

A experiência de cuidar de pacientes em cuidados paliativos durante a formação médica

The experience of caring for patients in palliative care during medical training

Fabíola Langaro

Ana Paula Weinrich

Elisangela Madureira

Resumo: Cuidados Paliativos são uma filosofia de cuidados que priorizam a qualidade de vida de pessoas que enfrentam doenças graves e ameaçadoras da vida. Esse cuidado se aplica aos pacientes e a seus familiares, desde o início do diagnóstico até o final da vida e deve ser oferecido tão logo quanto possível, como forma de aliviar sofrimentos. Diante deste contexto, essa pesquisa objetivou compreender a relação de acadêmicos de medicina sobre os cuidados paliativos e o processo de finitude a partir de sua experiência de atendimento em um ambulatório de cuidados paliativos de um serviço público de saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória, com utilização do “Baralho das Cartas das Escolhas Sagradas” e de entrevista semiestruturada para coleta de informações. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo, cujo objetivo é a busca dos sentidos dos materiais produzidos no contato com os participantes. Os resultados foram organizados em três categorias: sobre a formação acadêmica em medicina; sobre como os participantes lidam com o processo de finitude e seus cuidados; e, por fim, sobre como os participantes se sentem frente ao atendimento ao paciente com doenças graves e ameaçadoras da vida. Evidenciou-se o reconhecimento, por parte dos estudantes, que sua formação médica é insuficiente para prepará-los para o trabalho com cuidados paliativos e de que há mobilização emocional em relação aos cuidados exercidos a esses pacientes e seus familiares. A partir disso, considera-se a importância de pensar na formação da pessoa do médico e sobre como a psicologia pode contribuir para as reflexões acerca da formação profissional em saúde, em especial no que se refere ao cuidado a pacientes graves e seus familiares.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; finitude; psicologia; acadêmicos de medicina.

Abstract: Palliative care is a philosophy of care that prioritizes the quality of life of people who face serious and life-threatening illnesses. This care applies to patients and their families, from the beginning of the diagnosis to the end of life and must be offered as soon as possible, as a way of relieving suffering. Given this context, this research aimed to understand the relationship of medical students about palliative care and the process of finitude from their experience of attending a palliative care outpatient clinic of a public health service. It is a qualitative, exploratory research, using the “Deck of Letters of Sacred Choices” and a semi-structured interview to collect information. The collected data were submitted to content analysis, whose objective is to search for the meanings of the materials produced in contact with the participants. The results were organized into three categories: on academic education in medicine; on how the participants deal with the process of finitude and their care; and, finally, about how the participants feel about the care provided to patients with serious and life-threatening illnesses. It was evident that students recognized that their medical training is insufficient to prepare them for work with palliative care and that there is emotional mobilization in relation to the care provided to these patients and their families. From this information, it is considered the importance of thinking about the training of the doctor and how psychology can contribute to reflections about professional health education, especially with regard to the care of critically ill patients and their families.

Keywords: Palliative care; finitude; psychology; medical students.

INTRODUÇÃO

Com a ascensão tecnológica ocorrida nas últimas décadas e os consequentes avanços no desenvolvimento de terapêuticas em saúde, ampliou-se a possibilidade de promover longevidade de pessoas com doenças graves e ameaçadoras da vida. Esta capacidade de tratar doenças permite, por um lado, que as pessoas vivam mais, mas sem que, necessariamente, vivam melhor (BARRA et al, 2006).

Diniz (2006) aponta que o avanço tecnológico tornou possível, além do prolongamento da vida, manter uma pessoa gravemente doente ou em estágio terminal viva por mais tempo. A autora descreve que a insistência em terapêuticas que não apresentam benefício nem para a cura (que já não seria mais possível), nem para a qualidade de vida, podem levar à distanásia, ou seja, uma morte lenta e com grande sofrimento. Na distanásia, que para a autora é sinônimo de obstinação terapêutica, acabam por ser empregadas medidas que

podem dispor sofrimento e dor ao paciente doente, mediante um quadro incapaz de modificar-se.

Em contrapartida à obstinação terapêutica, os cuidados paliativos, para Wittmann-Vieira e Goldim (2012), são uma filosofia, um modo de cuidar que objetiva melhorar a qualidade de vida de pacientes que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida e também aos seus familiares. Devem ser realizados por equipes multiprofissionais, formadas por médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e assistente espiritual, que auxiliem na promoção do aceite ao limite da vida, tendo como foco os cuidados e não a cura.

Segundo Wittmann-Vieira e Goldim (2012) o movimento de cuidados paliativos modernos teve início na Inglaterra na década de 1970, com a fundação do Saint Christopher's Hospice por Cicely Saunders. Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017) conceitua cuidados paliativos como uma abordagem de cuidados ativos e integrais que aprimora a qualidade de vida dos pacientes com doenças ameaçadoras da vida e seus familiares. Entre seus objetivos está o de favorecer o acesso à informação e o suporte por meio da prevenção e identificação precoce e tratamento da dor e de outros sintomas de ordem biopsicossocial e espiritual de modo a aliviar o sofrimento. Desse modo, devem ser realizados desde o diagnóstico de doenças graves, intensificando-se ao final da vida.

No local em que esta pesquisa foi realizada, semelhante ao que ocorre em grande parte das instituições de saúde no Brasil, a “entrada” do paciente em cuidados paliativos coincide com a indicação para cuidados paliativos exclusivos como forma de cuidado aos doentes graves. É nesse momento que, muitas vezes, pacientes ouvem que “não há mais nada a ser feito”, em especial quando são cuidados por equipes que têm como foco a doença e não o sujeito. Nesse sentido, Terra (2013) destaca que é nas fases mais avançadas de doenças graves que se deve priorizar a manutenção da qualidade de vida de modo adequado, ressaltando que atualmente estão disponíveis técnicas terapêuticas

de palição eficazes, havendo limite para o tratamento com foco na cura, mas não para os cuidados de um sujeito e sua família.

Apesar disso, quando não há possibilidade de tratamento ativo para a cura e, aproximando-se o paciente da morte inexorável, os serviços de saúde raramente estão preparados para tratar e cuidar de seu sofrimento e o de seus familiares, visto que, em geral, o processo de morrer enfrenta baixa qualidade dos atendimentos prestados (COSTA FILHO et al, 2008; QUEIROZ; PONTES; SOUZA; RODRIGUES, 2013). Em relatório apresentado no ano de 2015, a *Economist Intelligence Unit (EIU)* aponta uma qualificação sobre a qualidade da morte, onde num total de oitenta países participantes, o Brasil ocupou a 42º posição (ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015).

Além disso, Diniz (2006) destaca o desafio ético para profissionais de saúde frente às escolhas de seus pacientes, em que, reconhecer que pessoas doentes possuem distintas concepções sobre o significado da morte e conhecer e respeitar como desejam terminar suas vidas pode parecer um desafio. Com frequência, as equipes enfrentam dificuldades em abordar pacientes e familiares sobre opções terapêuticas relacionadas aos cuidados em final de vida, tendo dificuldade, inclusive, devido às suas próprias concepções em relação ao que seria o “melhor” a ser realizado em termos de tratamentos de saúde.

Sobre a formação médica, Pereira e Almeida (2005) descrevem que esta inclui, em grande parte, os conteúdos de natureza anátomo-fisiológicos e práticas médicas dominantes, não dando espaço ao questionamento dos aspectos formais e ideológicos constitutivos das ações educativas e práticas médicas - elementos capazes de interferir na consciência dos atores e de repercutir em suas intervenções (PEREIRA; ALMEIDA, 2005, p. 2). Por outro lado, Alves et al (2009) apontam que tem havido progressos nas diretrizes curriculares nos cursos de graduação em medicina, dando atenção aos aspectos ético-humanísticos, em especial no que se refere ao ensino voltado às políticas públicas em saúde.

A partir desse contexto, a presente pesquisa buscou compreender como os cuidados paliativos vêm sendo abordados durante a formação médica. A proposta foi investigar sobre a prática de cuidados paliativos de acadêmicos do quinto ano do curso de medicina que atendem no ambulatório geral de um serviço público em uma cidade do norte do Estado de Santa Catarina.

A seguir, está explicitado o método utilizado na pesquisa, como fora de alcançar os objetivos propostos.

MÉTOD

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho exploratório-descritiva, visto que teve como fim primordial a descrição das características de determinado fenômeno e o estabelecimento de relações entre variáveis (MARCONI; LAKATOS, 2003). A pesquisa de campo de caráter exploratório tem como característica a formulação de um problema com “finalidade de desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 188). Antes de ser realizado, o projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul) sob parecer número 2.680.531.

Os participantes da pesquisa foram acadêmicos do quinto ano do curso de medicina que atendem no ambulatório geral de um serviço público em uma cidade do norte do Estado de Santa Catarina. O ambulatório recebe acadêmicos que passam cerca de cinco semanas atendendo à população vinda do Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo parte do internato obrigatório de hospital geral, parte da matriz curricular do curso de graduação em medicina.

O primeiro contato com os participantes se deu por intermédio da psicóloga responsável pelos atendimentos de pacientes e familiares de pessoas em cuidados paliativos do ambulatório, que no primeiro dia do internato dos

acadêmicos apresentou as pesquisadoras, que fizeram então o convite para o estudo, apresentando seus objetivos. Nesse primeiro dia, todos os estudantes presentes aceitaram contribuir com a pesquisa, tendo sido então combinado sobre o início da coleta de dados.

A coleta de dados se deu em dois encontros, contando com seis estudantes que autorizaram que as entrevistas fossem gravadas em áudios. Os participantes foram identificados como: P1, P2, P3, P4, P5 e P6, sendo que três participantes eram homens (P1, P3 e P6) e três mulheres (P2, P4 e P5), com idades entre vinte e vinte e quatro anos.

O primeiro ocorreu na primeira semana de atendimentos dos participantes no ambulatório. Este encontro iniciou com a formalização da participação na pesquisa com a assinatura do Termo Livre Esclarecido e, na sequência, foi realizada uma atividade utilizando um baralho chamado o “Baralho das Cartas da Escolha Sagrada”. Esse baralho é uma ferramenta desenvolvida pela Casa do Cuidar, uma organização social sem fins lucrativos, com sede em São Paulo/SP, criada com o objetivo de trabalho multiprofissional compartilhado na prática e no ensino de Cuidados Paliativos. A Casa do Cuidar, além de oferecer atendimento e assistência domiciliar para pacientes com doenças graves, tendo como objetivo o alívio de sintomas, a fim de proporcionar conforto e promover qualidade de vida a estes pacientes e a seus familiares, também trabalha com a capacitação de profissionais de saúde.

O “Baralho das Cartas das Escolhas Sagradas” contém quarenta questões, sendo que trinta e cinco apresentam frases relacionadas a escolhas que poderiam ser feitas por pessoas a partir do diagnóstico de uma doença grave, como: “Ter minha família preparada para minha morte”, “Estar livre da dor”, “Prevenir discussões entre meus familiares, entre outras. Também há uma carta em branco, para ser preenchida com alguma ideia própria ou escolha que não tenha sido contemplada nas demais cartas; e as cartas restantes dizem respeito ao tempo de vida ainda restante, que vai “de você tem mais um ano de vida, mais um mês, uma semana” e, por fim, a apenas um dia de vida. O instrumento direciona a pessoa envolvida a fazer escolhas conforme o seu

tempo de vida diminui, até optar por apenas uma carta ao final, com a finalidade de observar o que é mais importante para aquela pessoa em seu último dia de vida.

Para desenvolver a atividade foi utilizado um enredo, criado pelas pesquisadoras, iniciado com a notícia dada ao participante por seu suposto médico dizendo que suas circunstâncias de adoecimento são graves e com impossibilidade de cura. Então foi entregue uma carta ao participante dizendo: “*Se você tivesse mais 1 ano de vida*”, escolha as vinte cartas que representam aquilo que seria importante garantir pra você. Após este primeiro momento, na sequência, o participante recebeu outra carta, dizendo “*Se você tivesse mais 1 mês*”, sendo então informado que dentro deste período suas expectativas de vida estão diminuindo, e ele precisa escolher dez cartas. Na continuidade o participante foi informado que suas condições de saúde se encontram ainda mais debilitantes e então foi entregue uma carta que dizia: “*Se você tivesse mais 1 semana*”, sendo orientado a escolher cinco cartas restantes. Ao término destas escolhas o participante recebeu a última carta que dizia: “*Se você tivesse mais 1 dia*”, em que, por fim, o participante chega ao seu último dia e teria a chance de escolher o que é mais importante para ele nesse momento, então lhe é pedido para que fique apenas com uma carta. A partir da escolha da carta final os participantes foram levados a refletir sobre o motivo que os levou a fazer aquela escolha e puderam então expressar-se sobre como sentiam, finalizando o encontro após sentirem que haviam tido oportunidade de expressarem suas emoções e pensamentos.

O segundo encontro ocorreu na última semana de atendimento dos participantes no ambulatório, quando foi realizada uma entrevista semiestruturada, contendo questões a respeito de aspectos emocionais pessoais, sendo elas: “Você considera que em sua formação acadêmica prepara você para atuar em cuidados paliativos? Sobre a relação médico-paciente: emocionalmente você se sente preparado para abordar questões relacionadas ao final da vida com seus pacientes e familiares deles? O que considera como maior desafio em sua prática profissional no ambulatório? Atendendo paciente

em cuidados paliativos, caso ele solicite a você o prognóstico, que sentimentos em você são despertados? De tudo o que viveu e aprendeu ao longo do trabalho no ambulatório, o que considerou mais importante para sua prática médica?” As entrevistas foram conduzidas por uma das pesquisadoras e ocorreram de modo individual com cada participante, sendo gravadas e posteriormente transcritas.

No que se refere à entrevista semiestruturada para a coleta de dados, Triviños (2015) descreve que as características dos questionamentos básicos se apoiam em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema pesquisado. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador, na medida em que realiza algumas perguntas que direcionam a entrevista, mas dando opção de que o participante se expresse em relação ao tema estudado (TRIVIÑOS, 2015).

Os dados obtidos nos dois encontros foram tratados qualitativamente através da análise de conteúdo por categorias temáticas. Esse método, de acordo com Campos (2004), é compreendido como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos. Para Marconi e Lakatos (2003) o processo de análise engloba estudo e interpretação de um texto. Analisar um texto refere-se conhecer a prática de determinada realidade, possibilitando assim examinar os elementos que emergem dele (MARCONI; LAKATOS, 2003).

As categorias foram construídas a partir dos registros de falas e conteúdos produzidos nos dois encontros de cada participante, de modo a agrupar as informações em temas que se repetiram durante a coleta de dados. A análise empreendida gerou, assim, três categorias, denominadas: Formação acadêmica em medicina; Os cuidados no processo de finitude e Aspectos emocionais na prática médica.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir são apresentados os dados coletados nos dois encontros com os participantes, bem como a discussão dos mesmos a partir da literatura em psicologia da saúde.

FORMAÇÃO ACADÊMICA EM MEDICINA

Esta categoria diz respeito ao processo de formação que os acadêmicos de medicina vivenciam na graduação, aspecto bastante citado pelos participantes. Suas falas indicaram que aquilo que aprenderam em sala de aula não foi considerado suficiente para as necessidades e desafios no atendimento ambulatorial em cuidados paliativos. Por outro lado, as experiências vividas naquele espaço de cuidados em saúde promoveram o ensino por meio da prática, ampliando os horizontes de suas formações.

Assim, os participantes declararam que o ambulatório foi um diferencial em seu processo de tornar-se médico/a, proporcionando um aprendizado considerado essencial à sua profissão. Ao mesmo tempo, entendem ter sido essa uma importante oportunidade, tendo em vista que, conforme apontaram, muitas vezes as formações na área não possibilitam a presença de estudantes em espaços que ofereçam cuidados paliativos. Esses apontamentos podem ser observados nas falas de P1 e P2:

O mais importante é o contato com essas pessoas que tem o prognóstico não muito bom, acho que é bom a gente ter esse contato porque é uma coisa que vai tá presente no nosso dia a dia provavelmente, dependendo do que vai fazer, então fica como aprendizado, acho que foi interessante o ambulatório pra ver uma realidade

diferente do que a gente vê nos outros ambulatórios (P1).

É tipo uma unidade básica de saúde que olha o paciente como um todo e é um acompanhamento longitudinal, ele tem que vir aqui meses, anos, e constrói uma relação médico-paciente longa. Acho que é diferente o jeito e o cuidado daqui com outros ambulatórios (P2).

O relato de que o processo de ensino acadêmico não contempla as necessidades dos acadêmicos em relação aos cuidados paliativos foi frequente nas respostas. Seus depoimentos corroboram o que cita Freitas (2017) de que, no Brasil, o ensino dos cuidados paliativos enquanto formação médica apresenta-se de forma sutil e ainda pouco presente nos currículos das graduações em medicina e, quando ofertados, a temática é oferecida de maneira não horizontalizada e com baixa carga horária.

Nesse mesmo sentido, Borges e Mendes (2012, p. 325) destacam que nos currículos da área de formação dos profissionais de saúde, temas relacionados à morte, quando são contemplados “são abordados pragmaticamente sob o ponto de vista científico, com enfoque nos sinais abióticos”. As emoções e mobilizações que os temas relacionados à morte e aos cuidados no final de vida podem suscitar nos profissionais, porém, não estão incluídas na formação dos acadêmicos. Essa lacuna, somada ao ensino preponderante de que o foco dos cuidados deve estar no investimento da vida a todo custo favorecerá que a morte signifique fracasso das ações, o que poderá contribuir para que a morte se transforme em assunto gerador de angústia, sendo então constantemente evitado.

Em contrapartida, os participantes destacaram sobre como o ambulatório foi um momento de aprendizagem crescente que veio ao encontro das necessidades a respeito do cuidar do paciente com doenças graves e ameaçadoras da vida. Ainda, enfatizaram que a presença de um professor/médico qualificado e disponível para ensinar foi fundamental para que cada um pudesse levar o que de melhor conseguiu absorver de cada experiência, tendo sido esse o principal aspecto promotor de aprendizagem e envolvimento com os casos. A presença deste professor/médico qualificado, bem

como de outros profissionais da equipe que exercem a prática de cuidados paliativos, foi essencial para o fornecimento de referência sobre como intervir, mas também promotores de acolhimento aos próprios estudantes. Sobre este aspecto, P1 destaca: *“Quando a gente chega aqui, se não fosse o doutor para falar e a psicóloga, a gente ia chegar muito cru aqui. Então tudo o que a gente aprendeu vai ajudar a lidar com esses pacientes que com certeza eu vou pegar (P3)”*.

Outro aspecto vivenciado no ambulatório e citado pelos estudantes como relevante para sua formação médica foi o trabalho em equipe e, além disso, a tomada de decisões compartilhadas, em que médico, demais profissionais, pacientes e familiares compartilham decisões, traçando um plano de cuidados. Conforme destacam Abreu et al (2006), a decisão compartilhada em situações de saúde se caracteriza por um processo em que médicos e pacientes analisam as evidências disponíveis para uma determinada questão clínica, incorporando nelas possíveis preferências dos pacientes tendo em vista as diferentes consequências para cada escolha realizada.

Sobre esse aspecto, um dos acadêmicos enfatizou que, nesse modo de atuação, o médico não se sente só ao traçar um plano de cuidados e também respeita o desejo do paciente, buscando garantir sua autonomia, princípio fundamental aos cuidados paliativos.

Acho que o maior desafio é trocar a visão que se tem. Enquanto o médico geralmente diz: olha, é isso que você tem que fazer, pra ficar melhor. Aqui a gente mais conversa e pergunta: o que você acha que te ajudaria você acha que precisa de mais medicação analgésica, mais medicação pra dormir, enquanto nas outras eu vejo o exame que ele tem que fazer, eu dou a receita e pronto. Não fico discutindo as ações com o paciente. Aqui a gente tem que fazer de acordo como o paciente quer (P6).

Ao avaliarem os estudos durante a graduação em comparação com a experiência no ambulatório de cuidados paliativos, os participantes referiam

não estarem preparados, até realizarem os atendimentos, para cuidar de pacientes graves e em final de vida. Disseram, ainda, que a vivência junto à equipe, aos pacientes e familiares no ambulatório possibilitou observar que cada situação é única e que, portanto, a prática permitiu compreender os casos em sua singularidade, o que nem sempre é possível quando só se estuda a teoria em relação às doenças e tratamentos. Nesse sentido, Grossmann e Cardoso (2006) apontam que o profissional precisa ter atribuições para compreender aquilo que o paciente lhe conta, dando sentido e significado à sua narrativa. Em cuidados paliativos, é fundamental compreender a história do paciente e de sua família, buscando respeitar sua autonomia, mas também incluindo nas decisões clínicas aspectos relacionados às suas biografias, como preferências, crenças religiosas e pessoas significativas.

Relacionado à atenção singular ao paciente com uma doença grave, P5 cita a importância de ofertar algo que vá para além do diagnóstico: *“Acho que o mais importante é dar atenção nesse momento. Muito mais do que saber do diagnóstico e do tratamento é saber dar atenção para o paciente, que ele deseja naquele momento e também respeitar as fases que ele vai passar (P5)”*.

Para os participantes, as atividades no ambulatório incentivaram a criação de um olhar diferenciado ao paciente em processo de finitude, visto que aquele espaço conta com um programa organizado de cuidados paliativos e profissionais treinados para essas práticas. Conforme a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2012), a prestação de cuidados paliativos está implícita na abordagem ao paciente, sendo parte do trabalho dos profissionais de saúde, independentemente da sua formação particular. A Organização Mundial de Saúde recomenda que esta abordagem seja feita de modo programado e planejado, numa perspectiva de apoio global aos muitos problemas dos pacientes (WHO, 2002). Para tanto, o desenvolvimento, implementação e execução de programas de cuidados paliativos deve ser multiprofissional.

Além disso, os participantes enfatizaram a contribuição dos professores/médicos ao seu aprendizado naquele espaço pois, em sua visão, foi

por meio deles que puderam conhecer o diagnóstico dos pacientes, mas principalmente conhecer quem eram os doentes e suas famílias, aprofundando o conhecimento de suas histórias não somente clínicas, mas de vida. Para tanto, tiveram amparo também dos professores para lidar com as emoções que surgiram nesses momentos, tendo sido esse apoio considerado fundamental para seu processo formativo.

Kovács (2005) destaca que, na área da saúde, ensinar sobre e para a morte deve fazer parte da formação dos profissionais, visto que muitos precisarão lidar com ela em seu cotidiano. Porém, Freitas (2017) destaca que somente no ano de 2014 foram estabelecidas novas diretrizes brasileiras para os cursos de graduação em medicina, quando se avançou para a melhoria na formação ética e humana dos egressos. As novas diretrizes curriculares pensam a respeito da necessidade de integrar conteúdos para aquisição de competências e habilidades humanistas, críticas e reflexivas, firmado na assistência ao processo de morte, sendo esta reflexão parte da formação médica.

Frente a esses aspectos observa-se que na formação médica pode ser importante que o ensino leve os acadêmicos a pensarem para além das práticas clínicas e, principalmente, para além das ações que tenham foco somente curativo. Incluir o cuidado integral aos pacientes envolve pensar em suas dimensões sociais, psicológicas e espirituais. Engloba, ainda, pensar também suas próprias reações e sentimentos frente aos processos de adoecimento grave e perspectiva de morte, para que possam cuidar de seus pacientes não como gostariam de ser tratados, mas como cada sujeito atendido por eles deseja ser cuidado. Nesse sentido, os profissionais de saúde, na sua formação, deveriam ter a possibilidade de uma educação para a morte para preparar-se para lidar com a morte daqueles que estão sob seus cuidados (KOVÁCS, 2005), mas também para cuidar da vida que acontece até que a morte ocorra. Para que o estudante possa desenvolver, então, uma atitude que assista ao paciente de forma integral, contemplando seus aspectos psicológicos, sociais e ambientais, é necessário que vivencie práticas humanizadas desde o início de sua formação (ALVES et al, 2009).

OS CUIDADOS NO PROCESSO DE FINITUDE

Na atividade realizada no primeiro encontro com os acadêmicos, com o uso do instrumento “Baralho das Cartas das Escolhas Sagradas”, ficou evidenciado o quanto a percepção sobre a morte é algo singular e, ao mesmo tempo, suscita não somente uma reflexão profissional, mas também pessoal. Por vezes, falar do processo que finda a vida pode ser desconfortável, pois é como se a sociedade ocidental não tivesse sido ensinada a compreender que um dia se chega ao último dia de sua vida (ALENCAR et al, 2005).

Conforme Schramm (2002) os seres humanos morrem porque são vivos, porque como sistemas irreversíveis são “programados” biologicamente para morrer. Assim, “[...] a morte enquanto tal é praticamente impensável e quando, por alguma razão de força maior, ela se impõe à consciência e à elaboração, isso só se dá com muito sofrimento” (SCHRAMM, 2002, p.18). Sobre a morte, P5 expressou: *“É sofrido, mas é uma coisa bonita, assim. Afinal é o ciclo da vida. Assim como tem obstetras que trabalham lá no começo e tem que ter a gente para dar um auxílio no finalzinho (P5)”*.

Alguns participantes falaram abertamente sobre como gostariam de ser cuidados em seu processo de finitude; alguns tiveram dificuldade em escolher as cartas, apresentando comoção significativa, fala embargada e olhos marejados. O quadro a seguir apresenta as últimas cartas escolhidas pelos participantes da pesquisa, referente ao desejo que gostariam de garantir para seu último dia de vida.

Tabela 1: Escolha da carta final de cada participante.

PARTICIPANTE	ESCOLHA FINAL
P1	Não morrer sozinho
P2	Dizer adeus às pessoas importantes da minha vida
P3	Não ser um fardo para minha família
P4	Ter minha família comigo
P5	Dizer adeus às pessoas importantes da minha vida
P6	Não estar sozinho

Fonte: Coleta de dados por meio do Baralho das Cartas das Escolhas Sagradas

Ao realizarem a atividade do “Baralho das Cartas das Escolhas Sagradas”, observou-se que, selecionando as escolhas que seriam aquelas para o final de suas vidas, alguns participantes entraram em contato com o possível dia de sua morte. Tendo realizado a escolha de “*Não morrer sozinho*”, P3, por exemplo, destacou a importância de ter um apoio para enfrentar o momento. E P5, que menciona: “*eu tenho vontade de pegar na mão de oferecer um abraço. Ontem mesmo tinha uma paciente, então eu segurei a mão dela e falei com ela e no final ela pediu um abraço. Eu sinto vontade, sabe de ser mais do que uma figura atrás da mesa (P5)*”.

Uma situação chamou atenção durante a coleta de dados. P1, ao organizar suas escolhas com uso do baralho, emocionou-se bastante ao deparar-se com a possibilidade de sua própria morte. Tendo sido acolhido, na entrevista posterior, seu relato apresentou ambiguidade em relação ao processo de finitude, demonstrando tentativa de possível racionalização dos conteúdos relacionados ao tema.

Assim, sobre o momento em que se emocionou ao pensar sobre sua própria morte, P1 relata: “*nem é desespero porque a morte é uma coisa esperada por todo mundo. Eu sou muito racional em relação à morte, mas naquela hora, eu não sei, minha razão foi para o espaço, comecei a chorar loucamente (P1)*”. Já ao falar sobre os cuidados oferecidos aos pacientes tratados no ambulatório,

mencionou: “*eu não me envolvo muito, entendo que isso é o quadro do paciente e eu estou aqui para noticiar apenas, não tenho porque sentir o que ele está sentindo (P1)*”.

Esta racionalidade é comum na área da saúde, ou seja, de que o deixar-se tocar pela dor do outro poderia prejudicar ações técnicas eficazes, o que por vezes impossibilita aos profissionais perceberem como se sentem em relação à dor do outro para então, permitindo-se serem tocados por suas experiências, organizassem os cuidados de modo sensível, o que não necessariamente impediria uma prática técnica eficaz. Além disso, a fala de P1 faz pensar o quanto é importante, aos profissionais de saúde, construir ferramentas pessoais que lhes permitam deixar-se tocar pelas experiências humanas, sem o receio de se “desorganizarem” emocionalmente, pois a antecipação de que não seria possível lidar com o sofrimento do outro entrando em contato com ele pode fazer com que esses profissionais se enrijeçam e se distanciem de práticas humanizadas.

Conforme destaca Menezes (2004), no hospital com frequência são criadas formas de controlar possíveis manifestações emocionais não só de profissionais, mas também de pacientes e familiares, como forma de garantir as rotinas institucionais. Nesse sentido, Borges e Mendes (2012, p. 325) destacam que “a normatização estrita e hierarquização presentes na instituição hospitalar desenharão a pouca possibilidade de diálogo entre os diferentes atores sociais envolvidos no processo da morte e do morrer” e, ainda, que a exclusão das emoções no processo formativo, por vezes, é transformada pela racionalização, numa técnica necessária para o efetivo desempenho profissional.

Outros elementos que se fizeram presentes no discurso dos participantes, ao se depararem com a conjectura de sua própria morte por meio do Baralho das Cartas das Escolhas Sagradas, foram: o não querer sofrer, o não querer incomodar, o não querer estar só, o pedido de um cuidado técnico do seu médico. Pensando nos cuidados no final da vida, Susaki, Silva e Possari (2006) descreve que algumas vezes as solicitações dos pacientes são árduas de serem

atendidas e por conta disso o profissional deve construir conhecimento e habilidades para amenizar gerenciar as situações complexas que envolve os cuidados ao final da vida.

O participante P2 fala a respeito do conhecimento em comunicação de más notícias, ou seja, da comunicação de informações que implicam, direta ou indiretamente, em alguma alteração negativa na vida do paciente e de seus familiares (LINO et al, 2011). Para P2, é importante construir habilidades de comunicação adequadas ao longo da formação médica, tendo em vista o impacto que tanto a notícia como a forma como ela será dada impactam o cuidado do paciente e de sua família.

Aceitar que é chegada a hora de morrer não é algo simples, como destaca P2:

Às vezes a gente até pense “ah, mas se fizesse outra coisa, tentando tirar do paliativo” e na verdade, o paliativo já é um tratamento, já tá tratando todos os sintomas do paciente, mas talvez não tenha cura, como o diabetes, que não tem cura e tu tens que cuidar a vida inteira, então você vai cuidar a vida inteira dele, o paliativo é difícil pra tu aceitar que não dá pra fazer nada a não ser cuidar dos sintomas, coisa assim, não tem esse poder de cura, acho que isso serve como aprendizado (P2).

A partir da fala de P2, tem-se que o avanço tecnológico ocorrido principalmente a partir da segunda metade do século XX, associado ao desenvolvimento da ciência médica, tem contribuído para o diagnóstico e o tratamento de enfermidades, fazendo com que muitas doenças antes mortais se transformassem em doenças crônicas. Por esse motivo, estabeleceu-se uma cultura dominante na sociedade ocidental, que considera a cura das doenças como o principal objetivo dos serviços de saúde, o que propagou uma esperança para a preservação da vida e transformou a morte em fracasso do sistema de saúde (GARCIA; RODRIGUES; LIMA, 2014).

Por essa razão, por vezes, parece que a morte não faz parte do processo biológico do ser humano, pois tenta-se evitá-la a todo custo, como se fosse possível impedir que ela ocorra. Desse modo, lidar com o processo de finitude vai além de um aprendizado técnico, lidar com a finitude vai ao encontro do que se constitui ao longo das vivências e crenças da pessoa do profissional. Nesse sentido, Borges e Mendes (2012) descrevem que a crença na transcendência humana poderia auxiliar à própria equipe de saúde dar um sentido à morte, atenuar a dor e o sofrimento da prática profissional, a partir da consciência da morte. Ainda, incluir na formação profissional meios de ensinamentos que favoreçam a incorporação do desenvolvimento de habilidades cognitivas, afetivas e emocionais poderia fazer com que o sofrimento da equipe não fosse “mascarado por uma atitude defensiva que se justifica pelo cumprimento de normas, técnicas e rotinas, que findam por resultar numa abordagem tecnicista da assistência e cuidado em saúde” (BORGES; MENDES, 2012, p. 328).

A pesquisa apontou, portanto, que não há uma preparação dos acadêmicos e nem um cuidado para com eles quando estão frente à possibilidade de se trabalhar com um paciente em processo de finitude, de modo a vir exercer esse lugar de atenção profissional ao paciente em fase final de vida ou a pacientes em cuidados paliativos, ainda que no início do processo de adoecimento. Muitas vezes se deparar com um prognóstico de morte próxima reverberam questões que colocam os profissionais em “cheque”, trazendo-lhes dúvidas sobre se ainda há alguma terapêutica disponível para a cura do paciente. Esse dado confirma que, durante a graduação, os alunos ainda são, na maioria das vezes, treinados para curar e salvar vidas.

A partir disso pode-se pensar sobre como seria possível trabalhar o processo de finitude com futuros profissionais da saúde e, como enfatizam Borges e Mendes (2012) investir na capacitação dos alunos visando à formação não apenas no desenvolvimento de habilidades técnicas assistências, mas também no desenvolvimento de habilidades interpessoais de empatia, acolhimento e diálogo, elementos fundamentais para o cuidado humano, sobretudo diante a morte.

ASPECTOS EMOCIONAIS NA PRÁTICA MÉDICA

Essa categoria explora as emoções que afloraram nos participantes ao lidarem com distintas situações no trabalho do ambulatório de cuidados paliativos durante seu estágio, ao terem que lidar com o processo que finda a vida de um paciente. Cada sujeito apresenta formas diferentes de encarar as situações vivenciadas junto aos pacientes gravemente doentes e a partir da fala de cada participante foi possível observar como cada um enfrenta as emoções vivenciadas no processo de cuidar do outro, buscando em si ferramentas que os auxiliem a lidar com as experiências geradas pelo trabalho e pela condição de finitude.

Entre os elementos que surgiram nas falas dos estudantes como experiências emocionais estão a vivência de vínculos, sentimentos de empatia e compaixão e de frustração. Sobre os vínculos, os participantes destacaram o desafio de construí-los na relação com pacientes e familiares. Na fala de P3 aparece a dificuldade que ele tem de criar esse vínculo com o paciente logo de início: *“eu não consigo criar esse vínculo. Talvez se eu estivesse cuidando e acompanhando ele por mais tempo, me envolveria mais. Não sei (P3)”*, indicando a complexidade implicada na constituição de vínculos entre os envolvidos nos cuidados e da necessidade, por outro lado, de que haja tempo para que essa ligação se concretize, o que muitas vezes não é possível se o acompanhamento em cuidados paliativos ocorrer somente ao final da vida do paciente.

Alguns participantes citam o vínculo como uma importante ferramenta para seu trabalho e como algo a ser construído; outros, porém, têm dúvidas sobre esse aspecto, pois entendem que, quanto mais vinculados estiverem, maior talvez o sofrimento a ser experimentado diante da morte do paciente. Para Schimdt e Lima (2004), o vínculo pode ser pensado enquanto ligação que envolve afetividade, ajuda e respeito, capaz de estimular a autonomia. Desse

modo, criar vínculos implica ter relações próximas e claras, que possibilitam ver pacientes e familiares como sujeitos, ouvi-los e compreendê-los em suas necessidades e estabelecer uma relação de cooperação e corresponsabilidade pelas ações em saúde (SCHIMIDT; LIMA, 2004).

É interessante observar que diversos estudos indicam que entre os elementos que tornam os cuidados bem avaliados por pacientes e familiares o ser acolhido com responsabilidade e o vínculo de afeto construído com as equipes de saúde (BORGES; MENDES, 2012). Nesse sentido, possibilitar que os estudantes de medicina compreendam as potencialidades, mas também as dificuldades e implicações na formação de vínculos com pacientes e familiares torna-se um aspecto importante a ser considerado em suas formações profissionais.

Outros sentimentos citados pelos participantes como frequentes em seu cotidiano de trabalho foram a empatia e a compaixão. Alguns deles, inclusive P1, em fala já exposta na categoria anterior, referem compreender que sentir compaixão é diferente de sentir empatia, indicando sentirem-se solidários com a dor dos pacientes e familiares, mas apontando para uma dificuldade de “se colocar no lugar do outro”, que para eles representaria a empatia.

Embora ao falar de empatia os estudantes digam de uma dificuldade em dimensionar o sofrimento do outro, Arantes (2016) alerta de que o fundamental, nos cuidados paliativos, é cuidar do outro como ele deseja ser cuidado e que, por isso, a compaixão é o exercício fundamental para uma boa prática em saúde. Segundo a autora (ARANTES, 2016, p. 192), ao cuidar de alguém gravemente doente,

a empatia permite que nós nos coloquemos no lugar do outro e sintamos sua dor e sofrimento. Já a compaixão nos faz compreender a dor do outro e ajudá-lo a ressignificá-la. Sendo assim, é necessário que estejamos para além da empatia, e que compreendamos que todos nós precisamos de pessoas capazes de entender a nossa dor e nos ajudar a transformar o nosso sofrimento em algo que faça sentido.

O que foi possível perceber, desse modo, é que os acadêmicos buscam auxiliar o paciente enquanto sujeitos, indo além do diagnóstico clínico, considerando-os em sua integralidade. Porém, demonstram, por vezes, dificuldade para dimensionar sobre como seria estar no lugar desses pacientes em situações, por exemplo, de comunicação de diagnósticos e prognósticos, por exemplo.

Embora seja plausível questionar o quanto é de fato possível “se colocar no lugar do outro” e o quanto estar nesse lugar é, de fato, necessário para a prática dos cuidados paliativos, considerar o outro enquanto sujeito é fundamental para algo que essa abordagem em saúde preconiza, que é o exercício da autonomia do paciente. Assim, o paciente tem o direito de fazer suas próprias escolhas decidindo aquilo que é bom para o seu bem-estar, indo ao encontro de seus valores, necessidades e prioridades, demonstrando qual o seu desejo diante de sua realidade.

Para os participantes da pesquisa, trabalhar com aquilo que o paciente conhece da doença que tem poderia promover não somente bem-estar aos pacientes, mas também à própria equipe. Porque, se por um lado, quando o paciente está ciente de seu diagnóstico e participa da tomada de decisões abertamente, quando a equipe não sabe das informações a que os pacientes tiveram acesso, isso gera ansiedade e insegurança nos profissionais:

Insegurança, eu acho que é chegar no x da questão. Como com a paciente que atendi hoje, eu não sabia exatamente o quanto ela sabia e eu não queria perguntar a ponto de entregar a informação sem saber realmente se ela gostaria de saber, então abordar isso do jeito mais correto possível pra saber até onde o paciente quer saber, acho que é um ponto que eu tenho mais dificuldade. (P1)

Porque parece que eu estava aí para dar informação, sabe? E que eu sou um ser humano, que pode contar comigo se precisar. Se precisar falar de outros assuntos também eu sou toda ouvidos. É isso. O paciente começou

a falar da infância e me agradeceu e no final pediu um abraço. Eu achei super legal (P5).

Assim, a possibilidade de um diálogo aberto e honesto possibilita, de modo geral, lidar com as ansiedades dos envolvidos nos cuidados, bem como planejar ações que garantam o cuidado ao paciente conforme seu desejo. Por outro lado, dão segurança às equipes de que estão sendo capazes de aliviar o sofrimento dos doentes.

Por fim, outra questão ressaltada pelos acadêmicos foi o sentimento de frustração ao saberem que a medicina não poderá ofertar um cuidar para além do paliativo, ou seja, o deparar-se com a impossibilidade de cura dos pacientes. Esse sentimento pode advir, inclusive, da possibilidade que atualmente existe de prolongamento da vida, o que tornam imprecisas, muitas vezes, as fronteiras entre a morte e o morrer. Para Pessini (2009), uma situação de morte com frequência é interpretada na atualidade como uma prova de competência do profissional. Tendo em vista que a prática médica ainda é realizada, hegemonicamente, sob o paradigma biomédico em que se ensina a tratar da doença e não a cuidar das pessoas, a morte muitas vezes é vista como sem sentido e fruto de falhas.

Portanto, em muitas situações, as equipes de saúde podem ter dificuldade em realizar indicações de cuidados paliativos e, se não estiverem bem treinadas e, ao mesmo tempo, se permanecerem com um forte senso de que seu objetivo é a cura, e não o cuidado, podem experimentar dúvidas, angústias e mesmo frustração quanto à piora do quadro clínico do paciente e aproximação da morte inevitável. É esse o sentimento demonstrado por P2 em sua fala:

A gente não consegue curar, nem aliviar, é um pouco frustrante, na minha visão, mas é muito precioso isso que dá pra fazer com os pacientes paliativos, é necessário, não é o que eu gostaria de fazer, gostaria de ajudar todo mundo e não fazer mais sofrer disso sabe me sinto um pouco frustrada, mas sei que é necessário (P2).

Lidar com a dor do paciente e com a morte fez, portanto, com que estes estudantes se deparassem com o que é humano e com suas próprias limitações enquanto futuros médicos. Assim, tiveram a oportunidade de pensar sobre os processos de saúde conforme o que Kovács (2005) descreve enquanto um paradigma do cuidar, por meio do qual aceita-se a morte como condição humana, uma vez que todos “sofrem” de uma condição que não tem cura: somos mortais.

Destaca-se, assim, que as falas dos participantes revelaram anseios e mobilizações emocionais que emergem no cuidado aos pacientes em final de vida. De modo geral, todos contaram sobre seus desejos de aprender sobre as práticas realizadas no ambulatório de cuidados paliativos, bem como o interesse genuíno em aprimorar práticas que visam aliviar o sofrimento humano. No entanto, no trabalho com pacientes em final de vida, experienciam um misto de sentimentos e sensações que oscilam dependendo da história de vida do paciente, sendo possível verificar a presença da ansiedade, frustração, compaixão e empatia – sentimentos para os quais, na formação, não tiveram amparo ou espaço para organizar, mas que foram sendo elaborados na medida em que receberam apoio da própria equipe do ambulatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da proposta de compreender sobre as experiências de acadêmicos de medicina de oferecer cuidados a pacientes graves atendidos em cuidados paliativos em um ambulatório de um hospital geral, observou-se que existe muito ainda a ser feito para que os cuidados paliativos possam fazer parte do cotidiano da prática médica, visto que no decorrer da formação desses profissionais pouco se tem acesso a reflexões sobre doenças graves e que ameaçam a continuidade da vida.

O ensino de cuidados paliativos e o contato com temáticas relacionadas à morte acontece, portanto, de modo superficial durante os anos de graduação

dos estudantes de medicina. Este fato pode contribuir para que pacientes com indicação para esse tipo de cuidados não tenham acesso a eles, não recebendo atenção adequada no momento do agravamento de suas doenças.

O adoecimento grave e sem perspectiva de cura e, principalmente, a morte, continuam sendo, portanto, assuntos muitas vezes deixados para um segundo plano, pouco abordados no ensino e na formação dos profissionais de saúde, porque parecem ser contraditórios à vida. Nesse sentido, a pesquisa reforça a importância de incluir os cuidados paliativos para a organização da assistência a pacientes com doenças graves, para que a integralidade seja a base das intervenções e a morte seja considerada um momento da vida que deve ser amparado de modo atento e minucioso, com técnica, mas também com humanização.

Quanto às percepções dos participantes quanto ao cenário da pesquisa, foi possível observar que para os acadêmicos, este campo oferece um olhar de atenção e cuidado que vai além do paradigma biomédico, ainda hegemônico em sua formação, e que esse modo de cuidar dá um lugar de autonomia ao paciente e às suas famílias. Todos destacaram que sua formação na graduação não havia sido suficiente para instrumentalizá-los para a prática naquele ambulatório e que, portanto, a presença de profissionais experientes e dispostos a contribuir para sua formação foi um diferencial para seus aprendizados e para que ficassem seguros para as intervenções realizadas.

Por fim, considera-se que a pesquisa proporcionou adentrar no universo da formação médica e acessar conteúdos técnicos e subjetivos de cada participante, oportunizando um momento de escuta, em que puderam compartilhar seus medos, frustrações e anseios enquanto acadêmicos de medicina e o que buscam enquanto vivenciam esse processo de formação e construção profissional. Os participantes registraram o benefício oferecido pela oportunidade de entrar em contato com os temas abordados pelas pesquisadoras, reforçando seu interesse em ter espaços em que pudessem entrar em contato com suas emoções relacionadas aos cuidados ao final da vida

e ao processo de morte e que estes seriam importantes para o seu preparo enquanto profissionais, mas também enquanto pessoas.

A partir dos conteúdos analisados tratando de aspectos emocionais, foi possível perceber que é preciso cuidar dos acadêmicos, pois eles também vivenciam uma diversidade de sentimentos e emoções sobre o processo de tratamento do paciente, por se sentirem responsáveis por esse cuidar. Esse cuidado junto ao acadêmico pode vir a ser alcançado a partir da reflexão acerca de como esse profissional de saúde se sente frente à possibilidade de cuidar de um paciente e sua família em processo de finitude.

Assim, destaca-se que a psicologia tem contribuições importantes a dar na formação de profissionais de medicina e que vêm ao encontro das necessidades apresentadas pelos acadêmicos em relação às reflexões que surgem na prática de cuidados paliativos. Entre elas, está o amparo para a percepção e o trabalho que os profissionais de saúde têm a realizar na tarefa de compreender seus próprios sentimentos relacionados à morte, como um compromisso de honestidade com os doentes e suas famílias. Cuidado de si, os profissionais terão a oportunidade de organizar o cuidado ao outro a partir do modo como o outro deseja ser cuidado e não do modo como o profissional de saúde entende que o cuidado deva ocorrer.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Mirhelen Mendes de et al. Apoios de decisão: instrumento de auxílio à medicina baseada em preferências. Uma revisão conceitual. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 266-272, ago. 2006.
- ALENCAR, Silvia C. Sprengel; LACERDA, Maria Ribeiro; CENTA, Maria de Lurdes. Finitude humana e enfermagem: reflexões sobre o (des)cuidado integral e humanizado ao paciente e seus familiares durante o processo de morrer. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.7, n.2, p.171-180, maio/ago. 2005.
- ALVES, Antonia Núbia de Oliveira et al. A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de medicina da UFRN - Natal - RN - Brasil. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 555-561, dez. 2009.

ARANTES, Ana Cláudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. GMT: 2019.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos – ampliado e atualizado**. Brasil, 2012.

BARRA, Daniela Couto Carvalho; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; Martins, Josiane de Jesus; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 3, p. 422-430, 2006.

BORGES, Moema da Silva; MENDES, Nayara. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 324-331, abr. 2012.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, Oct. 2004.

COSTA FILHO, Rubens C et al. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 88-92, Mar. 2008.

DINIZ, Débora. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1741-1748, ago. 2006.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT (EIU). The 2015 Quality of Death Index: Ranking Palliative Care across the World, p. 49, 2015. Disponível em: <http://www.economistinsights.com/healthcare/analysis/quality-death-index-2015>.

FREITAS, Eni Devay de. Manifesto pelos cuidados paliativos na graduação em medicina: estudo dirigido da Carta de Praga. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 527-535, Dez. 2017.

GARCIA, João Batista Santos; RODRIGUES, Rayssa Fiterman; LIMA, Sara Fiterman. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 64, n. 4, p. 286-291, Ago. 2014.

GROSSMAN, Eloísa; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 6-14, abr. 2006.

KOVÁCS, Maria Julia. **Educação para a morte**. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, 2005.

LINO, Carolina Arcanjo et al. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 52-57, mar. 2011.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.

- PEREIRA, Ondina Pena; ALMEIDA, Tânia Mara Campos de. A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 69-79, fev. 2005.
- PESSINI, Leo. Distanásia; algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. In: SANTOS, Franklin Santana (Org). **Cuidados Paliativos: Discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 302-19.
- QUEIROZ, Ana Helena Araújo Bomfim et al. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2615-2623, set. 2013.
- SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2011.
- SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, dez. 2004.
- SCHRAMM, 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.
- TERRA, Newton Luiz. Cuidados paliativos e envelhecimento humano: aspectos clínicos e bioéticos. **Revista da SORBI – Rio Grande do Sul**, vol. 1, n. 1, p. 12-14, dez. 2013.
- TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. O positivismo; a fenomenologia; o marxismo**. São Paulo: Atlas, 2015.
- SUSAKI, Tatiana Thaller; SILVA, Maria Júlia Paes da; POSSARI, João Francisco. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 144-149, jun. 2006.
- WITTMANN-VIEIRA, Rosmari; GOLDIM, José Roberto. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 334-339, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2º ed. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative Care**. Factsheet: WHO; 2017. Acessado em: 25/10/2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>.

Fabiola Langaro

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal e Santa Catarina (2019),
Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2011).

Atualmente é docente do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina. flangaro@hotmail.com.

Ana Paula Weinrich

Graduada em Psicologia pela Faculdade Guilherme Guimbala.

Elisangela Madureira

Graduada em Psicologia pela Faculdade Guilherme Guimbala.

Recebido em 8 de novembro de 2020.

Aceito em 12 de dezembro de 2020.