de Medicina, foi elaborado um Guia Socioemocional para professores. A morte e o processo de morrer são temas centrais que perpassam os CP e têm sido objeto de dificuldades de compreensão ao longo da história. A pesquisa teve como escopo as condições socioculturais dos cursos de graduação em Medicina no Brasil, as mudanças decorrentes da evolução da tecnologia e o modelo de curso implementado no Brasil na década de 1960, centrado em aspectos biomédicos. As limitações e desafios na formação médica têm sido objeto de pesquisas e reconhecimento institucional, com publicações que estabelecem novos critérios e exigências para a formação médica. Metodologicamente, a pesquisa foi realizada por meio de uma revisão da literatura sobre o tema e uma pesquisa empírica com professores de graduação em Medicina de um Centro Universitário privado do Distrito Federal. Os resultados confirmaram a hipótese do trabalho e os objetivos foram cumpridos, demonstrando a importância da integração dos Cuidados Paliativos na formação médica.

Palavras-chaves: Cuidados paliativos. Formação médica. Guia socioemocional Morte. Processo de morrer.

## ABSTRACT

The objective of this study is to investigate and develop strategies to minimize the gaps in the training of medical students regarding palliative care (PC), addressing complex topics such as death and the dying process. To facilitate the incorporation of palliative care into medical courses, a socioemotional guide for professors was developed. Death and the dying process are central themes that permeate palliative care and have been the subject of difficulties in understanding throughout history. The research focused on the sociocultural conditions of undergraduate medical courses in Brazil, the changes resulting from the evolution of technology, and the course model implemented in Brazil in the 1960s, which focused on biomedical aspects. The limitations and challenges in medical training have been the subject of research and institutional recognition, with publications establishing new criteria and requirements for medical training. Methodologically, the research was conducted through a review of the literature on the subject and an empirical survey with undergraduate medical professors from a private university center in the Federal District. The results confirmed the hypothesis of the study and the objectives were met, demonstrating the importance of integrating Palliative Care into medical training.

Keywords: Palliative care. Medical training. Socioemotional guide to death. Dying process.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultado de pesquisa com estudantes de Medicina (PE).....	39
Tabela 2 – Resultado de pesquisa com estudantes de Medicina (BA).....	40
Tabela 3 - Resultado de pesquisa com estudantes de Medicina (MG).....	43
Tabela 4 - Dados descritivos categóricos da amostra.....	53
Tabela 5 - Dados descritivos das variáveis contínuas e discretas da amostra.....	54
Tabela 6 - Frequências das respostas das perguntas sobre cuidados paliativos...	55

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Evolução institucional dos cuidados paliativos no Brasil.....	24
Quadro 2 – Como a experiência constante com a morte dos pacientes afetou sua visão sobre a vida, a medicina e o cuidado paliativo ao longo dos anos?.....	60
Quadro 3 - Quais são os maiores desafios emocionais que você enfrenta ao lidar com pacientes em cuidados paliativos e como você os supera?.....	63
Quadro 4 - Como você aborda conversas sobre prognósticos ruins, escolhas de tratamento no final da vida e a morte com pacientes e seus familiares?.....	67
Quadro 5 - Há técnicas específicas ou abordagens que você encontrou serem mais eficazes ou compassivas?.....	70
Quadro 6 - Baseado em sua experiência, o que você acredita que está faltando na formação médica atual em relação ao preparo dos estudantes para lidar com a morte e os cuidados no final da vida?.....	74
Quadro 7 - Que práticas de autocuidado você considera primordial para médicos que lidam frequentemente com a morte, e como você incorpora essas práticas a sua rotina?.....	79
Quadro 8 – Como você define uma "boa morte" e de que forma tenta facilitar isso para seus pacientes?.....	82
Quadro 9-- Que conselhos ou <i>insights</i> você daria para estudantes de medicina ou médicos no início de sua carreira sobre como lidar com a morte e o processo de morrer de seus pacientes?.....	85

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Nuvem de palavras da resposta 1.....	62
Figura 2 – Nuvem de palavras da resposta 2.....	65
Figura 3 - Nuvem de palavras da resposta 3.....	69
Figura 4 – Nuvem de palavras da resposta 4.....	72 76
Figura 5 – Nuvem de palavras da resposta 5.....	81 84
Figura 6 – Nuvem de palavras da resposta 6.....	87
Figura 7 – Nuvem de palavras da resposta 7.....	
Figura 8 – Nuvem de palavras da resposta 8.....	

## APRESENTAÇÃO

Minha trajetória acadêmica e profissional sempre foi marcada por um profundo interesse pelas áreas de saúde, bem-estar e qualidade de vida. Ao longo dos anos, pude perceber a importância de entender não apenas as técnicas e tratamentos, mas também as dimensões emocionais e humanísticas do cuidado, especialmente em contextos delicados como o final da vida. Essa percepção foi o que me motivou a escolher os cuidados paliativos como foco de minha pesquisa.

Iniciei minha formação na área de Medicina, onde adquiri uma sólida base teórica e prática. Durante a graduação, tive a oportunidade de realizar estágios e de participar de projetos que me permitiram vivenciar de perto os desafios enfrentados por pacientes e suas famílias, especialmente aqueles que enfrentavam doenças graves e incuráveis. Esse contato direto com a realidade das pessoas em fase terminal despertou em mim a necessidade de buscar alternativas que não apenas prolongassem a vida, mas que também proporcionassem uma experiência mais digna e confortável aos pacientes.

Ainda na faculdade atuei no internato em alguns hospitais, o que me proporcionou um conhecimento prático sobre a gestão e a assistência em cuidados paliativos. Ao longo dessa experiência, percebi que, apesar de avanços significativos na medicina, muitos profissionais ainda careciam de uma abordagem mais integrada e humanizada para tratar pacientes com doenças terminais. A falta de uma formação especializada em cuidados paliativos é uma lacuna que impacta diretamente a qualidade do atendimento e o bem-estar dos pacientes e de suas famílias.

Diante disso, decidi aprofundar meus estudos por meio do mestrado profissional. Escolhi essa modalidade, pois o formato de mestrado profissional é ideal para quem deseja aliar teoria e prática, buscando soluções aplicáveis ao cotidiano profissional. A oportunidade de desenvolver um guia socioemocional para professores de medicina me permitirá contribuir diretamente para a melhoria dos cuidados prestados a esses pacientes.

Minha motivação para seguir essa trajetória acadêmica e profissional foi, e continua sendo, o desejo de proporcionar um cuidado mais humanizado e efetivo a indivíduos que enfrentam a fase terminal da vida. Acredito que, por meio de um olhar atento às necessidades físicas, emocionais e psicológicas dos pacientes, podemos transformar a experiência do final da vida em um processo menos doloroso e mais digno.

O mestrado profissional é um passo fundamental para consolidar meu compromisso com a melhoria dos cuidados paliativos, e estou determinada a utilizar os conhecimentos adquiridos durante o curso para implementar mudanças reais no cuidado oferecido aos pacientes e suas famílias.

## SUMÁRIO

<b>1</b>		<b>14</b>
	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO</b>	<b>18</b>
	<b>TEÓRICA.....</b>	<b>22</b>
	<b>2.1 Morte, Processo do Morrer e Contexto Cultural.....</b>	<b>33</b>
	<b>2.2 Cuidados Paliativos.....</b>	<b>49</b>
	<b>2.3 Formação Médica e Cuidados Paliativos.....</b>	<b>50</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA DA PESQUISA.....</b>	<b>50</b>
	<b>3.1 Sujeitos da pesquisa.....</b>	<b>51</b>
	<b>3.2 Coleta de dados.....</b>	<b>51</b>
	<b>3.3 Ética na pesquisa.....</b>	<b>52</b>
	<b>3.4 Análise de dados.....</b>	<b>53</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS DA PESQUISA.....</b>	<b>58</b>
	<b>4.1 Dados pontuais sobre a realidade dos sujeitos pesquisados.....</b>	<b>89</b>
	<b>4.2 Exposições sobre a temática CP, morte e processo de morrer.....</b>	<b>92</b>
<b>5</b>	<b>PRODUTO EDUCACIONAL.....</b>	<b>94</b>
<b>6</b>	<b>VALIDAÇÃO DO PRODUTO EDUCACIONAL.....</b>	<b>95</b>
	<b>6.1 Resultados e discussão da validação.....</b>	<b>98</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>106</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	
	<b>APÊNDICES.....</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

Por mais que a ciência avance e que a evolução da tecnologia introduza mudanças substanciais na vida da sociedade, a realidade nos mostra que alguns temas inerentes à vida continuam sensíveis não só em seu enfrentamento, quando eles se concretizam em fatos, como também em sua abordagem, quando ainda se lida com eles em termos teóricos ou em um processo.

Exemplos dessa nossa compreensão são a morte e o processo de morrer. Embora sejam uma certeza, talvez a única que o ser humano vivo pode ter, parece que falar sobre isso ou estar ciente disso foge dessa consciência.

A história talvez possa dizer se foi sempre assim. Mas eventos significativos, como a secularização, o avanço da ciência e a recente evolução da tecnologia, transformaram a forma de se ver a vida e de viver. Neste trabalho, o escopo é o avanço da ciência que, por um lado, vem permitindo a cura de muitas doenças e, por outro, tem trazido qualidade e melhoria para os Cuidados Paliativos a serem prestados a portadores das doenças sem cura ou a pessoas em fase terminal.

Os Cuidados Paliativos são o foco desta pesquisa. Acompanhar pacientes terminais coloca um peso emocional significativo sobre os profissionais, muitas vezes levando a sentimentos de falha, luto e desgaste emocional. A exposição constante à morte e ao sofrimento pode aumentar o risco de depressão entre profissionais de saúde, os quais precisam estar preparados com estratégias que minimizem esta situação (Machado et. al., 2019; Melo et. al., 2023).

A inclusão dos Cuidados Paliativos nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina representou um avanço significativo nesse sentido, por reconhecer a importância desses cuidados como parte integrante da formação do médico generalista (BRASIL, 2022). Entretanto, implementar efetivamente o ensino desses cuidados no currículo médico apresenta desafios adicionais

Estudos têm explorado diferentes abordagens para o ensino dos Cuidados Paliativos aos estudantes de Medicina, como a simulação clínica, ensino baseado em problemas. Da mesma forma, o aprendizado através de experiências práticas tem sido sugerido como forma eficaz para promover uma compreensão mais profunda e empática do assunto (Castro et al., 2021).

O profissionalismo é essencial na abordagem a pacientes, a familiares e a cuidadores que passam por momentos frágeis, como a terminalidade da vida. Com

isso, colocar os estudantes em contato com os Cuidados Paliativos já no início de sua formação contribuirá para melhorar a assistência dispensada aos pacientes (Aranha, 2019). Se forem ofertados um aprendizado de maneira estruturada, haverá melhora da qualidade de vida dos pacientes adoecidos, diminuição dos sintomas desconfortáveis e redução de custos desnecessários (Kanashiro et al., 2021; Santos et al., 2020).

Contudo, apesar dos avanços na educação médica em relação aos Cuidados Paliativos, ainda há muito a ser feito para garantir que todos os estudantes de Medicina recebam uma formação abrangente e de qualidade nessa área (Brito Júnior et al., 2022). A inclusão de disciplinas específicas sobre Cuidados Paliativos em todos os currículos médicos e a promoção de oportunidades de aprendizado prático em ambientes clínicos são passos essenciais para preparar os futuros médicos para lidar com os desafios éticos, emocionais e práticos dos cuidados paliativos e do acompanhamento de pacientes em fase terminal (Aranha, 2019).

A interação com pacientes reais em estágios clínicos específicos, como pacientes terminais, desempenha um papel crucial no aprendizado dos Cuidados Paliativos. Ela permite aos estudantes vivenciarem a realidade dos desafios e das complexidades envolvidas nos cuidados desses pacientes, ao tempo em que oferece a oportunidade de desenvolver empatia, compaixão e humildade (Silva; Carvalho, 2024).

Este chamado à ação sublinha a responsabilidade coletiva de endereçar a finitude como um elemento fundamental da humanidade, enfatizando a necessidade de uma abordagem mais integrada e empática na Medicina (Castro et al., 2021).

Do ponto de vista estatal, as orientações traçadas nas referidas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 e sua atualização de 2022, entre outras, trouxeram inovações nesse sentido, cuja implementação apresenta desafios relativos às características da época em que se vive e ao próprio caráter do modelo de curso implementado no Brasil.

Esta pesquisa se insere no contexto descrito e, sob o escopo da necessidade de se implementarem estudos específicos de Cuidados Paliativos (Brito Júnior et al. 2022) e de se enfatizar uma abordagem integrada e empática sobre a finitude nos cursos de graduação em Medicina (Castro et al., 2021), questiona:

Além das regulamentações estatais e da responsabilidade institucional, quais estratégias os docentes podem empregar para integrar os Cuidados Paliativos em suas disciplinas de Medicina na graduação?

Pensando num auxílio aos professores a integrarem os Cuidados Paliativos às disciplinas que ministram, desenvolvemos um guia socioemocional com a finalidade última de diminuir a lacuna na formação dos estudantes nos temas como morte e processo de morrer.

Para tanto, os objetivos são: caracterizar a conjuntura na qual se inserem os cursos de graduação em Medicina; descrever os normativos institucionais e as respectivas prescrições referentes aos Cuidados Paliativos; levantar, por meio de uma pesquisa empírica realizada com professores atuantes na graduação em Medicina, dados que possibilitem conhecer seu ponto de vista sobre o assunto e identificar suas percepções frente às lacunas da temática de cuidados paliativos no ensino de Medicina; elaborar, com base no material coletado e na bibliografia estudada, um guia socioemocional para professores do curso de graduação em Medicina e obter sua validação.

O tema da inserção/reforço da abordagem dos Cuidados Paliativos na formação dos estudantes de Medicina em nível de graduação é relevante por três razões fundamentais:

- 1) A demanda por Cuidados Paliativos está crescendo devido ao aumento da população com doenças crônicas, degenerativas ou em estado terminal, que carece de suporte adequado.
- 2) O Ministério da Saúde lançou recentemente a Política Nacional de Cuidados Paliativos, tornando oportuno e necessário discutir e disseminar esse assunto (MS, 2024).
- 3) Estudos têm apontado o despreparo dos profissionais de Medicina em relação aos Cuidados Paliativos, o que pode resultar em atendimentos de saúde inadequados ou insuficientes à população carente, tornando urgente a abordagem deste tema.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam significativamente para minimizar as lacunas identificadas no ensino de graduação em Medicina na instituição em questão. Além disso, os achados deste estudo podem ser teoricamente integrados aos trabalhos existentes sobre o tema, reforçando os esforços empreendidos para

melhorar a formação médica. Dessa forma, os resultados deste estudo podem ser agregados ao corpus de pesquisas sobre o assunto, contribuindo para o avanço do conhecimento na área.

Destacam-se dois aspectos relevantes nos trabalhos encontrados sobre o tema (Siqueira et al., 2022; Amoedo et al., 2023; Cassimiro et al., 2023): em primeiro lugar, eles se concentram nos estudantes, investigando suas percepções e conhecimentos sobre morte, processo de morrer e Cuidados Paliativos, bem como a abordagem desses temas nas escolas. Em segundo lugar, alguns estudos sugerem a criação de disciplinas específicas sobre Cuidados Paliativos. Já o presente estudo se diferencia por dois aspectos: seu foco nos docentes e a elaboração de um Guia socioemocional para auxiliar os professores na integração do tema Cuidados Paliativos em suas disciplinas, adotando uma abordagem intradisciplinar.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Morte, Processo do Morrer e Contexto Cultural

A morte, taxativamente definida como o “fim da vida” (Sacconi, 2003, verbete), é o único evento irreversível pelo qual passa o ser humano. Caracteriza-se, biologicamente, pela cessação das atividades necessárias à manutenção da vida em um sistema orgânico (Moura; Sálvia, 2021).

Mas a visão das pessoas sobre a morte, sobre o processo de morrer e, conseqüentemente, sobre o luto é influenciada pela cultura na qual vivem e pelas crenças que as guiam de forma significativa. “Essa influência é evidenciada nos símbolos e arquétipos próprios de diferentes culturas expressas nas mitologias e usados na elaboração da ideia da morte” (Costa et al., 2023, p. 27934). Considera-se o contexto cultural e as crenças elementos importantes e básicos para interpretações em estudos sociais, uma vez que ela, a cultura, constitui uma “teia de significados” à qual o homem se encontra atrelado.

Na cultura, encontram-se as formas simbólicas da vida humana, “sua relação com os acontecimentos sociais e as ocasiões concretas, numa tentativa de dar identidade e outros aspectos inerentes à vida humana, em uma espécie de estrutura compreensiva e significativa” (Rodrigues; Zago, 2012, p. 32).

Em todas as culturas e épocas, o ser humano buscou compreender e conferir um significado a esse fim inevitável e universal, tecendo conceitos baseados em crenças, em rituais, em narrativas e em estratégias, visando, se não à explicação, mas ao “fortalecimento no convívio com a terminalidade, fornecendo sentido para a vida” (Rodrigues; Zago, 2012, p.36).

Nesse contexto, não obstante essa procura e os mais variados conceitos, inclusive auxiliados por “expressões de fuga” – como: partir, descansar, falecer e outros –, vemos diariamente que, para a maioria das pessoas, o evento “morte” continua sendo algo para o qual não se está preparado. Talvez por isso, Schramm (2002) e Rodrigues e Zago (2012) afirmem que a morte permanece sendo um dos maiores tabus da sociedade moderna, um assunto frequentemente esquivado em conversas e relegado às sombras do pensamento consciente.

Do ponto de vista histórico, esse “desconforto” frente à mortalidade pode ser atribuído parcialmente à crescente secularização e à conseqüente diminuição do

papel tradicional das religiões, que ofereciam consolo para tal (Malta et al., 2018; Aguiar; Silva, 2021). Aquele sentimento ganha reforço com a obsessiva cultura mundial pela saúde, pela juventude e pela permanência (Figueiredo; Stano, 2013). Trata-se, no geral, de frutos da “nova era da modernidade” que desencadeou um individualismo não mais limitado por ideologias, por diferenças ou por instituições, como a Igreja, entre outros aspectos. A partir dos anos 50 (século XX), paulatinamente, a sociedade de consumo foi se instalando, e a evolução da tecnologia contribuiu bastante para agilizar esse processo (Lipovetski, 2023).

Na atualidade, vive-se um tempo caracterizado pela “valorização daqui e agora”, por uma realidade hiper (mistura do imaginário com o real com o auxílio da tecnologia), pela mistura de hábitos e de traços culturais distintos, pela conjunção de fragmentos de tendências e, principalmente, pela banalização de valores ou por sua ausência (Enciclopédia, 2024, p.1). Há uma sociedade que busca supervalorizar imagens, que associa o consumo à felicidade, mas que tenta, simultaneamente, harmonizar-se com o passado. Em outras palavras, é a sociedade em um estado paradoxal, sem um “contramodelo ao que está posto”, que é o do mercado globalizado. As críticas que existem são “dentro desse sistema e não são radicais” (Lipovetski, 2023, p.6).

Com isso, o indivíduo deste tempo “tem menos proteção coletiva, das instituições [...], está mais frágil”, e a medida dessa fragilidade “é o índice [...] de depressão, de ansiedade, de consumo de medicamentos”. Há, nesse indivíduo, uma natureza dual, por um lado caracterizada por ser ele o legislador de sua própria vida e, por outro, por ser “mais frágil do que antigamente. Ele sofre mais pressões do tempo, ora no trabalho, ora na vida privada”, o que lhe traz vários conflitos internos (Lipovetski, 2023, p. 5). Segundo Figueiredo e Stano (2013), frequentemente falha-se em preparar esses indivíduos para enfrentar a finitude, seja a própria ou a de alguém próximo.

Enquanto os avanços tecnológicos levaram à vigência do atual paradigma da tecnologia e trouxeram mudanças para a sociedade e para o indivíduo, os avanços científicos trouxeram cura para várias doenças, o que colaborou para fortalecer a negação da morte e para se desenvolver uma visão dela como fracasso (Silva et al., 2023). Esses avanços foram sem precedentes, estendendo a duração e a qualidade de vida, o que, paradoxalmente, parece ter se distanciado ainda mais da aceitação da morte como parte integral da existência (Rodrigues; Zago, 2012).

A despeito de seu caráter inevitável, a morte é frequentemente encarada como uma falha, algo a ser combatido, adiado e, se possível, derrotado. Essa perspectiva é particularmente evidente no âmbito da medicina, no qual ela é muitas vezes vista como o inimigo final, na medida em que até promove esforços desenfreados para se prolongar a vida, ainda que isso custe o bem-estar e a dignidade do paciente (Figueiredo; Stano, 2013).

Ao que tudo indica, “a busca pela vida ainda não incluiu a compreensão da inevitabilidade da morte e de que não se está preparado para lidar com ela.” A morte ainda representa angústia para as pessoas, para quem está próximo delas e também “para os profissionais de saúde que atuam nas instituições hospitalares” (Nogueira et al., 2006, p. 3, 2).

Como muitos outros fatos de mentalidade que se situam em um longo período, a atitude diante da morte pode parecer quase imóvel através dos períodos muito longos do tempo. [...] em certos momentos, intervêm mudanças, frequentemente lentas, por vezes despercebidas [...] (Ariès, 2003, p. 25).

Há que se fazer a distinção entre morte e morrer, podendo ser aquela entendida como o fim da “representatividade complexa das dimensões: existencial e filosófica do ser humano em reconhecimento a sua história de vida, e principalmente ao seu legado”, enquanto esse é um processo advindo das condições biológicas do indivíduo (Porcino et al., 2020, p. 31). Sobre o lidar com a morte e com o processo de morrer, entre leigos e profissionais de saúde, a diferença é que, para esses, a morte é parte integrante de suas atividades cotidianas, já que não se alcança a cura de todas as doenças (Souza e Souza et al., 2013).

Lidar com o processo de morrer implica enfrentar o contraste entre os sentimentos pessoais sobre a morte e a noção do dever a ser cumprido. Conviver com a morte diariamente “não isenta os profissionais de expressão de sentimentos ruins”, nem de não sentirem nada. Diferentemente, isso termina por exigir deles mais e melhor compreensão desse fato, a fim de poderem administrar melhor seus sentimentos, controlar suas emoções e, enfim, poderem desempenhar sua função com menos sofrimento pessoal, além de ajudarem mais o paciente e a sua família (Souza e Souza et al., 2013, p. 231).

Se a evolução da ciência trouxe, por um lado, a cura para muitas doenças, como foi referido, por outro, trouxe alívio para os casos terminais, aquelas aos quais a cura não alcança. Esse alívio é representado pelos Cuidados Paliativos. Foi justamente diante da necessidade de se prestar assistência aos doentes em agonia que os Cuidados Paliativos surgiram, inicialmente como movimento (Stanzani, 2020) e, depois, como o reconhecimento gradativo de direito de pessoas portadores de doenças incuráveis a uma assistência que vise à melhoria da qualidade de vida, com o alívio das dores físicas e psicológicas, no tempo que lhes resta (Santos, 2011).

A “fase final da vida” é conhecida como aquela em que o processo de morte ocorre de forma irreversível e o prognóstico de vida pode ser definido em dias ou semanas. Nesse momento, os Cuidados Paliativos se tornam indispensáveis e complexos em razão do objetivo de suprir a demanda de atenção específica e contínua ao doente e à sua família, prevenindo e/ou reduzindo o sofrimento, com o intuito de melhorar a qualidade de vida e de morte. A condução de cada caso deve ser acordada entre paciente, familiares e equipe de saúde (Brito et al., 2024, p. 77).

A demanda pelos CP é crescente e tem desencadeado discussões globais sobre a necessidade de uma abordagem mais humanizada e integral no atendimento de pacientes com doenças graves e terminais (Victor, 2016; Kurogi, 2023; Silva; Carvalho, 2024).

No Brasil, esse cenário não é diferente e, desde as últimas décadas, observa-se um aumento na atenção dada a esses Cuidados, especialmente em meio às mudanças nos perfis epidemiológicos da população e ao aumento da expectativa de vida (Silva, Sudigursky, 2008; Fonseca; Geovanini, 2013; Gomes; Othero, 2016; Kurogi, 2023; Silva; Carvalho, 2024).

Nesse sentido, pesquisas sobre a necessidade mundial de CP reconheceram um percentual estimado de 80% do total de “pessoas com doenças ameaçadoras à vida têm acesso limitado até mesmo a intervenções básicas” desses cuidados, a exemplo dos controles da dor (Brito et al., 2024, p. 75).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde de 2024, indicaram que em torno de 625 mil pessoas necessitam de CP, por serem portadoras de doenças crônicas, graves ou em condição de finitude (MS, 2024).

## 2.2 Cuidados Paliativos

No contexto em que se insere este estudo, a efetiva dimensão dos Cuidados Paliativos talvez possa ser entendida dentro daquilo que Halina Bortnowska (apud Matsumoto, 2012), uma filósofa polonesa, voluntária em um *hospice*, dissertou quanto à ética da cura e à ética da atenção. Calcando-se na ética como “uma constelação de valores sustentados pela pessoa”, ela distinguiu: “na ética da cura, predominam virtudes militares, como perseverança, não se deixar “abater” e outras; na ética da atenção, a dignidade humana é o valor central, e o que se desenvolve solidariamente entre paciente e profissional da saúde pode ser chamado de “compaixão afetiva”. Essa filósofa sintetiza: “na ética da cura, ‘o médico é o general’; na da atenção, ‘o paciente é o soberano’ (Matsumoto, 2012, p. 26).

Conhecer a origem e a evolução dos Cuidados Paliativos pode contribuir para se entender os processos que os levaram a ser tratados na área científica (Capelas et al., 2014), além de, conforme entendemos, auxiliar o desenvolvimento da visão fundamental de seu exercício.

Os Cuidados Paliativos (CP), apesar de terem uma abordagem relativamente recente no campo da medicina moderna, têm raízes históricas profundamente entrelaçadas com o próprio conceito de cuidado ao ser humano. A história dos CP é marcada por uma evolução que reflete mudanças na percepção da sociedade sobre a morte, a doença terminal e o sofrimento (Silva; Massi, 2022).

Pelo que contam os registros históricos, até o século IV a.C. não se tratavam doentes em seu processo de morte, por se considerar que isso representava um desafio às leis da natureza; “os médicos tinham medo de o fazer, pelo risco de serem castigados”. Séculos depois, com a disseminação do Cristianismo, entendeu-se a necessidade de ajudar pessoas nesse processo e começaram a surgir instituições para ajudar doentes, desprotegidos e moribundos em Roma (Capelas et al., 2014, p.8). O relato mais antigo nesse sentido remonta ao século V, quando Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, África e dos países do Leste, no Hospício do Porto de Roma (Matsumoto, 2012). Já aí houve a associação da palavra *hospice*, como hospitalidade, como local de abrigo e de descanso, inclusive de peregrinos também (Capelas et al., 2014).

Bem mais tarde, século XI, os cruzados, com sua Ordem dos Cavaleiros Hospitaleiros e a criação de uma das casas de abrigo para doentes incuráveis,

“acreditavam terem sido os primeiros” a desenvolverem iniciativas nesse sentido. Na Idade Média, cresceu bastante o número de instituições de acolhimento, todas de cunho religioso, mas depois, com a perda de influência religiosa devido à Reforma, houve uma diminuição significativa. No século XIX, locais foram criados já de forma clara, como prestadores de cuidados a pessoas doentes no fim da vida, mas ainda como iniciativas de ordem religiosa, como as criadas por Jeanne Garnier – a *Association des Dames du Calvaire*, em Lyon (França) – e por Mary Aikenhead – *Our Lady's Hospice for the Dying*, em Dublin (Irlanda), as quais foram seguidas de várias outras (Capelas et al., 2014).

No século XX, no final da década de 60, o termo *hospice* ressurgiu para se referir a abrigos/hospedarias destinados a receber e a cuidar de peregrinos e viajantes (Comin et al., 2023). A partir disso, várias instituições de caridade surgiram e se espalharam pela Europa, para abrigar pobres, órfãos e doentes. Essa prática tornou-se comum entre organizações religiosas na Irlanda e na Inglaterra, por exemplo, e passaram a ter características de hospital. (Matsumoto, 2012).

Anos mais tarde, a médica britânica Dame Cicely Saunders conheceu David Tasma, um paciente que sofria de câncer inoperável e que passara por uma colostomia paliativa, e o acompanhou até sua morte, mantendo profundos diálogos com ele. Antes de morrer, David deixou uma pequena quantia para Cicely, e essa experiência a inspirou a se dedicar a “uma nova forma de cuidar”. Em 1967, ela fundou o *St. Christopher's Hospice*, oferecendo assistência médica a doentes, ensino e desenvolvendo pesquisas (Matsumoto, 2012, p. 25).

A essa forma de tratar, chamou-se “cuidado *hospice*”, termo oriundo do latim *hospitium*, que quer dizer hospitalidade, originalmente, manutenção de “uma relação afetuosa entre alguém que é recebido por outro alguém, principalmente sob a condição de fragilidade.” O termo implica cuidado e zelo entre os indivíduos (FMusp, 2018, p. 3).

O primeiro estudo sistemático sobre CP incluiu 1.100 pacientes em estado avançado de câncer, os quais eram tratados no *St. Joseph's Hospice*. O estudo, realizado entre 1958 e 1965, baseou-se em relatos gravados de pacientes e em anotações clínicas, com os resultados demonstrando o alívio efetivo da dor por ocasião da submissão dos pacientes à administração regular e esquemática de analgesia, diferente de quando apenas tomavam analgésicos se fosse necessário. “Profissionais de outros países, principalmente dos Estados Unidos e Canadá após

período de experiência no *St. Christopher's Hospice*, levaram a prática dos Cuidados Paliativos para seus países de origem” (Matsumoto, 2012, p. 25).

A partir de 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) identificou no comitê de atenção ao câncer, o cuidado paliativo como um pilar essencial, englobando desde a prevenção até o diagnóstico precoce e tratamento. Tornou-se, então, obrigatório: para que fosse reconhecida como oncológica, determinada unidade deveria ter o serviço do cuidado paliativo. [...] A partir de 2002, amplia-se o conceito de **Cuidados Paliativos**, para abranger também pacientes com doenças ameaçadoras da vida. De fato, o cuidado paliativo é uma abordagem terapêutica que abraça pacientes, e suas famílias, em contexto de ameaça à vida (FMusp, 2018, p. 5).

Desde os anos iniciais do século XXI, começou-se a se buscar formas de organização interna dos CP e a criação de uma regulação e de regulamentações para a respectiva prática (FMusp, 2018) (quadro 1).

Quadro 1: Evolução institucional dos cuidados paliativos no Brasil

Data	Instituição/Criação	Finalidade	Ref.
1997	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP)	Profissionais dispostos a disseminar os princípios e a prática dos CPs no país	Hermes; Lamarca, 2013
2004	Comissão Permanente de CP	Criação de serviços de CPs pelo país	SBGG, 2015
2005	Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)	Compromisso de médicos para buscar o reconhecimento da prática dos CP na área científica e a atuação profissional	FMUsp, 2018
2006	Câmara Técnica sobre Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos	CPs incluídos como princípio fundamental no novo Código de Ética Médica.	SBGG, 2015
2011	Associação Médica Brasileira (AMB)	Reconhecimento da medicina paliativa para algumas áreas médicas	SBGG, 2015

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Na sequência da extensão dos cuidados originalmente realizados em *hospices* para outros países e continentes, em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou o termo usado no Canadá “Cuidados Paliativos” em uma publicação desse ano, definido como um:

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do

Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares (Matsumoto, 2012, p. 26).

Tal definição terminou por deixar de fora pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura. Com o foco principal da medicina na cura, a aparente ausência de preocupação desse modelo com a qualidade de vida desses pacientes levou à necessidade de uma revisão daquela definição primeira (Comin et al., 2023).

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (Comin et al., 2023, p. 36).

Em 2014, a *World Health Assembly*, em sua primeira resolução sobre CP em nível global, solicitou à OMS e aos Estados-Membros melhoria do acesso a esses cuidados e a necessidade de eles serem tratados como um direito, no contexto da atenção primária à saúde e como integrantes dos serviços exigíveis para doenças não transmissíveis (OMS, 2016).

A *World Health Assembly* também solicitou que a OMS orientasse aqueles Estados quanto às formas e às ferramentas adequadas para integrarem tais cuidados aos respectivos sistemas de saúde (OMS, 2016). Nesse sentido, a OMS conceituou, justificando:

Cuidados Paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que estão enfrentando problemas associados a doenças fatais. Eles previnem e aliviam o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas. Cuidados paliativos são a prevenção e o alívio do sofrimento de qualquer tipo – físico, psicológico, social ou espiritual – experimentado por adultos e crianças que vivem com problemas de saúde limitantes da vida. Eles promovem dignidade, qualidade de vida e adaptação a doenças progressivas, usando as melhores evidências disponíveis (OMS, 2016, p. 5).

Os CP não funcionam com base em protocolos, mas sim, fundamentam-se em princípios (Matsumoto, 2012), como: a morte é um processo natural e humano (Comin et al., 2023); afastamento da noção de que não há mais nada a se fazer; afastamento

de menções à impossibilidade de cura e à terminalidade. Em vez disso, fala-se em doença que ameaça a vida, possibilidade de tratamento modificador da doença e outros (Matsumoto, 2012).

Outros princípios éticos dão suporte aos CP, quando se diz, por exemplo, que: eles não visam adiar nem apressar a morte; as tomadas de decisão são compartilhadas e há um planejamento nesses cuidados para verificação das prioridades dos pacientes. Seus serviços devem, no mínimo, identificar possíveis beneficiários; avaliar/reavaliar sofrimentos físicos, emocionais e sociais dos pacientes; aliviar dores e outros sintomas causadores de angústia; referir-se a possíveis necessidades psicológicas, espirituais e sociais; deixar claros os objetivos desses CP (OMS, 2016).

A prática dos CP, no sentido geral, sustenta-se na valorização e no respeito ao “paciente terminal como um cidadão de direito”. No sentido específico, esse direito é atendido por meio de princípios básicos, observados de forma minuciosa, específica e diuturnamente, como: o paciente deter controle sobre o que ocorre; manter sua dignidade e sua privacidade; seu acesso amplo às informações; serem dispensados a ele cuidados específicos e especializados; seu “controle sobre quem está presente e quem compartilha o final da vida”; sua decisão quanto a diretivas que possam assegurar seus direitos e o respeito a elas; haver tempo para sua despedida; sua aptidão para o fim, “quando for o momento, sem práticas que causem sofrimento. Esses princípios reafirmam a autonomia, a dignidade, a privacidade e o respeito aos direitos do ser humano”, ao mesmo tempo que direcionam esses cuidados à terminalidade (Comin et al., 2023, p.3 8).

Pela OMS (2016), relativamente aos tipos, as práticas essenciais dos CP são classificadas em quatro categorias: físicos (fadiga, dores, anorexia e outros), psicológicos/emocionais/espirituais (estresse, depressão, ansiedade, angústia e desesperança), planejamento e coordenação (recursos disponíveis, providências para períodos determinados e outros) e comunicação (prestação de informações ao paciente e a familiares sobre diagnósticos, prognósticos, terapias, sintomas e outros).

A formalização e a estruturação dos CP no Brasil ainda enfrentam desafios significativos, a começar por sua integração efetiva aos sistemas de saúde pública e privada. Em parte, esses desafios se devem à cultura médica tradicionalmente focada na cura e no tratamento intensivo de doenças, em contraposição à aceitação da morte como um processo natural (Nogueira et al., 2006; Souza et. al, 2020).

[...] existe desconhecimento sobre os conceitos e aplicações dos CP, tanto entre médicos como entre outros profissionais de saúde, gestores hospitalares e o poder judiciário. Como fator complicador para esse panorama de desconhecimento, destaca-se o fato de as atividades em CP ainda não terem sido regularizadas no país, de acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (Guimarães et al., 2023, p. 3).

Os profissionais de saúde são formados no sentido de “manter a vida a qualquer custo”. Para tanto, muitas vezes, até recorrem a procedimentos que apenas prolongam o sofrimento do paciente, procedimentos esses que, possivelmente, nem eles mesmos aceitassem, caso fossem pacientes (SBGG, 2014, p. 1).

Para a SBGG (2014), um obstáculo relevante nesse sentido é a resistência social a discussões que tratam da morte e da terminalidade.

Somos todos seres finitos e essa percepção deveria motivar as pessoas a redigirem suas diretivas antecipadas de vontade para garantir que, mesmo em situações imprevistas (como um acidente grave com sequela neurológica irreversível, por exemplo), seus desejos sejam respeitados. Entretanto, muitos ainda acreditam que esse registro deva ser feito apenas se estiverem doentes (SBGG, 2014, p. 2).

Silva et al. (2021, p. 145) citam como obstáculo central à “construção de boas práticas clínicas durante os cuidados paliativos [...] lacunas na formação acadêmica e na atuação de profissionais de saúde frente a morte”.

Para a coordenação do Núcleo Técnico-Científico em Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, além disso, são necessárias portarias específicas nesse sentido, envolvendo desde a definição da forma de realização dos serviços, até a educação dos profissionais e como devem ser implementados os CP nos processos de fim da vida (FMusp, 2018).

A Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 – Código de Ética Médica de 2009 –, nos arts. 36 e 41, traz as obrigações médicas com relação aos CP, inclusive ressaltando a “consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal” (CFM, 2010, p. 39).

De acordo com Comin et al. (2023, p. 37), nesse Código, “ficou estabelecido de maneira regimental que o médico, ao não proporcionar a cura de uma doença,

deve empregar todos os cuidados paliativos disponíveis pela ciência, além de utilizar de todo o seu conhecimento e experiência para cuidar do paciente”.

Em termos de regulação, a Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 – consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do sistema único de saúde” – instituiu “a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único De Saúde – SUS”. Em seu art. 4º, são explicitados seus objetivos:

Art. 4º [...]

I - integrar os cuidados paliativos à RAS, com ênfase na atenção primária;

II - promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas em cuidados paliativos, por meio de atenção à saúde segura e humanizada;

III - ampliar a disponibilidade de medicamentos que promovam o controle seguro dos sintomas da pessoa em cuidados paliativos;

IV - estimular a formação, a educação continuada, valorização, provimento e gestão da força de trabalho em cuidados paliativos no âmbito do SUS; e

V - promover a conscientização e a educação sobre cuidados paliativos na sociedade (MS, 2024).

Por sua vez, esses objetivos encontram-se amparados nos princípios expressos no Art. 2º, quais sejam:

Art. 2º - [...]:

I - valorização da vida e consideração da morte como um processo natural;

II - respeito aos valores, crenças e práticas culturais e religiosas da pessoa cuidada;

III - respeito à autonomia do indivíduo, com atenção especial na tomada de decisão substituta no caso de crianças e pessoas curateladas ou tuteladas, resguardados os princípios bioéticos dos códigos profissionais e das leis relacionadas ao tema;

IV - oferta dos cuidados paliativos em todo o ciclo de vida, de forma indistinta para pessoas em sofrimento por qualquer condição clínica que ameace a continuidade da vida;

V - início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas que ameacem a continuidade da vida;

VI - início precoce dos cuidados paliativos, ofertados em conjunto com o tratamento da doença;

VII - promoção da melhoria do curso da doença e reconhecimento do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social;

VIII - aceitação da evolução natural da doença, não acelerando a morte e recusando tratamentos e procedimentos diagnósticos que possam causar sofrimento ou medidas que venham a prolongar artificialmente o processo de morrer;

IX - promoção de modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da pessoa cuidada e de sua família, incluindo o acolhimento ao luto;

X - prestação do cuidado paliativo por equipe multiprofissional e interdisciplinar;

XI - comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pessoas cuidadas, familiares, cuidadores e profissionais; e

XII - observância à Diretiva Antecipada de Vontade - DAV da pessoa cuidada (MS, 2024).

No âmbito desse inciso VII, as dimensões de que ele trata podem ser entendidas: física – ações voltadas para o tratamento e para a administração da sintomatologia, do desconforto e outros, com utilização de medicação, de técnicas e de terapêuticas adequadas e oportunas, visando sempre à melhora do paciente; psicoemocional – fornecimento de apoio emocional e psicológico ao paciente e aos familiares, de forma humanizada e contínua, com “escuta ativa”, empatia na comunicação e quaisquer outras ações que possam trazer alívio aos sofrimentos do paciente; espiritual – identificação das necessidades espirituais do paciente e da vontade dele de comunicar essas necessidades, buscando uma escuta sensível e com competência para lhe trazer alívio; social – ações visando à preservação do paciente no meio familiar e no convívio social, buscando os recursos necessários à viabilização desses objetivos (MS, 2024).

No tocante à estrutura dos CP, de acordo com a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP, 2018), no Brasil, eles se encontram classificados em seis estágios classificatórios de conhecimento, do mais baixo ao mais alto - 1, 2, 3ª 3B, 4A, 4B – , sendo que, no primeiro, quase ninguém sabe de que se trata e o último, o mais alto, significa que os CP existem, a quantidade de serviços é apropriada para atendimento geral; há distribuição de fármacos para dores; há associação entre os serviços necessários ao atendimento aos pacientes; há “uma sociedade que congrega tudo e um governo que entende como um atendimento realmente essencial”.

O Brasil se encontra no nível 3A e nele, conforme o diretor do referido Núcleo Técnico-Científico em Cuidados Paliativos do FMUSP, os serviços são em número insuficiente para atender a população que deles necessita. Os serviços, embora estejam em crescimento, são implementados de forma isolada, sem integração

(FMUSP, 2018) e dependem bastante de doações para seu financiamento (Santos et al., 2020).

Mas, de acordo com Santos et al. (2020, p. 11), um mapeamento mundial demonstrou, mais recentemente, que o Brasil se encontra agora no nível 3B, que representa um CP mais generalizado, “com fontes de financiamento, com maior disponibilidade de morfina, centros de treinamento e mais serviços à disposição da população”. Nesse mesmo nível se encontram países, como: Colômbia, Panamá, Gâmbia, Bulgária, Albânia e outros. Porém, a esse nível, falta ainda a integração que caracteriza as categorias 4A e 4B.

Em termos de acreditação oficial, no Brasil, os CP “são reconhecidos como uma subespecialidade, com o título oficial de Área de atuação em Medicina Paliativa. Oficialmente esta subespecialidade foi reconhecida em setembro de 2011 pelo Conselho Federal de Medicina” (Melo et al., 2012, p. 43).

A OMS enfatiza que integrar os CP como uma parte essencial da atenção primária à saúde (como já referido) é “um dever ético de todos os profissionais de saúde” (Comin, 2023, p. 39). E isso é feito por meio da implementação dos CP, que incluem prevenção e alívio do sofrimento do paciente, identificação precoce de doenças, avaliação impecável e tratamento de dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (Santos et al. 2020).

Os benefícios dos CP para os pacientes são grandes, abrangendo não apenas o manejo da dor e de sintomas desconfortáveis, mas também oferecendo suporte emocional, psicológico e espiritual (Costa, et al. 2022). Para os familiares, esses cuidados proporcionam o apoio necessário durante o processo de doença e após a morte, ajudando a lidar com o luto de maneira saudável (Braga et al., 2021).

Mas, para os profissionais da saúde – médicos, enfermeiros, psicólogos e outros –, a constante exposição à morte e ao sofrimento, bem como a necessidade de oferecer suporte emocional intensivo aos pacientes e a suas famílias, pode ter um impacto significativo no bem-estar deles (Glória, et al. 2022).

Esses profissionais lidam constantemente “com o desprendimento, medos, dúvidas e superação” e, se por um lado, é difícil descrever e compreender o que eles experienciam, por outro, mais difícil ainda é mensurar seu sentimento no acompanhamento de um processo de morrer e os reflexos disso sobre sua saúde (Silva et al., 2023). “As reações e expressões apresentadas são uma particularidade de cada indivíduo”, e a falta de suporte externo ou de treinamento para tal potencializa

a possibilidade de ocorrência de agravos à saúde, seja na área psicológica, seja na mental (Silva et al., 2023, p. 3,11).

As possíveis consequências desse quadro são ampliadas pela falta de formação específica em CP nos currículos das faculdades de formação de profissionais para a saúde, o que leva a uma lacuna de conhecimento entre os profissionais de saúde (Silva, et al. 2021). Autores relatam que essa falta de formação específica tem adoecido vários profissionais da saúde, os quais estão relatando problemas físicos, sociais, mentais e emocionais (Nasser et. al, 2020). Para Porcino et al. (2020), porém:

[...] o que mais chama atenção para os profissionais que lidam diretamente com os cuidados subjacentes acerca da morte e o do morrer, são suas implicações [...] que esbarram adjacientemente na postura dos cuidados paliativos frente ao Código de Ética profissional, a conduta, o comportamento e a atitude em exercer com dignidade a sua profissão (Porcino et al., 2020, p. 34).

Dessa forma, conhecimentos ou mesmo treinamentos em CP são essenciais ao preparo de profissionais de saúde para enfrentar esses desafios com compaixão, competência e resiliência (Fonseca; Geovanini, 2013; Castro et al., 2021). É crucial que os currículos dos cursos de medicina e de outras áreas da saúde integrem a educação em CP, enfatizando não apenas os aspectos técnicos, mas também o desenvolvimento de habilidades de comunicação, a empatia e a gestão do luto (Guimarães et al., 2022; Cassimiro et al. 2023).

A formação de profissionais de saúde, principalmente médicos – por suas atribuições mais diretas –, deve investir no desenvolvimento dessas habilidades, seja na relação deles com os demais profissionais da equipe, seja principalmente em relação aos pacientes e a seus familiares. Investir na comunicação capacita esses profissionais a desenvolverem habilidades de [...] escuta ativa e empatia.

Isso permitirá uma interação mais humanizada, fortalecendo a relação entre profissional e paciente (Câmara et al., 2023, p. 6). Especificamente em relação ao luto, pode haver dificuldade de os familiares tomarem as decisões necessárias que se apresentam, as quais são mais complexas nessa fase. Em contextos de terminalidade do doente, o profissional de saúde termina por desempenhar um papel fundamental de suporte aos familiares (Barreto et al., 2023).

Por isso, embora o sentido de “humanização” nas atividades relacionadas à saúde seja visto muitas vezes como algo simples – como acolhimento e bondade no tratamento e nas relações – o “impacto das práticas humanizadas na qualidade da assistência é concreta na concepção dos profissionais”, pois abrange muito mais que isso e é algo imprescindível, principalmente no nível de atenção primária à saúde (Câmara et al., 2023, p. 4).

O escopo deste estudo é o do preparo, do conhecimento, especificamente dos profissionais médicos, a começar por aspectos de sua formação, considerando que “a morte dos pacientes é, de forma invariável, um acontecimento rotineiro da prática médica” (Comin et al., 2023, p. 37).

A formação dos profissionais médicos ainda enfrenta desafios significativos na preparação para lidar com pacientes em fase terminal. Um dos obstáculos para a implementação efetiva dos CP no Brasil é a lacuna na formação dos profissionais de saúde, já que a maioria das grades curriculares não contempla disciplinas que tratem do assunto (Oliveira-Cardoso; Santos, 2017; Pereira et al., 2022).

A necessidade de foco nos CP nos cursos de formação de profissionais da saúde termina por envolver uma espécie de educação sobre a morte e o morrer, começando nas escolas e continuando ao longo da vida. Isso é fundamental, principalmente, para aqueles profissionais que precisam lidar diariamente com pessoas em cuidados paliativos (Nunes; Diniz, 2023; Barreto et al., 2023).

Nesse contexto, é fundamental criar espaços para diálogos abertos sobre a morte. A resistência em enfrentar esse tema tende a aumentar ao longo dos anos de formação dos profissionais de saúde. Inicialmente, os estudantes estão despreparados para lidar com a morte e, ao longo do curso, o tempo e o espaço são insuficientes para que eles possam refletir sobre suas próprias emoções, sentimentos e desconfortos diante da morte, bem como sobre os dilemas éticos que enfrentam diariamente.

Instruir profissionais para desempenharem os CP não só é necessário como é urgente, pois a tendência é a de que a população viva mais, com os próprios benefícios que o avanço da ciência vem promovendo. As doenças crônicas têm tido um aumento substancial, também em decorrência das mudanças no modo de vida, além de cursarem longos períodos de sofrimento para o doente e para a família (Figueiredo; Stano, 2013).

### 2.3 Formação Médica e Cuidados Paliativos

O curso de graduação em Medicina, objeto deste trabalho, se insere em um contexto cultural ao qual está atrelada a interpretação “dos acontecimentos sociais e as ocasiões concretas”, com base nos símbolos e em seus significados (Rodrigues; Zago, 2012, p. 32), como mencionado, e em uma sociedade de consumo, com dinâmica agilizada pela evolução da tecnologia e com ausência de crítica, aspectos que os tornam indivíduos mais frágeis e com vários conflitos internos (Lipovetski, 2023).

A graduação em Medicina tem peculiaridades que tornam o curso singular: carga horária excessiva, inúmeras avaliações, a competitividade entre os colegas e as dificuldades de conciliação do curso de vários aspectos da vida, como a família e pessoas fora do mundo acadêmico. Também há exigência de preparação para ingressar no mercado de trabalho, dada a alta a concorrência, mormente com o nível intelectual dos que optam pela mesma especialidade (Brito Júnior et al., 2022, p. 2).

Segundo esses autores, trabalhos vêm se referindo à “precarização psíquica dos estudantes de Medicina” durante o curso de formação. Inclusive, discussões sobre as respectivas consequências têm se tornado mais assíduas, haja vista a “maior suscetibilidade ao desenvolvimento de transtornos mentais em universitários do que na população no geral” (Brito Júnior et al, 2022, p.2).

Os futuros médicos necessitam administrar os diversos fatores propulsores de sofrimento psíquico e, na maioria das vezes, lidarem com a autonomia e com a mudança de cidade ou ritmo. A cobrança, o medo do desconhecido e a imposição externa culminam na construção de uma atmosfera de estudo preocupante no que tange a saúde mental. Além disso, as taxas de depressão, ansiedade e suicídio, elucidadas em diferentes estudos, reforçam o prejuízo emocional e psicossocial aos quais os acadêmicos do curso de medicina estão submetidos (Brito Júnior et al., 2022, p. 2).

Fatores estressores externos e internos ou os dois podem sobrecarregar seus “recursos internos”, a depender da forma de enfrentamento. O conteúdo do “reservatório” para o enfrentamento são os traços pessoais, os aspectos do temperamento e as próprias formas de enfrentamento. Influências positivas, como atividades sociais, apoio psicossocial e estímulo intelectual ajudam a preencher esse reservatório. Já influências negativas, como conflitos internos, estresse e demandas

de energia “esvaziam essa reserva. [...] O enfrentamento ativo e o pensamento positivo [...] estão associados a menores níveis de estresse”, conseqüentemente levam ao menor gasto da reserva (Cummeraw et al., 2023, p. 11-12).

É nesta conjuntura de necessidades e de lacunas que os cursos de Medicina são implementados e desenvolvem sua formação de profissionais.

O estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, de 1910, mais conhecido como *Flexner Report* ou Relatório Flexner, é visto como “o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), devido às implicações profundas que trouxe para a formação do profissional médico e até para a Medicina no mundo. Sua proposta consiste em currículos com uma divisão clara entre um ciclo de disciplinas básicas, o inicial, e outro de estudos clínicos. A proposta de Flexner não era a única, mas foi a que se tornou mais disseminada (Pagliosa; Da Ros, 2008, p. 493)..

Esse Relatório introduziu, na prática, critérios de institucionalidade e de cientificidade para regular a formação acadêmica e a profissional na área da saúde. Sua arquitetura curricular não só se consolidou, como se tornou predominante em universidades de países industrializados (Almeida Filho, 2010).

Mas, apesar disso e de ainda ser seguido, o modelo flexneriano de formação de profissionais médicos “nunca conseguiu atender às necessidades de saúde das sociedades onde foi implantado”, ou seja, em quase todo o mundo (Pagliosa; Da Ros, 2008, p. 493). Passados mais de cem anos, as críticas referentes a esse modelo são, principalmente, as seguintes (Almeida Filho, 2010):

Do **ponto de vista conceitual**, [...]identificam-se [...]: perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no Ciclo Básico; formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento. Do **ponto de vista pedagógico**, [...] é massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos sobre a formação profissional [...]. Do **ponto de vista da prática** de saúde, [...] os seguintes efeitos: educação superior elitizada, subordinação do ensino à pesquisa, fomento à mercantilização da medicina, privatização da atenção em saúde, controle social da prática pelas corporações profissionais. Do **ponto de vista da organização dos serviços de saúde**, [...] crise de recursos humanos que, em parte, produz crônicos problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando a vigência

plena de um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime (Almeida Filho, 2010, p. 2).(g.n.)

O modelo flexneriano foi implantado no Brasil durante o regime militar, com a Reforma Universitária de 1968 (Almeida Filho, 2010). Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, regulamentado em 1990, o Ministério da Saúde se tornou um dos responsáveis pela formação dos profissionais para a área de saúde, responsabilidade essa que inclui a graduação e se estende a sua formação continuada. Já ao Ministério da Educação coube a responsabilidade da Política Nacional de Educação, com “primazia na formação superior de profissionais de saúde” (Souza, 2023).

No cenário internacional, houve grandes mudanças e fortes pressões sociais nos anos 80 até os anos 2000. Já no Brasil, pouca coisa foi alterada, “e o modelo flexneriano, com seu caráter biomédico, continuou a ser predominante nos cursos superiores de medicina [...]” (Souza, 2023, p. 5). Do ponto de vista político, na atualidade, esse modelo de ensino e de prática não é compatível com o contexto brasileiro de democracia, nem atende às necessidades de saúde da população (Almeida Filho, 2010).

Desse modo, nos cursos de graduação em Medicina, tem-se uma formação que visa incorporar um ideal científico a um racional, formação essa que é resultado de algumas reconstruções do modelo flexneriano. E isso pode ser visto em matrizes curriculares que enfocam a cura e das quais constam muito poucas disciplinas centradas no atendimento “integral do paciente terminal e da morte em si”(Amoedo et al., 2023, p. 2).

Porém, paralelamente, cada vez mais vem se buscando a introdução de práticas humanizadas de saúde, as quais “seriam responsáveis pela reintrodução do fator humano, priorizando o ser que está doente e não sua patologia”. Para tanto, é fundamental a implementação de estratégias que possam promover tanto a elaboração (do ponto de vista conceitual biológico), quanto a aceitação (do ponto de vista emocional) da terminalidade, sempre que situações assim se impuserem à realidade do profissional de saúde, de forma irrevogável (Oliveira-Cardoso; Santos, 2017, p.501).

É principalmente nesse ambiente que se encontram os CP que têm, entre as dificuldades para a implementação de estratégias, a formação acadêmica dos

profissionais da saúde, a qual prioriza o tecnicismo e, em consequência, concorre para uma postura distante e desprovida de sensibilidade em relação ao doente, que é o outro (Oliveira-Cardoso; Santos, 2017; Guimarães et al., 2023). De modo mais específico, para a SBGG, o obstáculo principal à implementação e ao respectivo crescimento dos CP no Brasil “é a falta dessa disciplina nos currículos dos profissionais da Saúde” (SBGG, 2014, p. 1).

Nesse sentido, as competências estabelecidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) brasileiras para os cursos de Medicina estão alinhadas às competências internacionais reconhecidas para desempenho dos CP (Guimarães et al., 2023, p. 3). A finalidade das DCN é orientar, no território nacional, a organização do currículo nas instituições de ensino superior. Na área da Medicina, essas diretrizes trazem os elementos que vão nortear os processos de ensino e de aprendizagem, ou seja, elas têm uma função quase determinante na formação dos profissionais (Ferreira et al., 2023).

Porém, apesar daquele alinhamento e dessas diretrizes de organização, há lacunas na estrutura dos currículos dos cursos de graduação, os quais não enfocam de modo suficiente o reconhecimento de sintomas, nem a forma de se lidar com pacientes terminais de modo ativo e humanizado (Guimarães et al., 2023).

As DCN da graduação em Medicina, em suas recomendações para a formação acadêmica nesse nível, explicam que a “composição curricular deve ser pautada em base humanista, crítica, reflexiva e ética.” Logo, essas bases são os pilares sobre os quais se devem assentar os critérios exigidos na atuação do profissional médico em qualquer nível de atenção à saúde. Por isso, torna-se imprescindível inserir os CP na matriz curricular dos cursos de formação desses profissionais, de modo a prepará-los (Cassimiro et al., 2023).

As DNC de 2014 trazem a estruturação da saúde em três eixos: “Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde”. O perfil profissiográfico dos graduados descrito manteve, das Diretrizes anteriores, traços humanista, generalista e ético, com capacitação para atuar em distintos níveis de atenção à saúde, como promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. As novas DCN acrescentaram, a esses traços, a necessidade de se desenvolver uma prática baseada nos aspectos determinantes do processo saúde-doença (Ferreira et al., 2023).

Essa prática inclui a descrição dos conhecimentos a serem disseminados, o desenvolvimento de habilidades e de atitudes durante a graduação, tanto em termos

individuais como em termos coletivos, e a responsabilidade social sempre. Essa necessidade é um demonstrativo da relação importante que existe entre a educação superior e o impacto social causado pela formação dos profissionais. Eles devem utilizar “seus conhecimentos para promover mudanças na sociedade, ou seja, para além do campo clínico-científico” (Ferreira et al., 2023, p. 6).

No entanto, nos anos de formação acadêmica, os estudantes de Medicina não têm muitas oportunidades para discussões, com profissionais de larga atuação médica, sobre a morte, sobre suas vivências em relação a ela e sobre suas dores. Isso se dá devido à insuficiência de conteúdos com abordagens teóricas sobre esses temas na matriz curricular e também pela falta de especialistas sobre esses temas (Amoedo et al., 2023).

Desde a graduação, os estudantes de Medicina são orientados para curar, “para buscar com afinco” essa cura. Em vista disso, muitas vezes, quando não se alcança a cura, e a morte se torna inevitável, surge o sentimento de culpa e de impotência (Siqueira et al., 2022; Costa, 2023). Esse sentimento se soma à vontade de evitar a morte e tende a causar prejuízos sérios à saúde psicológica dos profissionais, além de esgotamento e do comprometimento da qualidade de vida e da própria atividade médica (Siqueira et al., 2022).

O primeiro contato dos estudantes de Medicina com a morte se dá logo no começo do curso de graduação, em aulas com cadáveres e com peças anatômicas. Já o contato com o processo de morrer, com sua complexidade e com as respectivas variáveis vem depois de alguns anos, por ocasião das atividades práticas. Em termos gerais, na graduação, as faculdades de Medicina brasileiras não reservam muito tempo para se discutir e se debater sobre a morte, sobre o processo de morrer e temas correlatos. Algumas, inclusive, têm disciplinas que tratam da tanatologia em relação a seus aspectos sociais, isto é, “o estudo científico da morte”. Já o currículo da maioria das instituições do país não contempla disciplinas com carga horária obrigatória sobre o processo de morrer (Siqueira et al., 2023).

De modo geral, a aproximação deles de situações de dor, de sofrimento e de morte não recebe apoio institucional no sentido de promover a administração dos sentimentos que surgem dos contatos com os doentes, principalmente aqueles em estado terminal. Isso porque, de forma muitas vezes perceptível, aspectos subjetivos não são valorizados frente à racionalidade científica da formação médica. Essas características do estudante universitário são também características da formação

médica e, juntas, são potencializadas; podem causar ou ampliar um estado de vulnerabilidade (Costa et al., 2020).

Na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), a morte é abordada em alguns momentos, como nas exposições sobre espiritualidade e durante algumas aulas da disciplina comunicação, em que são abertas discussões sobre cuidados paliativos, eutanásia e morte na sociedade contemporânea, além de debates entre os alunos sobre suas concepções e perspectivas no que concerne à morte, ao morrer e ao luto. [...] Porém, apesar de importante, a abordagem desses assuntos não é feita constantemente durante os seis anos de curso, acontecendo em períodos pontuais da graduação (Siqueira et al., 2022, p. 02).

O resultado disso é o despreparo dos estudantes para lidar com fatos relativos à morte e sobre o processo de morrer, o que pode lhes causar significativos impactos emocionais e reflexos nos CP (Siqueira et al., 2023).

Estudos sobre o tratamento de temas relativos à morte e ao processo de morrer em cursos de graduação em Medicina, os quais têm relação direta com os CP, vêm sendo desenvolvidos. Por exemplo: uma pesquisa foi realizada por meio de uma revisão integrativa da literatura, abrangendo o período de 2006 a 2018 e as áreas de Medicina, Psicologia e Enfermagem, com busca realizada com os descritores: morte e profissionais de saúde; morte e educação; educação para o processo do morrer e educação para morte.

Foram encontrados 47 artigos, dos quais somente 19 foram selecionados por terem uma abordagem mais direta dos temas descritos. Desses 19, apenas cinco tratavam dos CP. A análise desses artigos apurou seis lacunas relativas ao conhecimento: três na área da formação acadêmica – formação crítico-reflexiva, integralização do saber e socialização dos conhecimentos – e três já na atuação profissional – capacitação dos profissionais, suporte emocional e socialização de práticas positivas, humanização dos cuidados (Silva et al, 2021).

Já sob as orientações das DNC de 2014 para a graduação em Medicina, foi desenvolvido, entre agosto de 2020 e julho de 2021, um estudo transversal, exploratório e de abordagem quantitativa com 365 estudantes de graduação em Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). A finalidade foi conhecer a opinião dos estudantes sobre a abordagem da morte e do morrer durante o curso e verificar a importância desse assunto para a formação do médico (Siqueira et al., 2022). Foram apontados os seguintes resultados (tabela 1):

Tabela 1 – Resultado de pesquisa com estudantes de Medicina (PE)

Itens	Respostas	%
Ciclo dos estudantes	- básico	53,7
	- clínico	35,89
	- internato	10,41
Ideia/sentimento sobre a morte	- é possível de se conceituar	76,44
	- sentimentos intervêm nos pensamentos sobre a morte	95,34
	- em parte, “a morte de um paciente não é insucesso”	82,20
Discutir sobre morte na graduação	- muito importante	90,68
	- pouco importante para o exercício da profissão	9,04
Não abordagem do tema na graduação	- impacta negativamente o bem-estar psicossocial do médico e exercício da medicina	70,08
	- só impacta a prática médica,	4,93
	- interfere também na saúde mental do médico.	88,76
Abordagem do tema no curso que fazem	- raramente	77,26
	- nunca é abordado	2,33
	- abordado com frequência	10,34
	- abordado em aulas teóricas	52,60
	- abordado em atividades teóricas e práticas	23,83
	- não é tratado em nenhuma dessas atividades	14,25
Inclusão de disciplina sobre morte no curso	- necessário	84,83
	- pouco ou não necessário	15,07

Fonte: Elaborada pela pesquisadora com dados da pesquisa

A conclusão dessa pesquisa foi a sugestão para se inserirem módulos que tratem da morte e do processo de morrer no curso de graduação dessa faculdade, como forma de melhor preparar os estudantes para o exercício da profissão (Siqueira et al., 2022, p. 5-9).

Outra pesquisa transversal, descritiva e analítica, foi realizada entre abril e agosto de 2022, com um grupo de 294 acadêmicos de cursos de Medicina do estado da Bahia. O objetivo foi analisar “a percepção e o preparo acerca do processo de formação para enfrentar a morte e o morrer” (Amoedo et al., 2022). As respostas indicaram (tabela 2):

Tabela 2 – Resultado de pesquisa com estudantes de Medicina (BA)

<b>Itens</b>	<b>Respostas</b>	<b>%</b>
Ciclo dos estudantes	- básico	48,3
	- clínico	43,0
	- internato	7,8
Percepção sobre estar preparados para lidar com a morte na profissão	- sim	54,6
	- não	45,4
Sentir-se preparado para lidar com a morte	- sim	
	– solteiros	83,3
	– casados	16,3
	– homens	34,2
	– mulheres	65,8
	- não	45,4
Contato com a morte durante o curso	- sim	21,8
	- não	78,2
Frequência de discussão sobre morte na graduação	- nunca	17,7
	- raramente	34,7
	- ocasionalmente	37,8
	- frequentemente	8,2
	- muito frequentemente	1,6
Curso apresenta conteúdo para lidar com a morte	- de forma alguma	15,6
	- em parte sim	39,5
	- sim, completamente	7,8
	- não avaliaram	37,1

Fonte: Elaborada pela pesquisadora com base nos dados da pesquisa

Ao final, considerou-se que a percepção demonstrada pelos respondentes “poderia estar associada à falta de discussões em sala de aula e à oferta insuficiente de conteúdo” (Amoedo et al., 2022, p. 7-9).

Mesmo contando com disciplinas, como tanatologia, psicologia médica e CP (em alguns casos), a abordagem sobre o processo de morrer e da morte é muito pouca. Discussões e reflexões mais amplas sobre esse tema culminaram em uma atualização das DCN de 2014 (Amoedo et al., 2023).

Em novembro de 2022, a Resolução CNE/CES 3, do Ministério da Educação/ Conselho Nacional de Educação, alterou os art. 6º, 12 e 23 das DCN de 2014 do curso de graduação em Medicina (ME, 2022). A Resolução exige a “obrigatoriedade de formar e treinar em competências específicas dos cuidados paliativos, reforçando a compreensão dos aspectos biológicos, psicossociais e espirituais que envolvem a terminalidade da vida, a morte e o luto” (Amoedo et al., 2023, p. 9).

Especificamente, as orientações sobre os CP nos referidos artigos foram: no art. 6º – sobre a graduação em Medicina promover a formação do médico por meio de dimensões –, inseriu o inciso III (renumerando-se os seguintes), com a redação:

Art. 6º - [...]

III - Conhecimentos, competências e habilidades da assistência ao paciente em **cuidados paliativos, no âmbito da formação e desenvolvimento de competências específicas** de relacionamento interpessoal, de comunicação, de comunicação de más notícias, com escuta atenta à história biográfica do paciente, gerenciamento de dor e outros sintomas, **atuando de acordo com princípios e a filosofia dos cuidados paliativos**, bem como identificar os critérios de indicação para cuidados paliativos precoces diante do diagnóstico de doença ameaçadora de vida e indicação e **manejo de cuidados de fim de vida** incluindo, além do controle de sintomas de sofrimento físico, a abordagem de aspectos psicossociais, espirituais e culturais dos cuidados, identificando e prevenindo os riscos potenciais de luto prolongado (ME, 2022). (g.n.).

No art. 12 – sobre identificação das necessidades de saúde – foi feita a inserção do inciso V, como segue:

Art. 12 – [...]

**V - Princípios e Boas Práticas de Cuidados Paliativos:**

- a) identificar a percepção do paciente e seus familiares a respeito da doença, suas preocupações, receios, metas e valores, identificando planos de tratamento que respeitem o alinhamento com essas prioridades;
- b) atuar junto aos membros de uma equipe de cuidados interdisciplinares, contribuindo para a integração dos diversos saberes ao **criar um plano de cuidados paliativos** para os pacientes;
- c) aplicar a base de evidências e o conhecimento das trajetórias da doença para ajustar o plano de cuidados de acordo com a evolução da doença e a história do doente;
- d) identificar os pacientes e as famílias, especialmente quanto às crenças culturais e às práticas relacionadas à doença grave e aos cuidados de fim de vida e integrar estes propósitos no plano de cuidados;

- e) identificar e gerenciar sinais e sintomas comuns no final da vida; e  
 f) **conhecer a filosofia e os pilares dos cuidados paliativos e hospice** (ME, 2022). (g.n.).

Especialmente em relação aos CPs (item “b” acima), Cassimiro et al. (2023, p. 2) objetivamente explicaram seu cerne: “retira-se o foco da patologia e concentra-se integralmente no paciente, humanizando o cuidado e respeitando os limites do corpo, sem antecipar ou adiar a morte, mas garantindo um cuidado digno até que isto aconteça”. Levam-se em conta os princípios, as questões culturais, religiosas, sem se basear em protocolos. Os CPs se fundamentam “no apoio atual, porém já se estrutura no aconselhamento futuro, de preparação da chegada da morte”.

Ao art. 23 das DCN de 2014 – “conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina” e sua relação com a saúde-doença do cidadão, de familiares e da comunidade, para promover a integralidade –, a Resolução acrescentou os incisos VII e VIII:

Art. 23 – [...]

VII - conhecimento da abordagem, dos **conceitos e da filosofia dos cuidados paliativos e hospice**;

VIII - compreensão dos aspectos biológicos, psicossociais e espirituais que envolvem a **terminalidade da vida, a morte e o luto**, considerando o domínio das intervenções e medidas farmacológicas para o adequado controle dos sintomas (ME, 2022) (g.n.).

Por essas determinações, entende-se que o desempenho das atividades de CPs implicam um saber mais específico. Para Cassimiro et al. (2023, p. 2), “o profissionalismo paliativo” tem como meta buscar um manejo correto da dor, com humanização nesses cuidados e com utilização das medidas mais adequadas de intervenção em relação ao paciente.

Uma pesquisa quantitativa e qualitativa foi realizada em 2023 com 50 estudantes do curso de Medicina de uma faculdade particular do interior de Minas Gerais, com o objetivo de verificar o nível de seus conhecimentos sobre os CP (Cassimiro et al., 2023). Os resultados demonstraram o seguinte (tabela 3):

Tabela 3 - Pesquisa com estudantes de graduação em Medicina (MG)

<b>Itens</b>	<b>Respostas</b>	<b>%</b>
Ciclo dos estudantes	- primeiro período - 12º período	82 18
Preparado para lidar com a morte de paciente	- sim - primeiro período - 12º período - não - primeiro período - 12º período - não souberam responder	9,7 9,7 51 55 32
Conhece as diferenças dos CPs	- não - primeiro período - 12º período - sim - primeiro período - 12º período	85,3 55,5 14,7 45,5
Introdução dos CPs só quando não há mais a fazer	- sim - primeiro período - 12º período - não - primeiro período - 12º período - não souberam responder - primeiro período - 12º período	14,6 zero 56 100 29,2 zero
Recebe informação suficiente sobre CPs Paliativos na sua graduação	sim - primeiro período - 12º período - não - primeiro período - 12º período - não souberam responder - primeiro período - 12º período	10 31 50 65 41 zero

Fonte: Elaborada pela pesquisadora com base em dados da pesquisa

A conclusão dessa pesquisa foi que, apesar de esse ser um tema bastante presente na rotina dos profissionais de saúde, “é pouco discutido ao longo da formação acadêmica” (Cassimiro et al, 2023, p. 9). Em outras palavras, há lacuna disciplinares na formação do médico ainda em nível de graduação, mesmo após as recomendações normativas anteriores à Resolução CNE/CES 3, de novembro de 2022.

Sabe-se que a consciência da finitude é uma condição intrínseca à existência humana e suscita reflexões profundas sobre o significado da vida e da morte (como

já visto). Logo, essa consciência deve fazer parte do trabalho de quem lida com saúde e doença (Nogueira et al., 2006), entretanto:

O processo de morte é de difícil aceitação até mesmo para os médicos e outros profissionais de saúde que muitas vezes precisam lidar com esse processo diariamente por causa da profissão que escolheram. Muitos médicos, mesmo capacitados tecnicamente no combate às doenças, veem-se despreparados para enfrentar a morte de seus pacientes (Siqueira et al., 2022, p.02).

O medo, o sofrimento e as angústias desencadeadas pela terminalidade da vida fazem parte da realidade constante e cotidiana dos profissionais médicos e de outros trabalhadores de saúde, o que exige a implementação de medidas para minimizar esse quadro (Sousa et al, 2020).

Estudos têm evidenciado que a exposição do aluno às práticas médicas, isto é, aprendizagem experiencial, deve ser baseada em posturas ativas dele frente ao paciente, principalmente ante situações de grande emoção, a exemplo da morte. Esse estímulo deve vir já no ambiente acadêmico e, por isso, após experiências nesse sentido, devem ser fornecidos *feedbacks* dos médicos preceptores sobre a vivência, bem como ser oferecido apoio psicológico a ele, se isso for necessário. É uma etapa da aprendizagem cujo processo é benéfico à formação de profissional médico, mormente diante apenas de disciplinas expositivas de disciplinas como a tanatologia (Costa et al., 2023).

Cabe às instituições reconhecerem que os ambientes universitários necessitam da estruturação de locais para discussão e reflexão sobre a morte. Essa medida perpassa pela contratação de docentes com preparo adequado para fornecer o conhecimento que possibilite, futuramente, uma mudança cultural em relação à temática da morte no ambiente acadêmico [...] (Costa et al., 2023, p.27945).

Ante o exposto, considerando a realidade dos cursos de Medicina, em relação à atenção dispensada a temas negligenciados no ensino – como morte, processo de morrer e CP, entre outros (Oliveira-Cardoso; Santos, 2017) – autores reconhecem que é complexo lidar com essa questão. É um desafio, para os cursos de formação médica, implementarem as novas determinações, principalmente se não houver preparo ou se esse não for suficiente (Amoedo et al., 2023).

Nesse sentido, pesquisadores e profissionais de diferentes universidades têm proposto cursos de educação para a morte, com o objetivo de preencher essa lacuna

na formação acadêmica dos profissionais de saúde. “Esses cursos necessitam ter objetivos claramente definidos, configurando uma proposta pedagógica que busca introduzir uma postura humanista e humanizada em cursos fortemente tecnicistas.” Para tanto, é necessário abordar e discutir temas como: atitudes do profissional frente à morte, processo de morrer, CP, luto do profissional e outros (Oliveira-Cardoso; Santos, 2017, p. 500).

A capacitação de profissionais que são expostos, em suas atividades médicas, ao acompanhamento “de pacientes sem chance de cura, muitas vezes em estado terminal e com baixa reatividade positiva as terapêuticas utilizadas, é vista como ferramenta essencial” para a efetiva transformação das práticas de CP, “seja através do desenvolvimento de habilidade técnicas e interpessoais, ou mesmo, na efetivação de um cuidado humanizado (Silva et al, 2021, p.152).

O perigo da desumanização das práticas em saúde torna emergencial a oferta de estratégias educativas efetivas de como lidar com a morte e com o processo de morrer, sem ignorar seus efeitos potencialmente desestabilizadores sobre os profissionais da saúde (Oliveira-Cardoso; Santos, 2017, p. 502).

Dentro dessa perspectiva de educação das práticas em saúde, sobre a comunicação de notícias ruins, de que trata o art. 6º das DCN de 2014, após alteração, Lino et al. relatam que não são raras as situações difíceis por que passam os médicos, em relação aos familiares do paciente. “O médico pode se encontrar no dilema de revelar ou não uma informação adversa a um paciente cujos familiares solicitam que nada seja dito a este.” Deve-se sempre lembrar que “o compromisso do médico é com o paciente mais que com seus familiares”, principalmente quando se sabe que ele quer saber de seu real estado, saber todas as informações. Mas há também situações em que o paciente não demonstra interesse em saber ou se encontra incapacitado de entender as notícias (Lino et al., 2011, p. 55).

Idealmente, o paciente deve ser capaz de compreender sua doença a ponto de participar no processo de decisão acerca de opções de tratamento, por exemplo. Isto reduz o estresse e a ansiedade mesmo em situações difíceis. Normalmente, as pessoas temem o desconhecido, e um futuro incerto pode ser mais angustiante que a verdade. Além disso, o paciente pode querer resolver questões pendentes e adotar medidas práticas para si e sua família (Lino et al., 2011, p. 56).

Frente às necessidades desse tipo de comunicação, esses autores referem que o protocolo Spikes pode contribuir para facilitar o modo de comunicar má notícias. Ele indica seis passos nesse sentido: planejar a entrevista, com preparação do espaço e do médico; avaliar a consciência do paciente; verificar quanto o paciente quer conhecer sobre sua doença; comunicar efetivamente, informando as medidas a serem adotadas; acompanhar as razões e emoção do paciente e concluir com a busca de redução da ansiedade do paciente, informar o planejamento terapêutico e os efeitos possíveis.

Outra questão relevante levantada pelos estudos é a necessidade de uma abordagem multidisciplinar nos CP. A eficácia desses cuidados é maximizada quando realizados por uma equipe multidisciplinar, que pode incluir médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e capelães, entre outros. Essa equipe deve trabalhar de forma integrada, com comunicação eficaz e um plano de cuidados compartilhado, para atender às necessidades complexas dos pacientes e de suas famílias (Cruz, 2021).

A educação continuada, prevista no art. 4º, inciso V, do PNCP – “[...] IV - estimular a formação, a educação continuada, valorização, provimento e gestão da força de trabalho em cuidados paliativos – e o apoio psicológico aos profissionais já atuantes são igualmente importantes, assegurando que possam prestar cuidados de alta qualidade sem comprometer seu próprio bem-estar. Esse aspecto destaca a importância do suporte emocional para esses profissionais e do desenvolvimento e/ou reforço de suas estratégias de enfrentamento (Rosário, 2021; Soares, 2023).

Apenas para ilustrar brevemente a situação dos CP como um todo, conforme *The Economist Intelligence Unit*, em 2015, o Brasil se encontrava no 42º lugar do *ranking* em um grupo de 80 países. Quanto à capacidade de implementação dos CP, ficou na 64ª colocação nesse mesmo *ranking*. Essas colocações, em parte, podem ser devidas **às fragilidades no processo formativo dos profissionais de saúde**. Segundo a ANCP, em um grupo de 302 cursos de graduação em Medicina em 2018, apenas 42 tinham uma disciplina de CP, sendo ela obrigatória em somente 18 deles. Em 2021, eram 315 cursos cadastrados no Ministério da Educação, e só 44 deles continham a disciplina CP em sua matriz curricular (Guimarães et al., 2023). (g.n.)

O Ministério da Saúde, em maio de 2024, ao lançar a referida PNCP no âmbito do SUS, criada pela Portaria GM/MS nº 3.681, do mesmo mês, declarou sua

expectativa de implantar mais de mil equipes no país. Conforme justificou, as barreiras culturais, o atendimento limitado e a **carência de profissionais com formação paliativa** terminaram por concentrar esses cuidados em algumas regiões, notadamente Sul, Sudeste e Centro-Oeste, em consequência, deixando ausentes esses cuidados nas regiões Norte e Nordeste. Essa política vai ser orientada para três eixos dos CP nos serviços públicos de saúde, quais sejam: “criação de equipes multiprofissionais para disseminar práticas às demais equipes da rede; promoção de informação qualificada e educação em cuidados paliativos; garantia do acesso a medicamentos e insumos necessários a quem está em cuidados paliativos” (MS, 2024, p. 2). (g.n.)

A integração efetiva dos CP aos sistemas de saúde, a formação adequada dos profissionais e o apoio às equipes multidisciplinares são passos essenciais para avançar nessa importante área da Medicina.

Tal como se cuida da vida desde que se nasce, é importante cuidar do período em que a finitude se anuncia (quando é possível) ou se aproxima. É a noção de boa morte que a Bioética disseminou, a princípio associada à eutanásia, como assunto de destaque na área “da saúde pública, em um contexto de envelhecimento populacional, ampliação das possibilidades terapêuticas na medicina e finitude de recursos para demandas de saúde cada vez maiores” (Batista, 2006, p. 1).

Mas esse conceito se expandiu e seu conteúdo se tornou relevante para as atividades de CP, “como uma reação aos cuidados despersonalizados que eram prestados” (Freitas, 2012, p. iv). “O período pré-morte é [...] marcado por medo, insegurança, dor e ansiedade. A boa morte precisa ser tratada de forma individual, se está sem dor ou sintomas, se está em um ambiente familiar na companhia de amigos e familiares” (Coelho, 2019, p. 01).

No contexto dos CP, ela pode ser definida como “uma morte acompanhada de dignidade e sem sofrimento”, com cuidados centrados na “qualidade de vida, na autonomia do doente [...] tendo sempre por base a dignidade humana” (Freitas, 2012, p. iv). É preciso assegurar os CP em todos os ambientes – evolução da doença, complicações e “visão clínica baseada em aspectos éticos e nas características da doença principal”. A boa morte inclui “normalmente os desejos e preferências dos doentes e familiares, além das questões clínicas, culturais e éticas [...]” (Coelho, 2019, p.01).



### 3 METODOLOGIA DA PESQUISA

A presente pesquisa é classificada como exploratória, pois visa investigar as lacunas existentes sobre Cuidados Paliativos sob a perspectiva dos docentes. Conforme Machado (2023, p. 3), a pesquisa exploratória tem como objetivo "investigar um fenômeno ainda pouco explorado", geralmente devido à escassez de dados disponíveis ou informações insuficientes.

Além disso, possui características explicativas, pois busca subsídios teóricos e empíricos para compreender o fenômeno estudado. Segundo Tumelero (2019, p. 04), a pesquisa explicativa busca "identificar as causas dos fenômenos estudados, além de registrar e analisá-los", com o objetivo de identificar os fatores que contribuem para a ocorrência desses fenômenos. Quanto à abordagem, trata-se de uma pesquisa qualitativa, haja vista seu objeto de interesse centrar-se na qualidade do fenômeno pesquisado: CP e lacunas no curso de graduação em Medicina.

a) a realidade social é vista como construção e atribuição social de significados; b) a ênfase no caráter processual e na reflexão; c) as condições "objetivas" devida tornar-se relevantes por meio de significados subjetivos; d) o caráter comunicativo da realidade social permite que o refazer do processo de construção das realidades sociais torne-se ponto de partida da pesquisa (Günther, 2006, p. 202).

Na pesquisa bibliográfica foram consultadas publicações sobre a temática discutida. "A pesquisa bibliográfica possibilita um amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações". Auxilia a definir melhor o quadro conceitual sobre o que se estuda ou a construí-lo (Lima; Miotto, 2007, p. 40). É uma pesquisa de campo, porque foram coletadas informações no local específico onde ocorre o fenômeno de pesquisa. "A pesquisa de campo [...] pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada. Ela exige do pesquisador um encontro mais direto" (Piana, 2009, p. 169).

A pesquisa foi realizada no âmbito acadêmico, especificamente em um Centro Universitário localizado no Distrito Federal.

### 3.1 Sujeitos da Pesquisa

Participaram da pesquisa 19 professores do curso de graduação em Medicina de um Centro Universitário privado do Distrito Federal (17 médicos e um enfermeiro, um fisioterapeuta e um psicólogo), que tiveram ou têm contato com disciplinas relacionadas à saúde mental. Trata-se de uma amostra estratificada, caracterizada pela possibilidade de os resultados se revelarem mais homogêneos (Veludo et al., 2022) do que seriam, se se considerasse a população dos 190 professores de todo o curso.

A opção por essa amostra foi a relação com a saúde mental, devido aos reflexos que a abordagem dos temas morte, processo de morrer e CP podem ter sobre a saúde mental dos profissionais.

### 3.2 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de dois questionários: um com questões fechadas e outro com questões abertas. O primeiro visou coletar dados sociodemográficos dos sujeitos, com a finalidade de traçar o perfil da amostra. “Essa ferramenta oferece uma amostra representativa da população, o que possibilita conhecer a distribuição das características demográficas dos respondentes e determinar o quanto se está próximo” (Bernardino, 2024, p. 3).

A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente (Oliveira et al, 2019, p. 06).

O questionário com questões abertas teve como objetivo obter informações que pudessem expor pontos de vista e esclarecimentos dos sujeitos pesquisados sobre as questões propostas.

As perguntas abertas são aquelas que permitem liberdade ilimitada de respostas ao informante. Nelas poderá ser utilizada linguagem própria do respondente. Elas trazem a vantagem de não haver influência das respostas pré-estabelecidas pelo pesquisador, pois o informante escreverá aquilo que lhe vier à mente (Chaer et al., 2011, p. 262).

Ambos os questionários foram elaborados pela pesquisadora e aplicados após avaliados e aprovados pela orientadora e pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

### **3.3 Ética na Pesquisa**

Os sujeitos da pesquisa concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cujo texto expôs eventuais riscos e possíveis benefícios da pesquisa, conforme estabelece o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

### **3.4 Análise de dados**

Os dados obtidos nos questionários fechados foram tratados estatisticamente, de modo a fechar o perfil dos participantes quanto às condições sociodemográficas, de formação e de exercício profissional. Os dados dos questionários abertos também tiveram tratamento estatístico, com a utilização de programas que permitissem a análise das respostas por meio do grau de recorrência dos termos ou de semelhança entre os termos de cada uma. Foram comparadas com a literatura descrita.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES SOBRE A PESQUISA**

Compuseram a amostra da pesquisa 19 professores do curso de Graduação em Medicina de um Centro Universitário privado do Distrito Federal, cujas disciplinas se referiam ou se referem a saúde mental. Foi-lhes explicado o objetivo do estudo, e todos concordaram em participar, tendo então assinado o TCLE.

Foram dois instrumentos de coleta, questionários com questões fechadas e questionário com questões abertas, elaboradas na plataforma *Google Forms*. Foram enviados via e-mail institucional individual, em 25 de outubro de 2024, com prazo até 5 de novembro para retorno. Todos os sujeitos responderam dentro desse prazo.

O objetivo do instrumento com questões fechadas foi obter dados mensuráveis que permitissem compor um quadro com perfil característico e contextualizado dos participantes do estudo. A tabulação das informações possibilita a visualização dos resultados que podem ser mais facilmente comparados com outros de pesquisas similares, visando a computar analiticamente as diferenças ou as semelhanças (Calado, 2021).

A finalidade das questões abertas foi conhecer especificidades sobre o conhecimento dos participantes da pesquisa sobre os CP e os temas a eles associados, morte e processo de morrer.

Na prática, (dado qualitativo) é uma informação que representa uma característica em que podemos compreender melhor quando é expressa por meio de palavras, em vez de números. Seu objetivo é obter um entendimento mais profundo sobre o assunto avaliado. [...] dados qualitativos [...] expressam conceitos abstratos e mais difíceis de serem quantificados, como os sentimentos e outros (Calado, 2021, p. 03).

Por essas explicações, verifica-se que a adoção dos dois questionários tem uma perspectiva complementar. É um método misto, por combinar/mesclar o método quantitativo com o qualitativo. Ele “preconiza a obtenção de dados precisos [...] e a compreensão aprofundada desses dados.” Isso, sem os considerar uma resposta absoluta, “mas compreendendo que os dados são parte de um todo que necessita ser compreendido como tal” (Oliveira et al., 2019, p. 7).

Os resultados serão apresentados na ordem dados fechados e dados abertos, mas na análise, quando necessário e possível, será feita a relação entre informações abertas com dados fechados. A perspectiva é que isso possa contribuir para

potencializar a abrangência das respostas, indo além de eventuais limitações (Oliveira et al., 2019).

#### 4.1 Dados pontuais sobre a realidade dos sujeitos pesquisados

Em relação às características dos sujeitos da pesquisa, dados demográficos e outros descritivos se encontram na tabela 4.

Tabela 4 - Dados descritivos categóricos da amostra

<b>Variáveis categóricas:</b>	<b>N</b>	<b>% do total</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	12	63 %
Masculino	7	37 %
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro(a)	3	16 %
Casado(a)	13	68 %
Divorciado(a)/Separado(a)	2	11 %
Outro	1	5 %
<b>Possui filhos (as)?</b>		
Sim	11	58 %
Não	8	42 %
<b>Moradia</b>		
Com companheiro(a)	7	37 %
Com companheiro(a) e filho	7	37 %
Com pais ou outros	3	16 %
Sozinho(a)	2	11 %
<b>Religião</b>		
Católica	8	42 %
Evangélica	3	16 %
Espírita	5	26 %
Espiritualista	1	5 %
Não tenho religião	2	11 %
<b>Trabalha em outro lugar</b>		
Sim	17	89 %
Não	2	11 %

Fonte: Elaborado com dados da pesquisa.

Dados como esses refletem o contexto social e de crenças da amostra, os quais são aspectos básicos para interpretações em pesquisas de ciências sociais. É que a cultura, que emerge desse contexto, como referem Rodrigues e Zago (2012, p. 32), constitui um conjunto de significações que envolvem o homem como uma teia, com os símbolos pelos quais vê a vida e se relaciona com os acontecimentos.

Nessa perspectiva, as características dos sujeitos da pesquisa demonstram heterogeneidade, o que permite inferir, por um lado, que as visões da morte e do processo de morrer podem ser distintas em seus sentidos. Isso pode influenciar a forma de entenderem os CP. Por outro, esses dados podem ser referenciais de experiência cultural e social e de uma possível visão de vida.

Apenas a título ilustrativo, pode-se compará-los com outros dados relativos a condições similares (de características, mesmo que essas não se refiram a professores. Por exemplo: a pesquisa realizada de Amoedo et al. (2022) com acadêmicos de Medicina na Bahia, sobre temas abordados neste trabalho, demonstrou diferença na percepção de solteiros e casados, de homens e de mulheres. Sobre se sentirem preparados para lidar com a morte: 83,3% dos solteiros; 16,3% dos casados; 65,8% de mulheres e 34,2% de homens disseram que sim. Considerando os simbolismos culturais e sociais, em uma interpretação meio diagnóstica, os resultados de sujeitos solteiros e sujeitos casados e entre homens e mulheres sobre determinado assunto podem variar significativamente como os encontrados por Amoedo et al.

Mais especificamente, no que diz respeito à formação profissional e ao trabalho, os dados da tabela 5 apresentam as médias dos resultados:

Tabela 5 - Dados descritivos das variáveis contínuas e discretas da amostra

<b>Variáveis</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
Idade	49,5	14,3
Tempo de formação	23,8	15,4
Carga horária semanal na faculdade	14,3	12,7
Número de disciplinas no semestre	2,8	2,0

Fonte: Elaborada com dados da pesquisa

Tal como os dados da tabela 4, que foram vistos como representativos do contexto sociocultural dos participantes, os resultados dessa tabela 5 podem ser entendidos também como demonstrativos do contexto profissional dos professores, relacionando a formação com o exercício docente.

Nessa tabela, sobressai-se um tempo médio de formação relativamente alto, se comparado à média das idades dos professores. Os resultados indicam um investimento razoável na formação profissional, embora o desvio padrão

relativamente alto demonstre não haver homogeneidade do tempo de formação entre eles, tal como nos números referentes à idade.

Associando as respostas sobre a formação ao foco deste estudo, pode-se prever uma maior ou menor abordagem dos CP nos cursos feitos, a depender do ano em que eles ocorreram. Desde a década de 60 (séc. XX), a formação em Medicina no Brasil foi pautada pelo modelo flexneriano, de bases predominantes biomédicas (Souza, 2023). Isso ainda vige, a despeito de as DCN de 2014 preverem práticas voltadas para fatores determinantes do processo saúde-doença (Ferreira et al., 2023) e de a Resolução CNE/CES 3, de 2022, estabelecer a obrigatoriedade de formação e de treinamento em competências de CP (Amoedo et al., 2023).

Em outro aspecto, a carga horária semanal de aulas parece significativa em relação ao número de disciplinas no semestre, embora o desvio padrão também demonstre variabilidade entre as horas de cada participante da pesquisa.

Perguntas sobre cuidados paliativos e sobre a morte especialmente associadas à graduação em Medicina tiveram as seguintes respostas (tabela 6):

Tabela 6 - Frequências das respostas das perguntas sobre cuidados paliativos

<b>SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>N</b>	<b>% do total</b>
<b>Como você classifica a importância de aprender sobre cuidados paliativos e a morte na graduação em medicina?</b>		
Muito importante	19	100 %
Importante	0	0 %
Pouco importante	0	0 %
Nada importante	0	0 %
<b>Durante sua graduação você teve esse tipo de preparação?</b>		
Sim	4	21 %
Não	15	79 %
<b>Tem alguma experiência com cuidados paliativos?</b>		
Sim	12	63 %
Não	7	37 %
<b>Você acha interessante o desenvolvimento de um Guia Socioemocional para que os professores possam trabalhar o tema da morte e o enfrentamento da mesma durante todo curso de medicina?</b>		
Sim	19	100 %
Não	0	0 %
<b>Creio que seja importante trabalhar somente a partir do oitavo semestre, quando eles vão para o internato?</b>		
Concordo	3	16 %
Discordo	16	84 %

Fonte: Elaborada com dados da pesquisa

Analisando-se a frequência de respostas sobre cuidados paliativos dessa tabela, observa-se que 19 docentes (100%) consideraram muito importante aprender sobre cuidados paliativos e sobre a morte durante a graduação em medicina; 15 (79%) relataram não ter recebido esse tipo de preparação na graduação; 12 (63%) afirmaram ter alguma experiência com cuidados paliativos.

Nesses dados, destacam-se os 79% de participantes que não tiveram preparação em CP na graduação, o que confirma a heterogeneidade também nos aspectos dessa formação, cujas bases nacionais foram (e ainda são em alguma medida) as do modelo flexneriano, predominantemente biomédico (Souza, 2023). Daí, infere-se que a experiência em CP, citada por 63% deles, foi obtida já no exercício da profissão.

Dois aspectos emergem da realidade desses números, ambos relacionados com os objetivos deste trabalho: os cursos de graduação em Medicina “necessitam [...] introduzir uma postura humanista e humanizada”, discutindo temas como a morte e sobre a postura profissional frente a ele, sobre os CP e outros (Oliveira-Cardoso; Santos, 2017); a capacitação de profissionais médicos, cujas atividades os expõem ao acompanhamento de pacientes sem condições de cura ou estado terminal, é uma ferramenta imprescindível para as práticas de CP (Silva et al, 2021).

Reconhecendo essa necessidade, 100% dos participantes demonstraram interesse no desenvolvimento de um Guia (objeto deste trabalho) para abordagem do tema morte e seu enfrentamento ao longo do curso de graduação em Medicina, e 84% discordaram da ideia dessa abordagem se dar apenas a partir do oitavo semestre, quando os discentes iniciam o internato. Ou seja, a maioria concorda com a abordagem anterior ao internato.

Esse entendimento está de acordo com o artigo 6º das DCN de 2014, após atualização, que prevê o desenvolvimento de “conhecimentos, competências e habilidades da assistência ao paciente em cuidados paliativos, no âmbito da formação”, supondo-se que, na fase do internato, os alunos devem começar a pôr em prática tais competências.

Especialmente sobre a pergunta “como é para você (hoje) lidar com a morte de seus pacientes?” foi utilizada uma escala *Likert*, tendo-se solicitado aos participantes: pense numa escala de 0 a 10, sendo zero muito fácil/é rotina, e 10 muito difícil/não me acostumo. As respostas não mostraram diferenças importantes entre os docentes, conforme o sexo: feminino:  $7,0 \pm 2,6$ ; masculino:  $7,7 \pm 2,6$  ( $p > 0,05$ ).

Essa pergunta, que se assemelha à feita por Amoedo et al (2022) em sua pesquisa – sobre os participantes se “sentirem preparados para lidar com a morte” –, referida na tabela 4, trouxe respostas semelhantes às dele em relação aos sexos: as mulheres demonstraram mais condição de lidar com esses temas que os homens, embora a diferença tenha sido maior do que a verificada na escala *Likert*. Observa-se a manutenção da heterogeneidade dos dados, como demonstra o desvio padrão.

Ao comparar os docentes casados com os não casados, observou-se que os casados ( $7,9 \pm 2,3$ ) apresentaram valores médios mais elevados do que os não casados ( $5,4 \pm 2,7$ ) ( $p=0,056$ ), ou seja, os casados lidam melhor com os temas, com diferença é um pouco mais significativa.

Esses resultados foram diferentes dos encontrados por Amoedo et al. (2022) entre os acadêmicos (sempre lembrando que a comparação enfoca as condições socioculturais), quando 83,3% dos solteiros e 16,3% dos casados afirmaram estar preparados.

Nas respostas de casados com filhos e casados sem filhos a essa pergunta, viu-se que os primeiros ( $7,6 \pm 2,3$ ) obtiveram valores médios superiores em relação aos segundos ( $6,9 \pm 3,1$ ), com diferença não significativa ( $p= 0,59$ ). Esse resultado pode estar relacionado ao anterior – casados com mais condição de lidar com os temas –, por se tratar de condições certamente advindas das experiências da vida, somadas às experiências profissionais.

Por fim, não se pode desconsiderar que aspectos como morar ou não sozinho e ter ou não alguma religiosidade (tabela 4) podem funcionar, associadamente, ao contexto pessoal de enfrentamento da morte e dos CP. Não se pode esquecer da “teia de significados” e dos símbolos que existem na vida social e na cultura nas quais os indivíduos estão inseridos, conforme Rodrigues e Zago (2012), e que eles carregam para as profissões.

Daí ser ainda mais importante uma formação em que se discutam os temas morte e CP. Como referido por Nogueira et al (2006), ter consciência da finitude é questão inerente à existência humana e deve fazer parte da atividade de quem lida com a doença. As DCN de 2014 e atualizações e a Resolução CNE/CES 3, de 2022 reconheceram oficialmente essa carência em termos curriculares. Mas não se pode esquecer da cultura obsessiva mundial pela juventude, pela saúde e pelo desejo de permanência, que Figueiredo e Stano (2013) citaram, e da supervalorização de

imagens, da falta de um “contramodelo” ao do mercado globalizado e da falta de críticas, destacadas por (Lipovetski, 2023).

As lacunas observadas na formação do grupo de participantes desta pesquisa podem ser estendidas ao universo das escolas de Medicina do país, que se veem frente aos efeitos deste mundo secular com suas grandes transformações (Figueiredo; Stano, 2013; Malta et al., 2018; Aguiar; Silva, 2021; Enciclopédia, 2024; Lipovetski, 2023) e as exigências oriundas de lacunas na formação de Medicina desde a graduação (DCN 2014; Resolução CNE/CES 3, 2022). É um desafio grande, reconhece-se, e um Guia para auxiliar esses professores na abordagem dos DP pode auxiliá-los na introdução do tema nas aulas e até diminuir um pouco a distância entre a realidade da formação e a realidade da profissão, quanto ao enfrentamento da morte e dos CP pelos futuros profissionais de Medicina.

#### **4.2 Exposições sobre a temática CP, morte e processo de morrer**

Para a organização do banco de dados das oito questões abertas, foi utilizado o software Microsoft Excel ® 2016 versão 16.0. Para processamento dos dados e confecção dos gráficos, foi utilizado o software JAMOVI versão 2.2.6. Empregou-se estatística descritiva, expressando-se os dados como valores médios  $\pm$  desvio padrão, bem como foram calculadas frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. Para comparações entre grupos, foi utilizado o teste t independente. O nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ .

De início, as respostas foram transcritas em quadros correspondentes às perguntas, para demonstrar o sentido integral de cada uma. Depois, utilizou-se o software gratuito *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ), de fonte aberta, “que permite fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras” (IraMuTeQ, 2013, p. 1). Esse software permitiu analisar a estrutura e a organização de cada resposta, de forma a se identificarem as relações entre os mundos lexicais mais frequentemente enunciados pelos participantes do estudo (Camargo & Justo, 2013). Para apresentar graficamente a organização das palavras e seus agrupamentos conforme a relevância, usou-se a Nuvem de Palavras.

A nuvem de palavras, também conhecida como “word cloud”, é uma representação visual da frequência das palavras em um texto. Ela é

uma ferramenta valiosa para analisar e compreender a importância e a relevância de determinados termos dentro de um contexto específico. Esse recurso tem como objetivo principal fornecer uma visualização rápida e intuitiva da distribuição das palavras em um texto. Ao observá-la, é possível identificar os termos que aparecem com mais frequência e [...] têm maior destaque na representação gráfica. A nuvem [...] proporciona uma visão panorâmica das palavras-chave presentes em um texto [...] permite identificar quais termos têm maior relevância dentro de um contexto específico (Freitas, 2023, p. 02).

Para a análise qualitativa dos dados das nuvens, foi utilizada a Análise de Livre Interpretação (ALI), método que permite integrar a experiência dos professores com o referencial teórico, proporcionando uma compreensão mais profunda e contextualizada das percepções e sentimentos dos participantes em relação aos temas abordados (Anjos et al., 2019).

Em relação ao objetivo deste estudo, a ALI facilitou a identificação de nuances de significados, que podem ficar despercebidos em análises mais rígidas, e contribuir para as bases do Guia socioemocional proposto. Guardadas as devidas proporções e naturalmente sem intervir nos ditames normativos da DCN 2014 e da Resolução CNE/CES 3, de 2022, o Guia pode contribuir para diminuir a distância entre uma formação predominantemente biomédica e uma mais humanizada e reflexiva dos futuros médicos.

“Recorrer ao contexto narrativo, ao aspecto da cena, à intermediação dos objetos e a tudo que expressa a realidade dá pistas para que a interpretação seja autorizada e validada pela ancoragem estabelecida” (Anjos et al., 2019, p. 35-36). Assim, considera-se respectivamente: o contexto da resposta inteira frente à pergunta; palavras-chaves da pergunta; relação entre palavras destacadas na nuvem e outras e relação dessas com outras menos salientes que possam contribuir para validar a relação entre seu entendimento e os pressupostos teóricos descritos.

Os resultados das informações qualitativas serão apresentados na ordem descrita: quadro, nuvem, análise. As perguntas são descritas no título do quadro correspondente, e os respondentes são identificados por números atribuídos conforme a ordem crescente de recebimento das respostas (ID).

Quadro 2 – Como a experiência constante com a morte dos pacientes afetou sua visão sobre a vida, a medicina e o cuidado paliativo ao longo dos anos?

ID	Resposta dos docentes
1	Depois de 12 anos de formado, ainda não aprendi lidar com a morte, mas aprendi a entender que existe um momento que devemos suspender os esforços, para evitar iatrogenias. Para a grande maioria de nós médicos, paliar é entendido como uma derrota, como se houvésemos falhado ou desistido de um ser humano. Muitas vezes insistimos em praticar medidas heroicas para subir o nosso ego, pois é difícil aceitar que fomos derrotados por uma doença. Devido essa minha incapacidade racional de entender a morte, optei por trabalhar com patologias benignas, para aliviar o meu sofrimento pessoal.
2	Precisamos ter mais empatia. Aprender a confortar a família. Ter uma vida espiritual fortalecida
3	Acredito que o meu contato com o cuidado paliativo possibilitou um olhar mais generoso sobre a morte, e poder auxiliar a família a ter últimas memórias felizes.
4	A importância da dignidade humana na terminalidade da Vida.
5	Mantenho a mesma indignação.
6	Sobre a Vida: a vida é muito curta, e é importante que ela seja vivida, com amor e harmonia. Sobre a Medicina: que nós, médicos, não somos super-heróis, não poderemos salvar sempre. E é importante que saibamos reconhecer nossos limites e sabermos até onde podemos ajudar o paciente e quando, às vezes, na tentativa de ajudar, nossas condutas podem mais prejudicar do que auxiliar. Sobre os Cuidados Paliativos (CP): eles devem ser prontamente indicados ao paciente assim que fornecemos um diagnóstico de uma doença potencialmente grave e incurável (atualmente, temos propostas de tratamento com imunobiológicos por exemplo, que podem controlar uma doença grave, mas não a curam), assim como, indicar os CP à família desse paciente também. Equipes multiprofissionais atuam de maneira integrada com o objetivo de fornecer ao paciente e a sua família, uma melhor qualidade de vida - enquanto ainda houver vida!
7	A experiência com a morte me ensinou a valorizar cada momento e a importância de viver o hoje/o presente. Mudou minha visão sobre a medicina, reforçando que nosso papel vai além de curar; é estar ao lado do paciente e familiares em cada etapa da jornada. Percebi que os cuidados paliativos são uma prática essencial, que traz dignidade e conforto.
8	Afetou de forma a refletir sobre minha vida e o cuidado ao outro.

9	A angústia só melhorou após residência em cp. Pois, não saber como controlar sintomas no final da vida era enlouquecedor. Saber a parte técnica, e saber que ela faz parte da boa assistência e comunicação com paciente e familiares é fundamental.
10	A convivência com a morte em diferentes contextos da área da saúde trouxe a tona a fragilidade e fugacidade da vida humana a despeito de todo avanço da área médica e colocou em destaque a necessidade de uma aceitação e compreensão do inevitável, assim como para abrandar as dores do processo.
11	Para nós médicos, é importante saber o momento exato em que um tratamento traz benefícios ou não, bem como saber se medidas invasivas estão trazendo sofrimento para o doente e seus familiares. Sobretudo é importante manter o conforto e dignidade dos pacientes em seu final de vida.
12	Ser mais humanizada.
13	Na minha área de atuação eu tive poucas experiências com perda de pacientes, mas com certeza nós vamos aprendendo ao longo dos anos a lidar de maneira menos traumática. Me lembro até hoje do primeiro paciente que perdi ainda na faculdade e foi uma experiência muito marcante na minha vida profissional.
14	Estímulo a buscar soluções.
15	Entender que a morte faz parte da vida, e que nem sempre vamos conseguir impedir. O mais importante seria não causar danos, e dar mais qualidade de vida para os pacientes e seus familiares.
16	Afeta profundamente.
17	Morte é um processo natural. Todos devemos saber que a finitude é parte da vida. Mas, ela deverá ser de maneira tranquila, como menos sofrimento possível. Neste quesito que o cuidado paliativo é mais relevante. Embora, possa ser implementado em várias doenças crônica, e a longo prazo, próximo a terminalidade é que observa, valoriza este treinamento.
18	Amadurecimento profissional. Considerar a morte como parte da vida.
19	Ser empático e ter compaixão diante da dor física e emocional de paciente e família. Ser sensível a fala do paciente, entendendo suas reais necessidades. Aprendi a conversar sobre a morte de forma clara e objetiva sem medos.

Fonte: Elaborado com as respostas dos sujeitos pesquisados

Essas respostas têm a seguinte representação gráfica (figura 1), conforme a recorrência de palavras, representada pelo tamanho das letras.

Figura 1 – Nuvem de palavras da resposta 1



Fonte: Elaborada com dados da pesquisa

O destaque das palavras “vida, paciente e morte”, respectivamente em ordem ligeiramente decrescente, é indicativo da importância desses três aspectos em relação à pergunta que se centrou nos termos: morte, visão de vida, Medicina e CP. Pelo destaque de “vida”, infere-se que seu sentido, que se sobressai ligeiramente em relação às outras duas, remete à própria orientação de buscar com afinco a cura, perpassada na maioria dos cursos (Costa, 2023). Tanto é assim que a palavra “paciente” vem em seguida, e “morte”, depois dela, ou seja, o paciente se encontra entre a busca intensiva da vida, desempenhada pela atividade do médico, e a morte.

Aqui, deve-se ressaltar que os avanços da tecnologia contribuem bastante para reforçar esse afinco de busca da cura. “A ciência alcançou a cura para várias doenças, o que colaborou para fortalecer a visão da sociedade e do indivíduo sobre um certo distanciamento da morte” (Silva et al., 2023). Nesse contexto, embora a ciência também tenha evoluído quanto aos CP, do ponto de vista conceitual e prático, eles praticamente não fazem parte do processo vida-paciente-morte. Isso fica representado na nuvem com as palavras “cuidado, família, importante e aprender”, menos referidas que as três primeiras e ainda no sentido geral.

Sobre a relação entre elas, entende-se um cuidado no âmbito da família e de importante aprendizado. Em outro degrau descendente, vêm “médico, paliativo, doença e entender”, sendo possível apreender desse conjunto que se trata de cuidados médicos, de conhecimento necessário. Relacionando esses dois últimos grupos de palavras, tem-se que, para os respondentes, os cuidados paliativos, relacionados aos médicos, aparecem dentro de um cuidado maior, relacionado à família; ambos objetos de aprendizado e de conhecimento.

Quanto à relação cuidado/família, um pouco diferente do que as palavras dessa nuvem demonstraram, os CP não se situam em um contexto de cuidado geral relacionado à família. Nesse sentido, respectivamente: eles exigem conhecimentos/aprendizados específicos, tanto que, em 2011, a AMB reconheceu a Medicina paliativa como uma área de especialidade médica, desde que o CFM, em 2006, na Resolução CFM nº 1.805/2006, considerou os CP uma prática específica e os incluiu no novo Código de Ética Médica como princípio fundamental (SBGG, 2015); seu objetivo envolve “suprir a demanda de atenção específica e contínua ao doente e à sua família” (Brito et al., 2024, p. 77), ou seja, a família também é foco de atenção nos CP.

Ao que indica, em linhas amplas, essas respostas podem guardar uma associação histórica distante com o “cuidado *hospice*”, originariamente desenvolvido em relações afetuosas entre alguém que cuida e zela de outro alguém que se encontra em condições frágeis, principalmente por doença (FMusp, 2018). É novamente a questão da “teia de significados” referida por Rodrigues e Zago (2012).

Quadro 3 - Quais são os maiores desafios emocionais que você enfrenta ao lidar com pacientes em cuidados paliativos e como você os supera?

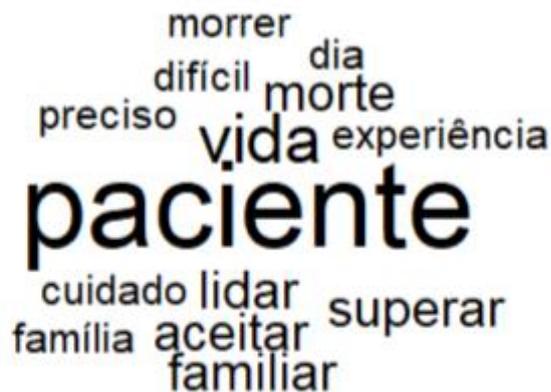
ID	Resposta dos docentes
1	Não tenho problema em lidar com os pacientes em cuidados paliativos, o difícil é aceitar a morte, principalmente quando são pacientes jovens.
2	Os familiares são os que menos aceitam a situação. Muitas vezes eles requerem mais atenção que o próprio paciente.
3	O ver uma pessoa amada indo prematuramente, supero fazendo terapia.
4	Experiência prática muito pouca. Experiência de ensino do assunto muito gratificante.
5	O médico defende sempre a vida e se ajusta indignado diante da morte

6	O maior desafio é controlar minha emoção para fornecer ao paciente apoio, força, segurança emocional e paz de espírito. Tento superar minha dificuldade trabalhando bastante com a mente no sentido de "Preciso me superar, essas pessoas já estão numa situação difícil, e eu, preciso confortá-las, preciso ajudá-las a ver que existe um ciclo normal de vida - tudo que nasce, morrerá, mas não devemos morrer com dor ou medo."
7	Lidar com o sofrimento das famílias. Famílias que no final (quando paciente já está se desfalecendo) deseja/implora/chora que façamos tudo para que a criança não morra. Procuro ouvir e oferecer suporte.
8	Conversando com o paciente e familiares sobre a vida e a morte
9	Lidar com pacientes jovens ou que tenham filhos pequenos. A contrarreferência costuma acontecer. Tento não pensar sobre o assunto quando não estou na assistência, valorizo mais e fico mais em contato com minha família quando estou em casa.
10	Falta de prática e treinamento.
11	Acredito que tenho equilíbrio emocional para lidar com pacientes em cuidados paliativos, sendo sempre sincera e realista durante consultas e avaliações, mantendo o respeito e empatia por aqueles que estão sofrendo. Em minha especialidade (cirurgia geral), é frequente cuidarmos de pacientes oncológicos e acabei adquirindo experiência no dia a dia da minha prática médica.
12	Os familiares e visão de vida
13	(não respondeu)
14	Sensação de fracasso. Tento superar utilizando os erros como aprendizado.
15	Dificuldade em aceitar que não existe algo que possa ser feito que vai mudar o desfecho. Entender que faz parte da vida, e que meu trabalho neste momento é deixar tudo mais leve e confortável
16	Aceitar a finitude. Estudando o tema.
18	Sempre é difícil. Exercer Diálogo aberto com pacientes e familiares.
19	Perder um paciente dói, porém a sabedoria de entender que cuidados realizamos o que foi possível para uma qualidade no seu final de vida foi essencial para uma morte digna isso acalenta o coração

Fonte: Elaborado com dados da pesquisa

Essas respostas têm a seguinte representação gráfica (figura 2), conforme a recorrência de palavras, representada pelo tamanho das letras.

Figura 2 – Nuvem de palavras da resposta 2



Fonte: Elaborada com dados da pesquisa

A pergunta teve como focos as expressões: desafios emocionais, pacientes, cuidados paliativos e superação. Nas repostas, destacadamente a palavra “paciente” se sobressaiu, seguida de “vida”, num degrau descendente bem acentuado, e de “morte, lidar e aceitar”, ligeiramente mais acentuado do que “vida”. A concentração das respostas na palavra “paciente” lembra ao observador, de imediato, a relação médico/paciente, apesar do distanciamento entre eles no momento de resposta ao questionário.

O sentido disso pode estar na afirmativa de Halina Bortnowska (apud Matsumoto, 2012) de que, entre médico e paciente, solidariamente se desenvolve uma espécie de “compaixão afetiva”, que permeia a ética da cura – calcada em noções de perseverança – e a ética da atenção – centrada na dignidade humana.

Nesse contexto, o destaque do termo “paciente” pode indicar a atenção maior dos respondentes para ele (paciente) do que para os outros elementos da pergunta, dois deles voltados para os próprios: desafios emocionais e superação.

Essa atenção talvez possa ser justificada pelo disposto no Código de Ética Médica de 2009, arts. 36 e 41, que, segundo Comin et al. (2023, p. 37), estabeleceu “de maneira regimental que o médico, ao não proporcionar a cura de uma doença,

deve empregar todos os cuidados paliativos disponíveis pela ciência, além de utilizar de todo o seu conhecimento e experiência para cuidar do paciente”.

O outro lado da moeda são os sentimentos e os desgastes que surgem no acompanhamento a pacientes em processos terminais. De acordo com Silva et al (2023), constantemente, esses profissionais têm de lidar com os próprios medos, com dúvidas, com superação e, ao mesmo tempo, com o desprendimento. Os efeitos disso sobre a saúde deles são demonstrados de forma particular, sendo claro que, sem treinamento específico para esse acompanhamento e sem apoio externo durante o processo, a possibilidade de agravos à saúde é potencializada.

A nuvem traz quatro termos no mesmo nível de representação: difícil, experiência, cuidado, preciso, família”, as quais podem sugerir referências a: desafios emocionais – “o difícil é aceitar a morte” (ID 1), “pessoas numa situação difícil” (ID 6); “sempre é difícil” (ID 18).

Para Nogueira et al. (2006) e Souza et al. (2020), desafios relacionados ao exercício dos procedimentos de CP são devidos, em muito, à tradicional cultura médica centrada na cura do paciente e na crença em tratamentos intensivos para tal, potencializada pelo avanço da ciência. Porém, se essa é a parte do profissional, no que diz respeito à pessoa do profissional médico, como dito em outros momentos da pesquisa, não se pode esquecer dos fatores socioculturais que enredam o ser humano em seus significados. Conforme Rodrigues e Zago (2012), em todas as culturas e em todos os tempos, o homem buscou compreender o sentido da morte de várias formas. E como Silva et al (2023) afirmam, entre os aspectos com os quais o médico tem de lidar, está o desprendimento. Mas entende-se que nem sempre ele vai conseguir se desprender totalmente de seu sentimento de pessoa em relação à morte e assumir a naturalidade dela por força da profissão.

Entre aqueles termos, dois fazem referência explícita aos cuidados paliativos, “preciso e cuidado”, visto nas declarações: “preciso me superar, essas pessoas já estão numa situação difícil, e eu, preciso confortá-las, preciso ajudá-las” (ID 6). Vê-se aqui um desafio ainda em superação, lembrando novamente o que Silva et al. (2023) disseram sobre o medo, as dúvidas e a necessidade de superar com que o profissional médico lida em suas atividades. Já para outros, relativamente aos mesmos termos, as declarações foram: “não tenho problema em lidar com os pacientes em cuidados paliativos” (ID 1); “tenho dito que tenho equilíbrio emocional para lidar com pacientes em cuidados paliativos” (ID 11); “a sabedoria de entender

que cuidados realizamos, (fizemos) o que foi possível para uma qualidade no seu final de vida foi essencial” (ID 19).

Ao que indicam essas respostas, os CP foram referidos na ótica da superação ou de algum “remédio” para alívio emocional, como se infere, em complemento, de declarações do quadro 1: “Devido a essa minha incapacidade racional de entender a morte, optei por trabalhar com patologias benignas [...]” (ID 1); “é importante saber o momento exato em que um tratamento traz benefícios ou não” (ID 11); “aprendi a conversar sobre a morte de forma clara e objetiva sem medos” (ID 19).

Comparando o conjunto dessas interpretações com o fato de que 79% dos respondentes não tiveram preparação sobre CP na graduação, apesar do tempo médio de 23,8 anos de formação, e que somente 63% têm experiência nessa área (tabela 6), entende-se que o aprendizado deles decorre da prática profissional.

Outro ponto é: à exceção do ID 6 acima, falar em desafios e superação neste momento da pesquisa indica que os desafios emocionais podem ter sido superados, haja vista o tempo decorrido do início da prática médica até o presente. Então, quanto ao objetivo deste estudo, para esses, a questão estaria em levar suas experiências para sala de aula, com as devidas teorias e amparos. Pesquisas têm concluído sobre o estímulo do ambiente acadêmico às práticas de CP, por meio de experiências desenvolvidas e com *feedback* fornecido por médicos com vivência na área (Costa et al., 2023), como é caso dos professores participantes deste estudo.

Quadro 4 - Como você aborda conversas sobre prognósticos ruins, escolhas de tratamento no final da vida e a morte com pacientes e seus familiares?

ID	Respostas dos docentes
1	Procuro abordar de forma clara, respeitando a cultura, a religião e o contexto em que cada família está inserida. Não existe uma fórmula, ao longo do seguimento do paciente, aprendemos por onde começar a conversa. Demonstrar empatia, preocupação e compaixão é essencial.
2	Tento ser sincera, porém de maneira educada e afetuosa. Mostrando solidariedade e empatia.
4	Falando sempre sobre a verdade dos fatos, de maneira segura, humanística, observando seus valores e religiosidade.
5	Explicação objetiva e curta que o paciente e família podem compreender.
6	Com sinceridade, honestidade e humildade.

7	Procuro ser honesto e empático, usando uma linguagem clara e sensível para que o paciente e a família compreendam a situação sem se sentirem sobrecarregados. Apresento as opções de tratamento, respeitando os desejos da família e esclarecendo como cada escolha pode impactar o bem-estar do paciente. Eu abordo a morte com respeito e abertura, incentivando os familiares a expressarem seus medos e dúvidas, para que se sintam amparados e compreendidos.
8	Usando protocolos sobre comunicação de notícias difíceis como o Spike.
9	Em ambiente calmo, tento tirar o paciente do leito e levar para sala de reunião. Uso técnicas de comunicação (spikes, geralmente) para abordar todos esses assuntos. Após uma primeira abordagem, nas próximas vezes, converso sobre o que é importante para paciente e familiares, como estão emocionalmente.
10	Abordo de maneira empática, dentro da minha capacitação, expondo as informações pertinentes para compreensão em uma linguagem que facilite a aceitação e entendimento.
11	Esse tipo de abordagem é corriqueiro em meu ambulatório, sendo feita com naturalidade, embora não tenhamos uma equipe de cuidados paliativos praticante. Utilizo recursos visuais para explicar ao paciente sobre sua doença, tratamentos necessários e riscos/ complicações. Sou sempre franca e empática, permitindo que o paciente e seus familiares esclareçam suas dúvidas. Quando pertinente, converso com paciente e familiares sobre pretensões sobre o final da vida, como internação ou não (no nosso hospital ou hospital de Apoio), procedimentos que se submeterá ou não (intubação, cirurgias).
12	Conversando
14	Procuro escolher visão positiva. Melhora da dor, alegria de reencontro, estimular reconciliação. Recordar momentos alegres.
15	Explico de forma clara sobre o estado de saúde do paciente, sem omitir as informações. Oriento que o que pode ser feito, está sendo feito, e reitero a importância de realizar um cuidado amplo, focado no bem-estar emocional e físico das pessoas envolvidas nesse processo. Me disponibilizo para tirar toda e qualquer dúvida a respeito do processo.
16	Conversando abertamente.
18	Sendo sincero e transparente nas conversas, tirando dúvidas e expondo as incertezas
19	Com muita clareza respeitando suas vontades e crenças.

Fonte: Elaborado com dados da pesquisa

Essas respostas têm a seguinte representação gráfica (figura 3), conforme a recorrência de palavras, representada pelo tamanho das letras.

Figura 3: Nuvem de palavras da resposta 3



Fonte: Elaborada com dados da pesquisa

Novamente, o termo fortemente destacado foi “paciente” em uma pergunta que tinha outros focos, como: prognósticos ruins, escolhas de tratamento no final da vida e morte. Aliás, aqui está o cerne da questão, por concentrar não só o peso dos próprios assuntos, como a forma de comunicação.

Mas esse destaque pode se dever ao que Lino et al. (2011) ressaltam, que o compromisso do médico é bem mais com o paciente do que com seus familiares. Como sintetiza Halina Bortnowska (apud Matsumoto, 2012, p. 26), na citada ética da cura, “o paciente é o soberano, e o médico é o general”. E nessa perspectiva, isso ficou claramente retratado, na medida em que a palavra “família” aparece com menos da metade do destaque da palavra “paciente”.

“Empatia, respeito e clareza” foram palavras referidas na nuvem dessas respostas, em intensidade muito distante da palavra mais destacada, apesar de constituírem os requisitos para se comunicar notícias graves ao paciente. As declarações (quadro 4) foram explícitas quanto ao cuidado despendido com essa tarefa de comunicar, inclusive, com utilização do protocolo Spikes, cujo método prevê: planejar a entrevista, avaliar a percepção do paciente, obter a aceitação dele, dar conhecimento do assunto e informar as medidas, corresponder às emoções dele com

respostas afetivas e informar a proposta terapêutica e o que pode acontecer (Lino et al., 2010).

Porém, para além desses requisitos, uma/uma respondente acrescentou em sua resposta um ponto importante, denotativo de grande percepção, de sensibilidade e de respeito à forma de ser do paciente: “Não existe uma fórmula, ao longo do seguimento do paciente, aprendemos por onde começar a conversa” (ID1).

Entende-se que essa percepção é mais que a empatia, que foi preconizada como dever do profissional de CP e é definida como “capacidade de se identificar com outra pessoa, de sentir o que ela sente, de querer o que ela quer, de apreender do modo como ela apreende” (Oxford Language, 2024, verbete). Identificar “por onde começar” traduz a sensibilidade como um envoltório da ação de comunicar. Como Lino et al. (2011, p. 56) explicam, “idealmente, o paciente deve ser capaz de compreender sua doença a ponto de participar no processo de decisão acerca de opções de tratamento, por exemplo”. Porém, é normal as pessoas terem medo do que não conhecem. A “comunicação sensível” foi prevista na Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS, art. 2º, XI.

Relativamente ao objetivo deste trabalho, a comunicação nos procedimentos de CP vem recebendo bastante ênfase, inclusive sendo outro desafio dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos. Por um lado, fala-se em currículos dos cursos de Medicina integrarem a educação em CP, enfatizando também o desenvolvimento de habilidades de comunicação e empatia (Guimarães et al., 2022; Cassimiro et al. 2023). Por outro, como já mencionado, a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS, em seu art. 2º, XI, prevê uma “comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pessoas cuidadas, familiares, cuidadores e profissionais” (MS, 2024).

Quadro 5 - Há técnicas específicas ou abordagens que você encontrou serem mais eficazes ou compassivas?

ID	Resposta dos docentes
1	(Não respondeu)
2	Não. Utilizo o que aprendi através dos anos de formação.
3	Sim, conversando e acolhendo

4	Abordagem do assunto durante conversas, em separado (paciente e familiares) sobre a (s) doenças (s), aos poucos, em momentos diversos, observando as reações do paciente e dos familiares.
5	iniciar dizendo que o médico defende a esperança e a vida sendo a morte uma trajetória inevitável a todos nós
6	Sim: para esse tipo de abordagem, marco um dia e horário específicos, num ambiente calmo, tranquilo. Posiciono a todos sentados em círculo, falo com palavras fáceis de serem compreendidas, olho nos olhos das pessoas, explico tudo sobre a doença em si e as possibilidades terapêuticas, me coloco à disposição para novos encontros e dúvidas. No final, aperto a mão das pessoas e ofereço um abraço.
7	Praticar a escuta ativa, prestando atenção não só ao que é dito, mas também às emoções e sinais não verbais, ajuda os familiares a se sentirem compreendidos e respeitados. O contato visual, tom de voz suave e expressões faciais acolhedoras transmitem empatia, ajudando a construir uma conexão. Utilizar perguntas abertas permite que os familiares expressem suas preocupações e valores, o que guia as decisões de forma personalizada e respeitosa.
8	Sempre ouvir atentamente.
9	Técnicas de comunicação com Spike, valorizar o silêncio e a companhia que os pacientes e familiares precisam.
10	Ser claro e falar em uma linguagem empática tem sido satisfatório.
11	Aprendi na prática. Desconheço técnicas específicas.
12	Terapia de grupo.
14	Sempre falar a verdade objetivamente.
16	Estabelecer uma boa relação médico paciente demonstrando empatia.
18	Ser objetivo e sincero.
19	Falar de forma clara e sensível e escutar o paciente é fundamental para sanar suas dúvidas.

Fonte: Elaborado com dados da pesquisa

Essas respostas têm a seguinte representação gráfica (figura 5), conforme a recorrência de palavras, representada pelo tamanho das letras.

Figura 4 – Nuvem de palavras da resposta 4

# familiar paciente falar

Fonte: Elaborada com base nos dados da pesquisa

Nas respostas a essa pergunta, de certa forma continuação da anterior, apenas três termos se sobressaíram e, entre eles, mais uma vez “paciente”. Então, deduz-se que também há uma continuidade na preocupação dos respondentes: o “paciente” como foco de um processo em que se buscou incessantemente a cura (vida) (Costa, 2023), mas se encontra em processo de morte (condições de CP) (figura 2); a sempre presente relação médico/paciente, independentemente de distâncias físicas (Halina Bortnowska, apud Matsumoto, 2012 (figura 3) e o maior compromisso do médico com o paciente do que com a família (Lino et al. , 2011) (figura 4).

Porém, o termo “familiar” acompanhou “paciente” em igual incidência, podendo-se inferir, daí, a relação do médico também com a família, principalmente em momentos de comunicações graves. Então, “paciente e família” surgem como foco da comunicação, embora a pergunta tenha se referido especificamente a abordagens de comunicação mais eficazes ou compassivas.

Como na questão anterior, mesmo a pergunta se referindo à comunicação, as respostas destacaram os receptores dela. A forma ou a abordagem, palavra “falar”, ficou em um plano inferior, como se vê na nuvem.

Nesse sentido, Lino et al (2011) explicam que os médicos muitas vezes enfrentam situações difíceis em relação aos familiares do paciente. É quando, por exemplo, os familiares pedem que ele não informe o paciente sobre suas condições

adversas. É diferente da situação em que o paciente não demonstra ser capaz de compreender as notícias ou quando ele não tem interesse em saber. Mas aí vem o que ressaltam esses autores e já mencionado aqui: “o compromisso do médico é com o paciente mais que com seus familiares”.

Mesmo a maioria das respostas não citando especialmente “abordagens mais eficazes”, algumas indicaram formas compassivas de comunicação – outro complemento da pergunta – não verbal, mas gestual, como: “no final, aperto a mão das pessoas e ofereço um abraço” (ID 6); “contato visual, tom de voz suave e expressões faciais acolhedoras transmitem empatia, ajudando a construir uma conexão” (ID 7).

Souza e Souza et al. (2013) lembram que lidar com o processo de morrer faz com que o médico/indivíduo enfrente seus sentimentos contrastantes diante da morte; ele fica entre sua obrigação de médico, com deveres a cumprir, e seus sentimentos de pessoa. Vencer esse contraste é mais um desafio a ser superado.

Como se pode deduzir, se faltam palavras para essa superação em determinado momento, os gestos falam por si sós, inclusive, porque vencem aquela posição distante e aparentemente insensível ou mesmo insensível, frente ao doente e a sua família (como dito antes aqui) (Oliveira-Cardoso; Santos, 2017; Guimarães et., 2023).

Outras formas compassivas mencionadas foram: silêncio, companhia e atenção – “sempre ouvir atentamente” (ID 8); “valorizar o silêncio e a companhia que os pacientes e familiares precisam” (ID 9); “atenção não só ao que é dito, mas também às emoções e sinais não verbais” (ID 7).

Essas também são linguagens não verbais que contribuem ou são até mais eficazes do que propriamente as verbais, a depender da situação do momento. Elas podem ser incluídas no espectro da também mencionada “comunicação sensível” determinada pela Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (MS, 2024).

No que diz respeito ao objetivo deste estudo, duas declarações estão diretamente relacionadas a ele: “utilizo o que aprendi através dos anos de formação” (ID 2); “aprendi na prática. Desconheço técnicas específicas” (ID 11). Ou seja, esses dados têm relação com o referido na tabela 6, respectivamente: 21% tiveram preparação em CP na graduação em medicina e 79% não tiveram; 63% aprenderam

na prática. Por sua vez, esses dados podem ainda ter relação com a época da formação ou com o tempo a organização curricular das respectivas faculdades.

Quadro 6 - Baseado em sua experiência, o que você acredita que está faltando na formação médica atual em relação ao preparo dos estudantes para lidar com a morte e os cuidados no final da vida?

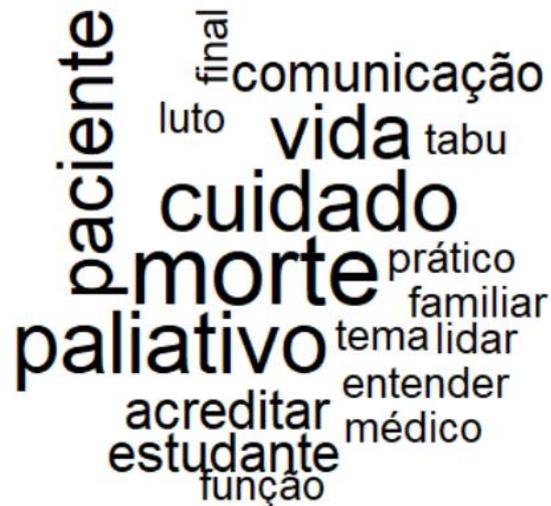
ID	Resposta dos docentes
1	Não consigo entender, como em pleno século XXI, ainda não temos uma cadeira obrigatória sobre cuidados paliativos nas universidades. O conhecimento sobre esse tema é sequencial, necessita de tempo e maturidade, para que possa ser melhor compreendido.
2	Discussão sobre o tema. Simulações das perdas.
3	(não respondeu)
4	Que se cumpram as DCNs, em sua publicação de novembro de 2022, com inclusão no currículo do curso de Medicina de disciplinas como Terminalidade de Vida e Cuidados Paliativo e Espiritualidade.
5	Separar nitidamente a função do médico que luta pela vida do seu paciente das funções paliativas realizadas por OUTRA equipe de apoio quando ele percebe que não alcançará seu intento. Lembrando que pela velocidade que avança a ciência, do outro lado da terra, a doença do mesmo paciente não é mais terminal.
6	Acredito que os estudantes precisam "vivenciar" mais os cuidados paliativos e a morte, principalmente através da simulação realística, local onde eles possam treinar a comunicação de más notícias (e de óbito, inclusive), enfrentar as reações do paciente e seus familiares através desse tipo de situação, para aprenderem como se comportar, o que dizer e como orientar as questões burocráticas e o luto.
7	Falta treinamento prático em comunicação empática, especialmente para conversas sobre prognósticos ruins e final de vida, que requerem sensibilidade e habilidade. A formação médica ainda foca muito na cura. Os estudantes recebem pouca orientação sobre como lidar emocionalmente com a morte e o luto, e como proteger sua própria saúde mental diante de situações difíceis. A exposição prática aos cuidados paliativos é limitada e cada vez mais as "práticas" são em máquinas/bonecos/simuladores.
8	Comunicação e empatia.

9	Debater sobre a morte, seja com filmes, livros. Conversar sobre a morte como tabu, sobre o paradigma do cuidar x curar, e que a função da medicina vai além da descoberta de um diagnóstico, visando cura.
10	Trazer mais destaque para a temática no processo.
11	Não acredito que os estudantes precisam ser especialistas em cuidados paliativos durante a graduação. Já há programas de residência e pós-graduação nessa área para quem quiser se especializar na área. É importante que eles conheçam os conceitos gerais, como funcionam as equipes de cuidados paliativos e quais critérios são utilizados para definir que um paciente necessita tais cuidados. É importante terem conhecimento sobre consentimento informado, tomada de decisões conjunta, tratamento da dor.
12	Aulas de psicologia e luto.
13	Como mencionei antes, não posso dizer baseada em uma experiência que não tenho, mas eu acredito que na faculdade os estudantes são treinados para evitar a morte e não para lidar com ela. Acredito que é um grande tabu ainda falar sobre a morte; as pessoas não estão preparadas para discutir sobre isso.
14	Mais discussão sobre o momento da morte, que é sempre colocada como fracasso. quando muitas vezes é alívio. Mais preparo para lidar com familiares. Pouco se sabe sobre a documentação, o que se deve fazer, como preencher os formulários, como encaminhar pedidos de doação de órgãos.
15	Preparo técnico de entender o fim de vida. Entender que o papel do médico não é impedir o final da vida, e sim deixar tudo mais confortável e com menos sofrimento. Falta habilidade de comunicação e empatia para com os pacientes e familiares
16	Trabalhar ao longo dos diversos eixos o tema.
19	Falar sobre a morte, esse assunto é um tabu, planejamento do final da vida dos pacientes

Fonte: Elaborado com dados da pesquisa

Essas respostas têm a seguinte representação gráfica (figura 5), conforme a recorrência de palavras, representada pelo tamanho das letras.

Figura 5 – Nuvem de palavras da resposta 5



Fonte: Elaborado com dados da pesquisa

O termo “morte” aparece de forma bem destacada em relação aos outros, indicando, obviamente, alguma necessidade, já que a pergunta é sobre o que falta à formação atual em Medicina em nível de graduação.

De imediato, a visualização dessa palavra remete à nuvem das respostas à pergunta 1 (figura 2), na qual a palavra que mais se sobressaiu foi “vida”. E vem imediatamente a questão que se debateu neste trabalho: embora o médico busque a cura (VIDA), nem sempre isso é possível (MORTE). E as dificuldades de lidar com esses dois parâmetros concomitantemente têm sido objeto de estudo e de pesquisas empíricas no país.

Para melhor se dimensionar o sentido dessas palavras, representativas das necessidades identificadas pelos respondentes na formação dos estudantes de Medicina em nível de graduação, é pertinente se considerar o contexto sociocultural da atualidade, de onde emergem esses estudantes, futuros médicos.

Primeiro, independentemente de se ser médico, dois fatores podem contribuir para as dificuldades de se lidar com a morte: 1) em todos os tempos e culturas (como acima referido brevemente, o ser humano sempre procurou um entendimento sobre a morte, sendo desenvolvidas teorias e conceitos como respostas, com base em

narrativas, em ritos ou em crenças, entre as quais se inclui a religião (Rodrigues; Zago, 2012); 2) contemporaneamente, em especial desde a década de 50 (século XX), o fortalecimento da indústria e depois a expansão do mercado globalizado (Lipovetski, 2023) em um processo de secularização crescente (Malta et al., 2018; Aguiar; Silva, 2021) fizeram e têm feito com que se viva o “aqui e agora” em uma realidade que junta traços e hábitos de culturas distintas e o virtual com o real (Enciclopédia, 2024). Dessa conjuntura, emerge um indivíduo frágil, que sofre pressões pela menor proteção coletiva das instituições, mas que se sente dual, porque tem autonomia total, mas sente pressões da vida, do trabalho e outras (Lipovetski, 2023).

Esse indivíduo, sem resposta alguma sobre o porquê da morte, com essas características e inserido em uma teia de significados culturais é que entra no curso de graduação em Medicina, buscando uma formação profissional na qual a morte, obrigatoriamente, integra suas atividades diárias. Souza e Souza et al. (2013) explicam que a diferença entre leigos e médicos quanto à morte e ao processo de morrer é que esses dois episódios fazem parte da atividade profissional do médico e não o fazem do leigo. De acordo com Nogueira et al. (2006), se ser consciente quanto à finitude da vida é uma condição da existência humana, mais ainda é de quem tem como atividade profissional lidar com doenças nem sempre curáveis.

Disso, deduz-se que compete mais ainda aos cursos de Medicina formarem e preparem os estudantes para lidar com tema, haja vista ser exigência diária do exercício profissional.

Relativamente ao que falta nos cursos para a formação médica em relação à morte e aos CP, na visão dos professores: “falta treinamento prático [...] sobre prognósticos ruins e final de vida [...]. Os estudantes recebem pouca orientação sobre como lidar emocionalmente com a morte” (ID 7); “debater sobre a morte, seja com filmes, livros. Conversar sobre a morte como tabu” (ID 9); “os estudantes são treinados para evitar a morte e não para lidar com ela. Acredito que é um grande tabu ainda falar sobre a morte; as pessoas não estão preparadas para discutir sobre isso” (ID 13); “mais discussão sobre o momento da morte, que é sempre colocada como fracasso” (ID 14); “preparo técnico para entender o fim de vida. Entender que o papel do médico não é impedir o final da vida” (ID 15). Outros também reconheceram explicitamente essa necessidade.

Como referido, não se trata de uma questão pontual local, mas sim generalizada, em nível de país. De acordo com Siqueira et al., (2022, p. 2), na FPS, a

falar sobre a morte só ocorre em determinados momentos, por exemplo, quando se fala de espiritualidade e em aulas de comunicação. quando se discute eutanásia e questões similares. “Apesar de importante, a abordagem desses assuntos não é feita constantemente durante os seis anos de curso, acontecendo em períodos pontuais”.

Amoedo et al. (2023, p. 9) afirmam que fora disciplinas como tanatologia e psicologia médica, fala-se muito pouco em morte e no processo de morrer. E tanto é que a necessidade ensejou discussões que levaram à atualização das DCN de 2014. Nessa atualização, foi estabelecida obrigatoriedade de “formar e treinar em competências específicas dos cuidados paliativos, reforçando a compreensão dos aspectos biológicos, psicossociais e espirituais que envolvem a terminalidade da vida, a morte [...]”.

Sobre os CP, duas palavras da nuvem, em igual posição de importância, “cuidado” e “paliativo”, são referências explícitas a eles. Nessa medida, algumas respostas foram incisivas quanto à necessidade de formação nessa área: “Não consigo entender, como em pleno século XXI, ainda não temos uma cadeira obrigatória sobre cuidados paliativos nas universidades. O conhecimento sobre esse tema é sequencial, necessita de tempo e maturidade” (ID 1); “que se cumpram as DCNs, em sua publicação de novembro de 2022, com inclusão no currículo do curso de Medicina de disciplinas como [...] Cuidados Paliativos” (ID 4); “os estudantes precisam ‘vivenciar’ mais os cuidados paliativos e a morte, principalmente através da simulação realística” (ID 6); “a formação médica ainda foca muito na cura. Ensinar sobre a importância do alívio do sofrimento e apoio psicossocial é essencial” (ID 7).

Pesquisas sobre CP, realizadas com estudantes de graduação, também têm indicado o ponto de vista deles sobre o assunto. Em 2023, para verificar os conhecimentos sobre CP, uma investigação com estudantes do primeiro e do décimo segundo períodos de Medicina de uma faculdade particular de Minas Gerais obteve os seguintes resultados; 85,3% dos primeiros e 55,5% dos segundos não conheciam a possibilidade de realização dos CP; 6 alunos do 1º período e nenhum do 12º período consideraram que os CP são introduzidos quando nada mais há a fazer; 23 do primeiro e 9 do segundo afirmaram que não, e 12 do primeiro e zero do segundo afirmaram não saber responder. Os pesquisadores concluíram que esse tema, muito presente no cotidiano da profissão, era pouco abordado durante a formação (Cassimiro et al, 2023).

Duas respostas não consideraram haver falta na formação dos estudantes de Medicina em relação aos CP na graduação: “(falta) separar nitidamente a função do médico que luta pela vida do seu paciente das funções paliativas realizadas por OUTRA equipe de apoio quando ele percebe que não alcançará seu intento” (ID 5); “não acredito que os estudantes precisam ser especialistas em cuidados paliativos durante a graduação. Já há programas de residência e pós-graduação nessa área para quem quiser se especializar. É importante que eles conheçam os conceitos gerais, como funcionam as equipes de cuidados paliativos e quais critérios são utilizados para definir que um paciente necessita tais cuidados” (ID 11).

Os resultados das pesquisas empíricas realizadas por Siqueira et al. (2022), com estudantes de Pernambuco; por Amoedo et al (2023), com estudantes da Bahia, e por Cassimiro et al. (2023), com estudantes de Minas Gerais, demonstraram resultados diferentes disso. Pelos dados, falta aos estudantes, no geral, conhecimentos mínimos sobre os CPs. E seus posicionamentos sobre a morte e sobre o processo de morrer, bem como para seu enfrentamento, pressupostos para o exercício da profissão e bases para os CPs também, também foram frágeis.

Mas a realidade é que, além das DCN de 2014, alterada em 2022, e do Código de Ética Médica de 2009, em maio de 2024, o MS lançou a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS, justificada pelas barreiras culturais, pelo atendimento limitado (concentrados nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste) e pela carência de profissionais com formação paliativa, com expectativa de implantação de cerca de mil equipes no país todo (MS, 2024).

Quadro 7 - Que práticas de autocuidado você considera primordial para médicos que lidam frequentemente com a morte, e como você incorpora essas práticas a sua rotina?

ID	Respostas dos docentes
1	Terapia e religiosidade.
2	Redução das jornadas de trabalho. Realizar atividades que tragam prazer. Trabalhar a espiritualidade.
3	Atividade física, meditação, terapia e tempo de lazer.
4	Evitar vivenciar ou se envolver emocionalmente com pacientes e familiares.

5	Isto se relaciona com escolhas de Especialidades. Algumas tem um índice maior de óbitos como a oncologia. Mesmo assim as estatísticas podem ser temporárias. O médico não deve perder a gana de SEMPRE defender a vida. Há um risco de que este sentimento de defender a vida a todo custo seja AMENIZADO quando ele é introduzido precocemente aos conceitos de Cuidados Paliativos. Fica aqui uma pergunta: quando?
6	Ter e cultivar a espiritualidade, ter um hobby agradável que descanse sua mente e lhe dê prazer, passar momentos inesquecíveis com a família e amigos, meditar, extravasar emoções pesadas da rotina de trabalho através de uma atividade física.
7	Reservo um tempo após o trabalho (ida do trabalho para casa) para refletir sobre o dia e processar emoções, o que ajuda a aliviar o peso emocional e manter uma perspectiva saudável. Discuto alguns casos com colegas do trabalho e converso com minha família (que não trabalha na área da saúde) É importante equilibrar a vida profissional e pessoal. Desconectar-se do trabalho e dedicar tempo às atividades que proporcionam prazer.
8	Ter um bom entendimento do que é saúde mental e adoecimento mental e como ter uma vida saudável.
9	Praticar atividades físicas, ter contato com familiares, ter seu momento de leitura que não seja relacionada com a profissão. Fazer psicoterapia, ter momentos com amigos para não falar sobre trabalho.
10	Todas relacionadas à saúde mental. Tento trazer pra minha realidade equilíbrio quanto a carga horaria de trabalho, tempo de qualidade com familiares e amigos, atividade física e hobbies e sempre buscar desenvolver habilidades e conhecimentos fora da medicina.
11	É preciso encarar o final da vida com naturalidade e não como uma ineficácia da nossa atuação médica. Penso que fazer terapia necessário é algo para todos, incluindo os médicos.
12	psicoterapia, academia
14	Assumir uma postura adequada. Linguagem clara e objetiva. Evitar achar culpados ou culpar o paciente que foi a óbito. Aguardar a manifestação de pesar (choro, gritos, fúria) sem interromper. Se oferecer para responder todas as questões.
15	Terapia. Atividade física e sono reparador
16	Classificar pacientes que estão em cuidados paliativos e planejar os devidos cuidados.
17	Terapia. Todos deveriam fazer.

18	Cuidar de si para cuidar melhor dos outros. Exercícios físicos, cultivar a espiritualidade. meditação, boa alimentação etc.
19	Ser sensível a espiritualidade, terapia.

Fonte: Elaborado com dados da pesquisa

Essas respostas têm a seguinte representação gráfica (figura 6), conforme a recorrência de palavras, representada pelo tamanho das letras.

Figura 6 – Nuvem de palavras da resposta 6



Fonte: Elaborada com dados da pesquisa

A “terapia” foi considerada a prática principal para os médicos lidarem com os eventos da morte e do processo de morrer. Depois vieram “espiritualidade e atividade física”. Sobre a terapia, Barreto et al. (2023) consideram que a Psicologia, com abordagem especializada em saúde mental, pode oferecer suporte social, emocional e psicológico aos profissionais envolvidos em CP. Rosário (2021) e Soares (2023) destacam a importância do apoio psicológico a esses profissionais, a fim de não comprometerem a saúde, seu bem-estar e o próprio trabalho.

Sobre “atividade física”, “espiritualidade” e outras declaradas, como lazer, meditação, conversas com amigos e com familiares, todas podem ser inseridas no contexto das estratégias de enfrentamento, de acordo com o que cada um considera melhor. Cumberaw et al. (2023) explicam que as reservas de enfrentamento incluem características pessoais, aspectos do temperamento e outros tipos de reserva, como atividades sociais, estímulo intelectual e outros.

Além disso, não se pode esquecer das influências culturais, da “teia de significados” e das crenças religiosas, as quais, dentro de suas características e segundo os traços pessoais, podem funcionar positivamente no combate ao estresse. Práticas de autocuidado dos profissionais em CP consideradas primordiais foram sintetizadas por um dos professores: “todas relacionadas à saúde mental. Tento trazer pra minha realidade equilíbrio quanto a carga horaria de trabalho, tempo de qualidade com familiares e amigos, atividade física e hobbies e sempre buscar desenvolver habilidades e conhecimentos fora da medicina” (ID 10).

A propósito, frente às condições com que o estudante ingressa no curso de Medicina, práticas de autocuidado poderiam ser iniciadas desse logo. Isso porque, pesquisas vêm demonstrando a situação precária desses estudantes ainda na graduação, devido às próprias peculiaridades do curso e à conciliação da visão dele com as áreas da vida, com as relações e outras exigências (Brito Júnior et al., 2022).

Se tais condições, associadas ao contexto vivencial com que o estudante ingressa no curso, têm esse peso sobre sua saúde, o que dizer quando ele tiver de enfrentar questões como a morte, inerentes à atividade profissional que busca?

Os futuros médicos necessitam administrar os diversos fatores propulsores de sofrimento psíquico e, na maioria das vezes, lidarem com a autonomia e com a mudança [...]. A cobrança, o medo do desconhecido e a imposição externa culminam na construção de uma atmosfera de estudo preocupante no que tange a saúde mental (Brito Júnior et al., 2022, p. 2)

Os autores complementam que estudos têm se referido à depressão, à ansiedade e ao suicídio, cuja taxas de incidência têm reforçado “o prejuízo emocional e psicossocial aos quais os acadêmicos do curso de medicina estão submetidos [...]” (Brito Júnior et al., 2022, p. 2).

Quadro 8 – Como você define uma "boa morte" e de que forma tenta facilitar isso para seus pacientes?

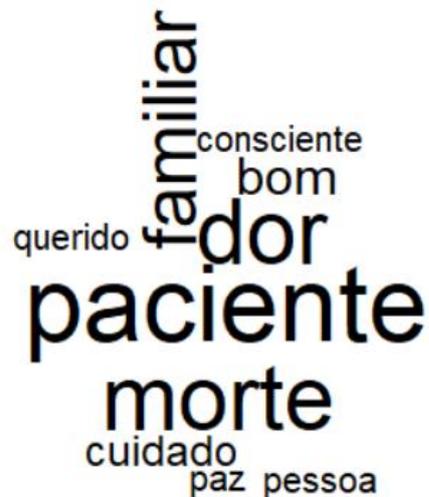
ID	Respostas dos docentes
1	É fazer a passagem sem sofrimento, dor ou angústia.
2	Estar junto com entes queridos. Respeitando a vontade do paciente. Dando suporte emocional aos familiares.
3	Uma morte sem dor.

4	Paciente e familiares bem cuidados, preparados pelo paliativista, com alívio dos sintomas irreversíveis, dentro dos seus princípios de suas espiritualidade e crenças, com seus familiares e/ou amigos queridos e seus desejos atendidos (Diretrizes Antecipadas de Vontade e Testamento Vital).
5	Não existe uma boa morte. A morte durante um tratamento instituído (com perspectiva de cura) sempre deve ser uma frustração apesar de inevitável. É esta frustração que leva a medicina a avançar.
6	Uma morte sem sofrimento, sem dor e sem arrependimentos. Oriento os Cuidados Paliativos ao paciente e seus familiares como necessidade inquestionável ao diagnóstico de uma doença grave e incurável. A equipe de CP é multiprofissional e cuida para que todas as dimensões (corpo - mente - espírito) sejam tratadas.
7	Uma boa morte é aquela em que o paciente se sente confortável, sem dor, e em paz, rodeado por pessoas queridas e com seus desejos respeitados. Busco entender as preferências e valores do paciente e trabalhar em conjunto para garantir que ele se sinta ouvido e respeitado em cada decisão sobre o cuidado.
8	Uma morte sem dor e com a compreensão de que somos passageiros.
9	Quando os sintomas do paciente são controlados, quando os familiares compreendem o que está acontecendo, quando o paciente teve oportunidade de realizar planejamentos, sabendo de sua finitude próxima.
10	Com aceitação e livre de dor, dentro das possibilidades.
11	Uma boa morte é aquela consciente, planejada, com controle da dor, funcionalidade e apoio de familiares e/ou amigos. Facilito isso ao meu paciente mantendo sempre um discurso franco, empático, além de referenciar para o Hospital de Apoio.
12	A passagem em paz.
13	Acredito que uma boa morte é aquela a menos traumática possível tanto para o paciente quanto para os familiares. Proporcionar ao paciente que ele esteja junto com aqueles que ama é fundamental para este momento.
14	paciente consciente e sem dor, e/ou dispneia, acompanhado de familiares com atritos e conflitos solucionados.
15	Uma boa morte é aquela em que a pessoa está confortável, sem dor, sem tantos dispositivos, tubos e etc. está na companhia das pessoas que ama, consciente do processo, e em paz com isso.
16	É aquela que foi planejada em conjunto com o paciente, cuidadores e equipe.
18	Estar preparado para aceitar a morte como desfecho natural da vida, evitar tratamentos inúteis.
19	Qualidade de vida, com um manejo de dor.

Fonte: Elaborado com dados da pesquisa.

Essas respostas têm a seguinte representação gráfica (figura 7), conforme a recorrência de palavras, representada pelo tamanho das letras.

Figura 7 – Nuvem de palavras da resposta 7



Fonte: Elaborada com dados da pesquisa

Nessas respostas, o termo “paciente” se sobressaiu novamente, talvez por ser ele o destinatário do objeto da pergunta. Outra vez, de imediato, a associação paciente X boa morte lembra ao observador a relação médico/paciente, inferindo-se que as respostas são surgidas dessas relações concretas, ou seja, não foram elaboradas hipoteticamente.

Os termos “dor e morte”, no mesmo nível, podem traduzir não só o momento do próprio paciente, como o da “família”, que aparece ligeiramente menor. Mas o que se vê, no conjunto dessas palavras, independentemente de seus destaques, é que ele contempla a noção de grande parte dos termos da boa morte no contexto dos CP: qualidade de vida, visão da doença e sintomas e ausência de sofrimento (Freitas, 2012; Coelho, 2019).

Questões relacionadas à autonomia do paciente, à ética e a questões culturais foram abordadas de maneira isolada, respectivamente: “respeitando a vontade do paciente” (ID 2); “evitar tratamentos inúteis (ID 18); “preparados [...] dentro dos seus princípios de suas espiritualidade e crenças” (ID 4).”

Uma resposta expressou de forma clara a visão da Medicina centrada na cura, tal como ocorre tradicionalmente nos cursos de formação: “não existe uma boa morte. A morte durante um tratamento instituído (com perspectiva de cura) sempre deve ser uma frustração apesar de inevitável” (ID 5).

Figueiredo e Stano (2013) lembram que, mesmo sendo inevitável, frequentemente a morte é considerada derrota e frustração, principalmente na área da Medicina, porque vem após a implementação de tantos esforços. Na mesma pesquisa de Siqueira et al. (2022), 82,20% discordaram, em parte, da noção de que a “a morte de um paciente é considerada um insucesso”.

Pode-se deduzir que, para além de uma formação centrada na cura, a morte de um paciente não é enfrentada apenas com o saber acadêmico, racional, pelo menos como demonstraram os resultados dessas investigações empíricas.

Quadro 9 -- Que conselhos ou *insights* você daria para estudantes de medicina ou médicos no início de sua carreira sobre como lidar com a morte e o processo de morrer de seus pacientes?

ID	Respostas dos docentes
1	Seguramente, oriento todos os meus alunos a assistirem o curta metragem A DAMA E A MORTE.
2	Desenvolver o altruísmo é essencial para um profissional da área de saúde.
3	Aprendam com as perdas, se foi algo que você poderia ter feito diferente estude e evite aquela perda, acolha a dor dos entes queridos, e converse com alguém sobre o ocorrido.
4	Informar-se bem do assunto (se não teve oportunidade de fazer a disciplina no seu curso de Medicina). Lembrar que, Terminalidade de Vida e Cuidados Paliativos apesar de já contar com cursos de especialização ou Residência médica, é um assunto da formação do médico generalista!
5	Noções básicas e conceitos gerais podem ser instituídas durante o ensino básico da medicina, mas o treinamento da especialidade seguirá com um programa de residência. A equipe de cuidados paliativos será distinta da equipe de tratamento.
6	Que aprendam o máximo possível sobre as patologias que irão diagnosticar e tratar nos seus pacientes. Sejam os melhores médicos que conseguirem ser (tecnicamente falando). Assim, eles terão bastante segurança ao diagnosticar um paciente que porventura tenha indicação para CP e o faça de maneira adequada. Que sempre pensem naquele paciente como se fosse um familiar querido seu, trate-

	o da forma que gostaria que tratassem esse familiar, com segurança diagnóstica, com carinho, respeito e humanidade.
7	Lidar com a morte é desafiador e, no começo, é normal sentir desconforto. Permita-se sentir essas emoções, pois elas fazem parte do crescimento profissional e pessoal. Estar ao lado do paciente e da família, ouvir suas preocupações e mostrar empatia é tão importante quanto qualquer tratamento. Nem sempre podemos curar, mas podemos tentar aliviar o sofrimento. Cada caso é único, e cada paciente pode ensinar algo valioso sobre a vida e a morte. Refletir sobre essas experiências ajuda a nos fortalecer.
8	Que somos profissionais cuidadores e não curadores ou heróis, somos seres humanos e também morreremos em algum momento
9	Entender que as doenças têm sua curva de evolução e onde o paciente se encontra nessa curva, facilita nossa compreensão sobre qual a prioridade do cuidado desse paciente. No final da curva, o paciente está mais próximo de sua terminalidade, conversar sobre o que é importante em suas vidas é fundamental para que se possa ressignificar o sofrimento relacionado a finitude próxima, transformando o paciente no protagonista do seu processo de adoecimento e falecimento. É importante incluir a família nesse processo, para que possam integrar, respeitando o protagonismo do paciente.
10	Estudar sobre a temática e sua importância e praticar o autocuidado.
11	A morte é algo que precisa ser encarado com naturalidade e nosso papel, como médicos, nem sempre será o de curar, mas também de mitigar a dor, dar apoio e ser empático com aqueles que sofrem. É importante sempre estar atualizado sobre sua área de atuação. É importante não pautar a relação médico-paciente em expectativas irreais.
12	Sejam mais humanos.
13	Tentar minimizar ao máximo o envolvimento emocional é o melhor caminho, apesar de saber que é muito difícil.
14	Acompanhe o paciente até o último minuto.
15	Não normalizar como se fosse algo banal. Apesar de ter que entender que faz parte da vida, e que muitas vezes não vamos conseguir salvar o paciente; não tratar a situação como mais um número estatístico, e sim entender que estamos lidando diretamente com a dor do outro, e deveríamos nos mostrar empáticos, compreensivos e disponíveis para consolar e deixar o processo minimamente menos doloroso aos envolvidos.

16	Estudar o tema.
17	Acredite que todos nós somos finitos. Mas, trate com respeito e dignidade não só quem está próximo da morte, mas todos os seres humanos.
18	Desde a graduação discutir o assunto, leitura de textos e ir se preparando para estar melhor ao lidar no futuro com doenças terminais, sem possibilidade de cura de seus pacientes.
19	Estude sobre, fale sobre, prepare-se para uma comunicação clínica com empatia e clareza em sua fala.

Fonte: Elaborado com dados da pesquisa

Essas respostas têm a seguinte representação gráfica (figura 8), conforme a recorrência de palavras, representada pelo tamanho das letras.

Figura 8 – Nuvem de palavras da resposta 8



Fonte: Elaborada com dados da pesquisa

Da mesma forma que em quatro respostas anteriores, o termo “paciente” foi o mais evocado, o que remete à noção de Halina Bortnowska (apud Matsumoto, 2012, p. 26), na resposta 3: “o paciente é o soberano, e o médico é o general”. E isso se confirma quando se observa que a incidência da palavra “médico” é a segunda. nessa perspectiva, isso ficou claramente retratado, na medida em que a palavra “família” aparece com menos da metade do destaque da palavra “paciente”. Isso destaca a

importância que o paciente desfruta na relação médico/ paciente, como destinatário de todos os cuidados e de toda a atenção.

A igualdade da incidência de “morte, tratar e importante” é denotativa da noção que subsidia os CP em termos gerais. Porém, quando essas palavras são associadas a outras de menor incidência – “cuidado, dor, lidar, entender e humano” – todas no mesmo patamar, são ressaltadas as características das atividades de CP. É como se cada respondente contribuísse um ponto essencial à formação do conceito de CP e esse fosse o conselho dado.

Os CP se fundamentam em princípios como: morte como processo natural (Comin et al., 2023); não menção à impossibilidade de cura e à terminalidade (tratar) (Matsumoto, 2012); avaliação do sofrimento físico (lidar, dor); alívio das questões emocionais e sintomas angústia (entender, humano) (OMS, 2016).

Nas palavras dos respondentes, é “entender que estamos lidando diretamente com a dor do outro, e deveríamos nos mostrar empáticos, compreensivos e disponíveis para consolar e deixar o processo minimamente menos doloroso aos envolvidos” (ID 15).

Mas um conselho talvez se sobressaia pelo fato de sua ideia não ter se aproximado das declaradas em outras respostas e por, de certa forma, sintetizar o que seria o oposto ao que se descreveu no corpo deste estudo: “Não normalizar como se fosse algo banal. Apesar de ter que entender que faz parte da vida, e que muitas vezes não vamos conseguir salvar o paciente; não tratar a situação como mais um número estatístico” (ID 15). Nesse sentido, torna aos observadores a noção de que há, na sociedade atual, uma ausência de valores ou a banalização deles (Enciclopédia, 2024). Esse conselho também pode ser visto, em parte, dentro de outro: “sejam [...] humanos” (ID 12).

No tocante ao objetivo este trabalho, várias respostas foram indicativas da necessidade de abordagem dos CP em seus conselhos: “estudar sobre a temática e sua importância e praticar o autocuidado”(ID 10); “estudar o tema” (ID 16); “desde a graduação discutir o assunto, leitura de textos e ir se preparando para estar melhor ao lidar no futuro com doenças terminais, sem possibilidade de cura de seus pacientes” (ID 18); “estude sobre, fale sobre, prepare-se para uma comunicação clínica com empatia e clareza em sua fala” (ID 19).

## 5 PRODUTO EDUCACIONAL

O produto educacional resultante deste estudo é direcionado a professores que têm ou tiveram experiência com disciplinas relacionadas à saúde mental. A amostra objeto da pesquisa é composta por professores da graduação em Medicina de um Centro Universitário privado do Distrito Federal, totalizando 190 profissionais. A amostra é estratificada, garantindo uma representação adequada da população-alvo.

A escolha dessa amostra se deve à estreita relação entre os conteúdos de disciplinas de saúde mental e a preservação da saúde mental como um dos objetivos fundamentais para os profissionais médicos, especialmente em atividades de CP. Considerando que esses professores lidam diretamente com esses conteúdos, eles são, em teoria e na prática, os mais aptos a compreender os objetivos do estudo – o conhecimento sobre CP – e os aspectos que devem ser preservados, como a saúde mental.

Este entendimento se baseia em três fatores inter-relacionados que influenciam o curso de graduação em Medicina. O primeiro fator se refere ao temor universal e histórico da morte e do processo de morrer, cuja busca de significado está presente nas culturas das épocas. O ser humano buscou compreender e conferir um significado a esse fim inevitável e universal. O medo é exacerbado pela falta de preparação para lidar com a terminalidade. Além disso, questões socioculturais e crenças pessoais e grupais criam uma "teia de significados" que afeta o indivíduo, influenciando sua percepção da vida e da morte (Rodrigues; Zago, 2012).

O segundo fator diz respeito ao ambiente sociocultural no qual os cursos de graduação em Medicina funcionam, ambiente esse que espelha os efeitos dos avanços da tecnologia, com uma sociedade pautada pelo consumo (Lipovetski, 2023), com a "valorização daqui e agora" e com uma mistura de hábitos e de traços culturais distintos, com diversos fragmentos e tendências e ausência de valores ou banalização dos que ainda podem ser encontrados (Enciclopédia, 2024).

Os sujeitos deste tempo desfrutam de autonomia total sobre o gerenciamento de seus destinos, mas se tornaram mais frágeis, pôr as mudanças o deixaram sem as proteções institucionais, e eles têm dificuldades de lidar com pressões da vida e do trabalho. A medida dessa fragilidade está nos indicadores de depressão, de ansiedade, de consumo de medicamentos que enfrentam (Lipovetski, 2023). Com

isso, os estudantes que ingressam no curso de Medicina carregam os traços históricos e os presentes.

O terceiro fator também está relacionado com os cursos de Medicina, porém, no sentido institucional. O modelo desenvolvido por esses cursos no Brasil, principalmente o implantado na década de 60 (século XX), baseou-se no caráter biomédico flexneriano, disseminado mundialmente. O Ministério da Saúde era um dos responsáveis pela formação dos profissionais para a área de saúde, da formação à educação continuada, e o Ministério da Educação tinha a responsabilidade da Política Nacional de Educação (Souza, 2023).

Mesmo com as mudanças internacionais relativas a esse modelo, no Brasil, poucas coisas mudaram, sendo a natureza biomédica do modelo flexneriano mantida na maioria das escolas (Sousa, 2023). Esse modelo não é mais compatível com as necessidades atuais, não só do ponto de vista político (Almeida Filho, 2010), embora a graduação em Medicina ainda incorpore um ideal científico a um racional, como resultado de alguma reconstrução dele. E isso pode ser comprovado em matrizes curriculares que destacam a cura, com muitas poucas disciplinas centradas no atendimento integral do paciente terminal (Amoedo et al., 2023).

Sem espaço e sem discussão de assuntos que não sejam focados na cura durante a formação em Medicina, há uma espécie de alimento daquela condição pessoal frágil dos estudantes ingressantes ou mesmo uma desconsideração da realidade de que a atividade médica implica, necessariamente, defrontar-se com a morte e com processos de morrer. Isso também se estende aos Cuidados Paliativos, que se voltam para processos mais relacionados com a terminalidade.

A resistência ao enfrentamento da morte, quando se tem de lidar com ela, aumenta à medida que vão passando os anos de formação dos profissionais de saúde. De início, os estudantes não são preparados para isso, e com o passar do curso, o tempo e o espaço são poucos para eles entrarem em contato com as próprias dores, com os sentimentos “que a visão da morte provoca no interior de cada um”, com os desconfortos e com os conflitos éticos que vivenciam cotidianamente (Figueiredo; Stano, 2013).

Com as DCN de 2024, atualizadas em 2022, estabelecendo a necessidade de desenvolvimento de competências, de conhecimento e de habilidades para se atuar com Cuidados Paliativos (art. 6º) e dispendo sobre as boas práticas nesse sentido (art. 12), espera-se que os currículos da graduação em Medicina sejam revistos e

implementem as determinações. Mas é no contexto mais pontual de seu art. 23 que a proposta deste Guia se insere.

Art. 23 – [...]

VII - conhecimento da abordagem, dos **conceitos e da filosofia dos cuidados paliativos e hospice**;

VIII - compreensão dos aspectos biológicos, psicossociais e espirituais que envolvem a **terminalidade da vida, a morte e o luto**, considerando o domínio das intervenções e medidas farmacológicas para o adequado controle dos sintomas (ME, 2022) (g.n.).

Pesquisas empíricas de diversas fontes, descritas no corpo deste estudo, têm demonstrado os resultados negativos da ausência ou da pouca abordagem dos temas aqui referidos nos cursos de graduação, inclusive com declaração dos próprios estudantes. Concluíram que falta aos currículos institucionais disciplinas sobre os temas ou que se voltem objetivamente para eles de algum modo.

Enquanto a realidade dos cursos está mostrando uma formação incompleta, a implantação da Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS, em 2024, já é outra realidade. O Ministério da Saúde justificou as barreiras culturais, o atendimento limitado e a carência de profissionais com formação paliativa, enquanto previu a criação de mais de mil equipes de Cuidados Paliativos no país.

Com base nos esclarecimentos apresentados, este Guia tem como objetivo contribuir para a gradual incorporação das diretrizes estabelecidas no item VIII. O objetivo é reduzir a lacuna entre as demandas da prática médica e os conflitos pessoais relacionados à morte e ao processo de morrer, que são fundamentais para os Cuidados Paliativos. É importante destacar que a utilização deste Guia não está relacionada às obrigações institucionais de implementar disciplinas no currículo, conforme as regulamentações aplicáveis.

Essa proposta de Guia guarda correspondência direta com a linha de pesquisa “Relações Sociais e Saúde” – por se voltar para lacunas de conteúdos fundamentais à graduação em Medicina”, relativamente ao processo saúde-doença do cidadão, como ficou claramente demonstrado – da área de Concentração Ensino de Ciências e Saúde da Unigranrio.

Sobre o título “Guia socioemocional”, explica-se: a esse adjetivo “sócio”, está associado ao fato de a proposta ser social, já que engloba a relação entre pessoas (professores e estudantes) ocorrida no ambiente universitário, no caso, um Centro

Universitário privado do Distrito Federal (já citado); “emocional”, porque, como se depreende da descrição acima, as questões de enfrentamento dos temas destacados têm um cunho emocional para todos os que tratam deles, sejam médicos atuando como professores ou na função médica mesmo.

Como referem Silva et al. (2023), não é fácil compreender o que se vivencia nessas abordagens e experiências. “As reações e expressões apresentadas são uma particularidade de cada indivíduo”, e a falta de suporte externo ou de treinamento para tal potencializa a possibilidade de ocorrência de agravos à saúde, seja na área psicológica, seja na mental. Sendo assim, o emocional também se estende aos estudantes e à necessidade de desprendimento de seu conteúdo e sentimentos pessoais para desempenho das atividades profissionais de CP.

Nesse sentido, um dado se destacou nos resultados das pesquisas empíricas apresentadas: 95,34% dos estudantes pesquisados explicaram que seus sentimentos intervinham nos pensamentos sobre a morte e 90,68% consideraram muito importante para o exercício da profissão de médico, discussões sobre a morte e o processo de morrer durante a graduação (Siqueira et al.,2022).

Foi consensual a resposta dos professores destinatários quanto à elaboração deste Guia, o que fortalece o objetivo deste estudo.

## 6 VALIDAÇÃO DO PRODUTO EDUCACIONAL

Inicialmente, é fundamental reconhecer a necessidade de testar produtos, pois, apesar dos esforços, podem ocorrer os seguintes problemas:

1. Dificuldade de compreensão: Questões de linguagem e abordagem podem impedir que o produto seja entendido conforme pretendido.
2. Subjetividade: Quando um produto é desenvolvido por uma única pessoa, pode conter pontos de vista subjetivos, mesmo com base em pesquisa empírica. Uma visão mais plural pode contribuir para tornar o propósito mais objetivo.
3. Aceitação: A validação por parte dos usuários finais pode incentivar a adoção do produto."

Teoricamente, a validação é um processo que busca “comparar e contrastar diferentes explicações de um mesmo fenômeno, identificar abordagens epistemológicas”. Deve ser um “exame livre de julgamento sobre o foco e sobre o contexto [...] aplicado a situações em que o autor [...] não tenha clarificado informações

[...] ou quando há ausência de detalhamentos necessários ao entendimento e à aplicação [...]" (Brandão, 2018, p. 12).

O contexto da validação é o mesmo da pesquisa empírica, com os mesmos sujeitos participantes. Metodologicamente, a validação seguirá os seguintes passos:

1. Apresentação do produto aos professores participantes.
2. Avaliação do conteúdo, sugestões, periodicidade e contexto da abordagem pelo grupo de professores.
3. Sugestão sobre o produto educacional para aplicação com os professores de medicina que trabalham na área de saúde mental.

## **6.1 Resultados e discussão da validação**

O planejamento dialógico favorece a interação entre educadores e alunos, reconhecendo que cada aluno traz saberes únicos e criando um espaço seguro para reflexões. Prioriza também a participação, a reflexão e o respeito às experiências dos alunos, criando um ambiente de aprendizagem que facilita o tratamento de temas complexos e emocionais de forma sensível e gradual. A participação dos professores é essencial na definição do tema e na implementação das dinâmicas, pois eles conhecem o currículo e o perfil dos estudantes. Embora os temas não sejam parte de uma disciplina específica, podem ser abordados dentro das disciplinas que os professores ministram, sempre que os conteúdos permitirem associação com questões de saúde mental.

Esses recursos adicionais, como filmes e leituras selecionadas pelos professores e estudantes, podem enriquecer as discussões em sala de aula. Filmes como *A Dama e a Morte* abordam o tema o fim da vida e ética. Outras sugestões para enriquecer as discussões incluem o livro de Ana Claudia Quintana Arantes, que como médica paliativista, oferece uma visão humanizada sobre a morte.

Sugestões de oficina com objetivo de desenvolver habilidades de comunicação eficaz para lidar com pacientes paliativos. Desenvolver habilidades para abordar pacientes paliativos em diferentes contextos. E abordar questões éticas em cuidados paliativos.

As oficinas podem ser adaptadas as necessidades dos estudantes e da disciplina, sendo interativas e práticas, para que os alunos desenvolvam habilidades e conhecimentos em cuidados paliativos.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presente pesquisa foi desenvolvida em um escopo bem definido, abordando as lacunas percebidas nos cursos de graduação em Medicina no Brasil. Além disso, considerou um contexto mais amplo, incluindo o ambiente sociocultural em que esses cursos são oferecidos e a sociedade moderna em que os estudantes vivem. Esses contextos são influenciados por fatores que afetam a forma como certos temas são absorvidos ou negligenciados. Um exemplo dessa influência pode ser os efeitos causados pelos avanços da tecnologia e da ciência, como uma cultura com supervalorização da valorização da imagem e do “aqui e agora” e o fortalecimento da noção de cura, estendendo as perspectivas de vida.

Ficou evidente que, em teoria, os estudantes que ingressam no curso de Medicina já trazem consigo incertezas e dores não resolvidas relacionadas a temas como morte e processo de morrer. Ironicamente, a profissão que escolheram tem a morte e o processo de morrer como realidades constantes e próximas. Nesse contexto, surgem os Cuidados Paliativos (CP), cujas atividades são marcadas pela presença constante da finitude, exigindo uma abordagem sensível e empática.

Por seu turno, o modelo de curso tradicionalmente implementado no país dividia o ciclo de estudos em duas partes: disciplinas básicas e estudos clínicos. Embora tenham ocorrido algumas mudanças, esse modelo ainda prevalece. Como resultado, uma combinação de fatores contribuiu para o distanciamento da abordagem da morte e do processo de morrer das atividades acadêmicas iniciais e, em alguns casos, até finais.

Mesmo com a inclusão da disciplina de tanatologia, as considerações teóricas são insuficientes para superar os desafios que os profissionais enfrentam na prática. A visão predominante é a da cura, e o avanço da ciência, que trouxe curas para várias doenças, reforçou essa perspectiva.

É interessante notar que, enquanto a evolução da medicina trouxe avanços significativos em relação aos Cuidados Paliativos (CP), essa inovação não foi plenamente absorvida. Paralelamente ao reconhecimento histórico dos CP e à introdução de conceitos bioéticos, como a “boa morte”, pesquisas têm demonstrado os efeitos negativos da falta de disciplinas específicas sobre esses temas na formação dos alunos.

Simultaneamente, foram publicados normativos institucionais em 2014 e 2022, que definiram a necessidade de implementar e fortalecer os conhecimentos e competências em Cuidados Paliativos, incluindo a apresentação de boas práticas. Mais recentemente, em 2024, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Cuidados Paliativos, destacando a carência de formação médica paliativa como justificativa. Considerando esses fatos, é possível identificar dois pontos críticos:

1. O modelo de formação implementado na década de 1960 ainda apresenta características que não atendem às necessidades atuais da sociedade.

2. As medidas normativas requerem tempo para serem implementadas efetivamente. Com base nisso, retoma-se o problema de pesquisa: independente das regulações estatais e da responsabilidade das instituições quanto ao tema, que medida pode ser adotada por docentes para inserir abordagens sobre CP em suas disciplinas na graduação em Medicina?

A hipótese inicial foi confirmada: além das prescrições normativas e sua implementação pelas instituições, iniciativas específicas podem ser adotadas em

diversas disciplinas do curso, sob uma perspectiva intradisciplinar, sem comprometer o cumprimento das determinações institucionais estabelecidas.

Isso ocorre porque o foco dessas iniciativas, incluindo a elaboração de um Guia para professores utilizarem na graduação, é a formação dos alunos, cujas lacunas têm sido amplamente comprovadas e discutidas.

Embora seja uma iniciativa de cunho pessoal e não institucional, ela se alinha com o art. 4º, inciso V, das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014, atualizadas em 2024, que estabelecem a necessidade de "promover a conscientização e a educação sobre cuidados paliativos na sociedade" (MS, 2024).

Além disso, as DCN destacam a importância de desenvolver práticas baseadas em pontos determinantes do processo saúde-doença, incluindo necessariamente a abordagem da morte e dos Cuidados Paliativos.

Considera-se alcançado o objetivo geral da pesquisa: desenvolver um guia socioemocional que auxilie os professores a integrarem os Cuidados Paliativos em suas disciplinas, abordando temas como morte e processo de morrer.

A finalidade última foi atingida, que é reduzir a lacuna na formação dos estudantes de Medicina em relação aos Cuidados Paliativos. Essa conquista não se limita à elaboração do Guia, mas também à identificação da oportunidade de sua aplicação para atender às necessidades específicas dos estudantes.

Percebeu-se que o tema é vasto, complexo e nem sempre consensual quanto a determinadas abordagens. Por isso, pesquisas deveriam dar continuidade às discussões, como forma de fortalecer a necessidade de suprimento das lacunas de formação médica a visão mais urgentemente e de ampliar a visão da importância e da formação em CP.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Beatriz Fonseca; SILVA, Jéssica Plácido. Psicologia, espiritualidade/religiosidade e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 158-167, 2021.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Reconhecer Flexner: Inquérito Sobre Produção De Mitos Na Educação Médica No Brasil Contemporâneo**. 2010. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/> vesso em: 20 dez 2024.

AMOEDO, Gabriel Ferraz; SOUSA, Juliana Bárbara Barreto; QUINTANILHA, Luiz Fernando; AVENA, Katia de Miranda. Formação para enfrentar a morte na perspectiva de futuros médicos. **Revista Bioética**, n. 31, e3524PIF14, 2023. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em:

ARANHA, Amanda Baptista. **Implementação da disciplina de cuidados paliativos na graduação em Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)**. 2019. Dissertação de Mestrado. Brasil.

ÀRIES, Philippe. **História da morte no Ocidente**. Tradução: Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BARRETO, Eliza Alves; LINHARES, Fabiana; MATOS, Ádria Laís Onete; SILVA, Francisca Viviane Matos da; SOUZA, Júlio César Pinto de. O papel da psicologia hospitalar na atenção à família de pacientes em terminalidade de vida: uma revisão sistemática. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 15, n. 10, p. 10840-10859, 2023.

BATISTA, Rodrigo Siqueira. **Às Margens Do Aqueronte: Finitude, Autonomia, Proteção E Compaixão No Debate Bioético Sobre A Eutanásia**. 2006. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/> Acesso em: 15 jan 2025.

BERNARDINO, Diandra. **Como Conduzir Um Questionário De Dados Sociodemográficos**. Disponível em: <https://www.questionpro.com/> Acesso em: 19 jan 2024.

BRAGA, Carlinda Oliveira; MACHADO, Cristiane Soto; AFIUNE, Fernanda Guedes. A percepção da família sobre cuidados paliativos. **Revista Científica Da Escola Estadual De Saúde Pública De Goiás " Cândido Santiago"**, v. 7, p. e7000041-e7000041, 2021.

BRANDÃO, Marcos Antônio Gomes. Modelos de Validação Teórico-Conceitual: análise de conceito e Construção de Teorias. In: **10 anos do GESAE\_UFF: Conquistas e Novos Desafios**, 2018, Niterói, Conferência, Niterói: UFF, 2018. 26 slides coloridos MS Powerpoint. Disponível em: <https://www.researchgate.net/> Acesso em: 25 dez 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 04, de 07 de novembro de 2001: Institui As Diretrizes Curriculares Nacionais para Curso de Graduação em Medicina. Brasília: **Portal Democrático de**

**Atos Normativos de Educação**, 2001. Disponível em: <https://normativasconselhos.mec.gov.br/> Acesso em: 20 dez 2024.

BRASIL. **Resolução CNE/CES 3**, de 3 de novembro De 2022. Dispõe sobre alteração dos Arts. 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2022.

BRITO JÚNIOR, Miguel Soares; COELHO, Karla Santa Cruz; SERPA JÚNIOR, Octavio Dumont de. **A formação médica e a precarização psíquica dos estudantes: uma revisão sistemática sobre o sofrimento mental no percurso dos futuros médicos**. 2022. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br) Acesso em: 4 jan 2025.

BRITO, Cleidiana Alves de; DINIZ, Adriane Nunes; BRAZ, Ricardo Augusto Cavalcanti; ARAÚJO, Gabriel Rocha Pinon Teixeira de; BRAZ, João Pedro Mendonça Raphael; GOMES, Cibele Avila; LEAL, Mariana Carneiro et al. Cuidados Paliativos No Brasil: Uma Revisão De Literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health**, v. 6, n. 2, p. 71-80, 2024. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br>. Acesso em: 22 dez 2024.

BRITO, Cleidiana Alves et al. Cuidados paliativos no Brasil: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 2, p. 71-80, 2024.

CALADO, Andrea. **Descubra a Diferença entre Dados Qualitativos e Quantitativos e como Usá-los**. 2021. Disponível em: <https://rockcontent.com/br/> Scesso em: 19 jan 2025.

CÂMARA, Felipe Tolstenko Nogueira Ayres et al. Humanização na atenção primária. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 46, p. e14169-e14169, 2023.

CAPELAS, Manuel Luís; SILVA, Sandra Catarina F. S.; ALVARENGA Margarida Isabel S.F.; COELHO, Sílvia Patrícia. **Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional**. 2014. Disponível em: <https://researchgate.net>. Acesso em: 20 dez 2024.

CASSIMIRO, João Carlos et al. Cuidados paliativos: a percepção dos acadêmicos de medicina no início e no final da graduação. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 3, p. e11788-e11788, 2023.

CASTRO, Andrea Augusta; TAQUETTE, Stella Regina; PEREIRA, Caio Assunção Rocha. Cuidados paliativos e ensino médico: Revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e50210111976-e50210111976, 2021.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.931**, de 17 de setembro de 2009. Código De Ética Médica. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/> Acesso em: 12 dez 2024.

CHAER, Galdino; DINIZ, Rafael Rosa Pereira; RIBEIRO, Elisa Antônia. A Técnica Do Questionário Na Pesquisa Educacional. **Evidência**, v. 7, n. 7, p. 251-266, 2011. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/> Acesso em: 10 jan 2025.

COELHO, Patrícia. **A Morte e a Boa Morte na Contemporaneidade**. 2019. Associação Nacional De Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://.org.br> Acesso em: 20 jan 2025.

COMIN, Gabriela; TEDESCO, Gustavo de Moraes; ROSA, João Pedro; RIGO, Lucas Morandi; MATTIA, Lucas Turcatel; AGLIARDI, Marina Colpo; ROSSATTO, Martina Picolo. Cuidados paliativos: um desafio necessário no controle de sintomas pautado em princípios bioéticos. In: SARTORI, Giana Lisa Zanardo; RONCHETTI, Ramiro; NOGARO, Arnaldo (Org.) **Os Desafios Da Ética Médica E Da Bioética Na Medicina**. Erechim: Uris/Edifapes, 2023, p. 34, v. III.

COSTA, Daniela Silva; NOGUEIRA, João Pedro Marcelino Bueno Câmara; DELGADO, Luana Lopes, CABRAL, Matheus Almeida; MATOS, Mattheus Leandro Costa de et al. Atitude médica frente à morte de seus pacientes: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 6, p. 27932-27947, 2023.

COSTA, Deyvison Soares da; MEDEIROS, Natany de Souza Batista; CORDEIRO, Rayane Alves; FRUTUOSO, Everton de Souza; LOPES, Johnnatas Mikael; MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz. Sintomas de depressão, ansiedade e estresse em estudantes de medicina e estratégias institucionais de enfrentamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, 2020.

COSTA, Fabrycianne Gonçalves et al. Práticas psicológicas e cuidados paliativos no contexto pandêmico: um estudo das representações sociais. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e43111326655-e43111326655, 2022.

CRUZ, Nayara Alves Oliveira et al. O papel da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos em idosos: Uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 414-434, 2021.

CUMMERAW, Julia; OBST, Katrin; VOLTMER, Edgar; KÖTTER, Thomas. Medical students' coping with stress and its predictors: a cross-sectional study. **International Journal of Medical Education**, n. 4, p. 11-18, 2023. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/> Acesso em: 15 jan 2024.

ENCICLOPÉDIA/FILOSOFIA. **Modernidade**. Verbete. Disponível em: [www.significados.com.br](http://www.significados.com.br) Acesso em: abr 2024.

FERREIRA, Matheus Mendes dos Santos; MAIA, Luciana Colares; COSTA, Simone de Melo; CALDEIRA, Antonio Prates. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina no Brasil**: mudanças no processo de formação. *Jornal de Políticas Educacionais*, v. 17, e89451, 2023.

FIGUEIREDO, Maria das Graças Mota Cruz de Assis; STANO, Rita de Cássia MT. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, p. 298-306, 2013.

FMUSP. Faculdade De Medicina Da Universidade De São Paulo. **Cuidados Paliativos Tratam da Vida, e não da Morte**. Disponível em: <https://hcxfmusp.org.br/>. Acesso em: 12 dez 2024.

FONSECA, Anelise; GEOVANINI, Fatima. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v. 37, p. 120-125, 2013.

FREITAS, Nica. Medicina e Cuidados paliativos: o conceito de boa morte na contemporaneidade. 2012. (Dissertação) Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade da Beira Interior, Covilhão, Portugal, 2012. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/handle>. Acesso em: 12 jan 2025..

GLÓRIA, Fabiana Pereira et al. Cuidados paliativos como terapêutica no conforto do paciente. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 7, p. e10753-e10753, 2022.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, v. 30, p. 155-166, 2016.

GUIMARÃES, Lara Guerra; MANGINELLI, Isabella Pagan; GODOI, Dannielle Fernandes. Cuidados paliativos: o ensino na graduação é suficiente para a atuação na atenção primária à saúde no Brasil?. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 18, n. 45, p. 3626-3626, 2023.

GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: esta é a Questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 201-210, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em 15 jan 2025.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2577-2588, 2013.

KANASHIRO, Amanda Carla de Souza; GRANDINI, Rebeca Isabela Ciardulo Marques; GUIRRO, Úrsula Bueno do Prado. Cuidados paliativos e o ensino médico mediado por tecnologias: avaliação da aquisição de competências. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, p. e199, 2021.

KUROGI, Luciana Tiemi et al. Implantación e implementación de servicios en cuidados paliativos. **Revista Bioética**, v. 30, p. 825-836, 2023.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katál**, v. 10 n. esp. p. 37-45, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Cesso em 14 jan 2025.o

LIPOVETSKY, Gilles. **Somos Hipermodernos**. Entrevista concedida a César Fraga Em 17 De Julho De 2023. Tradução simultânea de Vanise Dresch. Disponível em: <https://facom.ufba.br>. Acesso em: 4 abr 2024.

MACHADO, Amália. **Pesquisa Exploratória: o que é a pesquisa com este propósito?**2023. Disponível em> <https://www.academica.com.br/> Acesso em: 18 jan 2025.

MACHADO, Samuel Leones Monteiro et al. Ansiedade e depressão em estudantes de medicina. **Revista saúde multidisciplinar**, v. 6, n. 2, 2019.

MALTA, Regina; RODRIGUES, Bruna; PRIOLLI, Denise Gonçalves. Paradigma na formação médica: atitudes e conhecimentos de acadêmicos sobre morte e cuidados paliativos. **Revista brasileira de educação médica**, v. 42, n. 2, p. 34-44, 2018.

MATSUMOTO, Dalva Yukie; CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. **Manual de cuidados paliativos ANCP**, v. 2, n. 2, p. 23-24, 2012.

MELO Ana Georgia Cavalcanti de; MACIEL, María Goretti Sales; BOTTEGA, Roberto Texeira de Castro. Brasil. In: Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, Centeno C (Org.) **Atlas de Cuidados Paliativos na América Latina**. Houston: IAHPC Press, 2012. p. 51.

MELO, Ana Geórgia C; MACIEL, Maria Goretti S.; BETTEGA, Roberto T. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, Centeno C (Org.)..**Atlas de Cuidados Paliativos na América**, 2012. Houston: IAHPC Press. Disponível em:<https://cuidadospaliativos.org/> Acesso em: 12 dez 2024.

MELO, Júlio Onésio Ferreira et al. Qualidade de vida profissional em trabalhadores da saúde. **Open Science Research XII**, v. 12, n. 1, p. 1025-1036, 2023.

MOURA; Édson Rolim de; SÁLVIA, Paulo Newton Danzi **Tanatologia Médico Legal**, 2021. Portal Unicamp. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br>. Acesso em: 3 jan 2025.

MS. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança política inédita no SUS para cuidados paliativos**. Disponível em: <https://www.gov.br/> Acesso em: 12 jan 2024

NASSER, Stella Nabuco et al. O impacto da morte em profissionais da saúde em contexto hospitalar. **Revista PsicoFAE: Pluralidades Em Saúde Mental**, v. 9, n. 2, p. 58-66, 2020.

NOGUEIRA, Ana Claudia Correia; OLIVEIRA, Louise Marie; PIMENTEL, Viviane. O Profissional da Saúde e a Finitude Humana. A negação da morte no cotidiano profissional da assistência hospitalar. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 5, n. 2, p. 1-11, 2006.

NUNES, Luana Karolinne Vasconcelos; DINIZ, Dalciney Máximo. O papel da psicologia no cuidado paliativo: reflexões acerca do luto. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 9, n. 1, p. 337-353, 2023.

OLIVEIRA-CARDOSO, Érika Arantes; SANTOS, Manoel Antônio dos. Grupo de educação para a morte: uma estratégia complementar à formação acadêmica do profissional de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, p. 500-514, 2017.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. **O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal**. 2008 Disponível em; <https://pesquisa.bvsalud.org>. Acesso em: 28 dez 2024.

PAIVA, Fabianne Christine Lopes de; ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson de; DAMÁSIO, Anne Christine. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**, v. 22, p. 550-560, 2014.

PEREIRA, Lariane Marques; ANDRADE, Sonia Maria Oliveira de; THEOBALD, Melina Raquel. Cuidados paliativos: desafios para o ensino em saúde. **Revista Bioética**, v. 30, p. 149-161, 2022.

PIANA, MC. **A Construção Do Perfil Do Assistente Social No Cenário Educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

PORCINO, José Marciel Araújo et al. A morte o morrer: a importância da escuta psicológica. **Journal of Medicine and Health Promotion**, v. 5, n. 1, p. 31-40, 2020.

RODRIGUES, Inês Gimenes; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, p. 031-038, 2012.

ROSÁRIO, Romina Silva do. **As técnicas de comunicação em cuidados paliativos: na relação entre a civilidade e o coping**. 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Autônoma de Lisboa Luís de Camões, Lisboa, 2020.

SANTOS, A. F.; FERREIRA, E. A.; GUIRRO, Ú. D. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019. **São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, 2020.

SANTOS, André Filipe Junqueira dos; FERREIRA, Esther Angélica Luiz; GUIRRO, Úrsula Bueno do Prado. Atlas dos Cuidados Paliativos 2019 Brasil. Introdução. São Paulo: ANPC, 2020, p.9 .

SANTOS, Otávio Marambaia dos. Sofrimento e dor em cuidados paliativos: reflexões éticas. **Revista Bioética**, v. 19, n. 2, p. 683-695, 2011. Disponível em: [https:// revista bioetica. cfm.org.br](https://revista.bioetica.cfm.org.br) Acesso em: 12 nov 2024.

SBGG. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia Portal. **Vamos falar de cuidados paliativos**. 2014. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/> Acesso em: 12 dez 2024.

SCHAMM, Fermin Roland. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 1, p. 17-20, 2002.

SERRA, Sandra Torres, et al. Necessidade de mudanças na educação médica e a percepção de professores antes da pandemia da Covid-19. **Interface (Botucatu)**. 2021; 25 (Supl. 1): e200868.

SILVA, Ana Claudia Rodrigues da; SILVA, Bárbara Cristinne Medeiros; DIAS, Crislânia de Araújo Rodrigues; COELHO, Adriana da Costa Coelho Morte e Luto No Ambiente Hospitalar: Uma Vulnerabilidade Na Saúde Mental Dos Profissionais Da Enfermagem. **Revista Acervo Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2023.

SILVA, Ana Claudia Rodrigues et al. Morte e luto no ambiente hospitalar: uma vulnerabilidade na saúde mental dos profissionais da enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. e12614-e12614, 2023.

SILVA, Ednamare Pereira da; SUDIGURSKY, Dora. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, p. 504-508, 2008.

SILVA, Emília Dias; CARVALHO, Viviane Lemes da Silva. Cuidados paliativos exclusivos: a comunicação entre profissionais de saúde, familiares e usuários. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 1, p. 517-535, 2024.

SILVA, Letícia Dayane Moreira; RESENDE, Marineia Crosara; ANDRADE, Raphael Zardini. Atitudes de profissionais de saúde em cuidados paliativos sobre a morte e o morrer. **Perspectivas em Psicologia**, v. 23, n. 1, p. 213-235, 2019.

SILVA, Marconi Wagner Félix et al. Educação para morte: lacunas na formação e atuação de profissionais de saúde. **Missões: Revista de Ciências Humanas e Sociais**, v. 7, n. 1, p. 142-158, 2021.

SILVA, Rosanna Rita; DE ATHAYDE MASSI, Giselle. Trajetória dos Serviços de Cuidados Paliativos no Brasil: aspectos históricos e atuais. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, p. e222111133545-e222111133545, 2022.

SIQUEIRA, Maria Eduarda Cavalcanti de et al. Atitude perante a morte e opinião de estudantes de Medicina acerca da formação no tema. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 4, 2022.

SOARES, Adriana Filipa Loureiro. **A literacia em Saúde e Estratégias de coping com a morte em profissionais de saúde**. 2023. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra (Portugal), 2023.

SOUZA E SOUZA, Luis Paulo; MOTA RIBEIRO, Juliana; BARBOSA ROSA, Renata; RIBEIRO GONÇALVES, Renata Cristina; Ribeiro; OLIVEIRA e SILVA, Carla Silvana; BARBOSA, Dulce Aparecida. A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros. **Enfermería Global**, n. 32, 2-13.

SOUZA Vinicius Rauber. Políticas Públicas de Formação Médica no Brasil. Um Estudo a partir do Modelo das Coalizões de Defesa **Revista Espaço Público Da UFPE**, n. 8, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br>. Acesso em: 15 dez 2024.

SOUZA, Taísa Izabela Magalhães et al. Sentimentos dos estudantes de Medicina e médicos residentes ante a morte: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 4, 2020.

STANZANI, Lícia Zanol Lorencini Cuidados Paliativos: Um Caminho De Possibilidades. **Brasília Med**, v. 57, p. 38-39, 2020. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1>. Acesso em: 10 nov 2024.

TUMELERO, Naína. **Pesquisa Explicativa**: conceitos, objetivos, exemplos e comparativos. 2019. Disponível em: <https://mettzer.com/pesquisa-explicativa/>. Acesso em: 5 jan 2025.

VELUDO, AG; ARAÚJO, FM; FERNANDEZ, LR; FRANCO, LF; ZUAZO, MAD; GOUVEIA, VA. **Tipos de Amostragem**. Estudantes para as melhores evidências

(EME) Cochrane. 2022. Disponível em: <https://eme.cochrane.org/>. Acesso em: 12 jan 2025.

VICTOR, Germana Hunes Grassi Gomes. Cuidados paliativos no mundo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 3, p. 267-270, 2016.

WHO. World Health Organization. **Planning And Implementing Palliative Care Services**: a guide for programme managers. Suíça, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/> Acesso em 15 dez 2024.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A****Questionário Sociodemográfico Docentes**

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) prefiro não declarar

Quanto tempo de formação: \_\_\_\_\_ anos

Residência em: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) solteiro(a) ( ) casado(a) ( ) divorciado(a)/separado(a)

( ) Viúvo(a) ( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

Tem filho: ( ) sim ( ) não. Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

Moradia: ( ) sozinha(a) ( ) com companheira/companheiro

( ) companheiro(a) e filho(s) ( ) com familiares (pais ou outros)

( ) outro \_\_\_\_\_

Religião: ( ) Evangélica ( ) Católica ( ) Espírita ( ) Budista

( ) Metodista ( ) Umbanda ( ) Protestante

( ) Outra \_\_\_\_\_ ( ) não tenho religião

Espiritualista: ( ) sim ( ) não

Horas de trabalho diário na Faculdade? \_\_\_\_\_

Número de disciplinas deste semestre? \_\_\_\_\_

Trabalha em outro(s) lugar(es)? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantas horas por dia: \_\_\_\_\_

Como você classifica a importância de aprender sobre cuidados paliativos e a morte na graduação em medicina?

- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Nada importante

Quais temas você acha interessante ser trabalhado junto aos discentes para que possamos prepará-los(as) melhor para lidar com a morte e o morrer?

---

---

---

---

---

---

---

---

Durante sua graduação você teve esse tipo de preparação? ( ) sim ( ) não

Se sim, ajudou na sua prática? ( ) sim ( ) não

Como?

---

---

---

---

Como é para você (hoje) lidar com a morte de seus pacientes? Pense em uma escala de 0 a 10 (sendo o zero muito fácil (já é rotina) até 10 – muito difícil (nunca me acostumo)? \_\_\_\_\_ pontos

Tem alguma experiência com cuidados paliativos?

- Sim
- Não

Você acha interessante o desenvolvimento de um Guia Socioemocional para que os professores possam trabalhar o tema da morte e o enfrentamento da mesma, durante todo curso de medicina? ( ) Sim ( ) Não

Creio que seja interessante trabalhar somente a partir do oitavo semestre, quando eles vão para o internato? ( ) concordo ( ) discordo ( ) não tenho opinião



## APÊNDICE B

### QUESTIONÁRIO QUESTÕES ABERTAS DOCENTES

- a) Como a experiência constante com a morte dos pacientes afetou sua visão sobre a vida, a medicina e o cuidado paliativo ao longo dos anos?
- b) Quais são os maiores desafios emocionais que você enfrenta ao lidar com pacientes em cuidados paliativos e como você os supera?
- c) Como você aborda conversas sobre prognósticos ruins, escolhas de tratamento no final da vida e a morte com pacientes e seus familiares?
- d) Há técnicas específicas ou abordagens que você encontrou serem mais eficazes ou compassivas?
- e) Baseado em sua experiência, o que você acredita que está faltando na formação médica atual em relação ao preparo dos estudantes para lidar com a morte e os cuidados no final da vida?
- f) Que práticas de autocuidado você considera essenciais para médicos que lidam frequentemente com a morte, e como você incorpora essas práticas em sua rotina?
- g) Como você define uma "boa morte" e de que forma tenta facilitar isso para seus pacientes?
- h) Que conselhos ou insights você daria para estudantes de medicina ou médicos no início de sua carreira sobre como lidar com a morte e o processo de morrer de seus pacientes?