UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA – NESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE - RENASF
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF

MARCOS OLIVEIRA DIAS VASCONCELOS

O ENSINO DO LIDAR COM A MORTE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA.

Natal
2014

MARCOS OLIVEIRA DIAS VASCONCELOS

O ENSINO DO LIDAR COM A MORTE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Geórgia Sibele Nogueira da Silva.

Natal

2014

Catalogação da Publicação na Fonte
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Vasconcelos, Marcos Oliveira Dias.
O ensino do lidar com a morte no contexto da atenção primária à saúde no curso de graduação em medicina / Marcos Oliveira Dias Vasconcelos. - Natal, 2015.
116f: il.

Orientadora: Profa. Dra. Geórgia Sibele Nogueira da Silva.
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

1. Atenção primária à saúde - Dissertação. 2. Docentes - Dissertação. 3. Educação médica - Dissertação. 4. Morte - Dissertação. I. Silva, Geórgia Sibele Nogueira da. II. Título.

RN/UF/BSA01 CDU 616.89

Marcos Oliveira Dias Vasconcelos

O ENSINO DO LIDAR COM A MORTE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Profª.Dra. Geórgia Sibele Nogueira da Silva - UFRN

(Orientadora)

Profº. Dr. Thiago Gomes da Trindade – UFRN

(Membro Interno ao Programa)

Profº. Dr. João Bosco Filho – UERN

(Membro Externo à Instituição)

O anjo da morte tem as asas consteladas de olhos;
quando se aproxima de um de nós, dá-lhe olhos novos,
olhos oriundos de suas asas,
e que veem para além do superficial e do aparente.

[Chestov]

RESUMO

Ao longo do tempo, os avanços na ciência e na tecnologia biomédica foram cada vez mais incrementados, contribuindo para a falsa ideia sobre a possibilidade de controle e domínio da morte. A morte é um tema interditado, evitado tanto na sociedade leiga quanto no diálogo entre médicos e pacientes, pois é encarada como um fracasso profissional na área da saúde. O ensino do lidar com a morte na educação médica tem sido objeto de atenção de alguns autores, mas mudanças na formação médica com o aprofundamento dessa temática ocorrem muito lentamente. O objetivo desta pesquisa foi compreender os caminhos do ensino do lidar com a morte no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma pesquisa qualitativa feita a partir da colaboração de professores do curso de medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), escolhidos entre os docentes envolvidos em experiências curriculares na APS. Foram combinadas duas estratégias tecno-metodológicas: entrevistas em profundidade com roteiro e oficina com utilização de "cenas" projetivas. Recorremos à Hermenêutica Gadameriana para a análise e interpretação dos discursos. Nos resultados, identificamos que, para os docentes, o lidar com a morte pode ser concebido por quatro papéis ou competências na busca de um cuidado humanizado: tentar salvar, promover qualidade de morte, estar presente até o fim e valorizar a dimensão da espiritualidade. Para os docentes, o ensino do lidar com a morte deveria acontecer a partir de uma abordagem multidimensional, ao longo de toda a formação médica. Apesar de, nas práticas pedagógicas em APS, haver uma proposta de ensino-aprendizagem ativa, baseada na problematização de situações concretas, que busca diminuir a distância entre a formação técnica e humana, os docentes apontaram que o ensino do lidar com a morte na UFPB, de forma geral, é insuficiente e hegemonicamente tecnicista. Assim, são limites dos espaços curriculares na APS para o ensino do lidar com a morte: práticas de ensino tecnificadas, fragmentadas, com avaliações e metodologias tradicionais; a necessidade de maior aprofundamento pedagógico e de integração no currículo médico; e as fragilidades dos serviços de APS. Foram potências dos espaços curriculares na APS para o ensino do lidar com a morte: a aproximação com as dinâmicas de adoecimentos e lutas da população; e a construção de práticas mais dialógicas e voltadas para a valorização do protagonismo estudantil e do trabalho interdisciplinar. Neste sentido, a APS pode contribuir na implementação de práticas pedagógicas mais integradas, contínuas, longitudinais, contextualizadas e centradas nas pessoas. Ao mesmo tempo, que a relação ensino-serviço, preocupada com o aprimoramento do cuidado no adoecer e no morrer, pode qualificar e fortalecer a APS.

Palavras-chaves: atenção primária à saúde; educação médica; morte; docentes.

ABSTRACT

TEACHING HOW TO DEAL WITH DEATH WITHIN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE IN AN UNDERGRADUATE MEDICINE COURSE

Along time, progress in science and in the biomedical technology was increasingly expanded, contributing to the false idea of a possible control and domination of death. Death is an interdicted theme, avoided both in the lay society and in the dialogue between physicians and patients, as it is considered a professional failure in the health field. Teaching how to deal with death in the medical education has been the object of attention of some authors, but changes in the medical education to deepen this theme have occurred in a very slow pace. The aim of this research was to understand the trajectories of teaching how to deal with death within the context of Primary Health Care (PHC). It is a qualitative study based on the collaboration of teachers from the undergraduate medicine course at the Federal University of Paraíba (UFPB), who were chosen among the teachers involved in curriculum experiences within PHC. Two techno-methodological strategies were combined: in-depth interviews following a script and workshops using projective "scenes". Gadamer's Hermeneutic was used for the analysis and interpretation of the discourses. We have identified in the results that, to the teachers, dealing with death can be conceived according to four roles or competences in the search for a humanized care: trying to save, promoting quality of death, being present until the end, and enhancing the dimension of spirituality. For the teachers, teaching how to deal with death should be based on a multidimensional approach, along the whole medical education. In spite of the existence, in the PHC pedagogical practices, of an active teaching-learning proposal, based on the problematization of concrete situations, aiming to shorten the distance between technical and human education, the teachers have expressed that teaching how to deal with death in UFPB is, in general, insufficient and mostly technicist. Thus, limits of the PHC curriculum spaces to teach how to deal with death are: technified, fragmented teaching practices with traditional evaluation and methodologies; the need for greater pedagogical depth and integration in the undergraduate medical curriculum; and the weaknesses of the PHC services. Strengths of the PHC curriculum spaces to teach how to deal with death were: closeness to the dynamics of the illness process and fights of the population; and the construction of more dialogical practices, aimed to the enhancement of the students' protagonism and the interdisciplinary work. This way, PHC can contribute to the implementation of more integrated, continuous, longitudinal, contextualized, and person-centered pedagogical practices. At the same time, the teaching-service relationship, concerned with the improvement of the care in the illness process and in dying, can qualify and strengthen PHC.

Keywords: primary health care; medical education; death; teachers.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Composição Curricular 19
Quadro 2. Cenários de prática e objetivos gerais do Módulos Horizontal A 20
Quadro 3. Colaboradores da Pesquisa 27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MHA	Módulo Horizontal A
MHB	Módulo Horizontal B
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UERN	Universidade Estadual do Rio Grande do Norte
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA 10

1.1. O ensino médico 16

1.2. O curso de graduação de medicina da UFPB 18

2. OBJETIVOS 22

3. PERCURSO METODOLÓGICO 22

3.1. Quadro teórico 22

3.1.1 A Hermenêutica 24

3.2. Estratégias Operacionais da Pesquisa 26

3.2.1. Colaboradores e o lugar da pesquisa 26

3.2.2. Instrumentos de acesso às narrativas dos colaboradores 28

3.2.2.1. A entrevista 28

3.2.2.2. A oficina 29

3.2.3. Análise de riscos, benefícios e medidas de proteção 30

3.2.4. Aspectos éticos 30

3.3. Tratamento e análise das narrativas 31

4. O MÉDICO E A MORTE 32

4.1. A morte “no quarto vazio” 32

4.2. Expressões subjetivas dos docentes sobre a morte 35

4.3 Concepções dos docentes sobre o lidar com a morte 38

5. CAMINHOS DO ENSINO DO LIDAR COM A MORTE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 41

5.1. Concepções e pressupostos pedagógicos para o ensino do lidar com a morte 42

5.2. O desafio para superar a abordagem técnica no adoecer e morrer 47

6. APRENDENDO E ENSINANDO A POTÊNCIA DO CUIDAR DIANTE DA MORTE 53

A) tentar salvar 54

B) promover qualidade de morte 57

C) estar junto até o fim (presença); 76

D) valorizar a dimensão da espiritualidade 80

7. LIMITES E POTENCIALIDADES DA APS PARA O ENSINO DO CUIDADO DIANTE DA MORTE 84

7.1. Limites da APS para o ensino do lidar com a morte 84

7.2. Potencialidades da APS para o ensino do lidar com a morte 90

8. CONCLUSÃO 97

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 103

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido para as entrevistas 109

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido para as cenas 111

APÊNDICE C - Instrumento de acesso às narrativas – roteiro de entrevista 113

APÊNDICE D - Roteiro da oficina com uso de "cenas" 115

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa 116

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Inicia-se este escrito com o relato de um caso verídico, que convida o leitor a aproximar-se do tema desta dissertação, mesmo antes de um aprofundamento mais sistemático sobre o ensino do lidar com a morte na formação médica, tendo em vista as suas implicações para a Atenção Primária à Saúde. Dois médicos, o preceptor da Residência de Medicina de Família e Comunidade e seu residente, acompanham, em ambiente domiciliar, uma paciente ao fim da vida.

> Esta é a história de Iracema, uma idosa de 73 anos, casada com Francisco e mãe de Carlos e de Alice. Após uma vida simples e de muito trabalho, seu corpo se definhava e se atrofiava restrito ao leito em seu domicílio. Iracema sofria as sequelas de três Acidentes Vasculares Cerebrais que lhe acometeram nos últimos anos.
> Sua filha Alice é sua principal cuidadora, talvez por ter a profissão de Técnica de Enfermagem e por ter assumido o papel de mulher da casa, após o adoecimento da mãe. Pela experiência adquirida nos vários anos de trabalho nos hospitais de Porto Alegre, Alice sabia bem como cuidar de pessoas acamadas, com grave estado de saúde, com patologias terminais e que, algumas vezes, estavam internadas em hospitais "só para morrer". Na linguagem hospitalar, esses pacientes sequelados, com doenças avançadas e com poucas chances de reabilitação da saúde, são classificados como "manejo de andar" (1).
> No hospital, após o falecimento de um paciente, são as técnicas de enfermagem, como Alice, que ficam responsáveis por "preparar o pacote" – nome dado à preparação do corpo do cadáver. O corpo, após o último suspiro, deve ser higienizado; ter os olhos cerrados; ter as narinas, os ouvidos e todos os orifícios tampados com algodões, para se evitar a exalação do cheiro de decomposição que se iniciará; além de ser totalmente "esticado" em suas articulações para se evitar, com a rigidez pós-mortis, posições não adequadas ao enquadramento nos caixões.
> Alice tinha certeza que sua mãe, caso fosse internada em algum hospital, facilmente seria classificada como "manejo de andar". Sabia que a mãe, mesmo debilitada e com o corpo pouco responsivo devido às sequelas de suas doenças, estranharia o ambiente hospitalar, com a solidão e a frieza que lhes é característica. Junto com o restante da família, Alice havia decidido que, mesmo com a piora do quadro de saúde da mãe, não a internaria para morrer dentro de um hospital. Preferia cuidar de

(1) Termo usado nos serviços hospitalares para designar pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura em que se opta em não se investir em ações salvadoras e intervencionistas, como as tentativas de reanimação cardiorrespiratória quando tiverem uma parada cardíaca. O cuidado desses pacientes deveria ser centrado em medidas de atenção e conforto, mas, na prática da maioria dos serviços, o paciente terminal recebe menos visitas e investimento da equipe de saúde a partir da justificativa de que "não há mais o que fazer com esse paciente".

> sua mãe até o final, com todo o suporte e o calor familiar, naquela casa, onde passaram tantos momentos juntos, de lutas e conquistas.
> Como moradora do bairro Jardim das Flores, Dona Iracema era acompanhada pela equipe da Unidade de Saúde Jardim das Flores, formada por diversos profissionais (médico, enfermeira, técnica de enfermagem, agente comunitária de saúde e profissionais cursando Residência em Saúde e em Medicina de Família e Comunidade). Durante as visitas quase semanais dos membros dessa equipe de saúde, Alice e sua família tinham a oportunidade de conversar com os profissionais de saúde sobre: os sentimentos ambivalentes que surgiam com desgaste do cuidado diário com sua mãe, as chances de recuperação de sua saúde, a angústia, o conformismo e o medo que acompanhavam a ideia da morte de Dona Iracema.
> No meio do ano de 2009, Iracema ficou mais debilitada: com falta de ar, tosse, bastante secreção e febre. Seu médico de família e comunidade da Unidade de Saúde Jardim das Flores, Dr. Eduardo, prescreveu-lhe um antibiótico, mas, após uma melhora inicial, Dona Iracema voltou a piorar dos sintomas. Dr. Eduardo, avisado pela família da piora da saúde de Iracema, retornou para uma nova consulta domiciliar, acompanhado pelo médico residente de medicina de família e comunidade, Dr. Marcos. Ao chegarem à residência, encontram Dona Iracema com a respiração bem acelerada que, em intervalos cada vez menores, era interrompida por longos suspiros. Alice informou que mantinha todos os cuidados: administração dos antibióticos e antitérmicos, aspiração da secreção respiratória, oxigenioterapia, etc. Os médicos auscultaram o coração sobressaltado de Dona Iracema, seus pulmões comprometidos e, após medirem a pulsação de suas artérias cada vez mais fraca, reuniram toda a família para dizer que o estado de saúde de Iracema era grave. Ela poderia falecer a qualquer momento. Antes de perguntarem para a família se não gostariam de chamar uma ambulância, escutaram: “para o hospital e a UTI minha mãe não vai, Dr. Eduardo” - exclamou Alice, apoiada por seu pai – Francisco - e pelo marido.
> Francisco começou a se sentir mal. Imediatamente, os médicos o examinaram, lembrando que ele era hipertenso. Sua pressão arterial estava alta. Administraram-lhe um comprimido a mais de sua medicação anti-hipertensiva e o consolaram até que se sentisse melhor. Neste período, Alice aproximou-se de Iracema, trouxe a mão da mãe junto ao seu peito e, acariciando seus cabelos grisalhos, falou-lhe perto do ouvido o quanto lhe era grata por tudo o que dedicara e construíra pela família. Do outro lado da cama, o marido de Alice participava com um choro curto e pausado.
> A respiração de Iracema se esvaecia, seu corpo transmitia pequenas contrações, até que tudo parou: os movimentos, as respirações e o coração. O silêncio, inclusive dos médicos que não sabiam o que fazer naquele momento, foi quebrado por uma oração, que se propagou de boca em boca, até que todos os presentes estivessem de mãos dadas. Oração numa roda de mãos e lágrimas, de morte e vida, de dor e amor, de homens e mulheres, de cuidadores e cuidados, de humanos...
> Na última cena, a filha, em um movimento compassado, fecha os olhos de sua mãe.

Os nomes do bairro e dos participantes dessa história foram mudados, com exceção ao meu nome, Marcos, que na época fazia residência médica em Medicina de Família e Comunidade. Este relato foi escrito por mim, após quatro anos de seu acontecimento, durante uma atividade do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), que objetivava a construção de narrativas a partir de experiências anteriormente vivenciadas pelos pós-graduandos no cuidado à saúde, tomando como provocação a interrogação: *humanização a que será que se destina?*

Acompanhar e aprender com a despedida de Iracema, cercada pelo cuidado familiar, fez-me relembrar outras experiências de contato com a morte que vivenciei ao longo de minha

graduação em medicina: desde os cadáveres formolizados no laboratório de anatomia; até nos plantões hospitalares, onde a morte prevalecia, após inúmeras tentativas de reanimação cardiorrespiratória, em pacientes muitas vezes já inconscientes e repletos de medicações, tubos e máquinas ligadas a seus corpos. Aprendizados que me mostravam, mesmo sem nenhum aprofundamento teórico em relação à tanatologia, que a prática médica com pacientes em situações limites de vida deveria ter outra lógica. Um convite a repensar a intervenção incansável da medicina sobre o corpo físico, já tão debilitado, e a ausência de abordagem dos aspectos culturais, familiares, sociais e espirituais, fundamentais no cuidado do adoecer e morrer.

Ao longo dos encontros do mestrado, as discussões entre mestrandos e professores, cada um compartilhando suas ricas experiências nas diversas áreas da saúde e regiões do país, foram me instigando a uma maior aproximação com o tema do lidar com a morte. As conversas e encontros de pensamentos com minha orientadora, que tem nesse tema um de seus maiores engajamentos acadêmicos e existenciais, foi fundamental para me clarear o interesse de estudar e pesquisar sobre a temática do ensino do lidar com a morte. Interessou-me de conhecer mais sobre como ocorre o cuidado no final da vida na Atenção Primária à Saúde (APS), já que, segundo a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978, p. 1-2), a APS representa "o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde".

Ao mesmo tempo, como que num magnetismo, foi solicitado o meu auxílio, como médico e professor, em várias situações de luto e de terminalidade na APS: seja por estudantes que se engajavam no cuidado de casos complexos nas Unidades de Saúde da Família; seja por agentes comunitários de saúde ansiosos por apoio no cuidado destas pessoas em seus territórios de atuação, ou mesmo diretamente por pacientes e familiares que não conseguiam um cuidado adequado, na rede de serviços de saúde, para a integralidade de suas necessidades. O acompanhamento dessas situações me fornecia exemplos concretos da falta ou superficialidade de habilidades e competências, para o cuidado com a morte, dos profissionais que atuam nos diversos níveis da atenção em saúde. Exemplos também da carência de investimentos e de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) para lidar com a terminalidade da vida.

Sou médico formado na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Fiz residência médica em Medicina de Família e Comunidade no Grupo Hospitalar Conceição em Porto

Alegre – Rio Grande do Sul. Trabalho, há cinco anos, como professor de medicina na área de Saúde Coletiva e Atenção Primária à Saúde. Iniciei minha experiência docente em 2010, como professor substituto do Internato de Medicina de Família e Comunidade, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul; depois fui por dois anos professor da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, no Internato de Saúde Coletiva; e, finalmente, desde meados de 2012, após cinco anos do término de minha graduação, retornei ao curso de medicina da UFPB, agora como professor de seu quadro efetivo.

No início de minha graduação de medicina, dez anos antes de se tornar professor, eu já me envolvia em experiências de educação popular e saúde nas comunidades periféricas de João Pessoa, organizadas por projetos de extensão universitária. O trabalho comunitário, que acontecia distante das aulas teóricas ministradas por especialistas médicos, foi o espaço de maior impacto pedagógico em minha formação universitária. Minhas experiências na extensão universitária foram sistematizadas e refletidas em vários trabalhos acadêmicos e capítulos de livros (VASCONCELOS, Marcos 2006, 2010, 2014). O vivenciar da educação popular e da sabedoria da comunidade me ensinou de forma prática e significativa que a conquista de uma saúde universal e integral só é possível com organização coletiva e luta cotidiana; e que o diálogo com lideranças, organizações populares e movimentos sociais são fundamentais para a formação de trabalhadores de saúde mais engajados e próximos das necessidades e sonhos da maioria da população.

O processo formativo por que passei, através do engajamento extracurricular em projetos de extensão com intensa vinculação com comunidades periféricas e movimentos sociais, é atualmente valorizado nas reformas curriculares do curso de graduação em medicina, regulamentadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação, através das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001a, 2014). Assim, na educação médica, como em toda a formação de profissionais de saúde, cresce a importância da descentralização do ensino de dentro dos hospitais para mais perto das pessoas, suas famílias e comunidades, como forma de aproximar os futuros profissionais de saúde das necessidades clínicas, sociais e subjetivas da população e dos desafios do SUS.

Neste sentido, a APS pode contribuir, especificamente nos cursos de graduação em medicina, no desenvolvimento de uma prática clínica integrada, contextualizada e centrada nas pessoas e comunidades, respeitando os diferentes saberes na construção compartilhada do conhecimento através da interdisciplinaridade e da intersetorialidade. O ensino na APS pode ainda aumentar a resolubilidade clínica ao atuar com competência cultural e dialógica,

enfentando as condições e problemas de saúde de forma contínua e longitudinal nos diferentes aspectos e fases da vida das pessoas (DEMARZO, 2012).

Um reflexo da importância da APS nos cursos de graduação em medicina é a valorização no ensino médico dos conteúdos da Medicina de Família e Comunidade (MFC), que é a especialidade médica voltada a prestar assistência no nível da APS de um sistema de saúde de forma contínua, integral e abrangente (STARFIELD, 2002 ; TRINDADE, 2012). A MFC é uma disciplina médica eminentemente clínica que também desenvolve, de forma integrada, práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, dirigidas a pessoas, famílias e comunidades. Estes atributos a tornam uma disciplina estratégica para a ressignificação das bases estruturais da própria profissão médica, adquirindo papel fundamental na constituição dos novos paradigmas em saúde. A MFC aborda o processo saúde-adoecimento como um fenômeno complexo, relacionado à interação de fatores biológicos, psicológicos, sócio-ambientais e espirituais, sendo, portanto um processo influenciado fortemente pela estrutura familiar e comunitária do indivíduo e pelos determinantes da saúde (McWHINNEY, 2010).

Semelhante ao que acontece em muitos países com sistemas de saúde qualificados e ordenados pela APS, a inserção da MFC nos currículos de graduação tem se tornado realidade em um número considerável de escolas médicas brasileiras. Este movimento de inserção vem contribuindo para mudanças mais consistentes no ensino médico do Brasil, principalmente, a partir da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001a, 2014), que contemplam em suas recomendações muitos dos princípios e práticas da MFC (ANDERSON; DEMARZO; RODRIGUES, 2010).

Dentre diversas possibilidades e potencialidades do ensino mais próximo do cotidiano de adoecimentos, lutas e superações da população, pretendemos investigar se as práticas curriculares na APS podem fortalecer o ensino do lidar com a morte no curso de graduação de medicina. Minha experiência como docente, envolvido em práticas pedagógicas na APS, permite-me perceber a angústia, o despreparo e o afastamento de uma abordagem mais integral que, muitas vezes, os estudantes de medicina passam, ao lidar com situações de profundo sofrimento humano e de desorganização social. Mas percebo também, a potencialidade que o vínculo e o acompanhamento mais próximo e dedicado junto aos pacientes e a seus familiares podem trazer para o cuidado no adoecer e morrer.

O despreparo dos estudantes de medicina no lidar com o sofrimento e com a morte reflete-se em profissionais de saúde que, na maioria das vezes, limitam-se a abordar sintomas e acometimentos essencialmente de ordem biológica no cuidado de seus pacientes,

esquecendo-se das diversas outras dimensões (psicológica, social, cultural e espiritual) do ser humano (FALCÃO; MENDONÇA, 2009). Dimensões essas que se tornam ainda mais importantes no acompanhamento do processo de morrer de pacientes e seus familiares.

O ensino do lidar com a morte na educação médica tem sido nas últimas décadas objeto de atenção de alguns autores (AZEVEDO, 2007; BOEMER ,1989; FONSECA, 2013; KLAFKE, 1991; KOVÁCS, 1991, 2003; NOGUEIRA DA SILVA; AYRES, 2009, 2010; NOGUEIRA DA SILVA, 2014; OLIVEIRA, 2013; QUINTANA, 2002; SILVA, 2006; VIANA; PICCELLI, 1998; ZAIDHAFT, 1990), mas mudanças na formação médica a partir da inclusão dessa temática ocorre de forma muito lenta (SILVA, 2006). Este projeto de pesquisa pretende se debruçar sobre as dimensões desse lidar com a morte na formação médica a partir de práticas pedagógicas na APS, por entender que elas têm sido pouco valorizadas nos estudos sobre tanatologia e educação profissional em saúde e que podem representar um cenário potencializador de um aprendizado significativo, baseado em situações reais do cotidiano da vida das pessoas, de suas famílias e comunidades.

O interesse na temática desta pesquisa representa uma oportunidade de refletir sobre como a Atenção Primária à Saúde (APS) pode contribuir com o ensino do lidar com a morte na formação de trabalhadores de saúde, especificamente dos estudantes de medicina. Escutar alguns dos protagonistas dessa construção de conhecimento – os professores de medicina envolvidos no contexto da APS – é fundamental para que novas práticas e saberes no lidar com a morte sejam realmente aplicadas nas instituições de ensino, na assistência à saúde e na sociedade como um todo.

Após esta introdução e justificativa dos propósitos da pesquisa, a dissertação segue com um breve relato do desenvolvimento histórico da ciência médica, a fim de ilustrar o horizonte que configurou e, ainda configura atualmente, o ensino médico. Depois, há uma contextualização sobre a história e a estrutura curricular do curso de graduação de medicina da UFPB, destacando os módulos pedagógicos desenvolvidos no contexto da APS, foco da pesquisa. Em seguida, serão expostos os objetivos e a trajetória metodológica escolhida. Segue com capítulos que aprofundam os resultados da pesquisa: 4. O MÉDICO E A MORTE; 5. CAMINHOS DO ENSINO DO LIDAR COM A MORTE NO CONTEXTO DA APS; 6. APRENDENDO E ENSINANDO A POTÊNCIA DO CUIDAR DIANTE DA MORTE; e 7. LIMITES E POTENCIALIDADES DA APS PARA O ENSINO DO CUIDADO DIANTE DA MORTE. Por fim, teremos as conclusões, as referências bibliográficas, os apêndices e anexo.

1.1. O ensino médico

O avanço da medicina durante o século XVII após o Renascentismo e a partir dos estudos da Anatomia inaugurou o desenvolvimento de uma racionalidade médica, denominada biomedicina, pautada basicamente na fisiologia e biologia. Os estudos a partir do corpo do morto possibilitaram o pensamento de que a doença é a causadora da morte e a saúde seria a consequência da eliminação das enfermidades (a cura). O médico foi estimulado a focar sua atenção nas doenças, dando menos importância ao aspecto humano que há nelas, fazendo com que o paciente fosse visto fundamentalmente como o portador de uma enfermidade (KOIFMAN, 2001; MELLO; SILVA, 2012).

Para trabalhar orientado por esta racionalidade biomédica, os profissionais de saúde deveriam diagnosticar doenças e tratar objetivamente os pacientes de um modo focado em seus órgãos, e não na integralidade e singularidade das pessoas. Segundo Vasconcelos (2013, p. 363), tudo isso resulta na "formação de mecânicos consertadores de corpos humanos" - profissionais habilidosos em diagnosticar doenças orgânicas, mas incapazes de cultivar o florescimento da vida, que é muito mais do que tratar e prevenir patologias específicas.

> Sem dúvida, são inegáveis os benefícios da medicina tecnocientífica, mas, unilateralizada como recurso diagnóstico e terapêutico, ela fica mutilada. A evitação do contato humano elimina o reconhecimento do sofrer do outro através da palavra. A dor é medida, medicada, mas não reconhecida em seu significado, pois a palavra fica reduzida a meras informações na anamnese. Diante de um cenário assim, radicalizam-se o distanciamento e a desumanização no ensino e na prática médica (SILVA, 2010).

A formação médica ainda é muito marcada por esse modelo de ensino consolidado, no início do século XX, a partir do Relatório Flexner. Os estudos de Abraham Flexner propunham padrões de organização do ensino para os cursos de medicina norte-americanos e canadenses, baseados no paradigma newtoniano e cartesiano de ciência. Esse jeito de organizar o ensino pela racionalidade científica se espalhou por todos os países ocidentais e por toda a formação universitária em saúde. O ensino médico passou a ser marcado: por um pensamento materialista e biologicista, pela formação especialista em detrimento da formação generalista, pela centralização no hospital como lócus de ensino, e pela fragmentação do conhecimento entre ciclo básico e ciclo clínico e em disciplinas que pouco dialogam entre si (ROS, 2004; VASCONCELOS, 2013). A humanização, a integralidade e o cuidado atento para a subjetividade, o sofrimento e o morrer estavam fora do eixo estrutural da formação médica.

Na segunda metade do século XX, diversos setores da sociedade dos países ocidentais, insatisfeitos com o modelo médico dominante, passaram a reivindicar mudanças nos serviços de saúde e na formação de recursos humanos em saúde, como forma de aprimoramento das práticas e da relação do profissional com os usuários e as comunidades. Exigiam a criação e fortalecimento de sistemas nacionais de saúde, organizados de forma mais justa e abrangente para realmente atender as necessidades das pessoas e da sociedade. No Brasil, tivemos o movimento de Reforma Sanitária, que foi fundamental na luta pela democratização do acesso a saúde da população a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a implantação do SUS, ações de promoção em saúde, articuladas em rede ampliada e interdisciplinar, valorizaram-se em contraposição à usual ênfase nas práticas meramente curativas e, em geral, especializadas e hospitalocêntricas (TRINDADE, 2012; VASCONCELOS, 2013).

Esse processo de mudanças ganhou força a partir de 1978 com a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, organizada na cidade de Alma-Ata no Cazaquistão pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que contou com a participação de 134 países, 67 organismos internacionais e diversas organizações não-governamentais. No final da Conferência, todos os países se comprometem em estabelecer a promoção de saúde como uma das prioridades da nova ordem econômica internacional, através da Declaração de Alma-Ata - composta de 10 itens que enfatizam os Cuidados Primários de Saúde como fator de viabilidade para uma universalização e equidade dos cuidados em saúde, mediante investimento social e integração entre governos e setores da sociedade (RIVERO, 2003).

> Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1-2).

Atualmente, apesar da tendência de vários países em orientar suas políticas sociais ainda no modelo neoliberal, o investimento na Atenção Primária à Saúde (APS) e o fortalecimento das políticas públicas de saúde têm norteado as reformas dos sistemas de saúde nos países que vem conseguindo melhores indicadores e qualidade de saúde para a sua população. No Brasil, a atual política de saúde tenta se estruturar a partir da APS, orientando-

se pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), de forma a organizar os demais níveis de atenção à saúde e buscar o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2011).

> A inserção dos serviços de Atenção Primária à Saúde nas comunidades torna mais evidente para os seus profissionais a ineficácia e a frustração gerada nas pessoas atendidas pelo modelo biomédico, centrado na cura de doenças e no alívio de sintomas. Revela, de forma mais clara, o grande fosso existente entre o agir médico tradicional e o dinâmico cotidiano de luta pela saúde e felicidade presente em todas as comunidades. A APS amplia muito o campo de atuação dos profissionais de saúde, possibilitando uma atuação profissional integrada ao esforço dos moradores e seus movimentos sociais para o enfrentamento dos problemas de saúde (VASCONCELOS EM; VASCONCELOS MODV, 2012).

Na educação médica, assim como nos outros cursos da saúde, ressalta-se a importância da formação e preparo dos alunos para uma prática ampliada a partir de uma formação generalista e mais preparada para o exercício da APS. Os Ministérios da Saúde e da Educação - através das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001a, 2014) e de programas como: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde (BRASIL, 2007), o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina - Promed (BRASIL, 2001b) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde (BRASIL, 2008) - salientam a importância da reformulação do ensino médico de forma a adequá-lo às necessidades do SUS e insistem na importância da maior vinculação do estudante de medicina com a dinâmica comunitária de adoecimento, superação e luta pela saúde.

Na maior parte das escolas de medicina, estas reformas não conseguiram ainda alterar a concepção educacional tradicional e a orientação pelo modelo biomédico, caracterizadas: por um aprendizado centrado nos professores e na dimensão biológica das doenças, abordadas de forma fragmentada pelas várias especialidades em aulas que pouco se relacionam entre si; por uma avaliação numérica do aluno através de testes; e por uma relação técnica distanciada entre o médico e a pessoa que necessita de cuidado (COSTA, 2007).

1.2. O curso de graduação de medicina da UFPB

O curso de graduação em medicina da Universidade Federal da Paraíba surgiu em 1950 e foi reconhecido oficialmente pelo Governo Federal em 1955, passando a integrar a Universidade da Paraíba. Em 1960 ocorreu a federalização daquela universidade, sendo criada, portanto, a Universidade Federal da Paraíba (UFPB, 2007).

O currículo do curso de medicina, fruto da evolução constante do ensino médico superior, tem sofrido frequentes reformulações e reavaliações. Até agora, a mais significativa foi a última reforma curricular, iniciada em 2007 após a aprovação do Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina(UFPB, 2007), pelo Conselho Superior de Pesquisa, Ensino e Extensão da UFPB. O Projeto Político Pedagógico é fruto de mais de seis anos de trabalho da Comissão Permanente de Pesquisa em Educação Médica (COPPEM), instância da coordenação do Curso de Graduação em Medicina-UFPB, constituída por representantes de todos os departamentos que têm disciplinas no curso e por representantes discentes. Atualmente, passados seis anos da aprovação do Projeto Político-Pedagógico e do início da reforma curricular, estão se formando as primeiras turmas oriundas deste novo currículo.

A estrutura do Curso de Medicina da UFPB é baseada num currículo nuclear (**Quadro 1**): com um núcleo específico com os **conteúdos básicos profissionais**, composto por Módulos Interdisciplinares Verticais, pelo Estágio Curricular Obrigatório em serviço (Internato) e pelo Trabalho de Conclusão do Curso; e um **currículo complementar**, constituído pelos conteúdos complementares obrigatórios (divididos entre os módulos horizontais "A" – MHA e os módulos horizontais "B"- MHB), conteúdos complementares optativos e conteúdos complementares flexíveis, este último, de livre opção do aluno (UFPB, 2007). A graduação médica da UFPB é dividida em doze semestres letivos, dos quais os quatro últimos são de Estágio Curricular Obrigatório em Serviço (Internato) – onde o estudante tem a formação em serviço durante quatro meses em cada uma das cinco grandes áreas da Medicina, a saber: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva.

Quadro 1: Composição Curricular

Composição Curricular Nuclear	Conteúdos Curriculares	Carga Horária	%
1. Conteúdos Básicos Profissionais			
Núcleo Específico	1.1.Conteúdos Básicos Profissionais 1.2.Estágio Curricular Obrigatório de Treinamento em Serviço – Internato	3.104 4.704	
Total		7.808	82.7%
2. Conteúdos Complementares			
Formação Complementar	2.1. Conteúdos Complementares Obrigatórios (MHA e MHB)	1.120	11,8%

	2.2. Conteúdos Complementares Optativos 2.3. Conteúdos Complementares Flexíveis	384 128	
Total		1.632	17.3%
TOTAL		9.440	100%

(Fonte: Adaptado a partir de UFPB, 2007).

O MHA é um módulo que "têm por objetivo integrar todas as atividades curriculares", a partir da problematização de situações clínicas ou sociais específicas, surgidas em diferentes cenários (UFPB, 2007). O MHA está presente do primeiro ao oitavo período de curso (MHA1 a MHA8), com carga horária semanal de seis horas, divididas em quatro horas de prática e duas horas de teoria. Os cenários de prática e os objetivos do módulo segue uma evolução sequencial do primeiro ao oitavo período (como se pode visualizar no **quadro 2**): da comunidade no MHA1 para as unidades de saúde da família (USFs) no MHA2, depois para os serviços de atenção secundária e terciária no MHA3, depois retornando às USFs no MHA4 e 5, e depois para as unidades secundárias e terciárias, focando em populações e situações específicas: gestantes e recém-nascidos no MHA6, crianças, adultos e adolescentes no MHA7, e situações de urgência-emergência no MHA8 (UFPB, 2007).

> Esse módulo tem uma formulação progressiva em que o estudante percorre vários cenários e vai passando, paulatinamente, da saúde para a doença, de temas gerais a temas específicos, do atendimento à comunidade ao atendimento individual, do social à clínica. Esse modelo de evolução do Módulo atende a uma compreensão no que se refere à "inserção precoce do estudante". Essa inserção não é, como muitos têm compreendido, expor o estudante a uma relação com o paciente nos primeiros dias. Inseri-lo, primeiro, na compreensão da realidade de vida da comunidade, levá-lo a compreender os determinantes das doenças para, só então, com maior maturidade emocional, ser exposto à relação com o doente e todas as angústias que daí advém: o contato com a mutilação, com a morte, com os limites terapêuticos da profissão (UFPB, 2007, p.21).

Quadro 2. Cenários de prática e objetivos gerais dos Módulos Horizontais A.

Nome do módulo	**Cenários de prática**	**Objetivo geral**
MHA 1 – Saúde da Comunidade	Comunidades	Conhecer as famílias, seus modos de vida e suas necessidades de saúde em um determinado território
MHA2 – Sistema de saúde: atenção básica	Unidades de Saúde da Família (USF)	Identificar como as UBS estão organizadas para responder às necessidades de saúde da comunidade
MHA3 – Sistema de saúde:	Policlínicas, hospitais,	Conhecer os serviços de

atenção secundária e terciária	serviços especializados e órgãos gestores e de controle social	saúde de atenção secundária e terciária (média e alta complexidade, respectivamente)
MHA4 e MHA5 – Atenção à saúde da família	Unidades de Saúde da Família (USFs)	Desenvolver habilidades na execução de procedimentos da atenção básica à saúde
MHA6 – Atendimento Integral à saúde da mulher e do neonato	Maternidades do hospital universitário e demais maternidades da rede SUS	Não especificado no PPP
MHA7 – Atendimento Integral à saúde do adulto, criança e adolescente	Ambulatórios de atendimento ao adulto, à criança e ao adolescente	Realizar atendimentos ambulatoriais levando em conta o paciente como um Todo, nas suas dimensões biológica, psicológica e do seu contexto sociocultural
MHA8 – Abordagem Clínica e Social nas Urgências e Emergências	Hospitais de Emergência	Proporcionar ao estudante oportunidade de vivência no atendimento de situações de urgência e emergência

(Fonte: adaptado de UFPB, 2007).

No curso de graduação de medicina da UFPB, o tempo de inserção do estudante de medicina em estratégias pedagógicas no contexto da APS corresponde a apenas 10,5% da carga horária total de 9.440 horas. Em relação a esta duração total do curso, cerca de 4%, acontece nos MHA1, MHA2, MHA4 e MHA5; e aproximadamente 6,5%, no Internato de Saúde Coletiva, durante os 4 meses de inserção do estudante nas atividades de Equipes de Saúde da Família.

Apesar do aumento significativo da carga horária na APS na UFPB com a reforma curricular de 2007, ainda representa uma pequena porção do curso de graduação, principalmente se sabemos que, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina (BRASIL, 2001a, 2014, p.8), busca-se um "médico, com formação geras, humanista, crítica, reflexiva e ética" que seja capaz de responder às necessidades de saúde mais frequentes referidas pela comunidade. Estudos clássicos de diagnóstico de demanda mostram que a APS é o lócus prioritário para este cuidado e que uma APS de qualidade é capaz de resolver até 90% dos problemas e demandas trazidas pelas pessoas de uma comunidade (GREEN, 2001).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Compreender os caminhos do ensino do lidar com a morte no contexto da Atenção Primária à Saúde a partir da visão de docentes do curso de graduação em medicina da Universidade Federal da Paraíba.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar as concepções dos docentes envolvidos em práticas pedagógicas na APS sobre o lidar com a morte no curso de graduação em medicina;
- Identificar as concepções e os pressupostos pedagógicos que os docentes envolvidos na APS consideram importantes no ensino do lidar com a morte;
- Investigar estratégias pedagógicas utilizadas pelos docentes em situações do lidar com a morte na APS junto aos estudantes;
- Identificar quais os limites e potencialidades dos espaços curriculares na APS para o ensino do lidar com a morte.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Quadro teórico

Este estudo constitui-se numa pesquisa qualitativa em função da natureza de seu objeto. Minayo (2012) afirma que a pesquisa qualitativa é importante para compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos. Essa abordagem se preocupa em se aprofundar nos significados das ações e relações humanas, num olhar não perceptível em equações estatísticas e que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis.

Holanda (2006) afirma que os métodos qualitativos são métodos das ciências humanas que pesquisam, explicitam e analisam fenômenos - crenças, representações e estratégias - que

não são passíveis de serem medidos quantitativamente. A abordagem qualitativa propõe-se então, a elucidar e conhecer os complexos processos de constituição da subjetividade.

O alcance da compreensão sobre a forma na qual os professores de medicina ensinam o lidar com a morte em seu cotidiano de práticas pedagógicas na APS requer um percurso metodológico que possibilite a obtenção dos significados subjetivos vivenciados por tais profissionais.

O caminho teórico – metodológico escolhido é a Hermenêutica Gadameriana, surgida num *continuum* teórico iniciado na Fenomenologia Existencial Heideggeriana, que pode ser compreendida como uma arte de interpretar.

Desde os gregos há uma inquietação quanto às tentativas para a apreensão da verdade, do saber e de sua sistematização. Entre o discurso especulativo da metafísica e o raciocínio das ciências positivas, Husserl, rejeitando as concepções vigentes de método e das ciências que não consideravam a especificidade de seu objeto e o tratavam apenas como um objeto físico, propôs a fenomenologia como uma volta ao mundo da experiência, do vivido (DARTIGUES, 1973). A fenomenologia seria uma ciência rigorosa, mas não exata, uma ciência que se preocupa com a essência das coisas, que procede por descrição e não por dedução. Ela se ocupa de fenômenos, mas com uma atitude diferente das ciências exatas e empíricas (HUSSERL, 2002). Fenômeno é, então, tudo o que se mostra, manifesta-se, desvela-se ao sujeito que o interroga (MARTINS et al., 1990).

O resgate do sentido humano passa pelo exame rigoroso e científico da subjetividade, objetivando ir além das abordagens técnicas e metodológicas consideradas insuficientes ou unilaterais, para contribuir na construção de categorias e conceitos não tematizados (CASTRO, 2000).

Ancoramo-nos na perspectiva existencial e fenomenológica heideggeriana quanto à compreensão do homem, e concordamos com Silva (2006) quando afirma que há uma necessidade de as ciências da saúde, como vêm fazendo há algum tempo as ciências humanas, atentarem para uma ampliação do modo de conceber seus estudos sobre o homem, passando a considerá-lo na sua vivência, na sua totalidade e no seu fluxo no tempo, com seus entrelaçamentos existenciais, incorporando sua historicidade.

A compreensão não se mostra de imediato, vai se constituindo no tempo pelas articulações dos significados que o ser-no-mundo expressa ao mundo, pois como um *ser-aí*, o homem atribui sentido às coisas com as quais se relaciona no horizonte de sua existência (SALES, 2008).

É nesse contexto homem-mundo que a compreensão se torna possível, ou seja, no âmbito deste estudo podemos dizer que o doente pode ser compreendido a partir do sentido que emite em sua mundaneidade, assim como o médico que dele cuida. Na verdade, vivenciar a facticidade de um *ser-aí* em processo de adoecer e morrer é algo difícil e suscita angústias, que acometem os dois lados da relação. Sendo assim, compreender a experiência do professor de medicina no seu cotidiano de práticas pedagógicas na APS é compreender o desvelamento de sua vivência do cuidar, do cuidar de, do cuidar com. O desvelamento traz à luz aquilo que se oculta naquilo que se mostra.

Gadamer (2003) fala que a ocultação e o velamento pertencem ao mesmo fenômeno, que as coisas mantêm-se por si mesmas em estado de ocultação e que o discurso humano não transmite apenas a verdade, mas conhece também a aparência, o engano e a simulação. A verdade é a desocultação. O sentido do discurso é deixar e fazer com que o desocultado apresente-se, revele-se.

A fenomenologia e a hermenêutica partem de pressupostos que advogam sensivelmente a superação da dicotomia sujeito-objeto na compreensão dos fatos e obras humanas. “Quem conhece se inclui no que quer conhecer”, resume Ayres (2005, p. 550).

3.1.1 A Hermenêutica

A hermenêutica, ligada ao âmbito da interpretação dos textos sagrados, conhecida como a arte de interpretar textos, aproxima-se da fenomenologia já que ambas se afastam da ideia de investigação do ser numa abordagem filosófica essencialista, para ir em busca da compreensão de como as coisas se apresentam e acontecem, dos modos subjetivos do viver (Minayo, 2012).

A hermenêutica tem sido utilizada como base filosófica para diferentes estudos qualitativos, que remetem a processos interpretativos do investigador, à relevância do contexto na compreensão dos significados, bem como à compreensão oral e escrita do outro (JESUS, PEIXOTO, & CUNHA, 1998).

A etimologia da palavra *hermenêutica* é ligada à filosofia grega. Vem de Hermes, deus grego considerado o mensageiro dos deuses. Expressa a arte de interpretar, e, como aponta Minayo (2002), é considerada uma disciplina básica que se ocupa da arte de compreender textos e tem trazido valiosas contribuições nas pesquisas sociais ao estender-se à interpretação de discursos e ações.

Aluno de Heidegger, Hans Georg Gadamer publicou em 1960 uma obra considerada clássica para a teoria hermenêutica: "*Verdade e Método".* Para Gadamer (2003), a tarefa da hermenêutica é esclarecer o milagre da compreensão, descobrindo os sentidos das ações humanas. O autor nos ensina que todo o conhecimento do mundo é mediado pela linguagem e que todo ato de compreender significa entender-se com outro a respeito de algo. É importante ressaltar que tal compreensão está relacionada ao espaço e tempo pelos limites dados a partir da historicidade humana. Compreender significa uns se entenderem com outros. Assim, uma das ideias centrais que fundamentam a hermenêutica é a de que os seres humanos, na maioria das vezes entendem-se ou fazem um movimento interior e relacional para se porém de acordo (MINAYO, 2002; p. 85).

A hermenêutica pode ser uma ferramenta para a compreensão dos significados atribuídos pelos sujeitos à condição existencial do estar no mundo e, por meio da sua linguagem em relatos, chegar à compreensão de sua ação. Dentro dessa ótica Reale (1993, p. 253) explica: "Quem quiser compreender um texto deve estar pronto a deixar que o texto lhe diga alguma coisa, por isso uma consciência educada hermeneuticamente deve ser plenamente sensível à alteridade do texto". Reale (1993) diz que tal sensibilidade não implica uma neutralidade objetiva; muito menos um esquecimento de si mesmo e sim uma conscientização das próprias pré-suposições e dos próprios pré-conceitos, que não devem amordaçar nem silenciar o texto.

Recorrendo a Minayo (2002), temos a descrição das balizas para a compreensão oferecida pela hermenêutica, em que o investigador deve buscar o máximo, fundamentado em dados históricos, no texto e no contexto. O investigador, em contato com o entrevistado ou com o que se analisa deve ter uma postura de respeito frente ao que está sendo investigado. Buscar o sentido que quis oferecer, quem o emitiu, e a clareza de que, na interpretação, nunca há uma última palavra. O sentido de uma mensagem ou de uma realidade estará sempre aberto a várias direções.

Em outras palavras, temos o que Gadamer (2003) chamou de fusão de horizontes. Nas palavras de Ayres (2005) temos que "na fusão de horizontes aquele que interpreta não decodifica uma experiência externa a si, a seu horizonte linguístico, mas decodifica a sua própria experiência a partir de necessidades e possibilidades trazidas pelo horizonte linguístico do outro" (AYRES, 2005, p. 551). É fundamental que o pesquisador busque a compreensão de si mesmo diante daquilo que o impressiona, diante da realidade que tenciona conhecer melhor. É um movimento dialético de distanciamento e de aproximação. Aquele que

investiga precisa saber escutar e escutar-se; viver uma intensa relação com o outro e consigo a fim de alcançar o entendimento.

Ressalta-se aqui a importância do diálogo na construção do conhecimento, ou seja, o diálogo é algo que se constitui na participação dos dialogantes. O pesquisador está exposto a um permanente diálogo e o fenômeno vai sendo modificado durante o processo de pesquisa e aprofundado durante o trabalho de análise.

3.2. Estratégias Operacionais da Pesquisa

3.2.1. Colaboradores e o lugar da pesquisa

Os colaboradores da pesquisa foram os docentes inseridos em práticas pedagógicas na APS, vinculados ao Departamento de Promoção da Saúde, do Centro de Ciências Médicas – UFPB. A definição da amostra se deu de forma intencional, a partir dos docentes de módulos curriculares voltados para a formação prático-teórica do estudante de medicina no contexto da APS. Estes módulos se concentram nos **Módulos Prático-Integrativos** 1, 2, 4 e 5 (MHA1, MHA2, MHA4 e MHA5), e no **Internato de Saúde Coletiva**.

Na escolha dos docentes, optou-se pela experiência de ensino nos módulos desenvolvidos no cenário da APS e pela representatividade entre os diferentes períodos do curso em que eles estão inseridos. A escolha pela variação por períodos entre os docentes atende ao intuito de percorremos várias etapas da formação. Poder percorrer tais etapas tem por objetivo observar possíveis permanências, alterações ou discrepâncias das representações em torno do ensino do lidar com a morte, podendo identificar as motivações e justificativas para possíveis mudanças, bem como os sentimentos envolvidos. Atravessar a singularidade de cada etapa é importante para a ampliação da visão do processo investigado.

Prevemos inicialmente um número mínimo de participantes, que se mostrasse operacional para garantir variedade e profundidade. Nesse sentido, definimos, ao longo do desenvolvimento das entrevistas, a quantidade de 8 docentes de um total de 14 docentes envolvidos em práticas pedagógicas no contexto da APS do curso de medicina. Dos docentes escolhidos (vide Quadro 3), quatro têm experiência nos módulos MHA 1 e MHA 2 – módulos onde os estudantes têm os primeiros contatos com a APS (1º. e 2º. semestres do curso); e outros quatro têm experiência nos módulos MHA 4 e MHA 5 – módulos do 4º. e 5º. Semestres - onde os graduandos conhecem e aprofundam a abordagem da clínica na APS –

sendo que, destes, dois docentes também têm experiência no Internato de Saúde Coletiva - que corresponde ao Estágio Curricular Obrigatório (Internato). Além disto, alguns destes docentes também orientam a especialização de médicos na Residência de Medicina de Família e Comunidade da UFPB.

Quadro 3. Colaboradores da Pesquisa

Nome Fictício	**Idade**	**Formação**	**Módulo com mais experiência de ensino**	**Participação na Oficina**	**Religião**	**Estado civil**	**Número de filhos**
Hermes	62	Médico Sanitarista	MHA 1, MHA2	sim	Católico	Casado	3
Hefesto	30	Nutricionista	MHA 1, MHA2	não	Católico não praticante	União estável	1
Atena	50	Pediatra	MHA 1, MHA 2	não	sem religião	solteira	2
Dionísio	48	Médico Sanitarista	MHA1, MHA2	sim	católico	casado	2
Ártemis	38	Pediatra	MHA4, MHA5	não	católica	Casada	3
Zeus	36	Médico de família	MHA5	sim	protestante	casado	1
Apolo	33	Médico de família	MHA4, MHA5, Internato de Saúde Coletiva	não	espírita	casado	3
Hera	36	Médica de família	MHA4, Internato de Saúde Coletiva	sim	protestante	casada	1

Como o cenário de práticas dos módulos MHA4 e MHA5 - que acontecem em cinco Unidades de Saúde da Família (USF) Integradas (cada uma com 4 equipes de Saúde da Família) de João Pessoa - coincidem com algumas das unidades, onde os estudantes do Internato de Saúde Coletiva permanecem durante os quatro meses do estágio, todos os professores do MHA4 e MHA5 também convivem e orientam alguns internos durante o turno de prática em que estão nestas unidades.

Nos módulos MHA1 e MHA2, há a peculiaridade de poder envolver professores não-médicos por não depender de conhecimentos da clínica médica para o processo pedagógico. Como são três professores não-médicos envolvidos atualmente nestes módulos, optou-se por escolher um destes professores.

É importante destacar que, nos estudos qualitativos, o principal é o aprofundamento e abrangência da compreensão de uma situação, e esta se dá menos na quantidade de pessoas pesquisadas e mais nas estratégias de obter tal compreensão (Minayo, 2012).

O perfil dos oito entrevistados foi composto, pela maioria de: homens (cinco); na trigésima década de vida (idade média de 41 anos); médicos (sete), sendo três com especialização em Medicina de Família e Comunidade, dois em Medicina Preventiva e dois em Pediatria; casados (seis); todos com filhos; e religião católica (quatro), apesar da variação de crenças.

O local onde se realizaram as entrevistas e oficina foi de acordo com a conveniência do colaborador, garantindo condições adequadas a não interrupção e a privacidade. A maioria das entrevistas foi realizada em sala privativa do Centro de Ciências Médicas da UFPB na cidade de João Pessoa - PB.

3.2.2. Instrumentos de acesso às narrativas dos colaboradores

3.2.2.1. A entrevista

A entrevista em profundidade com roteiro consiste em um dos métodos mais importantes para captar os sistemas de valores, as referências normativas, as interpretações que os indivíduos dão as situações conflituais e as experiências vivenciadas. Minayo (2012), tratando dessa questão, argumenta: "o que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informação é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transporte, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas".

A entrevista permite correções, esclarecimentos e adaptações que a tornam eficaz na obtenção das informações desejadas. Enquanto outros instrumentos têm seu destino selado no momento em que saem das mãos do pesquisador que os elaborou; a entrevista ganha vida ao se iniciar o diálogo entre o entrevistador e o entrevistado (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

As entrevistas foram gravadas com anuência do entrevistado sendo posteriormente transcritas e as observações foram anotadas em diários de campo. A transcrição obedeceu rigorosamente a forma pela qual o sujeito se expressou, incluindo eventuais erros, pausas, repetições, hesitações ou truncamento de palavras.

O roteiro de entrevista foi submetido a um trabalho piloto, que averiguou sua adequação. O roteiro das entrevistas encontra-se no **Apêndice C** deste projeto.

3.2.2.2. A oficina

A oficina tem o intuito de aprofundar dados, confrontar percepções, valores, e ressaltar a subjetividade, a emoção e a intuição dos entrevistados, enriquecendo o discurso racional que é mais facilmente captado nas entrevistas de pesquisa.

As oficinas derivam de uma experiência norte-americana do *workshop*, traduzida pelos hispanos como *taller* e para o português como oficinas. De acordo com Paiva (2000), é um recurso bastante utilizado em encontros que têm como objetivo a co-construção de saberes. Por isso é usualmente conhecido em intervenções de caráter educativo.

As oficinas objetivam a criação de um ambiente descontraído que facilite o compartilhar de informações e o envolvimento de todos no processo. Nelas podem ser realizadas dramatizações ou construções imaginárias de algumas situações, como o uso de "cenas" - recursos que promovem situações em que a pessoa projete seus desejos, medos, expectativas, possibilitando uma melhor incursão no universo subjetivo e intersubjetivo dos entrevistados.

No campo da saúde, as oficinas têm sido bastante utilizadas como estratégia para desenvolver a prevenção e promoção da saúde, sendo também defendida como recurso estratégico em pesquisas, especialmente o uso da "cena", utilizado por pesquisadores como Monteiro (1995), Paiva (2000, 2005) e Silva (2001). Paiva (2005) ressalta o uso de "cenas" como recurso para pesquisas na medida em que as narrativas, produzidas pelos participantes através da "cena", oferecem "um testemunho da experiência nas próprias palavras do sujeito", no calor do acontecimento, sem grandes elaborações racionais, a qual é altamente relevante para as abordagens de pesquisas qualitativas. Trata-se de uma metodologia que possibilita *insights* de novos repertórios, a partir de uma experiência antecipada, por meio de dramatizações e visualizações (Silva, 2006).

No âmbito deste trabalho, realizamos uma oficina com quatro colaboradores, representativos entre os oito que foram entrevistados anteriormente. Na oficina, foi sugerido que cada entrevistado criasse uma "cena" imaginada a partir de uma situação hipotética e a descrevesse no papel. Após isso, cada colaborador relatava oralmente para o grupo a "cena" escrita, e era disponibilizado um tempo para comentários de todos. A oficina durou cerca de duas horas.

Na "cena 1", o docente era convidado a imaginar uma situação em que ele fosse um estudante de medicina, cuidando de um paciente próximo da morte. Na "cena 2", o docente

era convidado a imaginar uma situação em que ele fosse um paciente próximo da morte numa situação favorável de cuidado por um profissional médico.

O roteiro da oficina com uso de cenas encontra-se no **Apêndice D** deste projeto.

3.2.3. Análise de riscos, benefícios e medidas de proteção

Garantimos que, caso ocorresse durante a operacionalização metodológica da pesquisa, algum risco de desencadear um processo de ordem emocional que já estava latente, poderíamos oferecer apoio já que o pesquisador responsável pelo projeto é médico e a orientadora é psicóloga, tendo condições de oferecer um acolhimento e suporte terapêutico inicial e encaminhamento, se necessário, para o sistema de saúde local.

Por outro lado, poder dar voz à própria subjetividade, no que tange às questões da formação profissional, pode beneficiar todos os envolvidos, com os ganhos obtidos com a própria escuta interior e desdobramentos futuros da pesquisa.

No que tange aos desdobramentos futuros da pesquisa, como: publicações, utilização das narrativas para possíveis elaborações de programas de formação na abordagem do processo de morte dirigidos aos profissionais de saúde, estes também serão revertidos em benefícios para os participantes da pesquisa, já que são docentes preocupados com o aprimoramento da formação em atenção primária em saúde.

3.2.4. Aspectos éticos

Foram tomadas as precauções necessárias para garantir e respeitar os direitos e a liberdade dos sujeitos pesquisados. Os pesquisados foram informados sobre os objetivos e o desenvolvimento da pesquisa, a fim de que pudessem tomar a decisão de participar, livre e conscientemente. Foi respeitado o tempo necessário à reflexão individual, bem como a liberdade para se retirar da pesquisa quando quisessem. Foi garantido o anonimato das informações e depoimentos dos indivíduos. Firmamos o compromisso de seguir as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE: Resolução 466/2012) em todos os seus aspectos e garantimos, incondicionalmente, a

publicação dos resultados e o uso exclusivo para finalidade desta pesquisa. Assim, foram assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice A e B**).

O presente estudo foi submetido à comissão de ética para análise de projetos de pesquisa do Hospital Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Sendo aprovado com o CAAE: 18234713.7.0000.5292 (**Anexo A**).

3.3. Tratamento e análise das narrativas

Para analisar as narrativas obtidas, os seguintes procedimentos foram adotados: transcrições das entrevistas gravadas, leitura exaustiva do material, organização dos relatos, confronto entre o conteúdo dos objetivos e questões teóricas discutidas no estudo e no agrupamento dos discursos obtidos mediante a análise das entrevistas. Esses agrupamentos permitiram a apreensão dos significados, a associação de ideias e a captação da variedade de pensamentos, baseando-se em princípios hermenêuticos que buscam interpretar o contexto, as razões e as lógicas de falas, ações e inter-relações entre grupos e instituições (GOMES, 1988).

Na análise das entrevistas, em primeiro lugar se fez a leitura de uma entrevista toda para obter um entendimento mais ou menos geral; posteriormente voltou-se para certos termos e expressões especiais, tentando desenvolver seus significados; para em seguida buscar o entendimento global e mais aprofundado da mesma (KVALE, 1996).

A interpretação do significado é caracterizada pelo círculo hermenêutico. O entendimento de um texto, de um discurso se dá através de um processo no qual, o interprete é um indivíduo que no decorrer da sua vida absorveu conhecimento da linguagem, de um patrimônio cultural e chega diante de um texto com sua pré-compreensão. Com base no sentido mais imediato que o texto lhe exibe ele esboça preliminarmente um significado do todo, ou seja, desenha uma primeira interpretação. Entretanto, esse produto inicial sempre pode ser revisto nas leituras e análises futuras, se não encontrar confirmação no texto e no contexto. Dessa forma, o movimento da compreensão se dá do todo para a parte e desta de volta para o todo. A tarefa é a ampliação em círculos concêntricos à unidade do sentido compreendido (GADAMER, 2003).

O processo de análise e interpretação das narrativas obtidas por meio das entrevistas e da oficina resultou na discussão desenvolvida nos capítulos 4, 5, 6 e 7 e concluída no capítulo 8.

4. O MÉDICO E A MORTE

4.1. A morte “no quarto vazio”

> [...]
> O morto está morto
> em cima da cama
> no quarto vazio.
>
> Como já não come
> como já não morre
> enfermeiras e médicos
> não se ocupam mais dele.
>
> Cruzaram-lhe as mãos
> ataram-lhe os pés.
>
> Só falta embrulhá-lo
> e jogá-lo fora.
> (GULLART, 1997, p.17) [2].

O ser humano é o único ser que tem consciência da morte. Para MORIN (1997) a consciência de se saber mortal determina a organização do modo de viver da sociedade, fazendo da morte um dos traços humanos mais importantes culturalmente. Para RODRIGUES (2006), esta consciência de morte é importante na medida em que desempenha uma função individual, e para toda a coletividade, de significado e reflexão em relação à vida.

A experiência da morte de pessoas as quais desenvolvemos intensos vínculos afetivos e com as quais constituímos uma família e uma comunidade é uma das experiências mais marcantes do ser humano. LANDSBERG apud RODRIGUES (2006) afirma que, como as pessoas vivem e fazem parte de uma comunidade, então, todos nós experimentamos algo de morte dentro de nós a partir da perda gradual dos membros da comunidade. Assim, a morte do outro evocará sempre minha própria morte e me forçará a pensar nos meus próprios limites.

Segundo MORIN (1997), a existência da morte faz com que sejamos constantemente colocados frente a frente com a nossa vulnerabilidade. Sendo assim, a morte nos reforça nossa

---

(2) Trecho do poema *Glauber morto* de Ferreira Gullart

condição mortal, independente da nossa classe social, pelo simples fato de que ela não pode ser vencida a despeito de todo o avanço cientifico e tecnológico.

BECKER (1976) e KOVÁCKS (2003) nos dizem que, negar a morte é uma maneira de tentar evitar experiências dolorosas. Isso é uma tentativa de se criar um mundo de fantasia onde o homem deseja sentir-se único e eterno, iludindo-se de que a dependência, a doença e a morte não lhe alcançarão. Essa couraça de força cria uma fantasia onde se esconde nossa fragilidade, nossa finitude e nossa precariedade.

O que se percebe na contemporaneidade é que o homem, em sua maioria, vive como se a morte não existisse, como se a vida nunca fosse chegar a um final. Segundo Moritz (2005), os ocidentais, em geral, não encaram a morte como parte da vida, mas sim como algo inaceitável, um castigo e, portanto, assunto que deve ser socialmente evitado e adiado a todo custo.

O exorcismo da morte em nossa cultura - como visto no poema *Glauber Morto* de Ferreira Gullart (1997, p.17) no início deste subcapítulo - é um elemento estrutural da civilização contemporânea que influencia e é influenciado pela racionalidade médica ocidental. Desta maneira, a saúde, a educações são influenciadas por propagandas midiáticas que cultuam corpos sãos, ativos, produtivos, reprodutivos, dentro de um sistema político e econômico que objetiva a eficiência, a rentabilidade e o consumo. Em nossa sociedade temos dificuldade de conceber a existência da morte, a fragilidade da vida e a interdependência do ser humano, assim, acabamos muitas vezes exorcizando a morte do nosso cotidiano (SILVA, 2004).

Para KÜBLER-ROSS (1998), existe várias razões para não encararmos a morte de frente. Para ela, uma das mais importantes é que, nos dias de hoje, a maioria das pessoas morre no hospital, muitas vezes isolada de seu convívio social. Há algumas décadas, o homem enfrentava a morte em casa, na presença da família e dos amigos. Seus desejos e vontades eram respeitados, pois lhe era permitido expressá-los. Era raro o doente ser encaminhado ao hospital para morrer. AIRÈS (2003) em seu livro *A História da Morte no Ocidente* relata que na Idade Média:

> [...] a morte de um homem modificava solenemente o espaço e o tempo de um grupo social que podia estender-se à comunidade toda, por exemplo, a aldeia. Fechavam-se as persianas do quarto do agonizante, acendiam-se velas, usava-se água benta; a casa enchia-se de vizinhos, de parentes, de amigos sérios e de outros que cochichavam. O sino tocava na igreja de onde saía a pequena procissão que levava o *Corpus Christi* [...] (p.159).

Segundo esse autor, a aceleração do processo de exclusão da morte pode estar no deslocamento do local do morrer. Já não se morre no domicílio, onde a família e os amigos vivenciam o cotidiano de emoção e perturbação do adoecer e morrer. O hospital passa a ser o novo local para morte e dá um novo sentido ao ato morrer.

Para PITTA (1994), ao transformar o hospital no local onde as pessoas com doenças terminais - que muitas vezes poderiam ser cuidadas em domicílio - passam seus últimos dias e morrem, as questões inerentes à morte, que antes eram compartilhadas socialmente, ficam mais confinadas ao âmbito hospitalar. Parece que a pessoa que está morrendo não consegue encarar ou introduzir a morte nos seus horizontes, pois não teve oportunidade de discutir este assunto durante a vida. Por outro lado, também a família e os amigos pouco vivenciam a morte como parte do cotidiano da vida, podendo desta forma desenvolver processos de lutos mais traumáticos.

Há uma solidão inerente ao processo de morte que não se pode evitar, mesmo com todo o apoio e cuidado. Mas a institucionalização do morrer nos hospitais e nas unidades de terapia intensiva (UTI), após toda uma batalha incessável da medicina para a manutenção da vida a qualquer custo tem tornado a morte um ato ainda mais solitário. Para ESSLINGER (2004), o isolamento, a não possibilidade de comunicação, de despedida, deve ser pensada como parte integrante do processo de morte, representando um aumento na angústia diante do mistério da morte.

A institucionalização do morrer nos hospitais e a ruptura na comunicação - que se inicia com a atitude de não falar da doença, do prognóstico para o paciente e que, posteriormente, com a proximidade e inevitabilidade da morte, vai contaminando todos os assuntos e relações com o doente – potencializa a solidão da morte “no quarto vazio”. ELIAS (2001) afirma que, nunca antes na nossa sociedade as pessoas morreram, em geral, de forma tão silenciosa e higiênica. Mas também, nunca em condições tão propícias à solidão.

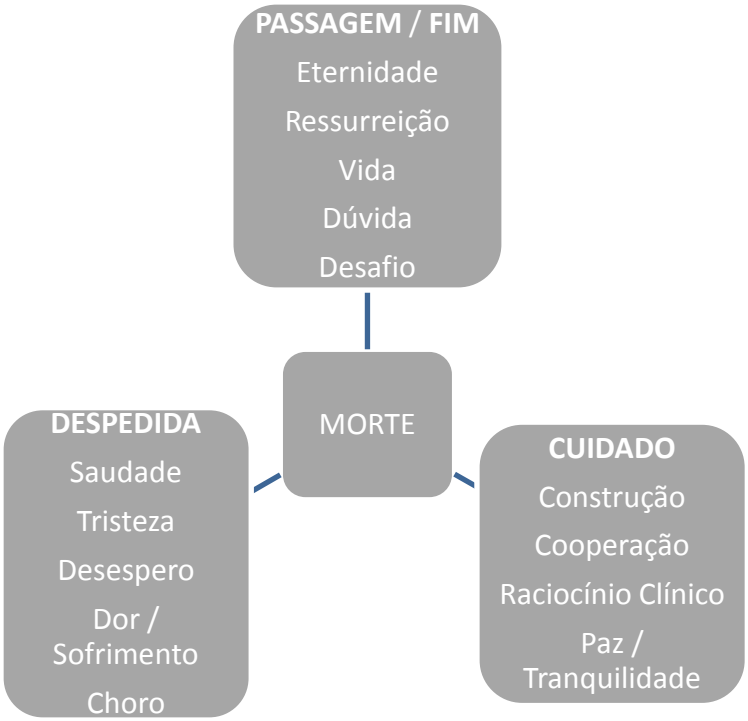
E os colaboradores deste estudo, inseridos em espaços de docência e em serviços de APS que possibilitam um contato mais próximo com o paciente/usuário, quais as concepções que possuem sobre a morte? E suas concepções sobre o lidar com a morte na formação médica? Partindo da compreensão deles é que seguiremos adiante para dialogar com o universo de suas práticas pedagógicas, avaliando a distância ou proximidade entre intenção e gesto, presentes no universo de sentimentos, dificuldades, estratégias e potencialidades do ensino do lidar com a morte na formação médica, especificamente, na APS - contexto deste estudo.

4.2. Expressões subjetivas dos docentes sobre a morte

Como o objetivo geral da pesquisa é compreender os caminhos do ensino do lidar com a morte na APS a partir da visão de docentes do curso de graduação em medicina da UFPB, é fundamental antes termos noções sobre o que eles pensam em relação à morte. Identificar que sentimentos e ideias os docentes de medicina têm sobre a morte é contextualizar o universo de valores e atitudes no qual eles estão inseridos.

Para isso, no início das entrevistas pedimos para cada entrevistado dizer, no mínimo, três palavras ou expressões que vinham à cabeça quando pensavam em "morte". Depois pedimos que escolhessem a palavra que consideravam a mais importante entre elas e justificassem a escolha. Ao todo foram citadas vinte e seis palavras, destas seis se repetiram. A palavra que mais apareceu foi "despedida", seguida de "saudade", "tristeza", "passagem" e "fim". Esta frequência de repetições e a citação de palavras com sentido semelhante pode configurar um núcleo comum das expressões subjetivas, dos docentes entrevistados, em relação ao assunto "morte".

O desenho analítico a seguir resume os achados em três núcleos representativos das ideias e sentimentos dos docentes em relação à morte: despedida, cuidado e passagem/fim. O primeiro, indicando uma representação existencial e simbólica; o segundo, imprimindo a marca da concepção de cuidado, como alternativa para a concepção científica moderna sobre a morte (a morte técnica e medicalizada); e um terceiro núcleo relacionado à questão da transcendência e do pós-morte.



Vejamos abaixo trechos das entrevistas dos docentes, destacando respectivamente esses três núcleos expressões subjetivas:

> É um tempo de agonia, **tristeza**. Pessoas que estão para chegar, pessoas que estão morrendo, pessoas que ficam e que estão acompanhando. [Fragmento de entrevista – Hermes, grifo nosso].

> Cuidado porque a morte, ela é um estado especial. Ela não necessariamente causa sofrimento e tristeza. Ela pode ser um momento de um incentivo também, e isso pode ser propiciado pelo **cuidado**, pelo quanto à gente está dentro daquele processo ali, [...] cuidando de quem vai morrer, se cuidando, ou cuidando de outro. Pode transformar esse sofrimento, essa tristeza em vivências significativas. [Fragmento de entrevista – Apolo, grifo nosso].

> [...] eu acho que a morte, ela traz pra gente um limiar da vida. Porque assim, limiar em que sentido: porque por um lado, a experiência de viver é melhor quando você vive com intensidade, com amor, com vínculo, vive em coletivo com outras pessoas, e uma pessoa vai dando sentido à vida da outra; mas por outro lado a morte é inevitável. É uma **passagem** que faz parte do que nós somos. Então uma hora, esse vínculo, esse amor todo vai ter um rompimento necessário, e uma partida necessária. Então, por um lado, a gente tem que mergulhar mesmo, faz parte da experiência de viver. Mas por outro é um **desafio**, porque uma hora ou outra você vai ter que lidar com essa partida e você vai ter que seguir em frente da melhor forma possível. [Fragmento de entrevista – Hefesto, grifo nosso].

Na tese de Silva (2006) também se utilizou a estratégia de pedir para os entrevistados nomearem palavras que lhes vinham à cabeça quando pensavam em "morte", mas, nessa pesquisa, os entrevistados eram estudantes de diversos períodos do curso de medicina da UFRN. Comparando-se os achados da pesquisa de Silva (2006) com os nossos, feitos com os docentes, houve grande semelhança de palavras em relação à representação existencial e simbólica da morte (como: tristeza, sofrimento e saudade). Já no segundo conjunto de

palavras, houve um predomínio de palavras influenciadas pela concepção tecnicista sobre a morte no grupo dos discentes (fracasso, óbito, frustração, impotência), ao contrário do que ocorreu no grupo dos docentes onde predominou palavras alusivas a concepção de um cuidado compartilhado (construção, cooperação, paz, cuidado). Além do mais, na pesquisa com os docentes houve também uma maior alusão a palavras relacionadas à questão da transcendência e do pós-morte, ao comparar com a pesquisa feita com os estudantes.

Esta maior influência de uma concepção tecnicista da morte sobre os estudantes mostra como o paradigma biomédico é forte, desde o início do curso de graduação em medicina, e até mesmo no imaginário da maioria das famílias de onde vêm estes estudantes.

O primeiro contato com a morte na graduação de medicina é na Anatomia, onde se aprende a separar, dissecar e estudar cada órgão e pedaço de cadáveres, mas poucas vezes se cria um espaço para a expressão de emoções, perplexidades e sentimentos entre estudantes e professores. Talvez essa seja uma estratégia para desumanizar o estudante e neutralizar sua angústia frente à morte. Para Quintana *et al.* (2002), este primeiro contato com o morto, nas aulas de Anatomia, tem como principal objetivo suprimir todo vestígio de humano na morte, para afastar um dos mais difíceis, mas necessários aprendizados na medicina e na vida: a transitoriedade da experiência humana. Laks *et al.* (1999) referem-se ao curso de Medicina, como uma fase de vacinação contra a morte. As vacinas seriam: a dissecação de cadáveres nas aulas de Anatomia, as necropsias na disciplina de Medicina Legal, o treinamento e a morte na UTI. Todas elas com o objetivo de que o aluno, progressivamente, se habitue à morte não se entregando a ela.

As palavras e expressões representativas citadas pelos docentes da APS trazem uma esperança na superação do paradigma biomédico sobre a morte, ao aludirem a uma concepção de cuidado humanizado em que a emoção, a subjetividade e a ciência possam conviver. É fato que, neste momento do texto, pode parecer incipiente tal afirmativa, mas o percurso do estudo irá sinalizar para essa sensibilização e perspectiva entre os docentes que atuam no universo da atenção primária à saúde, por estarem em contato mais próximo e com a possibilidade de vinculação ao outro e a sua dor, seja no adoecimento ou na morte.

Então, como veremos no próximo subcapítulo, identificar que pressupostos teóricos e pedagógicos os docentes envolvidos na APS consideram importantes no ensino do lidar com a morte pode contribuir com um cuidado no viver e morrer mais humanizado, sensível e próximo das pessoas, suas famílias e comunidades.

4.3 Concepções dos docentes sobre o lidar com a morte

A morte, para os profissionais de saúde, faz parte do cotidiano, podendo-se tornar companheira no trabalho diário (KOVÁCS, 1992). A falta de previsibilidade e a fragilidade da vida faz surgir, nestes profissionais, as mais variadas formas de se lidar com a morte. O afastamento, a negação e a banalização da morte representam, muitas vezes, uma forma de defesa e de proteção da angústia proporcionada pelas reflexões sobre a finitude (LUCENA, 2011). A banalização da morte faz com que o profissional crie em si uma falsa ideia de poder ilimitado de cura. Entre médico e paciente pode se estabelecer uma relação de ilusão, quando o doente acredita nessa pessoa poderosa que poderá salvá-la de todo o mal e o médico toma para si esse poder de resolver todas as necessidades que lhe são solicitadas pelo paciente (AZEREDO, 2007).

Para ZAIDHAFT (1990), a crença de que, mediante o progresso técnico-científico na saúde, a medicina poderia dominar o mundo natural cria a fantasia de que a conquista de um bem estar e felicidade totais seria possível. É inegável o avanço da ciência, mas será que temos a consciência do impacto que esse poderoso avanço tem representado para a vida dos pacientes e da sociedade como um todo? Quanto mais avançamos na ciência, mais parece que tememos e negamos a realidade da morte.

Os profissionais de saúde cresceram em uma sociedade ocidental que evita reflexões e temas relativos à morte, afastando-se da espiritualidade e das antigas tradições que ajudam a lidar com as questões existenciais e da finitude humana. A maioria dos lugares públicos de educação e saúde são espaços onde pouco se discute as diversas crenças e tradições espirituais e onde raramente se aborda as questões essenciais relativas à morte e ao sentido da vida (HENNEZEL e LELOUP, 1999).

Os médicos, em sua maioria, fazem uma tentativa de excluir a morte do seu cotidiano (QUINTANA, 2006). Até falam racionalmente da morte e sabem que intelectualmente ela está à sua volta, mas o que não podem aceitar é senti-la, pois nesse momento serão obrigados a confrontá-la como possibilidade concreta tanto para seus pacientes como para si mesmos.

Mas é difícil conseguir viver excluindo a morte, já que a mesma está acontecendo diariamente no contexto de trabalho do médico. A situação não poderia ser outra, uma vez que a morte passa a ser uma fonte de angústia, num tema tabu, que deve ser evitado.

Por ter o ser humano como objeto de estudo, os estudantes de medicina se defrontam cotidianamente com a doença, a dor e a morte. O aprofundamento do estudo e da vivência do fenômeno da morte ajudaria o aluno a compreendê-la como uma etapa normal do processo do

desenvolvimento humano, ajudando-o a enxergar e cuidar do ser humano de forma mais integral (AZEREDO, 2007). Ouvir e compartilhar decisões diante do cuidado com a vida e com a morte deveria ser parte central da formação dos profissionais de saúde e consiste em um desafio cotidiano para a humanização do cuidado (SILVA, 2006). Torna-se, então, imprescindível que a educação médica assuma esse desafio.

Ao longo da pesquisa, identificamos, a partir da análise das entrevistas e da oficina realizadas com os docentes, suas concepções representativas sobre como eles pensam que um médico deve agir diante de uma paciente em proximidade com a morte. Dessa forma, o lidar com a morte para os docentes pode ser concebido por quatro papéis ou competências na busca de um cuidado humanizado diante da morte:

A) **tentar salvar**

B) promover **qualidade de morte**;

B.1) desenvolver **comunicação qualificada**;

B.2) abrir-se para outras dimensões além da técnica (**envolver-se**)

B.3) **estar atento às emoções**

C) estar junto até o fim (**presença**);

D) valorizar a **dimensão da espiritualidade**

Todos esses papéis foram destacados nas narrativas de cada um dos docentes, alguns de forma mais ampla e exemplificada com experiências pessoais e profissionais e outros de forma mais rápida e implícita. O papel mais destacado nos relatos foi o de “promover qualidade de morte”, talvez pela várias habilidades que estão relacionadas com esta competência (como as destacadas nos itens B.1, B.2 e B.3) e pelo bom entendimento demonstrado pelos docentes dos princípios dos cuidados paliativos Mas todos os papéis tiveram boa representatividade no conjunto dos relatos dos docentes.

O fragmento de entrevista abaixo exemplifica um relato onde, alguns desses papéis ou competências, estão representados. Como acontece com nesse relato, é importante destacar que muito dos discursos dos docentes presentes nas entrevistas e nas “cenas”, apontam para dois ou mais papéis ou competências que eles concebem como sendo desejáveis para o cuidado diante da morte.

> Dona Francisca era uma senhorinha que estava sofrendo negligência, e aí veio os estudantes que passaram a acompanhar a família. Era uma senhorinha que estava numa situação muito ruim e, sempre que a gente ia, ela afundando... A gente com *n* problemas em relação à família, que não prestava um cuidado adequado. A gente estava muito sem saber o que fazer: se chamava o conselho tutelar, ou se internava a senhorinha. Junto com a equipe, **foi construído todo um plano de cuidado**, com

> ida de, pelo menos, duas vezes na semana, além da visita dos estudantes, para acompanhar e, de certa forma, **forçar a família neste cuidado com a senhorinha** [trecho que representa o papel de *tentar salvar*]. Era um casal de estudantes: um estudante e uma estudante. E a estudante se vinculou muito a senhorinha, porque lembrou a avó dela que morreu com todos os cuidados da família. E ela ficou extremamente penalizada, na verdade, com aquela situação. A senhorinha era bem adoentada, ela não conseguia se comunicar, mas esta estudante **conseguiu se comunicar com ela** e era um momento de visita de muita... A fisionomia da senhora se transformava [trecho que representa a habilidade de *comunicação qualificada*]. E aí, o semestre foi interrompido cerca de uma semana... E a estudante disse: 'bixo, quando eu voltar Dona Francisca não vai estar mais viva, não!' E foi exatamente o que aconteceu: com a saída dos estudantes, ela faleceu. E, quando os estudantes voltaram, eu comuniquei para eles por e-mail que ela tinha falecido. Aí, a estudante se sentiu na obrigação de **ir lá ao velório**... Foi um momento muito interessante de aprendizado que, aí, a gente foi discutir desde a dificuldade do **sofrimento do profissional de se envolver** com pacientes: se eu me envolvo a ponto de sofrer com pacientes, será que é melhor eu não me envolver? [trecho que representa a habilidade de *envolver-se*] E aí, foi discutido: a importância da estudante para a paz dessa senhora, o que significou aquele vínculo que ela dava quando ela chegava, porque que ela se acalmava quando ela chegava, quer dizer, **o quanto que o vínculo é importante e terapêutico** para alguém que *poxa, resta a vida!* [trecho que representa o papel de *presença*]**.** O que vai ser a morte, a gente não sabe [...]. E aí, ela notou que estava claro a vinculação da morte... de reviver a perda da avó, que para ela tinha sido penoso, então, o quanto que é importante o profissional **estar atento a suas emoções**, entender o que estava acontecendo, que não precisa não se envolver com os pacientes [trecho que representa a habilidade de *estar atento às emoções*]. [Fragmento de entrevista – Atena, grifo nosso].

Na tese de Silva (2006) também se buscou compreender as concepções construídas sobre o significado da morte na prática do médico, a partir da visão estudantes de diversos períodos do curso de medicina da UFRN. Na pesquisa de Silva (2006) foram cinco atitudes ou papéis, almejados pelos estudantes, associados ao comportamento do médico perante o paciente à morte. São eles: evitar a chegada da morte; promover qualidade de vida/morte; dar suporte emocional e estabelecer uma comunicação transparente com a família; ficar até o fim com o paciente; seguir a rotina sem se abalar com o óbito. Comparando-se os achados dessa pesquisa com os nossos, feitos com os docentes há uma grande semelhança.

Assim, tanto os docentes quanto os discentes do curso de medicina avaliados nestas duas pesquisas entendem que desempenhar um cuidado humanizado diante de pacientes e famílias em situação de proximidade com a morte significa optar por uma medicina que considere a totalidade da experiência humana na saúde, na doença e na morte. Sem abrir mão das conquistas tecnocientifícas, nem deixar de positivar o saber médico e a gratificação encontrada nos momentos de cura; mas reconhecendo a potência do papel de cuidador, ou seja, cuidar da dor (SILVA; AYRES, 2008).

5. CAMINHOS DO ENSINO DO LIDAR COM A MORTE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Recentemente, foi publicada a Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, e que afirma no seu artigo 23:

> Os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com **todo o processo saúde-doença** do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a **integralidade das ações do cuidar em saúde**, contemplando: [...] promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e **morte**) [...]". (BRASIL, 2014, p.10, grifo nosso).

Essa é a única passagem da nova Diretriz que se refere, de forma indireta, à competência de lidar com o processo de morte no cuidado em saúde, fundamental para a formação médica. O que representa uma perda para o texto das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina de 2001 que apontava, como uma das competências específicas do médico: "atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e **acompanhamento do processo de morte"** (BRASIL, 2001a, p.2, grifo nosso). A pouca ênfase dada a essa competência nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina corrobora com os diversos dados da literatura que evidenciam o quanto os profissionais de saúde apresentam aspectos deficitários no que diz respeito ao lidar com a morte e o morrer. (AYRES, 2010; AZEREDO, 2007; COSTA E LIMA, 2005; ESSLINGER, 2004; FONSECA, 2013; KOVÁCS, 1991; OLIVEIRA, 2013; QUINTANA, 2002; NOGUEIRA DA SILVA, 2010; SILVA, 2006).

Nas palavras de Nogueira da Silva (2014), "a dificuldade de inclusão do preparo para lidar com a morte na formação acadêmica não é apenas um efeito acidental do ensino médico, mas implica questões epistemológicas que estão na base da própria racionalidade da biomedicina" que, segundo Canguilhem (1977) é a dificuldade de apreender a lidar com a dor, o sofrimento e a morte.

> A mesma medicina que se apoiou na morte biológica para fundamentar sua prática em conhecimentos científicos, pode se apoiar no enfrentamento dos conteúdos simbólicos e existenciais da morte para se re-humanizar e assumir o cuidado como um valor capaz de contribuir para re-construção de práticas de atenção integral. (NOGUEIRA DA SILVA, 2009, p. 274).

Como os docentes envolvidos na APS concebem que o ensino do lidar com a morte seja abordado no curso de graduação em medicina? Que teorias e orientações consideram importantes para o cuidado com o processo de morte no contexto da APS? Como deve ser trabalhado esse saber-fazer? Como veem o ensino do lidar com a morte abordado na realidade do curso de graduação em medicina da UFPB? São questões que serão discutidas nesse capítulo, que, para maior organização, foi dividido nos dois subcapítulos seguintes.

5.1. Concepções e pressupostos pedagógicos para o ensino do lidar com a morte

Para nos aproximarmos dos pressupostos teóricos e pedagógicos que os docentes envolvidos na APS consideram importante no ensino do lidar com a morte, realizamos uma primeira pergunta sobre como eles esperariam que fosse abordado este ensino no curso de graduação em medicina. Nas respostas, os professores enfatizaram que é importante, antes de tudo, contextualizar e aprofundar os valores, sentimentos e atitudes dos estudantes em relação a esta temática. Sugeriram que para tal, o conteúdo fosse trabalhado nos espaços curriculares através de dinâmicas e metodologias que possibilitassem o compartilhamento, entre docentes e estudantes, de experiências de proximidade com a morte, do significado subjetivo destas vivências e das crenças que cada um tem sobre a vida e a morte. O relato abaixo nos fala dessa atenção ao universo subjetivo dos estudantes no processo ensino-aprendizagem.

> Eu acredito que para trabalhar o tema da morte, seria interessante que as pessoas [estudantes] pudessem, enquanto futuros profissionais, **primeiro lidar com os seus sentimentos e suas visões em relação à morte**. Então, que o docente e a própria disciplina pudesse primeiramente trabalhar essa forma de lidar das pessoas, e compreender as diversas expectativas que elas têm em relação à morte e qual é o significado que essas pessoas têm para morte. Poder até lidar com relatos de experiências que essas pessoas possam ter passado em relação a perdas de entes queridos [...]. [Fragmento entrevista – Dionísio, grifo nosso].

Apesar dos docentes, de forma geral, destacarem a importância de se ter algumas disciplinas ou módulos centrais no curso de graduação de medicina para se trabalhar o lidar com a morte, eles ressaltaram que um aprendizado significativo não pode ser alcançado apenas de forma reflexiva e teórica. A teoria isoladamente não dá conta da complexidade do processo de adoecer e morrer e, como afirma a docente Ártemis: “a teoria não diz o que a prática diz: o olhar do paciente, o olhar da família, o pedido de que salve a vida; isso você não consegue que transpareça na teoria; não dá, é muito prático mesmo”.

> Teria que ser um **tema transversal**. Eu acho que ter algumas *cadeiras* [módulos] núcleos, como o MHB, que desse conta disso... Mas eu acho que teria que ser um tema que deveria estar presente; **abordado a partir de vivências práticas** [...]. E como lidar a partir dos vários módulos, que podem ser situações bem diferenciadas: uma coisa é lidar com a morte num paciente idoso, a outra é lidar com um bebê que faleceu, outra é lidar com a de adolescentes, a outra é a de pai de família, a outra é com uma mãe de família. Então, todos os módulos que vão abordar as diferentes fases da vida e as diferentes possibilidades... Mas deveria se **reservar um espaço para poder refletir sobre este cuidado**. [Fragmento de entrevista – Atena, grifo nosso].

Como vimos no relato acima, para os nossos colaboradores, o ensino do lidar com a morte deveria acontecer ao longo de todo o curso de graduação em medicina, desencadeado principalmente a partir de vivências práticas dos estudantes. Para isto, os diversos módulos curriculares deveriam reservar e planejar espaços pedagógicos de reflexão dessas práticas, mas na maioria deles o aprofundamento das vivências não é valorizado. Grande parte da carga horária dos cursos de medicina é ocupada por conteúdos fixos pouco relacionados com a realidade e com os sentimentos e inquietações dos estudantes em relação ao lidar com a vida e a morte.

> Então, colocar os caras [os estudantes] em contato com esses fenômenos relacionados com a morte, **desde o início do curso, e que isso seja mantido durante todo curso**. O cara vai assumindo papeis diferentes, no início um papel mais de compreender as estratégias de sobrevivência dessas pessoas, e de enfrentamento da morte, como é que as pessoas lidam... E depois assumindo um papel, cada vez mais, de apoiador profissional, vamos dizer assim... Até que, no internato, o cara assume esse papel mesmo, sob supervisão do preceptor. Então, falar sobre a morte, pensar na morte e abordar a morte com os pacientes... [Fragmento de entrevista – Apolo, grifo nosso].

Essa inserção transversal, progressiva e prática, desde o início da formação médica, do tema do lidar com a morte, sugerida acima por Apolo, segue o determinado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina de que a estrutura do curso deverá "propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o inicio de sua formação, proporcionando-lhe a oportunidade de lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida, na graduação, com o internato" (BRASIL, 2001a, BRASIL, 2014, p. 11).

O trecho abaixo nos mostra que, tanto para ser tratado como um conteúdo base de um módulo curricular, como para ser discutido a partir de vivências práticas ao longo de todo o curso de graduação de medicina, o ensino do lidar com a morte necessita de referenciais teóricos que deem base e ampliem a compreensão deste fenômeno. Dessa maneira, os docentes propõem a construção junto com os estudantes de um perfil, ou de um *know how*, de

como lidar com a morte e o morrer, pela tríade: problematização de vivências práticas, estar atento à subjetividade e aprofundamento a partir de referenciais teóricos.

> Como é que eu faço diante de uma mãe que está desesperada sobre o caixão do filho? Como é que eu comunico uma notícia à pessoa que a doença dela não tem cura? São questões para serem refletidas de forma que se **aborde o subjetivo** (que as pessoas sejam levadas a refletir sobre ela nessas condições), que seja também a partir de **referenciais teóricos**, e que **seja vivenciado**. Se não houver as três possibilidades, você vai cair sempre na opinião pessoal do senso comum; você não vai construir um perfil, um *know how* de como lidar com isto. [Fragmento de entrevista – Atena, grifo nosso].

O aprofundamento a partir de referenciais teóricos é fundamental para a formação de médicos com competências e habilidades para acompanhar o processo de morte de seus pacientes. Sendo assim, ao realizarmos a pergunta aos docentes sobre quais teorias ou orientações consideravam importante para o ensino do lidar com a morte na graduação em medicina, eles destacaram uma diversidade de abordagens, questões e possibilidades que utilizam no aprofundamento de situações surgidas no contexto da APS, ressaltando que o ensino do lidar com a morte exige uma abordagem transdisciplinar e multidimensional, como vemos no relato abaixo.

> Bom, eu acho que a primeira questão é uma **abordagem multidimensional** do fenômeno da morte e, aí, entra a questão cultural, social. Abordagem da **antropologia social**: como é que as sociedades lidam com a morte, e como é que a nossa sociedade lida com a morte, para entender que o lidar com a morte não é um dado da natureza, como tudo na medicina parece que é [...]. E a questão clínica também, quer dizer, abordagem e capacitação dos alunos para lidar com a morte do **ponto de vista clínico, ou seja, cuidados paliativos** (3), **abordagem do paciente terminal, ortotanásia** [...]. E outra coisa, que eu me esqueci de falar antes, que é talvez a maior referência, que não é nem clínica, ela também é multidimensional: é a Elizabeth Kluber Ros, [que escreveu o livro] *Sobre a Morte e o Morrer*, que coloca cinco **etapas do processo de luto**. Isso é fundamental: reconhecer qual momento que o 'cara' está e ajudar ele a fazer essa transição. [Fragmento de entrevista – Apolo, grifo nosso].

Elisabeth Kübler-Ross (1996), em seus estudos, distinguiu alguns estágios pelos quais os pacientes passam diante do diagnóstico de uma patologia incurável, caracterizados por negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. O reconhecimento desses estágios,

(3) Os Cuidados Paliativos foram definidos pela Organização Mundial de Saúde como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida.

desencadeados pela iminência da morte, auxilia a equipe de saúde a agir de forma adequada e coerente, desde que se atente sempre para a singularidade da pessoa doente e das circunstâncias específicas que a cercam. Essas fases não se apresentariam necessariamente em ordem, podendo o doente experimentar vários sentimentos ao mesmo tempo ou não atravessar alguns deles.

> [...] Você vai medindo em que fase do luto o 'cara' está: na **negação, raiva, barganha, depressão e aceitação**. E vai ajudando os 'caras' a migrarem nesse processo em direção à aceitação, que não é se conformar com a morte e ficar lá: 'ah tá, morreu'. Não. É o contrário: o 'cara' se **conformar com a morte e aquilo passa a fazer sentido** para ele, e a morte vira um momento de saúde, e não mais doença. Porque, assim, a doença é que leva a morte, mas a morte não é uma doença. [Fragmento de entrevista – Apolo, grifo nosso].

Como expresso no relato acima, o médico pode ser um apoio na transição entre as etapas subjetivas do processo de luto de seus pacientes, para que eles aceitem e ressignifiquem a trajetória e o fim de suas vidas. Ainda, para potencializar a abordagem da morte nas práticas pedagógicas na APS, Zeus destaca que a filosofia é outra teoria "fundamental para se refletir as questões básicas como a terminalidade da vida e como o lidar com a ansiedade". Já Atena destaca outras abordagens relacionadas ao processo de morte que surgiram em situações pedagógicas a partir da demanda de seus estudantes:

> Na questão dos **direitos**, a gente chega a discutir um pouco a questão da **eutanásia**, a questão da obrigação do Estado de prover a assistência, a atenção domiciliar. Brotou um pouco a discussão de **medicina alternativa**. Mas, assim, muito guiada pelo momento da discussão, pelas necessidades que os alunos apontavam [...]. Eu acho que a **questão psicológica, assim do que significa uma notícia ruim, do que é um luto**, o que se pode apoiar no luto, a função de medicar ou, pelo contrário, de não medicar este momento. [Fragmento de entrevista – Atena, grifo nosso].

Apesar dos docentes acharem importante e levantarem uma diversidade de abordagens e orientações para o ensino do lidar com a morte no contexto da APS, não há uma clareza de um referencial teórico básico, como vemos no relato abaixo.

> Mas eu não tenho clareza. Se você pedir 'ah, vamos fazer uma discussão sobre morte'. Eu vou ter que parar, pensar, estudar, porque eu não tenho **nada de referencial teórico pronto**, não. O que eu já fiz foi discutir principalmente a impressão das pessoas, dos estudantes, quais os sentimentos deles diante da morte do paciente que eles estavam seguindo. Fazer uma reflexão daquilo que estava vindo, da sensação de impotência, das possibilidades de quanto isto vai acontecer na carreira dele. Mas sempre algo baseado mais **intuitivamente**, não me baseio em nenhum referencial mais concreto. [Fragmento de entrevista – Atena, grifo nosso].

No depoimento dos professores, o aprofundamento técnico é determinado pelas demandas e necessidades dos estudantes e das pessoas cuidadas por eles. Suas impressões, sentimentos e sensações no lidar com a morte são a base para a busca de referenciais teóricos.

Dessa maneira, a intuição e as experiências profissionais e humanas tornam-se muitas vezes mais importantes do que estudos mais técnicos para lidar com a morte no contexto da APS.

> Eu acho que estes estudos mais consolidados (quase técnicos) não são a parte mais importante. Mas é também uma parte importante, lidar com estes autores que tem trabalhado com o lidar com a morte, o morrer. Eu acho que o mais importante é esta **sensibilidade para ouvir o sofrimento do outro, ouvir e acolher o sofrimento de si mesmo e conversar sobre isto**. [Fragmento de entrevista – Hermes, grifo nosso].

O ensino tradicional, centrado em conhecimentos técnicos através de disciplinas bastante especializadas, pode gerar no estudante um olhar fragmentado. Isto prejudica uma compreensão ampliada do processo de adoecimento e morte que, como vimos, envolve diferentes formações, teorias e abordagens. A ciência moderna estuda cada problema de forma disciplinar e especializada, mas o paciente e sua família demandam uma atenção integral, que muitas vezes não se alcança com a junção de conhecimentos especializados e fragmentados.

> Para a compreensão da totalidade, não basta o estudo minucioso de cada parte e de cada aspecto. É fundamental perceber a articulação, sempre surpreendente, entre os vários elementos constituintes da realidade. O todo é muito mais do que a soma das partes. E para essa compreensão totalizante, a intuição e a emoção são muito importantes. Elas geram impressões, imagens e ideias sintéticas sobre os acontecimentos que são fundamentais para uma percepção globalizante. (VASCONCELOS, 2013, p. 376).

Esta dificuldade da ciência de lidar com a sensibilidade, a emoção e a intuição - fundamentais para uma percepção integral do fenômeno do adoecer e morrer - faz com que os docentes busquem outras possibilidades de ensino e de crescimento pessoal em relação a esta temática. As artes, como a literatura, a poesia, o cinema, a música, entre outras podem significar um potente campo de aprofundamento e reflexão para o lidar com a morte, como vemos nos relatos abaixo.

> E outra coisa é uma **abordagem artística**, porque **na arte se trabalha mais e se discute melhor a morte do que na ciência**. Você pega assim, algumas obras de arte, alguns livros, alguns filmes, eles trazem uma discussão sobre a morte que inclusive dão subsídios para um debate acadêmico. Você pega alguns autores assim, Tolstói, Dostoiéviski, o Albert Camus, esses caras ajudaram a pautar o debate acadêmico sobre a morte. [Fragmento de entrevista – Apolo, grifo nosso].

> [...] tem muitos filmes que ensinam muito como lidar com a morte. Ou, se não ensinam, porque não é obrigado a gente seguir o padrão que o filme apresentou, mas acho que eles mostram experiências e situações que fazem a gente pensar... [Fragmento de entrevista – Hefesto].

Para o ensino de tantas teorias e orientações do lidar com a morte na graduação de medicina, é fundamental desenvolver espaços curriculares, como os Módulos Horizontais A (MHAs), que "têm por objetivo constituir um espaço de integração de todas as atividades curriculares" (UFPB, 2007, p.26). A escolha metodológica da problematização parece ser a

mais adequada para realizar este objetivo, pois constitui uma proposta de ensino-aprendizagem ativa, que parte de situações concretas, buscando aprofundar a reflexão teórica para depois voltar à prática com propostas de intervenção (SIMON, 2012; VASCONCELOS, 2013).

A problematização é uma forma de educar baseada no diálogo, cerne da Educação Popular, opondo-se à educação bancária - designação de Paulo Freire para o depósito vertical de conhecimentos e informações na cabeça dos estudantes (FREIRE, 2005). A educação problematizadora trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004). Neste processo de aprendizagem significativa, o diálogo genuíno entre educador e educando leva a um processo dialético de transformações, onde:

> [...] o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos [...] os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo. (FREIRE, 2005, p.79-80).

A escolha desta proposta metodológica indica a influência da Educação Popular em Saúde nos MHAs, como comentado por Vasconcelos (2013, p. 356):

> [...] o Módulo Horizontal Prático Integrativo [...] foi pensado tendo como referência a experiência dos Projetos de extensão universitária em Educação Popular da UFPB. [...] Baseia-se na inserção dos estudantes em diferentes cenários de prática médica com a discussão teórica sendo feita, principalmente, pela problematização e o estudo de questões emergidas da atuação dos estudantes e professores nesses cenários. (VASCONCELOS, 2013, p. 356).

A problematização é uma estratégia para desenvolver nos estudantes a visão complexa do fenômeno do viver, adoecer e morrer, integrando suas diversas dimensões: biológica, social, psicológica, cultural, filosófica, espiritual, artística e intuitiva. Um caminho possível para diminuir a distância entre as dimensões técnicas e humanizadas do saber-fazer em medicina, no aprendizado do cuidar humanizado diante da morte.

5.2. O desafio para superar a abordagem técnica no adoecer e morrer

A partir das concepções e dos pressupostos pedagógicos que os docentes colaboradores consideram importantes para o ensino do lidar com a morte na APS, permanece a dúvida de que se, na realidade do curso de graduação de medicina da UFPB, estas concepções e pressupostos são alcançados. Para isto, foi perguntado como os docentes viam a

abordagem do ensino do lidar com a morte no curso de graduação em medicina da UFPB, como um todo.

Apesar de dos avanços com a reformulação curricular que aconteceu no curso de medicina da UFPB a partir de 2007, o trecho abaixo é representativo de como, na visão dos docentes entrevistados, a formação tecnicista ainda é hegemônica na UFPB em relação à preparação do estudante de medicina para acompanhar o processo de adoecer e morrer.

> A morte fica, assim... Ela **não é abordada de frente**. Quando o estudante estuda os processos bio-fisio-patológicos, está lá: o processo de adoecimento, de morte. Mas ela é vista só como uma coisa que tem uma linha bio-fisio-patológica que explica... Mas é só isso! [Fragmento de entrevista – Hefesto, grifo nosso].

Nos dois trechos abaixo, vemos como grande parte dos docentes entrevistados não sabe como o ensino do lidar com a morte ocorre no curso de medicina da UFPB ou não tem clareza sobre qual o módulo do currículo que tem em sua ementa esse conteúdo programático.

> Eu desconheço se tem algum momento, se aborda assim: 'vamos parar para falar sobre o assunto de luto e morte' [...]. Que eu saiba, não existe um momento, uma pausa, para a gente discutir, problematizar isto. [Fragmento de entrevista - Hera].

> Como acontece na UFPB? Eu penso que acontece no MHB, mas não tenho... Que os meninos [alunos] chegaram a comentar que é discutido, mas de forma teórica com os estudantes no MHB. Sou completamente ignorante de como é que isto acontece. [Fragmento de entrevista - Atena].

Analisando o Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina, vemos que o espaço curricular que tem o lidar com a morte como conteúdo programático de suas ementas são os Módulos Técnico-Reflexivos (MHBs). Os MHBs têm a função de integrar "os conteúdos referentes à formação humanística, cultural e ética do estudante de medicina" (UFPB, 2007, p. 20), procurando dar suporte emocional e de cunho ético aos estudantes para desenvolverem as outras atividades do curso. São módulos que acontecem do primeiro ao oitavo período do curso, com carga horária de duas horas semanais, funcionando como um seminário com temas pré-determinados. Os conteúdos programáticos dos MHBs mais relacionados ao lidar com a morte aparecem divididos ao longo do primeiro ao oitavo período do curso na ordem a seguir: o contato com o cadáver, o ciclo evolutivo da vida humana, a morte como última etapa do ciclo vital, os problemas éticos da origem da vida e do final da vida, o significado das perdas (lutos), o estudante diante da morte, o paciente terminal, a eutanásia, a distanásia (UFPB, 2007).

Mas não há como trabalhar no ensino a complexidade da temática da morte apenas com discussões teóricas e sem uma integração grande entre a prática vivencial e subjetiva com o aprofundamento teórico. Como vemos no comentário abaixo, o espaço curricular dos

MHBs não é suficiente na ótica dos docentes entrevistados para preparar os estudantes no lidar com a morte.

> Os alunos, pelo menos quando passam por mim [...], eu vejo que parece que eles **não tiveram grandes preparos**. Apesar disso, existe uma perspectiva de que o **MHB, Módulo horizontal B**, possa estar trazendo algumas dessas reflexões: da questão da morte, da questão do se perceber diante da vida. O módulo traz um pouco esse papel mais reflexivo sobre as várias coisas, né? [Fragmento de entrevista – Zeus, grifo nosso].

Já o Módulo Horizontal A (ou Módulo Prático-Integrativo), apesar de não ser um módulo que tem como conteúdo fixo e formal o lidar com a morte, frequentemente aborda esse tema, principalmente nos MHAs que acontecem na APS (MHA1, MHA2, MHA4 e MHA5). Isso condiz com o objetivo do MHA de integrar as diversas atividades curriculares a partir da problematização de situações clínicas ou sociais específicas (UFPB, 2007). Como aponta o depoimento abaixo, a inserção do estudante, desde o início do curso de medicina, no contato com a comunidade e na APS através dos MHAs potencializou no currículo do curso de medicina a vivência prática de situações de saúde, assim de contato com a doença e a morte.

> **A morte sempre chega**. Situações sempre acontecem durante o ensino. Antigamente mais no final do curso, no internato, quando se começava a ter mais contato com estas situações. Hoje, com estas **inserções precoces** [em cenários de práticas com comunidades e com pacientes], o estudante vai se inserindo... Então, são situações que aparecem. [Fragmento de entrevista – Hermes, grifos nossos].

Como 65% da carga horária desses módulos são de vivências práticas na dinâmica comunitária de vida e adoecimento nas periféricas de João Pessoa, o luto e a morte frequentemente aparecem. E, como a metodologia principal dos momentos teóricos é a problematização das situações que acontecem na prática, estes temas, quando aparecem na prática, são aprofundados com toda a turma nas tutorias. Isso é bem ilustrado no trecho a seguir:

> Eu vejo que no módulo horizontal MHA1 e MHA2, onde o estudante se insere nas famílias, desde o início, **aparecem situações de morte**. Então, eu acho que há uma **perspectiva de abordagem** no módulo horizontal MHA1 e MHA2 que tem facilitado a emergência destas questões, **não só ligado a dimensão técnica**. Eu acredito que outros módulos horizontais integrativos, o MHA4 e MHA5, também possibilitem esta discussão na APS. No internato, por já estarem no hospital [exceto o Internato de Saúde Coletiva, os demais acontecem exclusivamente no hospital], a morte aparece muito mais. Mas, aí [...] eu acho que deve estar mais sobre o domínio dos **clínicos tradicionais que focam muito na dimensão técnica da morte**. [Fragmento de entrevista – Hermes, grifo nosso].

Esta opção dos MHAs que acontecem na APS (MHA1, MHA2, MHA4 e MHA5) por vivenciar a dinâmica comunitária, através da construção de vínculos proporcionados pelo acompanhamento semanal de pessoas e famílias em visitas domiciliares, espaços

comunitários e nas unidades de saúde da família, possibilita um cuidado à saúde para além da abordagem técnica do enfrentamento de patologias e de fatores de risco. Estas estratégias pedagógicas podem resgatar nos profissionais de saúde habilidades fundantes da prática clínica, como a intuição e a percepção ampliada de sentidos e emoções, que foram menosprezadas nos últimos séculos na formação em saúde (VASCONCELOS, 2013).

> Como os estudantes não tem muito aparato técnico-científico ainda pesado no primeiro e no segundo período, quando a gente os insere em contextos de comunidades, em contextos de desigualdades em saúde, em contextos de demandas de atenção e de cuidado, eles conseguem começar a **procurar posturas, atitudes, dinâmicas**, que não são puramente técnico-científicas. Quando eles vão procurando isso, eles vão achando e vão vendo que uma conversa resolve algumas coisas. Vão vendo que um vínculo é importante de ser feito para potencializar um certo tratamento. Vão vendo que botar o pé no chão na comunidade tem algum valor... Aí, eles vão incrementando essas coisas no repertório do médico, e vão vendo que **o repertório do médico não precisa ser somente técnico-científico**. Tem que ter um **repertório humano** muito grande. [Fragmento de entrevista – Hefesto, grifo nosso].

As famílias que os estudantes acompanham nos MHAs são escolhidas pelos professores com o auxílio e indicação das equipes de saúde da família ou de lideranças comunitárias. Normalmente, são escolhidas famílias que vivenciam situações mais complexas do viver, cujos problemas de saúde só podem ser cuidados com uma abordagem integral e compreensiva. São famílias em que a atendimento técnico-científico restrito da medicina é muito pouco eficaz. São famílias que exigem uma abordagem mais humana, subjetiva e coletiva, que grande parte das equipes de saúde da família (ocupadas com a grande demanda de atendimentos e pouco preparadas para estes desafios) não consegue ofertar. Acompanhar pessoas e famílias que estão à margem da sociedade e dos atendimentos tradicionais de saúde, como é relatado no trecho abaixo, também é uma forma de se lidar com a morte.

> A escolha das famílias, que é feita junto com as equipes, **prioriza famílias mais vulneráveis**, ou seja, famílias onde há mais caras [pessoas] com a saúde precária, tanto a saúde física como a saúde mental. Quer dizer, tem a coisa do morto, e a coisa do louco também, ou a coisa do marginal, a coisa do cara que 'está fora', o cara que está 'fora da vida'. Porque isso, na saúde mental, é bem claro: o luto não é só por morte, é por perda. Então, por exemplo, **o pária da sociedade também é uma forma de lidar com a morte**: a família que tem um filho que está preso; o esquizofrênico que anda pelado e que a família bota numa jaula, faz uma grade para prender o cara; o idoso acamado com Alzheimer que é um moribundo [...]. [Fragmento de entrevista – Apolo, grifo nosso].

Esta responsabilização dos estudantes pelo acompanhamento contínuo de determinadas famílias, que constrói um progressivo vínculo afetivo, é um dos pilares do desenvolvimento dos módulos MHA1 e MHA2. Mas também está presente nos módulos subsequentes na APS (MHA4, MHA5 e Internato de Saúde Coletiva) nos quais, apesar de as atividades se concentrarem no atendimento clínico nas unidades de saúde da família, o

estudante continua o vínculo com algumas famílias, mas agora integrando a abordagem humana e social com a mais biológica e técnica.

Como vimos: “a morte sempre chega” na formação médica, mas “ela não é abordada de frente” porque o ensino do lidar com a morte está, assim como o ensino médico, hegemonicamente centrado na “dimensão técnica”. Dessa maneira, o “repertório humano” dos profissionais de saúde, a intuição e a percepção ampliada de sentidos e emoções são relegados a segundo plano. O trecho abaixo resume as consequências que a formação médica tradicional, concentrada na dimensão técnico-científica, traz para o ensino do lidar com a morte.

> E o lidar com a morte hegemonizado é o lidar assim: ‘tranquilo, faz parte, eu lido com isso todo o dia, e *estou cagando*’. Tipo: ‘eu sou o super-homem, sou a mulher-maravilha e eu lido com isso’. O que esse povo das outras áreas ensina é muito isso também: ‘vocês têm que ser frios, têm que ser neutros, vocês não podem se manifestar emocionalmente diante do paciente de vocês...’. Então, isso tudo **reforça um distanciamento para o paciente** e um problema sério, nesse lidar com a morte, porque vai ser um **lidar frio, distanciado, e bastante pouco saudável** para o próprio paciente também. [Fragmento de entrevista – Hefesto, grifo nosso].

Boaventura Santos propõe a *aplicação edificante* da ciência, como um modelo alternativo à *aplicação técnica*, privilegiada pela racionalidade moderna que menospreza os aspectos humanos, sociais e políticos na construção do conhecimento. Para a aplicação edificante, o sentido do uso do know-how técnico é subordinado ao know-how ético. Em sua proposta, o conflito entre esses dois modelos (aplicação técnica e aplicação edificante) constitui o cerne do processo educativo (SANTOS, 2008).

> Um problema que esse currículo mostra: essa divisão do currículo, que é um problema que faz com que a gente tenha uma dicotomia no lidar com a morte no ensino de medicina, você tem uma **abordagem muito técnica** e uma mais **edificante**, que até tem a técnica (que se você for ver no MHA4 e MHA5, você aborda muito os procedimentos, aborda toda essa parte mais técnica também do fazer médico), mas aquilo está agregado também com **a abordagem humana, social, crítica**. Então, a gente tem essa dicotomia muito grande entre a abordagem técnica e a abordagem edificante. A gente precisa no curso lidar com ela, ver como a encara. Você acaba formando estudantes de medicina que **convivem com as duas coisas, mas tendem mais para a outra** porque, por mais avanço que a gente tenha tido, a **profissão médica ainda é hegemonicamente muito tecnicista**. [Fragmento de entrevista – Hefesto, grifo nosso].

Esta disputa entre a aplicação técnica e a aplicação edificante da ciência no currículo de medicina da UFPB é algo que não está consciente para a maioria dos docentes e discentes, mas transparece nas entrevistas com os docentes envolvidos em práticas pedagógicas na APS. Há uma intencionalidade de reorientação do ensino médico na UFPB, perseguida pelos MHAs desenvolvidos na APS, através da construção compartilhada do conhecimento a partir

dos saberes dos docentes, discentes e pacientes, numa perspectiva ética, solidária e construtiva.

Esta opção por uma aplicação edificante da ciência exige também uma desconstrução da onipotência médica e da ilusão na capacidade de que o conhecimento científico técnico e especializado poderia dar conta de resolver as principais das necessidades de saúde da população. Esses pensamentos tão difundidos no ensino médico tradicional dificultam um agir mais potente e compartilhado a partir do diálogo com a população. Como relatado no trecho abaixo, este distanciamento da subjetividade para se exercer uma boa técnica profissional, pregado pelo paradigma de ciência biomédico, é mais forte na segunda metade do curso de medicina, onde os docentes são essencialmente médicos de especialidades outras que não a medicina de família e da saúde coletiva.

> [...] a gente tem um grande problema do curso que é depois, principalmente a partir do quinto período, o curso acontece majoritariamente por **especialistas**. E os especialistas com todas as suas dificuldades também em lidar com a morte, com toda **onipotência atribuída para lidar com a morte**... E isso **repercute com certeza nos alunos** [...]. Não se pode generalizar isso, mas em geral há uma perda do contato com a integralidade do paciente pelo especialista focal. Há uma visão mais focalizada do problema. Com isso, muitas vezes, vai se perder perspectivas menos evasivas, menos agressivas, mais reflexivas e filosóficas do lidar com a saúde, com a vida, com a morte e com essas questões. [Fragmento de entrevista – Zeus, grifo nosso].

Como visto, nos conteúdos curriculares do curso de medicina da UFPB, o ensino do lidar com a morte está pouco presente e ainda marcado por uma discussão mais teórica centrada em conteúdos da psicologia médica. A morte no currículo ainda é um tema tabu, que muitos professores e preceptores evitam debater de forma mais aprofundada, a partir das vivências e reflexões dos estudantes, das equipes de saúde e de seus pacientes.

> Então me parece que o aluno no curso da UFPB vivencia a morte, mas que a gente precisaria **ter mais espaços de escuta** desses sentimentos, e das atitudes em relação a isso, do aluno e das equipes também. [Fragmento de entrevista – Apolo, grifo nosso].

Nas práticas pedagógicas na APS, a morte aparece de uma forma não planejada e é aprofundada dependendo do surgimento do tema na prática e da sensibilidade do docente para esta temática. Mas, talvez, a implementação de práticas pedagógicas como estas, que foquem na integração dos conteúdos curriculares a partir de metodologias problematizadoras, ajudem a um melhor ensino do lidar com a morte nos currículos médicos, através de uma abordagem multidisciplinar (técnica, subjetiva e intuitiva). Pois para alcançaar na formação um cuidado humanizado com o adoecer e morrer, não basta apenas o acréscimo de conteúdos e disciplinas

de tanatologia e psicologia médica, como normalmente vem acontecendo na maioria das reformas curriculares dos cursos de graduação em medicina.

6. APRENDENDO E ENSINANDO A POTÊNCIA DO CUIDAR DIANTE DA MORTE

Para compreendermos melhor os caminhos do ensino do lidar com a morte no contexto da APS, pedimos para os docentes descreverem situações pedagógicas em que eles, junto com estudantes, tiveram que lidar com o processo de morte ou com o acompanhamento de um paciente terminal no contexto da APS. Ainda perguntamos: quais as reações e sentimentos que eles vivenciaram nessas situações? Quais as reações e sentimentos vivenciados pelos estudantes nessas situações? E como eles envolveram os estudantes neste processo?

Avaliamos as vivências e estratégias pedagógicas descritas pelos docentes em suas práticas na APS a partir dos papéis que eles identificaram como concepções para o cuidado humanizado diante da morte, presentes no sub-capítulo *Concepções dos docentes sobre o lidar com a morte*. São papéis ou competências que os docentes esperam que os futuros médicos desempenhem no cuidado de pacientes e famílias em situação de proximidade com a morte: A) tentar salvar o paciente; B) estar junto até o fim (presença); C) valorizar a dimensão da espiritualidade; e D) promover qualidade de morte, que por sua vez implica no desenvolvimento de algumas habilidades, como desenvolver comunicação qualificada, abrir-se para outras dimensões além da técnica (envolver-se), e estar atento às emoções.

Sistematizaremos agora esses quatro papéis ou competências, ilustrando e aprofundando, sempre que possível, com fragmentos das entrevistas e de "cenas" produzidas na oficina. Mas durante a análise das narrativas da pesquisa, algumas vivências dos docentes chamaram a atenção por serem histórias com uma riqueza de detalhes e de significados, as quais podem ser representativas de como acontece, no contexto da APS do curso de medicina da UFPB, o lidar com a morte na prática e no ensino. Pois, as vivências nos dizem na prática até que ponto o que os docentes concebem como sendo o que deve ser "ensinado" no lidar com a morte, está de fato acontecendo na prática. Ao longo dos subcapítulos seguintes, destacaremos estas histórias representativas, denominando-as de "vivências ilustrativas".

A) tentar salvar

> "Curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre"
> (aforismo médico anônimo do século XV).

É muito forte na formação médica a responsabilidade técnica em diagnosticar doenças e em salvar ou curar o paciente. Não conseguir alcançar essas metas é sinônimo de falha profissional. Esses pensamentos tão difundidos no ensino médico, hegemonicamente centrado no hospital e baseado no paradigma de ciência biomédico e tecnicista, influenciam as competências dos profissionais, mesmo quando se encontram trabalhando na APS (CUNHA, 2004). O sentimento de frustração quando não se consegue salvar o paciente pode ser visto no relato seguinte.

> Teve uma situação de uma criança recém-nascida, que [...] tinha nascido, recebido alta da maternidade e, com dois dias de vida, começou a defecar sangue. Aí, a gente suspendeu o atendimento, considerando uma urgência, pegou essa criança, botou a mãe, tudo no carro e levou para maternidade lá em Sobral, que é onde dava assistência materno-infantil para Quixadá... Você ter uma equipe de pediatras e ninguém conseguir acesso venoso! Aí, você ficar lutando para ver a possibilidade de eles encaminharem para Fortaleza. Nada de querer encaminhar! Achavam que iam resolver a situação... Depois, fazer um procedimento de tentar hidratar a criança com uma agulha mais espessa na tíbia e eu achando aqueles procedimentos sem muito sentido. E acabou [...] que a gente não pode ficar mais naquele negócio. Depois, você ficar sabendo que a criança tinha morrido. E você ficar: 'poxa até onde eu fiz, movi, fui para um nível de complexidade maior, com profissionais especializados e...'. Mesmo assim, **não conseguiu resolver a situação**. [Fragmento entrevista – Dionísio, grifo nosso].

A educação médica, centrada no hospital, enfatiza a cura, o prolongamento irrestrito da vida, o sucesso no controle das doenças crônicas, desenvolvendo uma falsa onipotência em relação à vida. Ao mesmo tempo, negligencia conteúdos do processo do morrer, pois estes frustram a maioria dos profissionais de saúde, que estão preparados para os êxitos e não para as perdas. Mas, como vemos no relato abaixo, cuidar da saúde é muito mais do que intervir objetivamente sobre doenças e pacientes.

> Tem uma outra coisa e eu acho que essa é onde a gente mais pode atuar. Eu acho que é, na questão do curso de medicina, do papel de onipotência, de sempre se colocar como a pessoa que vai salvar a vida do outro. Então, o diabético, eu tenho que salvar a vida dele. Mas, se o cara não quer usar o remédio e quer continuar diabético, eu fico com raiva dele, porque 'eu sou o salvador dele'. E isso determina o fracasso. A gente precisa trabalhar com os alunos que a nossa meta não é curar ninguém, não é determinar a vida de ninguém, não é evitar a morte. É produzir reflexão, produzir novos atos, mas tudo isso com outro sentido, que é o sentido de cuidar. Eu acho que a grande questão que a gente pode trazer para o curso de medicina é mudar o **paradigma onipotente da cura** para um outro paradigma mais consensual, mais lado a lado, mais centrado na pessoa, que é o **paradigma do cuidado**. [Fragmento de entrevista – Zeus, grifo nosso].

Para Boff (1999), o trabalho da maioria dos profissionais precisa ser transformado por uma nova ética do cuidado humano, definida como "uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro [...] de responsabilização, preocupação e de inquietação, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro" e se instaura numa relação de sujeito-sujeito, "não de domínio sobre, mas de com-vivência", pois cuidar das pessoas "implica intimidade, senti-las, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso".

Vivência Ilustrativa de "tentar salvar":

No relato abaixo, o docente entrevistado se remete a uma experiência vivenciada com duas estudantes do Internato de Saúde Coletiva. Elas se impressionaram com a intensidade dos sintomas de uma paciente que estavam acompanhando e, imediatamente, veio-lhes uma preocupação gritante de fechar logo o diagnóstico para iniciar um tratamento "salvador".

> Outra questão que a gente está vivendo agora no Internato, que uma dupla de internas, Ana e Fernanda, começaram a acompanhar uma senhora [anteriormente] saudável de quarenta e poucos anos, que apareceu, de uma hora para outra, com uma ascite (4) e dor abdominal. Fez uma ultrassonografia e estava com o fígado *cheio de imagens*. Fez a tomografia e era uma neoplasia: um fígado todo detonado, infiltrado com *milhões* de imagens neoplásicas [...]. Mas, o que mais me chama atenção nesse caso, não é a paciente em sim, é a atitude das estudantes: a Fernanda, ela é mais reservada e me parece mais tranquila, mas a Ana ela está surtada, surtada. Ela fala: 'mas é triste demais, ai meu Deus do Céu, eu não sei mais o que eu faço'. Cara, tem coisas bem claras: tem que fazer uma paracentese (5) de alívio, tem que fazer a tomografia com contraste para ver se é mais para hepatocarcinoma (6), ou mais para metástase. Aí, ontem elas me pegaram no corredor, dizendo que foram discutir o caso com o professor da Hepatologia, que disse que 'o que está fazendo no hospital oncológico está tudo errado!' [...] E aí, a Fernanda estava desesperada: 'ah, professor porque agora perdeu o tempo, porque o hepatologista falou que perdeu o *time* do tratamento'. Essas coisas de especialista: ele **não consegue enxergar o cuidado da paciente, ele só enxerga a doença** [...]. Aí, eu tentei jogar para elas: 'vocês estão percebendo como a gente também está **negando a morte** dela? Ela vai morrer, isso a gente sabe desde a primeira consulta. E a gente tem que ajudar ela nesse processo'. Me chamou atenção a negação das estudantes. Mas a abordagem delas está sendo bem legal. Eu acho legal porque não é ruim **o estudante se permitir sofrer e falar**

(4) Acúmulo anormal de líquidos dentro da cavidade abdominal
(5) Punção de cavidade para para evacuar líquido que ali se encontra acumulado
(6) Neoplasia primária de fígado

> **sobre isso**. Eu acho que a Ana vai passar por esse processo e, quando se formar médica, ela vai saber lidar muito mais com a morte do que outros estudantes que nem falam sobre isso. [Fragmento de entrevista – Apolo, grifo nosso].

Mesmo com a rápida deterioração da saúde da paciente e de dados concretos nos exames que apontavam um mau prognóstico e a inevitabilidade da morte, as internas ficaram presas na 'possibilidade' de salvá-la: a única terapêutica validada pelo ensino médico tradicional. Quando o professor da Hepatologia diz que faria uma conduta diferente da orientada pelo oncologista e que a oportunidade de curar a paciente (que, claramente, já não existia desde o momento da primeira ultrassonografia) foi perdida pela demora na instituição do tratamento, as estudantes ficam desesperadas. A fala do hepatologista reforça um dogma da biomedicina, tão presente nas práticas médicas: a obstinação ou futilidade terapêutica. A obstinação terapêutica ocorre quando os profissionais de saúde ou os responsáveis por alguém que está com uma doença avançada insistem em usos continuados e persistentes de medidas (exames, procedimentos, tratamentos) que busquem incessantemente a cura e que sustentem a vida do paciente, que já não tem expectativas de sobrevida prolongada (normalmente, provocando sofrimento e custos elevados).

> A futilidade terapêutica é difícil de ser definida e aceita em muitos casos, pois o profissional da área de saúde, principalmente os médicos, é treinado para sempre fazer todo possível para salvar a vida do individuo. Isso ocorre porque aprendemos, desde tenra idade, que a vida é sagrada (principio da sacralidade da vida). Porem, quando trabalhamos com pacientes com doença avançada e em progressão, percebemos que a obstinação terapêutica não tem lugar em Cuidados Paliativos. O que queremos é que nossos pacientes tenham uma morte digna e sem sofrimento (ANCP, 2009, p. 196-197).

A obstinação terapêutica é socialmente, e até curricularmente, passada para os estudantes de medicina que - como destaca Apolo no relato abaixo - têm dificuldade de reconhecer a morte como um fato inexorável da existência e acabam sofrendo com isto ao longo de toda a formação e atuação profissional.

> Agora, os estudantes ficam baratinados, eles ficam muito desesperados porque, na cabeça deles é isso: eles têm que fazer alguma coisa. E a gente também, como médico, sente que tem que fazer alguma coisa, mas são coisas diferentes. O estudante vivencia o paciente que morre, como um paciente cujo tratamento falhou, o projeto terapêutico dele *foi para o espaço, foi por água abaixo*. E a gente, não. A gente sente como uma resolução de uma situação: o cara morreu [...]. É material para pensar: 'o que poderia ter sido feito diferente?', ou seja, tem que se discutir. E o estudante e os colegas vivenciam como o contrário: não tem que se discutir, quer dizer, é ruim, é um sofrimento. [Fragmento de entrevista – Apolo].

O professor, ao acolher os sentimentos de fracasso das estudantes, teve que lhes chamar a atenção para que percebessem que o hepatologista, o oncologista e elas próprias estavam negando a morte iminente daquela mulher. Só assim, elas conseguiriam superar a

obstinação terapêutica, o pessimismo e a sensação de impotência para construir, junto com a paciente e sua família, uma abordagem à saúde mais integral, para assim encarar a morte como possibilidade real de desfecho do cuidado.

> Acho que a primeira questão que o médico tem que trazer para o paciente é se dispor primeiro a cuidar dele. Eu acho que a evitar, tirar os mitos imaginários. Sair da onipotência de que a gente vai sempre poder evitar a morte e **encarar a morte como possibilidade** real de desfecho do cuidado. Quando a gente tem isso como uma perspectiva de que **a morte não é um sinal de fracasso** meu, como profissional de saúde, ajuda a encarar o cuidado do paciente à beira da morte, do doente mais terminal, com **sucesso no processo do cuidado** [...]. [Fragmento de entrevista – Zeus, grifo nosso].

B) promover qualidade de morte

> "O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida." (Cicely Saunders, 1991).

O avanço tecnológico da assistência à saúde no último século fez a expectativa de vida mundial duplicar: a morte, que chegava aos 40 anos de idade, agora acontece próxima aos 80 anos. Mas, apesar deste sucesso, o prolongamento da vida é, muitas vezes, conseguido através de uma saúde debilitada, marcada por incapacidades orgânicas, dependência e baixa qualidade de vida. A crescente interferência da medicina no cotidiano de vida das pessoas transformou a morte, de um fenômeno humano antes compartilhado pela família e pela comunidade, em um acontecimento técnico próprio dos hospitais (GÉRVAS, 2011).

> O hospital contemporâneo se presta muito bem ao ocultamento da doença e da morte: controlam-se os horários de visita, encobre-se aquilo que não pode ser visto. Para muitos familiares o hospital é um local onde sentem que está sendo feito o melhor para o paciente, mas pode ser também uma proteção para não verem a decadência, a doença e a morte: uma forma socialmente aceita de asilamento. A cena pública do moribundo de outros tempos é substituída pelo quarto isolado, ou pela enfermaria, onde a morte escapa de seus familiares que, muitas vezes, ocorre na calada da madrugada. É a morte burocratizada, conveniente a todos, pois não se dá a perceber. (Kovács, 2003, p. 68).

Há cem anos, a morte era rápida, geralmente decorrente de um acidente ou infecção. Agora, a morte chega após anos de deterioração física e mental e morremos em um hospital, isolados e distantes das pessoas e coisas que gostamos (GÉRVAS, 2011).

> Porque essa é uma característica, a gente hospitalizou o moribundo. Agora tem esse movimento de desospitalizar o cara, mas o movimento foi todo em direção ao hospital. Botar, jogar o cara para o hospital. [Fragmento de entrevista – Apolo].

O conceito de qualidade de vida diante da morte ou qualidade de morte, ou ainda ortotanásia (“boa morte”), surge como uma resposta às consequências da medicalização do processo de morrer, marcado por solidão e desconhecimento. A ortotanásia serviria, então, para evitar a chamada distanásia, que é o prolongamento artificial do processo de morte, com sofrimento para o doente. Um dos pilares da qualidade de morte, como ressaltado no trecho abaixo, é o conforto físico que corresponde aos procedimentos técnicos para o alívio do sofrimento físico e da dor do paciente (SILVA, 2006).

> Outra questão óbvia é garantir o mínimo de sofrimento possível e toda assistência necessária, para não necessariamente prolongar a vida. Eu não acho que a gente deva fazer isto, a não ser que seja um desejo da pessoa e da família, mas no sentido de dar conforto de diminuir sofrimentos desnecessários. [Fragmento de entrevista – Atena].

O Economist Intelligence Unit (2010) publicou um ranking sobre os cuidados no fim da vida ao redor do mundo intitulado como The Quality of Death o qual revelou que, entre os 40 países avaliados, o Brasil ocupa 38ª posição quando o assunto é qualidade de morte, ficando na frente apenas de Uganda e da Índia. Apesar do aumento da longevidade e o envelhecimento da população, poucas nações, mesmo incluindo os países ricos com sistemas de saúde de ponta, desenvolvem estratégias de cuidados paliativos em suas políticas gerais de saúde. De acordo com a Worldwide Palliative Care Alliance, mais de 100 milhões de pessoas no mundo por ano se beneficiariam com os cuidados paliativos, mas menos de 8% dessas pessoas conseguem acessá-lo.

A assistência domiciliar tem um papel preponderante em promover a ortotanásia, sendo justificada pelo elevado grau de humanização que pode propiciar, pois envolve a família tanto nos cuidados como no amparo afetivo ao paciente, reduz complicações decorrentes de longas internações hospitalares e diminui os custos em saúde. Ensinar e aprender através do cuidado domiciliar pode reforçar a perspectiva da construção do cuidado nas práticas de saúde, como nos aponta Zeus abaixo.

> Eu acho que a questão da casa, de saber cuidar, saber escutar a família, diminuir a ansiedade da família no lidar com as crises, tudo isso é fundamental para construir o processo do cuidado. Por isso que a casa é um lugar tão importante. Mas não a casa medicalizada, que vive uma UTI dentro de casa, mas uma casa que seja, realmente, onde aconteça os afetos, onde aconteça o cuidado, onde aconteça o carinho, onde aconteça o medo de perder aquela pessoa que está na fase terminal, onde as pessoas possam chorar juntos, onde as pessoas possam construir o luto, as raivas, as negações de uma forma mais coletiva. E aí, a presença do aluno estar vivendo junto desse processo, eu acho que isso ajuda numa perspectiva futura. [Fragmento de entrevista - Zeus].

A lógica propiciada pela evolução da medicina seria levar a tecnologia e a capacidade técnica em saúde para próximo do paciente e seu domicílio e não o contrário: isolá-lo em ambiente hospitalar estranho e árido (Gérvas, 2011).

Vivência Ilustrativa de “promover qualidade de morte”:

> Lembrei agora de um paciente de 38 anos, chega pra mim com uma dor importante na perna e, em menos de 3 meses, com perda de peso importante. Já ligou o sinal de alerta! Palpei sua perna: tinha uma região mais endurecida. Pedi ultrassonografia e alguns exames laboratoriais. E aí, já veio o resultado: na ultrassonografia aparecia uma massa grande e os exames já com anemia importante. Uma coisa de evolução muito rápida mesmo [...]. E aí, a gente encaminhou para ele começar fazer quimioterapia, e... o paciente foi definhando rapidamente. Então, a gente tinha que fazer visita, muitas vezes com estudantes de medicina do final do curso. O papel da gente na visita era, às vezes, ficar escutando o jogo [de futebol] do Inter, que ele era fissurado, escutar ele falar do Inter. Eu tirava brincadeira, dizia que o Grêmio ia ser campeão. E por que? Porque, de alguma forma, eu manejava a questão da dor dele, fazia algum outro ajuste na dose de morfina para não deixar ele sentir dor. Ele era um cara que mesmo deitado na cama ainda estava alegre, cheio de energia. Ele tinha esperança de que pudesse... pudesse realmente sobreviver. Nosso papel não era tirar a esperança ou falar mentiras, nem uma coisa e nem outra, mas estar ali junto com ele. O que acontecesse a gente estava ali para poder dar apoio.
> Ele tinha uma filhinha que devia ter seis, sete anos. Eu conversava muito com a mãe para a filhinha estar sempre junto dele e tudo. Eu acho que eu tentei fazer um pouco uma abordagem do luto, mas era frustrante ver o cara tão jovem, tão trabalhador, batalhador. Eu acho que a frustração, a tristeza... Eu acho que eu me entristeci também. Logo quando eu soube da morte dele, me entristeci. Fiquei um tempo ainda meio chocado, sem querer fazer visita a casa, sem querer ir lá para ver como é que estava a mãe e a menina. Até que depois passou um pouco e retornei... [Fragmento de entrevista - Zeus].

A responsabilidade médica em tentar salvar o paciente, agindo com qualidade e agilidade na investigação diagnóstica (com o exame físico e a solicitação de exames complementares) e no tratamento do paciente (com o encaminhamento para a quimioterapia) é forte neste relato. Mas a atitude chave de Zeus, na vivência acima, para o cuidado com o paciente e para este ensino, junto aos estudantes que o acompanham, é o compromisso de seguir as dores, sofrimentos e alegrias do paciente, independente da possibilidade de cura ou sucesso. Como ressalta Gérvas (2011, p.4, tradução nossa) “se a morte é inevitável, o objetivo médico se transforma de evitar, curar e aliviar em ajudar a morrer com dignidade”. Isto foi tão intenso na relação entre Zeus e seu paciente que o próprio médico - que auxiliou toda a família no processo de lidar com as tristezas, as dores e a morte - também vivenciou intensamente o luto pela perda do paciente.

Cuidadores autênticos não lidam com peças mecânicas de um organismo, nem com doenças simples, mas com seres complexos confrontados com circunstâncias que, muitas vezes, os superam e os anulam. Situações limites em que se envolvem, emocionam e, muitas

vezes, deixam-nos perplexos com os dilemas e desafios que lhes são postos, como cuidadores. Respondem a essas situações com qualidade científica (técnica e humana) e com o uso apropriado dos recursos tecnológicos. Mas tudo isso é insuficiente se não aceitarem e cultivarem, como Zeus fez na vivência acima, um compromisso pessoal com quem se cuida (Gérvas, 2011). Hefesto acrescenta, no relato a seguir, que o trabalho dos profissionais de saúde também deve se apoiar num compromisso social e ético.

> Fundamentalmente, a gente tem que formar pessoas para vida e formar pessoas que entendam e pratiquem uma **nova ética de ser e estar no mundo e ser e estar com o outro**, falando de forma bem geral. Que entenda que eu não estou aqui só para aprender a ser um bom cirurgião e ganhar muito dinheiro. Eu vou ser médico, como eu poderia ser um pedreiro, como eu poderia ser um padeiro, mas eu vou ser médico para **cumprir um papel**. Para viver, claro, porque ninguém vai ser só totalmente altruísta (são raras as pessoas que fazem isso de viver totalmente se doando). Eu vou sobreviver, vou ganhar o meu salário, vou fazer minhas coisas, mas vou fazer um **trabalho que é útil para as pessoas**. [Fragmento de entrevista – Hefesto, grifo nosso].

B.1) abrir-se para outras dimensões além da técnica (**envolver-se**)

Na vivência ilustrativa de Zeus, narrada acima, o médico - além de desempenhar uma ótima qualidade técnica e humana, acompanhando desde o diagnóstico do câncer, passando pelo manejo da morfina para aliviar a dor, até o compartilhar dos medos e sofrimentos com a aproximação da morte – também se permite envolver-se. Abri-se para um envolvimento profundo com a pessoa de quem cuida: escutando e comentando junto o futebol; admirando-se com sua alegria e vontade de viver; apoiando sua mulher e filhinha, desde cedo, através da abordagem do luto; mas, acima de tudo, permitindo-se envolver afetivamente com ele e sua família, a ponto de se entristecer e ter que também viver um processo do luto desta perda. Abrir-se para outras dimensões além da técnica não é desconsiderá-la ou enfraquecê-la, pelo contrário, é potencializá-la com sentimentos, pensamentos e ações que seriam impossíveis de serem alcançados com um agir restritamente técnico.

Mas o que é considerado científico no trabalho em saúde apregoa um agir técnico desvestido de emoção para alcançar maior objetividade racional, como se o envolvimento e o vínculo entre médico e paciente pudesse inviabilizar uma terapêutica correta. Este é o ensinamento que podemos ver implícito na cena seguinte, baseada em fato verídico, que narra os últimos momentos de uma paciente.

> Sou residente de Medicina Interna [...], estagiando do CTI [Centro de Terapia Intensiva]. Uma paciente que acompanho, negra e pobre, teve o diagnóstico de

> morte cerebral estabelecido. O professor responsável pelo plantão, em um momento mais sossegado, chama todos os residentes para assistir o processo de desligamento do respirador. Reunimos em torno do leito e ele desliga o respirador. Ele vai nos descrevendo os sinais de morte no restante do corpo. Nos intervalos destas narrativas pedagógicas, voltamos a conversar assuntos variados ligados ao nosso cotidiano. Quando aparece um novo sinal, o professor nos interrompe e fala sobre ele. Comentamos alguma coisa e continuamos nossa conversa sobre outros assuntos. Passados cerca de uns trinta minutos, quando não mais tínhamos novos sinais, saímos e fomos para a cantina do CTI e continuamos conversando nossos assuntos. De vez enquanto, alguém relembrava e comentava algo que achou interessante naquela vivência. Estamos bem tranquilos. A morte desta paciente é um assunto, que poderia melhor classificar como curioso e interessante. À noite, quando vou dormir, dou conta da frieza com que lidamos com aquela situação. Minha paciente tinha sido tratada apenas como um corpo. De fato, ela já tinha chegado ao CTI inconsciente. Sua família não se aproximara de nós médicos (ou a organização institucional do CTI não permitiu que isto acontecesse). Tudo isto ajudou para que a normalidade médica se desenrolasse com tranquilidade. [Cena 1 - Hermes].

Nessa cena, a morte é o centro da atenção, mas apenas nos aspectos anatomofisiopatológicos, como hegemonicamente é abordada nos cursos de medicina. QUINTANA *et al*. (2002) nos dizem que, na medida em que o médico se priva de suas emoções, usando como escudo uma pretensa neutralidade científica, o paciente é, muitas vezes, transformado em objeto. O paciente deixa de ser considerado sujeito de sua vida e de sua morte, sendo reduzido a um corpo onde se pode observar os fenômenos científicos.

O foco na cura e no prolongamento da vida, segundo Alencar (2005), é produto de uma não preocupação das universidades para qualificar os profissionais de saúde para um atendimento humanizado que contemple as questões subjetivas do sujeito. Para mudar isto, Hermes defende, na narrativa abaixo, que docentes e preceptores hajam de forma oposta ao que se vê hoje na maioria dos ensinamentos tecnicistas dos cursos de saúde, onde, além de não acolher as subjetividades dos estudantes e dos pacientes, deslegitima-as e as menospreza.

> O negócio é essencialmente acolher estas situações e fazer com que o estudante abra para as dimensões que não são só técnicas da morte. As dimensões não técnicas afloram todo o tempo. Muitas vezes, a forma como o professor lida com isto, focado na dimensão técnica, não permite que o estudante acolha. Ele direciona o próprio olhar do estudante, que acaba também focando na dimensão técnica. O estudante se impressiona, muito mais que o professor, por estas outras dimensões. Para ele, é um esforço muito grande este centramento só no técnico. Ele reluta. Às vezes, a pedagogia simplificadora do professor é tão grande, que acaba tendo sucesso. Acho que devia ter um movimento oposto de incentivar estas outras dimensões. [Fragmento de entrevista – Hermes]

O convívio com doenças e o encontro com a morte, condições que geralmente estão relacionadas com muitos dramas, conflitos e desestabilizações do doente e de seus familiares, afetam profundamente a subjetividade de estudantes e profissionais de saúde. Mas, ao mesmo tempo, o convívio com essas crises pode proporcionar uma relação profunda e potente de cuidado, que ressignifica o viver para o cuidador e para quem é cuidado, trazendo grande repercussão em suas vidas profissionais e pessoais.

> Acompanhar a força surpreendente com que a vida se manifesta em situações de crise, cuja marca maior é a precariedade, é extremamente gratificante para o profissional, sobretudo quando se percebe que a sua própria atuação foi significativa no processo. Assemelha-se à posição do artista, que vê sua obra se constituir por uma ação que tem dimensões intencionais e outras provenientes da intuição e de intercorrências externas, totalmente fora do controle da vontade. O artista se surpreende com sua obra. Talvez, o maior aprendizado que o estudante pode adquirir quando se envolve intensamente com famílias em situação de crise seja o despertar para a possibilidade de seu trabalho passar a ser um local de densa criação artística e amorosa. É um aprendizado que rompe com o modelo dominante de atuação das profissões de saúde, a que a filosofia da ciência vem chamando de superação do paradigma da modernidade na ciência. (VASCONCELOS, 2013, p.392).

Para aprender junto com estas situações de crise no adoecer e morrer, é preciso ter, desde cedo, práticas de encontro e de cuidado. A vivência no acompanhamento e atendimento de famílias em comunidades periféricas de João Pessoa, proporcionada pelas práticas pedagógicas na APS do curso de medicina da UFPB, possibilita aprendizados singulares. A partir do envolvimento e compromisso ético com as famílias, a convivência e o estranhamento dos estudantes com tão diversos contextos culturais e materiais, hábitos e comportamentos abre a possibilidade para uma nova visão de mundo e de cuidado em saúde.

> Nesse processo todo, um elemento importante, que Eymard Vasconcelos é quem trouxe isso, é a *perplexidade*. Então o estudante, ele vai aprendendo essas coisas, mas também cheio de perplexidade. Ele vai se inquietando, não vai entendendo, vai ficando emocionado, vai ficando chateado com algumas coisas, aborrecido, ou ansioso... Isso é um sentimento muito difuso. E a gente precisa trabalhar isso. Precisa escutar, problematizar e encaminhar essa perplexidade. Trabalhar ela para que ela siga na direção de uma, digamos assim, incorporação de novas atitudes para com os estudantes e dos estudantes. Para que eles compreendam que existem outras formas possíveis de cuidar. Eu não vou ser menos médico porque eu dialogo. Eu não vou ser menos médico porque eu faço grupo na comunidade. Eu não vou ser menos médico porque eu saio andando na rua da comunidade igual a um ACS. [Fragmento de entrevista - Hefesto].

Vivência Ilustrativa de “envolver-se”:

> Eu estava no hospital no estágio de Medicina Interna. Era um hospital de referência para o Estado, com muitos alunos, profissionais de saúde, leitos e estrutura. Estava sempre lotado e, diversas vezes, pacientes ficavam internados nas cadeiras. Eu, como estudante, deveria ir à urgência, ou na sala de internados aguardando leito, e ‘escolher’ um paciente para ir para o quarto. Nos nossos leitos, éramos nós quem escolhíamos quem iria para o quarto. Lá vou eu mais uma vez escolher o “sortudo” que passaria à noite no quarto e sairia daquela situação de desconforto. Havia uma combinação de que deveríamos levar para o quarto os pacientes estáveis, com mais probabilidade de viver. Esse julgamento era feito pelo prontuário, mas também pelo rosto do paciente. Odiava olhar para os pacientes porque todos sabiam o que iria fazer lá e me olhavam com cara de ‘me leve’ e eu não podia me sensibilizar. Bem, após análise do prontuário e da face, escolhi uma mulher. Tinha na minha cabeça ‘paciente perfeita, vai ficar uns dias e dou alta’.
> A paciente começou a ficar mais no hospital do que planejei. A cada dia conversávamos e fazíamos amizade. Ela me apresentou os filhos e conversávamos sobre os planos de alta e o que faria após sua saída do hospital. Eu tinha muita esperança e a cada dia achava que daria alta a Dona Maria. Meu preceptor achava

> que ela não estava estável e mais dias se passavam. Ela não tinha uma doença terminal e pensava ‘era apenas uma Insuficiência Cardíaca Congestiva e uma Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica descompensada’. Assim que compensar darei alta!
> Já nos falávamos com beijos e abraços e, a cada visita no leito, mais conversas. Após trinta dias internada, ela tinha pressa de ir para casa. Despedi-me dela, como fiz por trinta dias e disse ‘até amanhã’. Ao chegar ao hospital, para minha surpresa e decepção, Dona Maria tinha morrido e seu leito estava vazio. Fui procurá-la no banheiro e pensava: ‘onde ela foi?’. Perguntei aos colegas e eles me comunicaram a sua morte. Sem entender, fui conversar com o preceptor e ele me disse: ‘só você não via que ela estava mal’. Mas, se ele sabia disso, porque não me disse, não me preparou, não me alertou? Por que me deixou viver aquela ilusão? E o pior era que eu enchia ela de esperança. Fiquei frustrada pela morte, pela incapacidade de ver a morte chegando e, principalmente, por não ter sido alertada de que a morte estava por vir. [Cena 1 - Hera].

Conforme comentado por Hera durante a oficina, este é um relato verídico que aconteceu durante sua residência em Medicina de Família e Comunidade. Mostra, na prática, o dilema ético na profissão médica, que é muito forte nas urgências e emergências: qual paciente deve ser atendido primeiro? Quem deve ter um maior investimento? Quem salvar? Quem deve ser levado para a enfermaria? Normalmente nos hospitais, o paciente que é “escolhido” para ficar nos quartos das enfermarias, onde há melhores acomodações e maior investimento no diagnóstico e tratamento, são os mais graves ou os que estão internos há mais tempo. Mas, neste setor do hospital, a escolha era diferente, como descreve o comentário abaixo:

> A exigência era: ‘vamos levar pacientes mais estáveis, para que a gente possa cuidar deles lá em cima’. Mas só neste espaço do *3º. A* [onde estagiavam os residentes de medicina de família e comunidade] que os pacientes eram *escolhidos*, nos outros espaços do hospital, ia quem estivesse há mais tempo ou mais grave. Como não eram residentes da medicina interna, se dizia que era porque não tínhamos muita capacidade de lidar com urgência [...]. Por que a cara dos pacientes era algo muito penoso, tinha que andar com a cabeça baixa, porque todos te olhavam para serem escolhidos. Era tipo a *Lista de Schindler* assim. [comentário na oficina - Hera].

Esta escolha de pacientes menos graves era uma orientação pedagógica do estágio da residência que acontecia neste hospital, pois o foco do aprendizado era investigar e tratar pessoas com situações de saúde mais delicadas que exigissem o cuidado hospitalar e não pacientes muito instáveis que necessitassem de muitos procedimentos e intervenções. Mas, como vemos no comentário abaixo, isto representava também uma perda de oportunidade de encarar a morte mais de frente, através de espaços de debate e apoio dentro da residência médica para isto.

> Escolher os menos graves era também, de certa forma, se afastar um pouco da morte, né, para não ter que lidar o tempo todo em cima da morte. Era mais esperançoso. Nos outros leitos morriam muito mais pacientes, porque eram muito mais graves também, né? Era uma forma de proteger o paciente por a gente não ter tanta condição de cuidar dele. Então, era uma forma de ficar longe dessa morte. [comentário na oficina - Hera].

A maior gravidade e fragilidade dos pacientes no hospital, principalmente nas urgências e emergências, faz com que os profissionais de saúde não se envolvam com os pacientes, pois a possibilidade de sofrimento e perda é muito maior, se comparada com ao acompanhamento de pacientes em nível ambulatorial, como acontece na saúde da família. Como a maioria do ensino em saúde acontece no ambiente hospitalar, com professores especialistas que atuam em enfermarias, urgências e emergências, é preponderante o ensinamento de que o bom médico deve ter uma técnica apurada, mas desvestida de emoção para alcançar maior objetividade racional e não se fragilizar com as armadilhas da subjetividade.

Na Medicina de Família e Comunidade (MFC) - por ser uma especialidade médica que lida, preponderantemente, com pacientes ambulatoriais, que têm menor instabilidade e risco que os pacientes hospitalares - a objetividade técnica e o distanciamento emocional, em relação às pessoas de quem se cuida, estão menos presentes. O vínculo com os pacientes torna-se muito mais fácil, pois normalmente se atende, várias vezes e em diferentes fases da vida, uma mesma pessoa e, frequentemente, acompanha-se toda a família e a comunidade onde vivem. Apesar de todas essas potencialidades e possibilidades da MFC, grande parte dos médicos não consegue construir, na prática da APS, relações mais significativas com seus pacientes e a comunidade, pois o ensinamento biomédico da objetividade terapêutica e do distanciamento emocional é mais forte. Há, porém, alguns médicos de família exemplares que vivenciam cotidianamente belas histórias de envolvimento e cuidado com seus pacientes, inclusive no acompanhamento do final de vida destas pessoas.

A relação de confiança, narrada na vivência ilustrativa, entre Hera e Dona Maria, movida a encontros diários de diálogo e abertura, originou uma amizade pouco usual entre médicos e pacientes, rara no ambiente hospitalar. Com o passar dos dias, a médica se envolveu com os familiares de Dona Maria, teve acesso a seus planos e sonhos e passou a cultivar uma esperança na sua melhora, esforçando-se para isto. Sentir a vibração e o valor que a vida de cada uma passou a representar para a outra trazia uma dimensão muito mais profunda e potente para o agir técnico hospitalar.

> Viver a experiência de abertura e envolvimento profundo com o outro, com suas inusitadas diferenças, através da oportunidade de encontro propiciado pelos chamados de seu pedido de ajuda e conhecer a criação que advém do se deixar ser levado pelo que é provocado nesse vínculo afetivo, liberta o profissional de ser aprisionado a si mesmo. Abre-o para a possibilidade de novas formas de viver não submetidas à cultura do individualismo. (VASCONCELOS, 2013, p. 388).

> Esta conduta do professor, que não te alertou muito, até que ponto foi positiva ou negativa, pois você estava passando uma vitalidade para ela. Era uma coisa terapêutica também. Ele não tinha certeza que ela iria morrer também. Mas a sua ilusão era uma coisa fecunda para a paciente. Os jovens transmitem muito isto, né. [comentário na oficina - Hermes].

Ao ser questionada, durante a oficina, sobre como se sentira ao relembrar e ao escrever a história de Dona Maria, que vivenciara há anos de forma tão intensa, Hera relatou como se sentiu emocionada ao compartilhá-la com os demais colegas docentes. Provavelmente, durante a sua formação como médica e como residente, não tenha tido uma oportunidade semelhante de refletir momentos de encontro e desencontro com a morte, como este.

> Foi interessante. Mais interessante foi ler. Na hora que eu li, impactou. Eu não esqueço dela, principalmente por ela ter sumido, ela simplesmente desapareceu. Eu não vi ela morta. Estava conversando e no outro dia ela *pu*, morreu, já tinham levado. [comentário na oficina - Hera].

Hera se emocionou ao verbalizar, através da oficina, algo que foi silenciado pela a rotina do trabalho em saúde: o impacto de perder uma paciente, com quem se construiu toda uma relação de amizade e confiança, tem que ser "esquecido" para dar conta de acompanhar uma nova pessoa que já vem ocupar o leito da falecida. O aprendizado do morrer, que acontece de forma súbita e deixa um vazio, é doloroso para o estudante. Mas, se construído pedagogicamente numa relação de diálogo e apoio, transforma-se num novo modo de processamento subjetivo que terá grande repercussão em sua futura vida profissional e pessoal (VASCONCELOS, 2013). Não se fechar para este aprendizado é fundamental.

> Eu acho que a gente tem que trabalhar o estudante não para: ser neutro a isso, ser forte de ferro, blindado para isso. Não é blindar. Eu acho que saber lidar com isso é o seguinte: é respeitar o processo como ele é, valorizar ele, entender o tempo que as pessoas tem e o modo que as pessoas tem de lidar com isso. [Fragmento de entrevista - Hefesto].

B.2) **estar atento às emoções**

Os profissionais da área da saúde têm demonstrado ser uma população particularmente susceptível ao sofrimento psíquico e ao estresse, devidos ao trabalho. Rios (2007) aponta para a necessidade de se criarem dispositivos institucionais para o cuidado com profissional de saúde. Tal cuidado começaria pela criação de espaços de fala e escuta, como grupos de reflexão, para debater as vulnerabilidades pessoais e profissionais e as limitações da prática médica, ao mesmo tempo, acolher a sensibilidade como uma dimensão do humano que pode ser utilizada a serviço do saber-fazer médico. Espaços que também podem representar um

instrumento de prevenção para os riscos de sofrimento nos estudantes e profissionais da saúde. São estratégias herdeiras dos grupos Balint, tipo de grupo terapêutico criado nos anos 50 por Michael Balint, psicanalista inglês. O método Balint consiste em encontros regulares de discussão de um grupo de médicos que estão interessados em melhorar as relações interpessoais com os seus pacientes. Este grupo é normalmente coordenado por um psiquiatra, com instrução para esse efeito.

> Uma coisa que eu acho fundamental é ter espaço para as pessoas não discutirem apenas o sofrimento do outro que está morrendo, mas também o sofrimento do profissional que está acompanhando. Como o que a Rachel Naomi (7) fala: muita gente se fecha porque não aguenta lidar com estas dimensões emocionais, pois evoca vivências nossas. Então, tem que ter um espaço de acolhimento, de discussão e estudo destas problemáticas dos próprios estudantes e professores. Para eles terem condições de ouvir e conviver com isto sem criar barreiras. Para isto, tem que estar num processo de elaboração psicológica. Isto, talvez, é a parte mais difícil de ser feita. [Fragmento de entrevista – Hermes].

Acompanhar situações de adoecimento e morte remete os docentes e estudantes de medicina a vivências próprias, subjetivas e, até mesmo, inconscientes. O lidar com a morte e com a fragilidade da vida, ao nos colocar em contato com o mistério humano e com as dimensões mais profundas da existência, possibilita-nos delinear novos caminhos para uma vida mais autêntica. Para nos confrontarmos mais integralmente com este processo, devemos buscar o acompanhamento de um profissional capacitado, para nos guiar neste movimento de renovação psíquica e existencial (VASCONCELOS, Eduardo, 2006).

> Tanto Freud quanto Jung reconheceram que só podemos acompanhar a trajetória subjetiva e existencial de nossos clientes e amigos na medida em que já fomos capazes de explorar nossos próprios caminhos pessoais em níveis semelhantes de profundidade e desafio. Se não tivermos cumprido nossa própria trilha, reagiremos ao desafio que o outro nos traz com resistências, indiferença, e encaminhamentos frios e formais [...]. Se temos como guia a ética do cuidado e a compaixão, e se tivermos tido a coragem de explorar nossos próprios mistérios, seremos certamente capazes deste encontro e troca profunda com o outro. (VASCONCELOS, Eduardo, 2006, p. 304)

Visto a importância de se explorar as experiências emocionais e subjetivas de docentes e discentes, aprofundaremos esta papel almejado para o cuidado diante da morte através das

---

(7) Professora de medicina de família e comunidade americana, autora dos livros “Histórias que Curam” e “As Bênçãos do meu Avô”.

duas sub-divisões seguintes: B.2.1) estar atento às emoções dos docentes e B.2.2) estar atento às emoções dos discentes.

B.2.1) **estar atento às emoções dos docentes**

Ao longo das entrevistas e da oficina, os docentes eram questionados e remetidos a situações e acontecimentos pessoais marcantes do lidar com o sofrimento e a morte. Experiências de contato com os mistérios e dilemas da vida que, ao serem vivenciadas e refletidas com profundidade, ajudaram a construir o arcabouço de conhecimentos e de "ferramentas" dos docentes para o lidar com a morte.

> Porque, na verdade, eu tive experiências como estudante, residente, com a morte bem traumáticas com os pacientes. Na família também, a perda de avós, a perda de um tio, a perda do meu sogro, o meu amigo [...], o meu acidente de carro, a minha tuberculose também foi um contato muito forte com a morte, porque a lesão do raio-X era uma consolidação, então, pelo raio X parecia mais um adenocarcinoma de pulmão, um tumor de pulmão, aí, depois que a gente viu que era tuberculose. Então, teve esse contato com a morte assim. O próprio fato de ter filho pequeno, de fazer parto em casa, isso tudo tem um contato com a morte também, quer dizer, tem uma aceitação do que pode acontecer. E aí, são esses contatos com a morte [...]. Então, isso para mim foi construído, é uma ferramenta, é o meu bisturi. [Fragmento de entrevista - Apolo].

A construção de "cenas" na oficina foi um espaço privilegiado para os docentes revivem algumas destas histórias pessoais de contato com o sofrimento e a morte, pois possibilitou um recurso para expressarem mais livremente seus desejos, medos e expectativas. Três das oito cenas construídas já tinham sido relatadas, pelo menos em parte, durante as entrevistas dos docentes, mostrando a força subjetiva e a representatividade no lidar com a morte que estes acontecimentos tiveram para os docentes. Foi o que aconteceu com Dionísio que relembrou, através da escrita da "cena", uma experiência pessoal verídica: o diagnóstico de câncer de seu pai com prognóstico reservado, dado precipitadamente por um cirurgião.

> Meu pai foi a primeira pessoa que eu assisti morrer como médico. Eu fazendo a residência de medicina preventiva e ele teve um adoecimento muito rápido. [...] Ele arrumou esse cirurgião e me pediu para que eu fosse com ele na consulta. E quando ele chegou lá, ele olhou para o camarada e perguntou: "se tinha possibilidade de ser câncer e, se fosse câncer, quanto tempo de vida ele teria". Aí, o cara, na hora da consulta, teve a coragem de dizer que poderia ser câncer. Aí, tudo bem, porque meu pai estava exigindo dele uma postura realista da doença. Mas o camarada teve a pretensão de estipular prazo. Disse: 'eu lhe dou, pelo menos, um ano de vida'. [Fragmento de entrevista – Dionísio]

Na cena, descrita abaixo, o docente se projeta como um estudante de medicina no Internato de Saúde Coletiva, fazendo uma visita domiciliar para um senhor aparentemente

desconhecido, mas que, na verdade, representa o seu pai, que passou por situação semelhante a narrada.

> Ao entrar no quarto me deparo com aquele senhor, com feições de seriedade e preocupação, sentado em uma cadeira de balanço. Apresento-me com ajuda do ACS e digo que o meu propósito ali é de procurar entender o que está acontecendo com ele e ver a possibilidade de colaborar de alguma maneira.
> A princípio, ele fez alguns minutos de silêncio o que para mim foi bastante angustiante, pois não sabia o que fazer para sair do silêncio, mas subitamente ele me fala: 'não tenho mais tempo e tenho, nesse pouco tempo, muita coisa para fazer para deixar minha família com um mínimo de conforto e possibilidades para continuar com a vida'. Resolvi perguntar como ele tem essa certeza de ter pouco tempo de vida e ele responde: 'estive ontem com um cirurgião geral para mostrar meus exames e ele falou que eu precisava fazer uma cirurgia para resolver esse problema que tem me consumido e me deixado com essa cor na pele e essas dores'. Resolvi dizer: 'então, existe uma possibilidade de resolver a situação e o senhor melhorar'. Nesse momento, antes de concluir a minha frase, ele me interrompeu e disse: 'eu perguntei se eu poderia ter um câncer e, se fosse operado, quanto tempo de vida eu teria?'. Então, ele informa que o cirurgião disse que existia uma possibilidade grande, pelos exames apresentados, que fosse um câncer, mas que, com a cirurgia, ele poderia estimar mais um ano de vida.
> Fiquei muito sem saber o que dizer, ao mesmo tempo em que criticava mentalmente a atitude do médico em ter agido dessa maneira. Resolvi perguntar o que lhe afligia para enfrentar a situação. Ele explicou que ele tinha muitas dívidas, que precisava por em dia, e que a economia do comércio dele necessitava disso e que, caso ele se desse ao luxo e parasse de trabalhar nesse momento, ele deixaria sua família sem condições de prosseguir com o pequeno comércio no final de sua vida. Nesse instante ele me perguntou: 'e se fosse você, o que você faria?' Eu disse para ele que, diante do contexto que ele me falou e de tudo que podia acontecer a sua família caso o pequeno comércio pifasse, que eu tomaria a mesma atitude, mas que a decisão não era fácil e que cabia a ele tomar. Ele ficou em silêncio e cabisbaixo. Não sabia mais o que fazer e me despedi, perguntando se poderia relatar a nossa conversa com a equipe de saúde. Ele disse que sim. Dei um aperto de mão e saí. Não sei se fiz certo. [Fragmento de cena – Dionísio].

A construção desta cena foi importante para o docente novamente revisitar o processo de morte de seu pai e o difícil dilema vivenciado: querer ajudar no tratamento do pai, sendo médico, mas, ao mesmo tempo, tendo que aceitar a escolha do pai de não investir num tratamento, provavelmente, não curativo.

> Eu observava o sofrimento dele, queria intervir para continuar [o tratamento], e ele pegava de uma forma dura e dizia para mim: 'olhe, me deixe em paz, eu não quero ver essa coisa, não'. A ponto de, também, trazer um sentimento de raiva dentro de mim, porque eu queria poder colaborar, mas não me permitia colaborar. Eu meio que ficava: "poxa, eu querendo ajudar meu pai e ele não quer que eu o ajude". Aí, chegou um momento que ficou aquela situação: 'não, eu tenho que respeitar a vontade dele'. [Fragmento de entrevista – Dionísio].

A frustração de não ter tido a oportunidade de tentar salvar o próprio pai marcou a vida do docente, que poderia gerar um bloqueio de não se envolver com pacientes em situações semelhantes de sofrimento e de proximidade com a morte. Mas, pelo contrário, o docente cresceu com sua experiência - provavelmente através de muita elaboração pessoal e apoio psicológico - aprimorando sua maneira de cuidar das pessoas, como médico, e de ensinar o lidar como a morte, como professor.

Para alcançarmos uma assistência humanizada no processo de adoecer e morrer é necessário, não só ensinar papéis ou competências para o lidar com o sofrimento e a morte, mas, fundamentalmente, cuidar das dores e sentimentos dos cuidadores: dos atuais e futuros profissionais de saúde, assim como dos docentes e preceptores que os orientam.

B.2.2) **estar atento às emoções dos estudantes**

As dificuldades para enfrentar a dor de não salvar, de não saber dar a notícia ruim e de ficar ao lado do paciente à morte, são etapas naturais vivenciadas por todos os estudantes que, se não forem acolhidas em espaços pedagógicos de diálogo e de apoio, ficam silenciadas e contribuem para o isolamento e solidão dos futuros profissionais de saúde (SILVA, 2006). Dessa forma, o estudante passa a acreditar que sua dificuldade se trata de um problema único, que não pode ser compreendido e compartilhado, pois ninguém mais estaria passando por isso (MILLAN et al.,1999).

Apesar de expresso nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Brasil, 2001a, p. 2) de que o estudante deve estar apto a atuar no "acompanhamento do processo de morte", na prática dos cursos de graduação há pouco suporte de ensino-aprendizagem nessa direção. Aliado a isto, há uma falta de acolhimento e continência aos aspectos emocionais dos próprios estudantes, que ficam vulneráveis a desenvolver mecanismos de defesa e de distanciamento do outro e de si mesmos, podendo, na vida profissional, reproduzir essa mesma falta com seus pacientes.

> É importante abrir espaços de cuidados aos profissionais que tratam de pessoas no fim da vida. Permitir que cada um possa sair da negação, do silêncio, da ilusão de onipotência, para poder falar do que está vivendo e o que o comove. É fundamental que os profissionais percebam: que não estão sós nessa empreitada, que não precisam submergir na sua aflição; adquirir a distância sobre o que não podem resolver e se aproximar do que podem cuidar. (HENNEZEL, 2001, p.42).

O acolhimento e apoio dos docentes aos aspectos emocionais dos estudantes são fundamentais. Para isto, os professores têm que ter uma relação mais próxima e contínua com seus alunos, desenvolvendo a sensibilidade para perceber suas frustrações, silenciamentos e perplexidades. Isso aconteceu no relato abaixo no qual a docente, ao perceber a angústia de sua aluna ao acompanhar uma idosa de saúde frágil, procurou conhecer a história de vida da estudante e acolher seus sentimentos. Estar atento às emoções da discente permitiu apoiá-la e fortalecê-la na construção de um vínculo terapêutico, ensinando como o envolvimento

subjetivo com os pacientes, aliado ao aperfeiçoamento técnico, pode potencializar o ato de cuidar.

> Dona Francisca era uma senhorinha que estava sofrendo negligência, e aí veio os estudantes que passaram a acompanhar a família. Era uma senhorinha que estava numa situação muito ruim e, sempre que a gente ia, ela afundando. A gente com *n* problemas em relação à família, que não prestava um cuidado adequado. A gente estava muito sem saber o que fazer: se chamava o conselho tutelar, ou se internava a senhorinha. Junto com a equipe, foi construído todo um plano de cuidado, com ida de, pelo menos, duas vezes na semana, além da visita dos estudantes, para acompanhar e, de certa forma, forçar a família neste cuidado com a senhorinha. Era uma casal de estudantes: um estudante e uma estudante. E a estudante se vinculou muito à senhorinha, porque lembrou a avó dela que morreu com todos os cuidados da família. E ela ficou extremamente penalizada, na verdade, com aquela situação. A senhorinha era bem adoentada, ela não conseguia se comunicar, mas esta estudante conseguiu se comunicar com ela e era um momento de visita de muita... A fisionomia da senhora se transformava. E aí, o semestre foi interrompido cerca de uma semana... E a estudante disse: 'bixo, quando eu voltar Dona Francisca não vai estar mais viva, não!' E foi exatamente o que aconteceu: com a saída dos estudantes, ela faleceu. E, quando os estudantes voltaram, eu comuniquei para eles por e-mail que ela tinha falecido. Aí, a estudante se sentiu na obrigação de ir lá no velório... Foi um momento muito interessante de aprendizado que, aí, a gente foi discutir desde a dificuldade do sofrimento do profissional de se envolver com pacientes: se eu me envolvo a ponto de sofrer com pacientes, será que é melhor eu não me envolver? E aí, foi discutido a importância da estudante para a paz dessa senhora: o que significou aquele vínculo que a estudante dava, quando chegava; por que que ela se acalmava quando ela chegava? Quer dizer, o quanto que o vínculo é importante e terapêutico para alguém que *poxa, resta a vida!* O que vai ser a morte, a gente não sabe. [...]. E aí, ela notou o que estava claro: a vinculação da morte, de reviver a perda da avó, que para ela tinha sido penoso. Então, o quanto que é importante o profissional estar atento a suas emoções, entender o que estava acontecendo, que não precisa não se envolver com os pacientes [...]. [Fragmento de entrevista - Atena].

A relação de proximidade construída entre docente e estudante permitiu um aprofundamento raro na discussão em sala de aula sobre a influência da subjetividade no ato de cuidar. O vínculo desenvolvido entre a estudante e a idosa motivou a professora a também compartilhar uma experiência semelhante vivenciada no início de sua carreira como médica:

> Eu me lembrei da minha primeira paciente. Eu tinha acabado de entrar no PSF [...]. Eu a acompanhei por quase um ano e ela faleceu de repente, sem um diagnóstico comprovado. Provavelmente, foi um infarto ou foi decorrente de suas arritmias graves. E eu fui para o enterro e eu chorava tanto no enterro dessa mulher, que eu parecia alguém da família. E aí, eu parei e pensei: 'eu tenho que me reconstruir, se for assim com todo o paciente que eu perder, eu estou lascada'. Já tinha perdido pacientes antes, é claro, mas em outro contexto, não eram pacientes que eu acompanhava, né, como foi ela. [Fragmento de entrevista - Atena].

Nas discussões com os alunos sobre a potência terapêutica e humana que o vínculo pode trazer para a relação médico paciente, Atena mostra como este aprendizado fundamental tem caminhos longos e tortuosos. O mais sincero e eficiente método pedagógico que desenvolveu, foi também compartilhar com os alunos suas dificuldades e histórias pessoais diante da tristeza e fragilidade que a perda de pacientes próximos pode trazer. Pedagogia que

rompe com o distanciamento profissional entre professores e alunos, tão comum nas escolas e universidades.

> Eu acho que os professores, deveriam poder acessar, se misturando com estudantes no aspecto de poder mexer com os sentimentos, que a gente pudesse falar mais de si, que a gente pudesse se colocar, falar das nossas fragilidades também. Ouvir das fragilidades, para tirar um pouco essa responsabilidade que se trás em relação ao médico, ao estudante de medicina, a essa profissão, que são pessoas que não podem reconhecer dificuldades, que não podem reconhecer que não sabem lidar com determinadas situações. [Fragmento de cena – Dionísio].

Para que os docentes possam ajudar os estudantes de medicina no lidar com a morte de seus pacientes, assim como de seus parentes e amigos, é necessário também cuidar das dores desses futuros cuidadores. Tirar, do isolamento e silêncio, seus sentimentos, sejam de dor ou alegria, e dar lugar a expressão de suas emoções e palavras.

> Mas eu fico sempre preocupada com o aluno, assim: ele ficou triste, como é que eu trabalho essa tristeza? Porque senão eu o mobilizo para várias coisas e não dou conta. Então, como é que eu trabalho essa tristeza, essa frustração, essa angústia com o aluno? Porque eu vou ensinar ele a fazer isso, como aluno, mas eu vou mobilizar um monte de coisas nele. Às vezes, eles criam uma resistência e não queriam fazer uma visita, não queriam... Aí, tu vê que mobilizou um monte de coisa, e não estava conseguindo dar conta de trabalhar nele. Então, eu acrescentaria isso: de como não só a gente tem que orientar esse aluno para cuidar dessa morte para o paciente, mas como o professor, se ele realmente estiver disposto a lidar com a morte, expor os alunos à morte, mas também tem que dar conta de que ele vai precisar cuidar desse aluno. Porque ele vai mobilizar um monte de coisas: histórias de vida, sofrimentos, tal. E aí, se a gente não der conta disso, o estudante não vai abordar a morte, porque é sofrido, porque é doloroso, ele não quer. Ele vai entrar ali e já vai sair. Então, esse cuidar do aluno nesse processo de morte no ensino é tão importante quanto potencializar ele para cuidar da morte do outro... E como é que o professor faz isso, né? Porque senão encaminha a pessoa só para um psicólogo: 'acho que você tem que fazer terapia'. Então, tem que perguntar: 'o que é que tu sentiu? Por que tu sentiu isto? Já vivenciou a morte antes? Como é que foi essa morte?'. [Fragmento de entrevista – Hera].

Não há cuidado e processo de aprendizagem sem disponibilidade para escuta, para o compartilhar de palavras e emoções. Como nos fala Freire (2005) é preciso que o docente se abra a realidade de seus alunos. Realidade não só material, mas também subjetiva.

> [...] não há dúvida, que as condições materiais em que e sob que vivem os educandos lhes condicionam a compreensão do próprio mundo, sua capacidade de aprender, de responder aos desafios. Preciso, agora, saber ou abrir-me à realidade desses alunos com quem partilho a minha atividade pedagógica. Preciso tornar-me, se não absolutamente íntimo de sua forma de estar sendo, no mínimo, menos estranho e distante dela. (FREIRE, 2005, p. 137)

É imprescindível construirmos um processo de formação médica que permita o reencontro com a capacidade de envolvimento com o outro. A subjetividade, ou intersubjetividade, precisa de um canal de expressão para ser bem utilizada. Negar não elimina seus efeitos, pode torná-los iatrogênicos. As defesas implementadas para o afastamento do outro e dos próprios sofrimentos se

operam no corpo da linguagem, bem como a possibilidade de aprender a lidar com a proximidade da dor do outro. É no terreno da intersubjetividade, no poder falar algo com alguém, que acontecem os encontros ou desencontros da relação do médico com seu paciente à morte implicando, em práticas desumanas, por serem meramente técnicas, ou no aprendizado na direção da humanização do cuidado, quando for possível aprender a lidar com os conteúdos subjetivos e simbólicos da morte (NOGUEIRA DA SILVA; AYRES, 2010)

B.3) **comunicação qualificada** da equipe de saúde com o paciente e sua família;

Lidar com a morte envolve paciente, família e equipe de saúde, ou seja, qualquer decisão envolverá todos esses personagens. A qualidade da comunicação entre a equipe de saúde e o paciente junto à família, principalmente na proximidade da morte, pode determinar a tomada correta de decisões importantes para se criar um ambiente de maior tranquilidade e harmonia para o doente (ARAÚJO, 2011).

A preocupação com os familiares, o medo do desconhecido, do sofrimento e de estar sozinho no momento da morte são comuns e geram intenso sofrimento psíquico para o doente. Reflexões sobre o processo de revisão de vida também são frequentemente realizados e podem trazer angústias para o paciente que tem assuntos inacabados ou conflitos a serem resolvidos. Fazendo uso adequado da comunicação interpessoal na área de saúde - processo complexo que envolve a percepção, a compreensão e a transmissão de mensagens - frequentemente é possível decifrar informações essenciais e assim diminuir a ansiedade e aflição de quem está vivenciando a ameaça da terminalidade (ARAÚJO, 2012).

> O papel do médico é muito mais de conhecer se, para a pessoa, é um processo patológico, um processo de sofrimento, mas, às vezes, também pode ser um processo de ele aproveitar aquele momento da morte para refazer várias coisas na vida dele, refazer vínculo, de rever histórias, de às vezes fazer alguma coisa que nunca teve vontade. Então, **a morte também é um momento de vida** para aquela pessoa. **O médico tem que entrar para conhecer, escutar como é a morte dessa pessoa e acompanhar**. [Fragmento de entrevista – Hera, grifo nosso].

Na APS, a equipe de saúde, o paciente e a família criam um vínculo de confiança e, em conjunto, estabelecem um plano estratégico de assistência integral e contínua, onde o paciente é agente ativo no seu tratamento tanto nas dimensões físicas como emocionais. A submissão da pessoa doente é bem menor, se comparada com o cuidado hospitalar, já que a aplicação das condutas depende do próprio sujeito. É impossível fazer alguma intervenção de saúde efetiva, sem conquistar a participação e a compreensão das pessoas. A capacidade de

diálogo na APS é realmente essencial. O que implica em disposição (e habilidade) para escuta e em aceitação do *outro* e dos saberes do *outro* (CUNHA, 2005).

Contudo, para que o paciente e a família possam tomar suas próprias decisões é necessário, além de estarem bem informados acerca da doença e do tratamento, que os profissionais de saúde respeitem o espaço e as escolhas da família, sem preconceitos ou julgamentos.

> Dar as opções e deixar a família decidir. Isso é uma coisa que às vezes é muito sofrida para gente, porque a gente quer resolver tudo e **quer fazer tudo, mas às vezes a gente acaba invadindo**. Eu sempre trabalho isso com os estudantes e, na morte, eu acho que vale isso também: a gente como profissional da saúde tem que **cuidar, e não julgar**. Então, eu acho que, em algumas situações, é importante o acompanhamento com a família e **dar autonomia para a família compreender o processo, saber o que está se passando, participar** [...]. [Fragmento de entrevista – Hefesto, grifo nosso].

No estudo realizado por Silva (2006) sobre estudantes de medicina e a morte revelou que uma das grandes dificuldades dessa relação é a comunicação de más notícias com o paciente e sua família. Os discentes desejam ser capazes de comunicar a notícia ruim com transparência e continência em relação ao sofrimento do outro, enfrentando os sentimentos que a possibilidade de morrer provoca nos pacientes e neles, assim como desejam não se perderem em suas próprias emoções. Os estudantes reclamam da falta de uma relação de ensino-aprendizagem dessas questões para o exercício da prática médica e da existência de modelos de atuação. Consideram fundamental que seus professores e preceptores desempenhem este papel (Silva, 2006).

Vivência Ilustrativa de “comunicação qualificada”:

> [...] Uns estudantes do MHA4 que foram visitar um paciente acamado com problema no pulmão. Chamava a atenção, a falta de informação da equipe que na verdade era uma negação. Não era falta de informação, era negação mesmo. As pessoas ficavam tampando o sol com a peneira, tanto o paciente, como a equipe. Aí, os estudantes foram lá e voltaram desesperados, falando que o paciente estava mal e tal. No outro dia, eu fui lá com eles e, na leitura de prontuário, antes de ir na visita, eu já vi que ele estava em tratamento no Laureano [hospital oncológico], então, provavelmente era uma neoplasia. Aí, quando chegamos lá: o paciente caquético, em cima da cama deitado, consciente. Tanto ele como a esposa falando que ele tinha feito um tratamento para tuberculose, e que ia melhorar. Sempre com esse papo assim, repetindo... E os estudantes do quarto período [da graduação] ali, meio catatônicos, assim, meio desesperados. E toda a demanda da família e da equipe era mandar para o hospital, mandar para o hospital. E aí, eu comecei um processo de perguntar para o paciente, para mulher, o que é que eles queriam saber mesmo e se queriam saber a informação que estava no prontuário. Eles falaram que sim. Aí, tinha no prontuário, depois eu fui vendo, era um adenocarcinoma de pulmão, fase terminal já, inoperável, não tinha mais possibilidade de tratamento. E aí, eu fui falando isso, falando que era um tumor que estava num estágio muito avançado, não tinha cura, não era tuberculose. Aí, eu fiz uma abordagem também que é a questão de trazer para família a ideia da consciência da terminalidade: de que ele estava

> muito fraco e que ele precisava se preparar para o momento que estava chegando, que era o momento da morte. Eu perguntei se eles queriam ir para o hospital, e falaram que sim. E eu perguntei se eles queriam ir para o hospital mesmo sabendo que não ia ser feito nada lá com intenção de cura. Falaram que não. Aí, eu falei: 'mas o que é que vocês imaginam que vai fazer no hospital que vai melhorar a situação?'. 'Ah, tomar um soro'. É *foda*, né, tomar um soro!? 'Olhe, você sabe para que serve tomar soro?'. Aí, ele: 'ah não, para fortalecer'. Eu falei: 'não, soro é água com sal, isso dá para fazer em casa, dá para beber água em casa; se chamar o SAMU aqui e botar ele no SAMU ele pode até morrer na ambulância'. Isso tudo falando para o cara mesmo [...]. Aí, o legal que assim, não foi para o hospital, não quis mais ir para o hospital, o cara e a mulher. Aí, eu falei assim: 'olhe, você está muito fraco, a gente não sabe por quanto tempo você vai continuar conversando e tal'. Então, perguntei se havia algo que ele gostaria de fazer antes do fim, se gostaria de conversar com alguém... Ele disse: 'tem uma filha minha que mora em Pernambuco, que faz tempo que eu não falo com ela'. 'Vocês têm o telefone dela?'. 'Tem'. Aí, eu liguei, e a mulher dele quis falar com ela: 'ah, o doutor está aqui, quer falar com você' [...]. Aí, eu perguntei: 'posso falar com ela sobre o que está acontecendo?'. Aí, eu expliquei para ela a situação dele, e perguntei se ela poderia ir visitá-lo. Aí, pronto, as três coisas do projeto terapêutico do cara foram: não ir para o hospital; fazer hidratação oral em casa - porque também não estava com desidratação grave, estava com desidratação leve a moderada; e ligar para a filha - porque abordagem familiar, na verdade, é outra coisa fundamental na morte. [Fragmento de entrevista - Apolo].

A equipe de saúde da família, ao omitir a gravidade da doença e a proximidade da morte do paciente, mostra como os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com o processo de adoecimento e morte. A falta de comunicação sobre o diagnóstico de câncer com o paciente e sua família fez com que eles relevassem a importância de um adoecimento que se arrastava e progredia a cada dia. O docente, que passou a acompanhar o paciente junto com estudantes do quarto semestre do curso de medicina, teve que romper o silêncio, intermediando uma comunicação sincera, transparente e qualificada com a família. Apolo defende no trecho abaixo que falar da proximidade da morte é "abrir a porta para pensar sobre isto".

> O pior é não dar a notícia, não importa se vai **dar a notícia de qualquer jeito**. Não importa. É chegar e falar: '**quer saber o que você tem?**', 'quero', 'você tem isso...', ponto. É uma *merda*, não importa o jeito que você vai falar [...]. Mas o ridículo dessa situação é que ninguém fala as coisas, e falar a coisa é abrir a porta para pensar sobre isso. É muito louco isso [...]. É que, assim, você **não pode estar com raiva** e você tem que estar preocupado com o cara. Se você não está com raiva [...] você vai naturalmente fazer isso, **como se você tivesse falando com um amigo seu**. Morre um amigo seu, você vai falar com a mãe do cara, com o pai do cara. Como é que você vai falar? Você sabe como é que você vai falar, e **não é com as regrinhas** que tem aí: 'ah não, introduza...'. Não existe isso, porque **dependendo do cara**, você vai ter que *ir na lata* do cara. 'oh, aconteceu uma coisa: *Fulano* morreu'. Aí, vem toda crise, né? Tipo, dizer que pode ser a qualquer momento, tal. **Não ter medo de errar**, de falar que vai morrer e depois não morrer, porque você se permitir ser o cara do qual a família vai ter raiva também, isso é bem saudável, tipo: 'ah, o doutor falou que ia morrer, mas não morreu'. Que bom, né! [Fragmento de entrevista – Apolo, grifo nosso].

Apolo defende algumas questões preocupantes em relação à maneira de se dar notícias de diagnósticos da doença terminais ou de mal prognóstico, como de que isto poderia

acontecer “de qualquer jeito” e “sem regrinhas”. Apesar disso, Apolo aponta alguns princípios para não se manter o silêncio em relação a fornecer notícias difíceis aos pacientes e seus familiares, como: perguntar primeiro se o paciente gostaria de saber o que se passa com ele (“quer saber o que você tem?”), ter preocupação e respeito pela pessoa (“como se você tivesse falando com um amigo seu”); ter tranquilidade (“não está com raiva”); agir de acordo com a personalidade e as necessidades da pessoa (“dependendo do cara”), e evitar a omissão para o paciente e seus familiares quando há a possibilidade real de morte (“não ter medo de errar”).

Não adiar uma conversa aberta sobre um diagnóstico e prognóstico reservado com o paciente e sua família possibilita que eles tenham tempo para processarem o luto, as tristezas, os medos e os apoios mútuos frente à futura invalidez ou morte. É preciso seguir o interesse do paciente, sem impor a verdade. Os enfermos são ambivalentes: por um lado querem conhecer a verdade; por outro, desejam fugir dela. É perceptível que as exigências dos mesmos para o conhecimento variam muito. Para alguns pacientes, a conversa sincera permite a participação no planejamento de seu tempo restante até a morte, enquanto que, para outros, a notícia vem como um golpe esmagador, que fragiliza os recursos para se recuperar. É fundamental que o profissional seja um facilitador nesse processo de elaboração do seu paciente (LUCENA, 2011).

Já Atena e Dionísio defendem que para pacientes mais frágeis, que não estejam preparados e que a notícia de um diagnóstico reservado possa representar uma grande estagnação, haja a possibilidade de construir, junto com seus familiares, a opção de não compartilhar a verdade sobre o diagnóstico.

> Se ele quer saber se vai morrer, se ele tem condições de aceitar esta informação, ou se é melhor cuidar dele sem tocar no assunto, são três posturas todas que eu acho corretas, todas possíveis, dependendo do vínculo e da relação criada com a pessoa. E o como vai lidar com ele neste aspecto, diretamente relacionado com a morte, eu acho que não há uma forma certa de lidar. Você vai construindo na relação que você tem com a pessoa e o quanto você conhece desta pessoa, e o quanto que os familiares te dão de informação e possibilidade de atuar. [Fragmento de entrevista - Atena].

> Eu acho que, às vezes, não tem uma receita, uma cartilha de dizer: ‘ah, é importante que você chegue para o paciente, deixe ele bem ciente do que está acontecendo com ele e diga para ele o que é que ele tem’. Então, acho que alguns diagnósticos, dependendo do psicológico desse paciente, de como ele vai lidar, se ele vai reagir positivamente, vai ter forças para enfrentar o problema, e se ele achar que assim é melhor. E você poder cascaviar isso com os familiares para poder decidir se vai dar essa informação. E para outros mais frágeis, que possam até afundar, deprimir o sistema imunológico, ficar menos responsivo, aí, eu acho que... Eu não sei se, eticamente, é correto ou não, mas da parte do médico e do ponto de vista dessa medicina-arte, eu acho que seria o caso de você não ter necessidade de ter que trazer a verdade para o paciente. [Fragmento de entrevista - Dionísio].

C) estar junto até o fim (presença);

A presença junto do doente em fase terminal é muito rica emocionalmente e pedagogicamente para os profissionais de saúde e para os estudantes que vivenciam este cuidado. A dramaticidade deste momento pode ser bem expressa no quadro “The Doctor" de 1891 do pintor Samuel Luke Fildes, que retrata a morte de seu filho na noite de natal de 1877 e homenageia o médico que lhe assistiu até as últimas horas. No quadro, nota-se o médico atento, meditativo e presente, observando fixamente sua paciente a despeito da grave enfermidade. A importância terapêutica para o paciente do acompanhamento e da presença do médico é ressaltada por Kübler-Ross (1996) no trecho abaixo.

> Nossa presença pode até ser uma garantia de que vamos ficar por perto até o fim [...]. Isto pode lhe dar certeza, quando não puder mais falar, de que não foi abandonado, e um leve aperto de mão, um olhar, um recostar no travesseiro podem dizer mais do que muitas palavras proferidas” (Kübler-Ross, 1996, p. 126).

Kübler-Ross (1996) observou que os doentes na fase final da vida que foram ajudados alcançaram mais facilmente a aceitação para morrerem em paz. Nas suas entrevistas com pacientes terminais e seus familiares, verificou que a quem foi possibilitado exteriorizar os medos, a raiva e a ansiedade, apresentaram um percurso mais facilitado até à aceitação da morte.

Mesmo quando os problemas do moribundo chegam ao fim, alguns sentimentos de raiva, culpa e tristeza podem continuar ou até se intensificar na família, principalmente se não foram compartilhados com o moribundo antes de seu falecimento. Infelizmente, a tendência

da família e de nossa sociedade ainda é ocultar do paciente seus sentimentos, tentando manter "um sorriso nos lábios ou uma alegria falsa no rosto, passível de sumir mais cedo ou mais tarde" (Kübler-Ross, 1996, p.174). O médico que acompanha a família pode ajudá-la muito com uma escuta cuidadosa e atenta, aliviando-a de sentimentos negativos e desnecessários. Algo que deve ser ensinado e fazer parte da abordagem de qualquer médico.

Nos últimos dias, depois de tantos sentimentos fortes, o paciente começa a se desligar do mundo exterior e geralmente, após tomar providências (quando possível), ele busca a presença de entes queridos enquanto espera a morte. Para os familiares e para os médicos, quando eles alcançam esse estágio é possível concretizar o desejado "estar junto até o fim" e seguir a rotina depois, apesar da tristeza, da perda (SILVA, 2006). Nesse momento, ajuda muito o acompanhamento próximo de médicos e profissionais de saúde que reconheçam a proximidade da morte, aceitem-na e evitem intervenções desnecessárias.

> [...] para que, até no último minuto, ele esteja o máximo possível bem rodeado de pessoas que gosta, com possibilidade de poder estar construindo coisas que ele não construiu antes, pedir perdões, sorrir, fazer coisas que gosta. Isso pra mim é muito mais importante na fase final do que ficar criando um monte de intervenções pra poder tentar prolongar a vida a todo custo. [Fragmento de entrevista - Zeus]

Vivência Ilustrativa de "estar junto até o fim":

A "cena", descrita abaixo, foi construídas pela docente Hera e utilizaremos aqui como vivência ilustrativa para abordar a importância da presença do médico junto ao paciente em processo de adoecimento e morte. A cena é a reconstrução de uma história pessoal acontecida há alguns anos. Nela, Hera se coloca no lugar de um paciente que sente que vai morrer em breve, mas, pela relação de cuidado e confiança com sua médica, consegue planejar seus últimos desejos e vontades.

> Fui consultar com minha médica na UBS porque tenho hipertensão, diabetes, insuficiência cardíaca e enfisema pulmonar, e sentia que, mesmo me tratando, a morte estava por vir. Já não era mais o mesmo, muito fraco e não conseguia trabalhar como antes. A médica perguntou como eu estava e eu disse que estava morrendo. Ela me animou e disse: 'por que está falando isso? Você está tão forte!'. 'Eu me conheço, doutora; vou morrer'. Ela brincou falando: 'eu também'. Entrei logo no assunto e disse: 'quero ser cremado, quanto custa? A senhora pode ver isso para mim?'. Tinha umas reservas de dinheiro e pensei que alguém poderia ficar com esse dinheiro para fazer minha cremação. Tive muitos filhos pelo mundo todo porque fui marinheiro. Dizem que tenho uma filha de 50 anos em Porto Alegre, mas ela não quer ver minha cara. Eu não a conheço, mas dizem que ela já me viu [...]. 'Doutora, queria que a senhora fosse conhecer a minha casa porque vou deixar ela de herança para a senhora. É a única coisa que tenho!'. 'Seu Leopoldo, eu fico muito feliz e não sei o que lhe falar, mas o senhor tem família, tem uma irmã e tem uma filha. Já pensou que lindo ela saber que, ainda em vida, o senhor pensou nela e deixou esse presente. Procure ela. Se quiser, posso falar com ela'. 'Não sei! Vou pensar!' Eu queria mesmo é dar para minha médica, mas talvez ela tenha razão.

> Cada semana falava da morte, até que ela chegou, mas a minha médica amiga já não estava lá. Foi encantar outros corações. Ela não estava para apertar minha mão e não foi ao meu enterro, como havíamos combinado. Tudo bem! Ela foi à busca da felicidade! Ela foi encantar outros corações! [Cena 2 - Hera]

Hera acompanhou e apoiou, como médica, todo o percurso de preparação para a morte de seu paciente, mas gostaria de estar presente nos seus últimos momentos, para apertar sua mão e para despedir-se no velório. Sinaliza, portanto, o desejo de ter a competência de "ficar até o fim", acentua a importância desse papel, ao mesmo tempo em que revela sua dificuldade para realizá-lo. Então, na construção da cena, coloca-se no lugar de seu paciente e, elaborando os sentimentos vivenciados na forte relação médico-paciente, perdoa-se por não ter conseguido realizar o desfecho do cuidado como combinado. Esta possibilidade dialógica de se ver no outro e de se humanizar com ele permite ao médico algum tipo de ampliação da consciência, de aprendizado libertador e de cura da sua ilusão de onipotência e da culpa por não alcança-la (MARTINS, 2004).

Este convite de ampliar a consciência e de aprender com a alteridade também é expandido aos estudantes de medicina. Colocar-se no lugar do outro na plenitude de sua dignidade, de seus direitos e, sobretudo, de suas diferenças é um dos objetivos dos espaços pedagógicos no contexto da APS do currículo de medicina da UFPB.

> Um dos objetivos de aprendizagem é construir vínculo e responsabilização. Vínculo no sentido de construção da alteridade e responsabilização no sentido de que, mesmo que não seja eu o profissional responsável por resolver o problema, eu tenho possibilidades de construir redes sociais de apoio, então, isto vem direcionando para o que seja responsabilização. [Fragmento de entrevista - Atena]

Alteridade, vínculo e responsabilização na **presença** cotidiana foram atitudes que Hera desenvolveu na relação médico-paciente e que também ensinou aos estudantes que lhe acompanhavam no cuidado do paciente descrito anteriormente.

> [...] para a interna foi muito difícil, porque ele era um paciente muito agressivo. Ele sentia que estava morrendo, mas não deixava as pessoas chegarem para cuidar. E aí, quando eu coloquei a interna para atender ele, ela ficou braba. À primeira vez, ela ficou muito resistente porque ele só reclamava: 'está tudo errado, tudo errado'. Aí, a gente discutiu com ela: se tem um paciente que é assim... Ele tinha várias doenças crônicas, tinha infartado, tinha enfisema pulmonar, tinha várias complicações, uma depressão muito grande [...]. Aí, eu já conhecia ele, então, eu dizia a ela: 'ah, tu já conversou com ele? O que ele está fazendo aqui? O que ele tem procurado? Da outra vez, ele veio conversar comigo sobre crematório'. Aí, quando ela começou a entrar nisso, ela começou a se sensibilizar. Ver que, na verdade, era um homem que queria falar de morte, mas também estava muito angustiado. Por ser um homem muito forte, para ele não seria uma coisa tão tranquila. E aí, ela começou a conversar com ele sobre isso, como é que era, tal... E isso deixou ela muito mal, que uma vez ela até chorou. Porque ela achava muito triste aquilo: 'como é que a gente vai falar sobre morte? Que coisa fúnebre! A gente é formado para dar vida!' Não via muito sentido em conversar sobre a morte. Depois, ela foi entendo que, na verdade, o que estava dando sentido para ele naquele momento era poder pensar sobre essa morte. [Fragmento de entrevista - Hera]

Além de desconstruir o tabu do tema da morte na nossa sociedade e na formação médica, ajudando as pessoas que estão passando por esta etapa, pensar sobre a morte é refletir sobre a vida.

É preciso desconstruir o tabu do tema da morte na nossa sociedade e na formação médica. Pensar sobre a morte é refletir sobre a vida. Cuidar das pessoas que estão passando por esta etapa é levar em consideração seus projetos de vida e de felicidade. Estar junto das pessoas enfermas e em sofrimento, abrindo-se para o desconhecido do final da vida e para os mistérios e medos humanos, inaugura uma abordagem terapêutica mais integral. Como a que brotou da criatividade e da subjetividade da estudante que, na alteridade de se colocar no lugar de seu paciente, fez com que sua resistência e tristeza em abordar a morte, desse lugar ao vínculo e a alegria de celebrar a vida.

> Teve um dia até que a gente foi fazer visita sem saber que era bem o dia do aniversario dele [do paciente]. Ele ficou tão feliz que a gente foi lá. Aí, ela pegou uma velinha botou no pires e cantou parabéns para ele. [Fragmento de entrevista - Hera].

O cuidado em saúde permite “dar vida” mesmo ao “conversar sobre a morte”, este foi o difícil e sofrido aprendizado por que passou a estudante. Através do apoio e orientação de sua professora conseguiu se desprender de medos e convicções anteriores para se transformar, como uma lagarta que tem que entrar no casulo para virar borboleta. Torna-se um “curador ferido”, ao se questionar e se rever no casulo de suas próprias sombras e experiências de perdas, transformando em um profissional muito mais potente por não negar a força que envolvimento pessoal e subjetivo com seus pacientes traz para o cuidado em saúde (VASCONCELOS, Eduardo, 2006).

Para guiar esta transformação nos estudantes de medicina é necessário que os docentes também sejam “curadores feridos”, conscientes das emoções geradas na relação médico-paciente, inclusive da transferência e da contratransferência comuns neste processo. Denominamos “transferência”, as sensações, sentimentos e percepções emocionais do paciente dirigidas ao profissional de saúde, geradas na relação de cuidado; e “contratransferência”, as projeções que brotam no profissional, como resposta ao relacionamento terapêutico e às manifestações do paciente.

A transferência e contratransferência podem se manifestar de forma positiva, com sentimentos de afeto e admiração, ou negativa, com sentimentos de agressividade e resistência, dependendo dos laços inconscientes e emocionais que emergem da relação médico-paciente. Perceber estes sentimentos e saber agir com eles é sinal de grande

habilidade do profissional de saúde e de grande potência para o ato de cuidado, como visto, abaixo, na reflexão da docente sobre o significado do vínculo com seu paciente.

> Então, eu acho que tinha isso talvez, uma filha que ele nunca teve, um espaço para conversar, cuidar e tal, ir lá na casa dele, na intimidade, nas conversas. Ele contava várias histórias, de como ele participou de uma guerra (que eu não lembro qual foi). Ele já tinha mais de noventa anos e ele queria me contar, e eu gostava de ouvir as histórias, e talvez ele nunca tenha tido uma pessoa para querer ouvir essas histórias que ele contava com detalhes, da guerra, das coisas. E eu achava o máximo e deixava ele contar, contar... Então, parecia como se fosse um avô contando uma história para a neta mesmo e ficava conversando... Eu acho que tanto da minha parte, como da parte dele também. [Fragmento de entrevista - Hera].

D) valorizar a dimensão da espiritualidade

O contato com a morte é temível para maioria das pessoas e seu enfrentamento depende de fatores culturais, sociais, familiares, religiosos, entre outros. Considerada como elemento importante na superação do sofrimento existencial, a espiritualidade é uma experiência que transcende a realidade do ser humano. Fala-se aqui de espiritualidade, não no sentido de religiosidade, mas da experiência de contato com uma dimensão particular da existência que vai além das realidades consideradas normais na vida do indivíduo, que as transcende (VASCONCELOS, Eymard, 2006). Portanto, a espiritualidade pode ser compreendida como algo que dá sentido à vida e que é capaz de estimular sentimentos positivos relacionados à busca pelo sentido do viver em meio às limitações e à finitude da vida. Como afirmam Hennezel e Leloup (1999, p.18): "A espiritualidade faz parte de todo ser que se questiona diante do simples fato de sua existência. Diz respeito à sua relação com os valores que o transcendem, seja qual for o nome que lhes atribua".

> A questão da morte sempre desperta questões espirituais, quer dizer, uma transcendência. Mesmo que o cara seja ateu, existe um pensamento transcendente, quer dizer: será que eu vivo de acordo com a consciência de que eu vou morrer? Será que eu vivo de fato? Essa é uma pergunta da espiritualidade e saúde, que não tem nada a ver com teologia, com crenças religiosas, tem a ver com um pensamento da espiritualidade, ou seja, da transcendência. [Fragmento de entrevista - Apolo]

Vivência Ilustrativa de "considerar a dimensão da espiritualidade":

A cena abaixo, que utilizamos como vivência ilustrativa, é o relato de um acontecimento verídico vivenciado por Zeus na época em que era estudante do final do curso de medicina. Zeus estava em um estágio rural numa pequena cidade no sertão paraibano, acompanhando as atividades de uma equipe de saúde da família. Diante de uma situação tão complexa e de tantas vulnerabilidades do paciente, o estudante ficou estático, sem encontrar

alternativas ou pensamentos úteis entre todas as “certezas técnicas” que aprendera durante o curso de medicina. Tantos livros e aulas decoradas, mas nenhuma pista de como agir ou do que falar naquela situação. Os seis anos de curso de graduação não lhe prepararam para enfrentá-la.

> [...] Aquele dia foi diferente de todos. Dra. Paula me chamou para acompanhá-la em uma consulta de um paciente em estágio terminal de câncer.
> A memória do caminho quase que não existe diante do impacto da cena ao chegarmos à casa do paciente. O impacto é tanto que só consigo ver tudo em preto e branco. Era uma casa de apenas dois cômodos, um quarto mal iluminado por alguns raios de sol que teimavam em passar pelas frestas da porta e da janela e banheiro. Não media mais que 10 m². O paciente estava a dois passos da porta, deitado numa cama e coberto por alguns lençóis. Tinha aspecto envelhecido, emagrecido e um semblante de dor e horror.
> Dra. Paula chega e diz o seu nome. No esforço para sorrir, em resposta ao cumprimento de Dra. Paula, vejo o primeiro sinal de vida daquele lugar. Dra. Paula senta ao lado da cama, conversa, pergunta sobre dores, faz orientações à filha. Mas eu sigo estupefato, paralisado, tudo em câmera lenta, só percebendo os poucos movimentos da mímica facial daquele paciente.
> Estou aprisionado no meu próprio terror de não saber o que fazer ao ver os limites da profissão que escolhi. Eis que o semblante do paciente muda e junto todo o cenário. Ele parece que dorme o sono dos anjos, mas está acordado, tranquilo. Mudo o meu foco e vejo Dra. Paula segurando sua mão e orando. Como assim? O que isso significa?
> Sinto raiva de tudo que me ensinaram no curso até o momento, de tudo que me afastou do verdadeiro sentido de cuidar. Aquela cena destruiu o mundo das certezas técnicas que me aprisionara. Agora me sentia mais livre para ser cuidador.
> Apertei a mão do paciente em agradecimento e voltei em silêncio, caminhando com Dra. Paula até o posto. Dei, então, um forte abraço, como se fosse o meu muito obrigado por coisas que eu jamais poderia escrever. [Cena 1 - Zeus]

O modelo e o exemplo da médica através do toque, do afeto, da compaixão e da oração inauguraram no estudante uma nova maneira de ajudar as pessoas: a importância de uma abordagem clínica e técnica que não negue: a subjetividade, a intuição e a espiritualidade, tanto as do paciente como as do profissional que o assiste. Apesar de na “cena” descrita, a comunicação verbal com o paciente está intensamente prejudicada devido à gravidade de seu adoecimento, a médica apostando no que já conhecia do paciente que acompanhava ou até mesmo em sua própria intuição, inicia uma oração ao seu lado como uma forma de cuidado frente às limitações e possibilidades de que dispõe. A tranquilização do paciente e a mudança em seu semblante mostram que o ato de cuidado conseguiu agir a partir da conexão entre médica e paciente, através da subjetividade e da espiritualidade.

> [...] Aquilo ali marcou profundamente o meu jeito de lidar com o paciente terminal. [...] para poder cuidar da morte do outro, do paciente, esse fato, por si só, já foi suficiente para dar uma guinada no meu jeito de olhar para o paciente e de cuidar. [Fragmento de entrevista - Zeus]

A descoberta de uma doença grave altera radicalmente as relações afetivas, desejos e fantasias dos pacientes. Frente a situações de incertezas, dor e sofrimento, o ser humano é

capaz de encontrar novos aprendizados para a existência, seus relacionamentos são ressignificados e o contato significativo com as pessoas, seja com familiares ou com profissionais de saúde, passa a representar a essência de um cuidado que sustenta a fé e a esperança. Orar ou rezar, para muitas pessoas, é uma maneira de se expressar a espiritualidade e de ter forças para suportar as adversidades. Considerar a dimensão da espiritualidade no cuidado é também respeitar e não invadir o outro com uma prática ou religiosidade que não tenha significado para ele (ARAÚJO; SILVA, 2012).

> Usar a crença do paciente, no momento da morte, traz um alívio muito grande. Muito grande. A pessoa sai do desespero. É um instrumento: você conversa, você acalma a pessoa, ela vai se entregando; e ajuda. [Fragmento de entrevista - Atena]

Ante a percepção dos limites da medicina científica, centrada no conhecimento biológico, pensava-se em meados do século XX que, para responder a complexidade dos problemas de saúde e resgatar o "verdadeiro sentido de cuidar" nos profissionais de saúde – como aconteceu com Zeus - a solução seria a aproximação com conhecimentos das ciências humanas e sociais. Mas, as ciências, sejam elas biológicas, sociais, humanas, ou físicas, em seu modo de organizar os seus conhecimentos e olhar para a realidade, não são capazes de dar conta de compreender a totalidade do mistério da vida (VASCONCELOS, Eymard, 2006). Portanto, para trabalhar com pacientes terminais e ajudá-los nos enfrentamentos, é necessário ter a sensibilidade para se identificar com história de vida do outro, sem julgá-lo, para assim, envolver-se no seu cuidado integral: físico, psíquico, social e também espiritual.

> Os profissionais de saúde se veem cotidianamente confrontados com a vulnerabilidade humana e a dinâmica subjetiva complexa e intensa que a acompanha. É como se estivessem sentados na primeira fila do teatro da vida, uma oportunidade inigualável para adquirir maior compreensão da natureza humana. Mas o olhar adestrado, que lhes foi imposto pelo modelo biomédico, com sua visão dualista que separa as dimensões materiais das subjetivas, é um grande empecilho para que se envolvam com o drama humano de que cuidam. Para cuidar da pessoa inteira, é preciso estar presente como pessoa inteira. É preciso ter desenvolvido e integrado, em si, as dimensões racional, sensitiva, afetiva e intuitiva. (VASCONCELOS, Eymard, 2006, p. 67-68).

> Porque, muitas vezes, na medicina a gente é ensinado a deixar de lado os sentimentos e, aí, a espiritualidade nem entra como possibilidade, porque não faz parte da racionalidade científica positivista. Então, há uma negação total dos sentimentos. E eu acho que essas questões são importantes: poder trazer a espiritualidade para o contexto. Se o paciente tem alguma crença e ele concorda e está afim, poder orar junto com o paciente ou poder reunir a família, poder conversar todo mundo em roda, poder ajudar as pessoas a se despedirem, a falarem das coisas, o quanto gostam um do outro. Eu acho que isso é uma questão fundamental. [Fragmento de entrevista - Zeus].

Mas, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito focada na dimensão biológica, através do conhecimento científico especializado, que pouco dialoga com as

experiências de vida integral e de transcendência das pessoas e comunidades. Um exemplo disso, podemos ver no fragmento abaixo, onde Apolo narra a reação e a fala de estudantes de medicina após uma visita domiciliar para um paciente com câncer em que a principal terapêutica usada pelo professor não foi um medicamento ou exame, mas a escuta, o toque e a compaixão, guiados por sua intuição de cuidador.

> Nessa visita, quando a gente foi embora os meninos falaram: 'Ah, você parecia até um padre falando com o cara'. Aí, tu vê que não é a escola médica que vai mudar isso sozinha; é a cabeça dos caras [estudantes], é a representação social. O cara achar que abordar um paciente daquela forma parece um padre! É interessante. São sentimentos confusos que o estudante vivencia. E aí, eu tentei trazer o seguinte: 'não, tudo bem, pode até parecer um padre, mas vocês não podem esquecer que isso é papel do profissional de saúde. Isso é uma abordagem profissional, de saúde. Não é coisa de padre, não. Não tem nada a ver com a assistência religiosa, espiritual, sacerdotal... É saúde!'. [Fragmento de entrevista – Apolo].

Kübler-Ross (1996) destaca, em sua vasta experiência de acompanhamento de pacientes terminais, que a maioria destas pessoas, apesar das más previsões, conservava um sentimento de esperança que lhes davam força. Seus pacientes também demostravam maior confiança nos médicos que vislumbravam esta esperança. Assim, o estudo e aprofundamento da espiritualidade na formação médica pode representar a construção de práticas de cuidado mais potentes e significativas, abrindo-se inclusive para as crenças, os sonhos e a transcendência que podem haver na vida e mesmo na morte de nossos pacientes.

Aqui terminamos a análise das concepções que refletem os papéis ou competências que os docentes da pesquisa esperam que os futuros médicos desempenhem no cuidado de pacientes e famílias em situação de proximidade com a morte: tentar salvar, promover qualidade de morte, estar junto até o fim e considerar a dimensão da espiritualidade.

As quatro concepções identificadas para o lidar com a morte aproximam-se do que é defendido pelos cuidados paliativos. Cuidado paliativo é o exercício da arte do cuidar aliado ao conhecimento científico, em que a associação da ciência com a arte proporciona o alívio do sofrimento. Por ser parte fundamental da prática clínica, pode ocorrer de forma paralela as terapias destinadas à cura e ao prolongamento da vida. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida, devem receber a abordagem dos cuidados paliativos desde o seu diagnóstico (ANCP, 2009).

> Eu acho que o médico deve entender primeiro que o paciente a beira da morte é um paciente singular, e não um paciente que foge aos protocolos. [...]. Não é o paciente que 'não é para fazer nada', aquele que é abandonado pelas equipes, e muitas vezes pelos familiares também. E sim, um paciente que requer cuidados especiais [...]. Ele entra num protocolo que é o da terminalidade. [Fragmento de entrevista – Apolo].

Para Cicely Saunders (1991) - que desenvolveu o movimento Hospice, extremamente conectado à re-humanização do processo de morrer - o cuidado ao paciente próximo a morte deveria ser uma combinação de cuidados de excelência aliado a um apoio holístico, que reconhecesse suas necessidades, tanto práticas como emocionais, sociais e espirituais. A fala abaixo vai nesta direção:

> "Mas agora existe uma construção de que o 'morrer bem' não é morrer com todo o aparato tecnológico. Talvez seja com todo o aparato afetivo. Com aparato tecnológico também, mas há um momento que chega um limite, que tem que ter outro amparo que tu precisa... 'Bem morrer' que é dado pelo conforto, pelo afeto, próximo das pessoas que tu gosta, próximo das coisas que tu quer. [Fragmento de entrevista - Hera]

Portanto, cuidados paliativos e medicina paliativa requerem conhecimento técnico refinado, aliado a percepção do ser humano como agente de sua história de vida e determinante do seu próprio curso de adoecer e morrer. Deve-se valorizar tanto a história natural da doença, como as reações fisiológicas, emocionais e culturais diante do adoecer. E por essa questão que há necessidade de uma prática altamente individualizada (ANCP, 2009).

7. LIMITES E POTENCIALIDADES DA APS PARA O ENSINO DO CUIDADO DIANTE DA MORTE

Ao longo dos capítulos anteriores desta pesquisa, já tivemos uma aproximação com algumas potências e limitações dos espaços curriculares na APS para o ensino do lidar com a morte. Neste momento, sistematizaremos o que foi identificado nas entrevistas, de mais significativo, em relação a estas duas temáticas.

7.1. Limites da APS para o ensino do lidar com a morte

Os limites do ensino do lidar com a morte na APS estão muito relacionados às dificuldades de abertura para este tema na formação dos profissionais de saúde como um todo. De acordo com Apolo, existe uma disputa nos currículos dos cursos de graduação da

saúde entre o que é mais importante e “nesta disputa a morte sempre perde”. Aliado a isto, ele destaca um conjunto de ausências nestes espaços curriculares:

> Ausência de integração, ausência de uma longitudinalidade do acompanhamento das pessoas, a ausência de espaços de poder falar sobre a morte e a ausência de discussões teóricas, de tratar a morte como um fenômeno da saúde. [Fragmento de entrevista - Apolo]

Apolo, abaixo, destaca uma estratégia para fortalecer o ensino do lidar com a morte: investir em práticas curriculares baseadas na continuidade dos cuidados prestados às pessoas ao longo do tempo, mediante repetidos contatos ao logo de suas vidas, caracterizando o que se chama de longitudinalidade (GUSSO; LOPES, 2012).

> Eu acho que assim, sintetizando, a grande fragilidade dos currículos, inclusive o da UFPB, é a **fragmentação**. O aluno vê o paciente durante alguns meses, depois não vê nunca mais ou, às vezes, até vê durante semanas. À medida que você **cria espaços longitudinais**, à medida que o aluno consiga acompanhar mais tempo essas pessoas, ele vai entrar em contato com fenômenos da vida, entre os quais a morte. [Fragmento de entrevista – Apolo, grifo nosso].

A APS é um espaço privilegiado para desenvolver a longitudinalidade no currículo, possibilitando a construção de um conhecimento mais ampliado e aprofundado junto com as pessoas que necessitam de cuidados (TRINDADE; ALMEIDA, 2012).

> A Atenção Primária ela oportuniza a vivência: você ver de perto, você sentir de perto, você se tocar, você mexer. Mas esse tocado e mexido precisa ser refletido, e aí, eu acho que o nosso currículo tem esse potencial. Eu acho que pode ser até melhorado: muitas vezes a gente tem um *hall* de teorias que a gente quer dar conta [...] e às vezes, a gente deixa de fazer **espaços de discussão e reflexão sobre o que o estudante viveu**. [Fragmento de entrevista – Hefesto, grifo nosso].

Como afirma Hefesto, necessita-se de um maior aprofundamento e reflexão das vivências dos estudantes nos módulos desenvolvidos na APS. Mas, às vezes, isto é prejudicado pela preocupação dos docentes em dar conta de diversas teorias e conteúdos programados, que nem sempre obedecem a necessidade dos estudantes a partir dos dilemas surgidos na prática. Esta seria uma importante questão pedagógica a ser debatida para o aprimoramento do currículo médico. Mas, como vemos abaixo, há uma falta de integração na graduação de medicina, até mesmo entre os professores da área da Saúde Coletiva, que normalmente ensinam no cenário da APS.

> Para melhorar esse ensino do lidar com a morte, a gente devia ter uma **integração** muito grande entre as várias experiências de inserção estudantil na graduação. Primeiramente na Saúde Coletiva, depois nas outras. Nem na Saúde Coletiva a gente consegue se reunir. É uma outra lacuna que a gente tem [...]. E eu acho que valia a pena a gente se misturar mais [...]. E o ideal era se a gente conseguisse trazer a anatomia, bioquímica, para estar junto nesse **processo de construção**. [Fragmento de entrevista – Hefesto, grifo nosso].

Uma reformulação mais significativa do currículo poderia ser alcançada pela integração em espaços de estudo, planejamento e troca de experiências, não só entre os docentes, mas incluindo os discentes, os técnicos e os diversos movimentos universitários e sociais relacionados à formação médica. Uma reforma curricular não focada em pequenas mudanças de forma e conteúdo nos módulos e disciplinas, como normalmente ocorre nos cursos de graduação na saúde.

> Para a gente pensar nessa perspectiva de lidar com a morte, a gente tem que fazer uma perspectiva também de **pensar pedagogicamente, metodologicamente a formação médica** e estar apostando numa mudança que seja para além da forma, além do conteúdo e que possa ser também, acho que mais importante, num olhar pedagógico. [Fragmento de entrevista – Dionísio, grifo nosso]

Esta mudança pedagógica, através de metodologias de ensino mais ativas que valorizem a participação e a criatividade estudantil, representaria uma potência para o ensino do lidar com a morte. Mas, como vemos no relato seguinte, há uma grande dificuldade dos docentes de renovarem suas práticas para uma construção do conhecimento de forma mais compartilhada através do diálogo com os diversos saberes.

> E eu acho que é exatamente por uma limitação nossa, dos docentes, de não querer reconhecer que nós não temos muita capacidade de fazer um ensino **problematizador**. Muito embora essa seja uma perspectiva que apaixona, que é romântica, que a gente vai se agarrar com alguns ícones, tipo: Paulo Freire, como Rubem Alves, 'tal'. Mas na prática quando a gente está no contexto de sala de aula, aí, gente não consegue, de certa forma, dar conta disso. E aí, a gente começa a reproduzir as mesmas questões daquilo que a gente fazia crítica, da **educação bancária**, e aí, a gente quando vê, está envolvido, está fagocitado na educação bancária. [Fragmento de entrevista – Dionísio, grifo nosso].

Como Hermes nos aponta abaixo, uma chave para a construção compartilhada do conhecimento com os demais profissionais de saúde é o trabalho em equipe e, com a população é o compromisso, fruto do vínculo que se cria a partir da abertura para um diálogo verdadeiro. Mas esta proposta de democratizar o conhecimento e, consequentemente, o poder na saúde e na vida das pessoas, intentando pela construção de uma sociedade mais justa através de ações e políticas para os que mais precisam, incomoda, gera oposição e raiva.

> O vínculo e o compromisso é a principal chave, o trabalho em equipe. Agora como fazer isto num curso de graduação onde muitos **têm raiva deste acompanhamento, tem raiva de pobre, tem nojo, não quer fazer trabalho em equipe?** [Fragmento de entrevista – Hermes, grifo nosso].

Estas oposições e raivas facilmente atingem os professores da Saúde Coletiva e da Saúde da Família, que geralmente são os que promovem a reflexão sobre o papel social dos profissionais de saúde no currículo médico. Segundo Zeus, outros docentes e muitos estudantes criam um preconceito direcionado aos professores dessas áreas e a seus

ensinamentos, não aproveitando as contribuições que a APS poderia trazer para a abordagem do viver e do morrer.

> Acho que a maior limitação é a dificuldade de, muitas vezes, fazer Medicina de Família e você trazer uma outra abordagem da morte. Muitas vezes já cria-se um **estigma**: ali está o pessoal da Saúde Coletiva, sempre com essas coisas mais místicas, holísticas... Eu acho que essa é a dificuldade, a limitação dos alunos de uma **preconcepção** do jeito que a gente vai agir e de poder **não se sensibilizar** com aquilo. [Fragmento de entrevista – Zeus, grifo nosso].

Como aponta Apolo abaixo, a abordagem mais integral do moribundo contraria a formação especializada e tecnicista do curso de medicina. Para fazer estes ensinamentos, os docentes, da área de medicina de família e de saúde comunitária, têm que contestar a postura hegemônica médica, inclusive de seus colegas professores de outras áreas.

> Como o estudante de medicina e o médico lidam com a morte na perspectiva da falha terapêutica, ou seja, o paciente que vai morrer é sempre uma **falha terapêutica**. O especialista em medicina de família, como naturalmente ele já é considerado um cara mais frágil do ponto de vista técnico... Eu sempre tenho que lidar com o sentimento (que não é meu) de frustração em relação à morte. Mas é o **medo que ser considerado negligente**, entende? E eu acho que não sou só eu, todo profissional sente isso. E é por isso que a gente nega a morte ou se afasta do cara que vai morrer, porque ele é sujo no sentido de que ele pode **sujar a minha reputação**. Ele é um lixo, ele é 'O' lixo, não é? Ninguém quer mexer com o lixo. A nossa sociedade lida muito mal com seus próprios dejetos. O cara que trabalha com esgoto, com lixo, e o médico de família que lida com isso: com o **moribundo, que é considerado lixo**, é considerado menor. Então, eu como médico de família, eu tenho que lidar com a minha própria vaidade, o meu medo de parecer um mau médico ao passar, ao relevar essas imperfeições do cuidado técnico do paciente. [Fragmento de entrevista – Apolo, grifo nosso].

Então, para Apolo, ao revelar as imperfeições do cuidado médico tecnicista e propor uma outra abordagem para o moribundo corre-se o risco de ser considerado negligente numa classe profissional que evita encarar de frente o fim da vida e cuidar das pessoas que vivenciam este processo. Ao se questionar a onipotência da ciência médica, cria-se desconfianças, desagrados e preconceitos com muitos médicos e estudantes de medicina, dificultando-se a construção de novos saberes e práticas diante do morrer.

Como afirma Hermes, é preciso preparação para enfrentar as oposições e raivas direcionadas para experiências curriculares na APS que valorizem o diálogo, o vínculo, o trabalho em equipe e a relação com os movimentos comunitários. Investir na organização de processos de aprendizado para controlar as irresponsabilidades e ao mesmo tempo estimular o envolvimento dos estudantes.

> A gente tem que respeitar o limite do estudante, o vínculo, mas às vezes são limites de **irresponsabilidade** também. E a gente não tem uma estrutura de controle disto [...]. Uma construção de um aparato pedagógico institucionalizado, **modelos de organização de processos de aprendizado**. E como fazer isto [...] não tanto por

> notas, obrigações, mas por **motivação?** [Fragmento de entrevista – Hermes, grifo nosso].

Para se construir processos educativos com metodologias ativas que envolvam os estudantes com afinco e interesse é preciso rever práticas de ensino tradicionais focadas na transmissão de conteúdos pré-determinados e em avaliações teóricas que estimulam a memorização de grandes quantidades de conteúdos. Apesar deste esforço de mudança nos módulos curriculares da saúde comunitária, a grande maioria dos demais módulos do curso de graduação de medicina da UFPB continua a desenvolver uma educação bancária que sufoca os estudantes com provas teóricas (SIMON, 2012). Hefesto afirma, no fragmento abaixo, que esta ênfase do currículo na memorização de curto prazo pelas provas teóricas atrapalha o ensino, porque afasta os estudantes do envolvimento nas práticas em APS e desestimula os professores a investir em processos mais contínuos de desenvolvimento das competências médicas, como a do lidar com a morte.

> Porque quando a gente podia ganhar os estudantes a partir das primeiras perplexidades, aí, eles têm que estudar para prova. Aí, eles deixam de refletir o que eles estão vivendo, porque eles têm que **estudar para a prova**. Eles ficam com **pouca paciência**, às vezes, para escutar o paciente, e para viver as vivências, porque eles estão preocupados com a nota que vão tirar na prova. Isso é uma coisa que atrapalha muito a gente ensinar a lidar com a morte no curso. Porque tem uma hora que 'brocha'. [Fragmento de entrevista – Hefesto, grifo nosso].

Apesar de existir um consenso internacional sobre a importância da APS para a estruturação de sistemas nacionais de saúde com qualidade, a formação em saúde no Brasil ainda é preponderantemente focada no nível hospitalar, o que acontece também nas pós-graduações. Como ressalta Zeus, a insuficiência de recursos humanos com formação específica e de qualidade para atuar na APS é outro fator que atrapalha o ensino no cenário da APS.

> Outra limitação é a **desqualificação dos profissionais** que estão na APS. Porque muitas vezes dentro da APS está acontecendo uma cópia mal feita realmente do que acontece no hospital. Então, uma **APS de baixa qualidade** é uma grande limitação. [Fragmento de entrevista – Zeus, grifo nosso]

Na maioria dos municípios do país há ainda um baixo investimento em na expansão e consolidação da APS. Isto se reflete, muitas vezes, em baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família, unidades de saúde com precária estrutura física e de materiais, e equipes de saúde responsáveis pelo cuidado de um quantitativo de pessoas bem superior ao limite máximo que uma USF deveria dar conta (BRASIL, 2011).

> Eu acho assim, que a APS tem uma **demanda muito alta**, com o número de famílias muito grande, você tem que ser rápido [...]. Então, eu acho que a APS está muito dominada por uma **ideologia de barateamento**: de mostrar uma aparência racional

> e perfeita para algo que é barato para o sistema. [Fragmento de entrevista – Hermes, grifo nosso].

A sobrecarga e o baixo investimento na APS se traduzem em fragilidades importantes nestes serviços de saúde, dificultando uma abordagem mais integral, compartilhada e focada com os projetos de felicidade das pessoas. E, como alerta Hermes nos relatos abaixo, as práticas pedagógicas de ensino na APS, se estiverem muito centradas na dinâmica destes serviços sem inovar em ações nas casas das pessoas, no território da comunidade e no diálogo com lideranças e movimentos populares, tornar-se-ão muito limitadas.

> A formação da atenção primária está capturada dentro do **modelo possível da APS de massa**. A docência é muito mais que as condições do serviço. Eu acho que tem que ter uma integração, mas não uma submissão, uma captura. A formação tem necessidades muito próprias, e os ideólogos da 'APS tal como ela é', subordinam totalmente o ensino à realidade do serviço. Eu acho que o **ensino não pode estar subordinado**, pois o serviço é muito limitado. É preciso se inserir, mas criar coisas com uma **autonomia**, com um cuidado maior, com um tempo maior. [Fragmento de entrevista – Hermes, grifo nosso].

Hermes defende que a criação de uma relação de vínculo entre a população e os estudantes é algo fundamental para um aprendizado mais significativo e transformador na APS: "o profissional tem que ter vivido este vínculo, este mergulho na vida" antes de se submeter à rotina dos serviços de saúde.

> [...]. O posto não é um bom lugar para aprender a criar vínculo. Depois que você tem uma habilidade, você pode estar dentro do posto, aí você sabe lidar... Mas é a casa, é a comunidade que é o melhor lugar para ter esse aprendizado. Mas as experiências de maior parte das universidades de inserção [do estudante na APS] estão muito **focadas dentro dos serviços**. Acho que isto é uma coisa que está atrapalhando muito. [Fragmento de entrevista – Hermes, grifo nosso].

Um processo pedagógico bem planejado na saúde comunitária, que estimule os estudantes ao convívio e ao diálogo com realidades sociais e culturais distintas, possibilita o surgimento do vínculo com pessoas da comunidade e até mesmo um encantamento com suas histórias de vida, anseios e lutas (VASCONCELOS, 2013). Mas a seguir, Hermes nos chama a atenção para a incapacidade das práticas educativas centradas nos serviços de saúde de se gerar este encantamento.

> Eu acho que o estudante está **desencantando** antes do tempo, ele nem consegue encantar. Estes serviços não encantam quase ninguém. Depois que você se **encanta com a relação com a vida**, aí, você pode **se adaptar ao limite do real, do institucional** [...] Para os estudantes que estão começando a chegar no atendimento agora, é preciso ter um espaço diferenciado para eles se encantarem, conhecer. É um **processo num outro ritmo**. É engraçado, antes eu via mais gente encantada com atenção primária que agora que todo mundo está indo para a APS [...] porque justamente a APS ficou **dominada pelo discurso do real possível**. [Fragmento de entrevista – Hermes, grifo nosso].

Apesar do grande avanço da inserção do ensino médico na saúde comunitária, ainda há um predomínio de práticas de ensino tecnificadas e fragmentadas na APS, o que representa um grande limite para o ensino neste cenário. Esta limitação é agravada pela fragilidade na implantação e na qualificação dos serviços de saúde da família em muitos municípios brasileiros e pelo afastamento de muitos profissionais de saúde em relação às lutas e demandas mais gerais da população. Como afirma Hermes: "este avanço poderia ter sido bem maior".

> Esta é uma certa tristeza que eu vejo: a gente lutou tanto para este processo de ensino na saúde comunitária... E eu sinto que dentro da atenção primaria hoje, ela está muito **tecnificada, centrada no serviço**, inclusive, professores bem progressistas com um discurso muito bom, mas a APS está muito **presa numa institucionalidade..**. Você poderia ter uma institucionalidade com uma prática mais ligada com os movimentos, com as casas, com a cultura, mas a APS... Eu vivia nos anos 70, era muito mais forte esta coisa na comunidade, nos movimentos... [Fragmento de entrevista – Hermes, grifo nosso].

Na formação médica hegemônica, os estudantes são expostos na maior parte do tempo a profissionais e professores que reforçam o método clínico tradicional, centrado na doença e nos serviços saúde. Isto, como nos apontou Hermes, pode ser um desafio a ser superado inclusive nas práticas pedagógicas na APS. O trecho abaixo nos fala da necessidade de um grande engajamento dos professores que atuam na saúde comunitária para se constituírem como modelos profissionais de uma outra perspectiva clínica, mais centrada nas pessoas e nas comunidades.

> Dentro da atenção primária uma coisa que é importante é a questão da **presença do professor** [...]. A gente às vezes, vai precisar se desacomodar do lugar tranquilo dentro da unidade de saúde: 'ah, chego lá na Unidade de Saúde, boto os alunos dentro de uma sala e, aí, alguns vão atender...' [...]. Então, eu acho que os professores, a gente tem que poder **estar disposto para com o processo**, para poder ir na casa dos pacientes, fazer as visitas, poder cuidar desses pacientes em fase terminal, como **modelo para os alunos**. Então eu acho que isso vai ser fundamental para trazer uma outra perspectiva... [Fragmento de entrevista – Zeus, grifos nossos]

Em seguida, comentaremos, a partir das entrevistas e da oficina, as contribuições mais significativas que o cenário da APS pode trazer para o ensino do lidar com a morte.

7.2. Potencialidades da APS para o ensino do lidar com a morte

Muitas das potencialidades da APS para o ensino do lidar com a morte são decorrentes dos benefícios que este cenário traz, de forma geral, para a formação dos profissionais de saúde. Neste sentido, a APS pode contribuir no desenvolvimento de uma prática do lidar com

a morte de forma integrada, contextualizada e centrada nas pessoas e comunidades, respeitando os diferentes saberes na construção compartilhada do conhecimento através da interdisciplinaridade e da intersetorialidade (DEMARZO, 2012).

Como nos aponta Hefesto abaixo, uma potência da APS é aproximar o estudante, o professor de medicina e os profissionais de saúde das dinâmicas de adoecimentos e lutas da população.

> Eu acho que a Atenção Primária por permitir que o profissional de saúde e o profissional em formação **interajam com a realidade** mesmo, e essa realidade com suas contradições, mas também com seus contextos, com suas peculiaridades. Isso abre um leque de possibilidades para que o estudante possa **começar a fazer exercícios no lidar com a morte**. Não exercícios no sentido tradicional, mas no sentido de que ele vive experiências ricas, onde lide com isso, e ele tenha liberdade de errar e acertar [...]. Eu acho que quando a gente está **mergulhado na realidade do outro**, como é o caso da Atenção Primária, eu acho que **sensibiliza mais** a gente, fica mais forte, a 'porrada fica mais forte', do que quando você está num hospital que tradicionalmente é um espaço do próprio profissional e não do paciente. [Fragmento de entrevista – Hefesto, grifo nosso].

Conviver com a realidade concreta das pessoas e das comunidades traz para a formação médica uma profundidade e complexidade que não é fácil de vivenciar na rotina dos serviços de saúde, que na maioria das vezes são centrados nos profissionais de saúde e nas doenças tratadas em cada local e não nas pessoas que procuram o cuidado. Abaixo Hera nos fala como isto é mais forte nos hospitais onde se determina praticamente toda a dinâmica diária dos pacientes, tentando controlar inclusive como eles irão morrer.

> Então, você vai conseguir trabalhar a morte num espaço que é de fato da pessoa. Não é uma morte camuflada, como no hospital, que ele veste uma roupa que não é dele, ele come uma comida que não é dele, ele está do lado das pessoas que não é dele. Então, na atenção primaria, tu consegue **vivenciar a morte com toda a significância do paciente**. [Fragmento de entrevista – Hera].

Portanto, na APS é frágil o pressuposto, que a maior parte dos profissionais de saúde traz da sua formação e que acaba reproduzindo nas práticas, tanto hospitalares quanto na APS, de que a centralidade do trabalho está nos procedimentos, exames e medicações adequados a cada enfermidade. Ao se aproximar o fazer e o ensinar saúde para perto da vida das pessoas e comunidades, permite-se enxergar com mais facilidade que o cuidado em saúde não se restringe a abordagem da doença. A APS pode ajudar, se o profissional estiver aberto para este aprendizado, a não desconsiderar o sujeito e o seu contexto nas ações de saúde, principalmente, como nos aponta Hefesto, quando se cuida de uma pessoa em processo de morte.

> Mas a Atenção Primária, por vocação, ela permite [...] um **lidar mais respeitoso** com a morte. Respeitoso porque a gente compreende um pouco como a morte se deu: que não é só o corpo biológico parar; é uma série de contextos sociais,

> culturais, econômicos, estruturais, familiares, que influenciaram e chegaram naquele momento ali. Quando você está na Atenção Primária, você vê isso melhor, e também é **um olhar mais consciente que a Atenção Primária trás**. [Fragmento de entrevista – Hefesto, grifo nosso].

As experiências curriculares da UFPB de inserção do estudante de medicina na APS têm encontrado formas de integrar o estudo da biomedicina (“corpo biológico”) com o estudo da condição humana (“contextos sociais, culturais, econômicos, estruturais, familiares”). Como vimos no capítulo anterior, os MHAs desenvolvidos no cenário da APS e o Internato de Saúde Coletiva têm apresentando respostas práticas de cuidado às pessoas que vivenciam a experiência da doença, do sofrimento e da morte. Um caminho para isto, como nos aponta Zeus, é investir em espaços curriculares, como esses, onde os princípios da APS possam ser desenvolvidos.

> Os **princípios de atenção primária,** acontecendo dentro do currículo [...] levam, de alguma forma, a um jeito melhor de lidar com a morte. [Fragmento de entrevista – Zeus, grifo nosso].

De acordo com Starfield (2002), os princípios ou atributos essenciais da APS são: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção. O primeiro contato consiste na acessibilidade do usuário e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado para suas necessidades de saúde, indicando a porta de entrada ao sistema de saúde. A longitudinalidade pressupõe o acompanhamento do indivíduo e de sua família ao longo do tempo, construindo uma relação de vínculo e de confiança entre o usuário/família e a equipe/serviço de saúde. A integralidade garante uma atenção à saúde global com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, trabalhando com a totalidade da rede de saúde quando algumas ações não possam ser oferecidas pela APS. E a coordenação da atenção representa a capacidade do serviço de integrar todo cuidado que o paciente recebe, garantindo o seguimento constante da equipe de saúde através da coordenação do fluxo e contra-fluxo entre os diversos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Além dos atributos essenciais, a presença das outras três características seguintes, chamadas atributos derivados, qualificam as ações dos serviços de APS e podem potencializar a abordagem das condições humanas na formação em saúde. Orientação familiar: entendimento de que o contexto familiar pode gerar adoecimentos, mas fundamentalmente tem um grande potencial de cuidado. Orientação comunitária: reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade e sua relação com ela no planejamento, execução e a avaliação conjunta dos serviços de saúde. Competência cultural: conhecimento das características culturais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma. (STARFIELD, 2002).

> É diferente eu estar no hospital e eu nunca ver o paciente e, aí, o paciente chega com uma neoplasia: eu não quero saber muito da história da família, ou se ele tem algum sonho ainda para realizar. Eu vou imediatamente lidar com aquela neoplasia. Mas vamos supor que se tenha a **longitudinalidade** como direção no currículo (como a gente de alguma forma tem): eu visito lá o Seu João desde o primeiro período [do curso de medicina]... Ele me conta dos sonhos... E vamos supor que, um ano e meio depois, ele aparece com uma neoplasia. Aí, já tem algumas coisas... Então, o aluno que consegue perceber esse paciente com seus sonhos e depois esses sonhos são frustrados, ele está mais conectado com a **integralidade**. Ele está mais conectado com outro jeito de lidar que não passa necessariamente por extirpar o câncer, mas como é que a gente produz cuidado diante dessa situação do câncer ou em qualquer outra... [Fragmento de entrevista – Zeus, grifo nosso].

No relato acima, vemos como os atributos da APS podem contribuir com o desenvolvimento de habilidades e atitudes nos estudantes de medicina que os ajudem a integrar a abordagem dos problemas de saúde com a subjetividade, as histórias de vida e, inclusive, os sonhos das pessoas de que cuidam. Um diferencial para a formação clínica e humana do estudante de medicina é o possibilidade de acompanhar, ao longo do tempo, os pacientes em suas fases de vida e seus problemas de saúde em diferentes momentos de evolução. Esta longitudinalidade facilita a compreensão da evolução clínica de cada pessoa, além de ajudar na criação de vínculos e de intensificar a relação médico-paciente. E, como nos fala Hera, potencializa o projeto terapêutico de cada paciente através do trabalho em equipe.

> O hospital dá alta, e pronto. Mas na unidade [de saúde] não, você vai ter uma equipe que vai dar seguimento [...] pode-se continuar trabalhando isto através das equipes, através dos projetos terapêuticos que tu discute... [Fragmento de entrevista – Hera].

A longitudinalidade é um eixo para a organização dos módulos desenvolvidos na APS da UFPB. Ao longo de quatro semestres (MHA1, MHA2, MHA4, MHA5), os estudantes são incentivados a acompanhar continuamente algumas famílias e, gradativamente, vão se inserindo no cotidiano da unidade de saúde que, desde o início do curso, desenvolvem atividades semanais. A continuidade de cuidados e o vínculo com as famílias e as unidades de saúde, experimentados nestes primeiros períodos do curso, são interrompidos no sexto semestre do curso, pois cada um dos demais módulos da UFPB é desenvolvido em diferentes cenários e com novos pacientes, que frequentemente só são vistos uma única vez ou apenas durante o período de internação hospitalar. A potencialidade da longitudinalidade só é novamente experimentada na graduação de medicina da UFPB no Internato de Saúde Coletiva, onde o estudante permanece quatro meses acompanhando uma mesma equipe de saúde da família e os pacientes daquele território.

> As propostas dos MHAs, na base [...] da problematização, tem um outro elemento que é o realce do protagonismo estudantil, ou seja, você dizer ao estudante que ele pode sim ser protagonista, que ele pode sim ter iniciativas de fazer diferente, que ele

> pode sim fazer saúde desde o primeiro mês [do curso de graduação]. Eu acho que o **protagonismo estudantil** é um elemento do MHA. [Fragmento de entrevista – Hefesto, grifo nosso].

Nos Módulos Horizontais A (MHAs) alia-se a longitudinalidade nos campos de práticas à metodologia da problematização, que traz os estudantes e suas experiências de vida para o centro do processo pedagógico, permitindo que se estimule a iniciativa, a criatividade e o protagonismo estudantil.

> [...] muitas universidades, aí no Brasil, que tem a problematização [como metodologia], mas fica só na discussão de casos. E discutir casos não vai levar em nada. No MHA eu sinto que a gente deixa mais livre a iniciativa do estudante: 'Óh, quer fazer um grupo com gestantes? Vamos fazer o grupo, vamos ver como é que faz'. E o estudante ter esse sabor de tentar construir alguma coisa e ver que ela é possível... É muito precioso! [Fragmento de entrevista – Hefesto].

O protagonismo estudantil é fundamental para se construir um processo pedagógico mais dialogado, cujos conhecimentos produzidos sejam significativos para educandos, educadores e para a sociedade. Mas, como nos relatou Hefesto, muitas universidades utilizam a problematização como forma de utilizar uma metodologia mais ativa para a aquisição de conhecimentos já previamente pré-determinados e controlados pelos professores e não algo novo e significativo.

Como vimos, os princípios da APS a tornam um espaço fértil para o lidar com a morte de forma mais integral e dialogada com a cultura e a história das pessoas. Mas Atena, no fragmento abaixo, nos alerta que haveria uma ausência de espaço para o ensino do lidar com a morte na APS se a abordagem desta temática se detiver apenas no evento fisiológico do final da vida de uma pessoa. A morte em si não acontece rotineiramente no acompanhamento de saúde da população adscrita a uma unidade de saúde da família (cerca de 3 mil pessoas). Aliado a isto, com a institucionalização do morrer em nossa sociedade para dentro dos hospitais, a morte tem ocorrido menos no ambiente domiciliar e comunitário.

> Porque a morte, graças a Deus, não acontece tão frequente na APS. Se a pessoa **se deter a isto, vai haver ausência de espaço** [...]. Se você esperar a morte acontecer, vai se dar ao acaso. Mas se você a coloca como um tema, uma discussão para acontecer, vinculada a experienciação prática, você vai ter diversas [situações], inclusive as mortes, né. [Fragmento de entrevista– Atena, grifo nosso].

Então, o ensino do lidar com a morte na APS pode ocorrer mesmo que o estudante não vivencie o evento morte em si. Atena sugere que uma forma de abordar esta temática é acompanhar com alteridade todas as repercussões que afligem a vida das pessoas que cuidamos, principalmente, dos portadores de doenças crônicas que vivenciam situações de limitação e impotência.

> Porque há outras formas de você abordar o tema morte e a Atenção Básica vai estar cheia delas: são os **cuidados crônicos**, né. Teve uma experiência lindíssima com uma estudante... Você conhece a história do Seu Zezinho? [...] é um tetraplégico, completamente dependente da mulher, mas vive rindo, fazendo piada dele, fazendo piada dela. É uma alegria o homem! Aí, a estudante cismou que aquilo era mentira. 'Por que é mentira?'. 'Porque aquela alegria é falsa!'. 'Por que aquela alegria é falsa?'. 'Porque ninguém pode ser feliz numa cama, tetraplégico, vivendo nesta condição!'. E aí, a gente foi debater isto: eu tenho duas pernas, um carro, uma casa, eu caminho, eu não dependo de ninguém, como é que eu posso admitir uma vida sem isto? Aí, a gente foi estudando a própria questão da **alteridade** novamente. A estudante foi discutindo a questão do que é bom, o que é normal. E ela construiu um **portfólio**, que ficou um texto bem interessante. Ela falando que o grande aprendizado dela foi este: a forma de construir o que é verdade, o que é bom, o que é ruim na vida e como reagir a elas. É uma coisa que depende de muitos fatores e que isto vai ser meio que uma escolha, uma escolha que pode ser apoderada: foi a conclusão dela. [Fragmento de entrevista – Atena, grifo nosso].

A abordagem integral e com vínculo de pessoas portadoras de doenças crônicas pode ser uma grande potência para o ensino do lidar com a morte na APS. Para isto, é fundamental o apoio vivencial e teórico-reflexivo do docente e de uso de ferramentas pedagógicas que convidem o estudante para esta reflexão, como o portfólio que foi utilizado no exemplo acima. Tais ferramentas são essenciais para trabalhar questões existências, e a morte é uma das mais delicadas delas. Então, temas, como cronicidade, pacientes com qualquer especificidade limitadora (física ou psíquica), contribuem para o docente e o futuro médico aprenderem e poderem ensinar sobre perdas (morte na vida). Aprender a lidar com sofrimento do outro é o início do lidar com a morte (NOGUEIRA DA SILVA, 2014).

> Isto é [lidar com a] morte... Quer dizer, como é que Seu Zezinho, um sujeito trabalhador, que vivia batendo perna, viajando pelo mundo, de repente está preso a uma cama. Como é que ele reconstrói a vida dele? Seu Zezinho não existe mais. Quem é que está em cima de uma cama? É Seu Zezinho, só que em outra condição. Então, é uma morte. [Fragmento de entrevista – Atena].

A abordagem da morte a partir do cuidado de pessoas na APS é uma potência para ensinar as transformações que o adoecer e morrer trazem para a vida de pacientes, familiares e profissionais de saúde. Inclusive no delinear de caminhos inesperados e surpreendentes, como no caso do Seu Zezinho, que aos 57 anos teve um acidente vascular cerebral (AVC) que o deixou, de um dia para o outro, acamado e dependente, mas, apesar disto, ou a partir disto, ressignificou sua existência para um viver, talvez até, com mais alegria e sentido.

> A própria notícia de que você está com pressão alta, está com diabetes. 'Não pode mais comer doce de leite, não, moço'. Isto é uma **morte pensada nesta ideia de transformação**: do que eu sou, não sou mais. Um amputado... Cara, o que é a depressão, se não isto? [...]. Você chega na casa da pessoa e pergunta: 'e aí, como está a vida?'. 'Estou aqui, esquecida da morte'. Dá ou não dá para discutir morte neste momento? Ou vida, não é? Como é que eu diferencio morte de vida? [Fragmento de entrevista – Atena, grifo nosso].

Essa possibilidade de abordar a morte também como uma perspectiva de transformação humana profunda, desencadeada por momentos de fragilidade na vida das

pessoas, como a doença, as limitações e as perdas, pode ser uma interessante estratégia pedagógica para o ensino do lidar com a morte na APS.

Outra possibilidade pedagógica potente para o ensino do lidar com a morte, como comentado pelos próprios docentes participantes, foi a experimentação da metodologia do uso de "cenas" durante a oficina desta pesquisa.

> [O uso de cenas] pode ser um **instrumento importante** com os alunos. Que a maioria de nós pensou na própria morte... Então, não necessariamente eu preciso me relacionar com a morte do outro, né, eu posso **pensar a morte do outro a partir da minha também**. [comentário da oficina – Atena, grifo nosso].

Apesar de não haver relatos de sua utilização no currículo do curso de medicina da UFPB, o uso de "cenas" pode auxiliar na abordagem subjetiva e ampliada do lidar com a morte junto aos alunos. Na pesquisa de Silva (2006), o uso de "cenas" também foi um dos instrumentos metodológicos utilizados junto a estudantes de medicina e, conforme os relatos dos próprios estudantes, a utilização das "cenas" foi sugerida como um recurso capaz de auxiliá-los na formação para lidar com a morte, o que podemos verificar na fala de uma aluna do décimo período do curso de medicina da UFRN: "[...] escrever essas 'cenas' [...] foi o melhor de ter participado dessa pesquisa, saio daqui querendo mais momentos desses, acho que cresci. Tem como pensar isso numa disciplina que falasse de morte, de relação médico-paciente?" (SILVA, 2006).

Como vimos, o uso de "cenas" permite que os participantes, sejam docentes ou discentes, projetem seus desejos, medos e expectativas a partir de dramatizações, narrativas ou construções imaginárias de algumas situações, como, por exemplo, uma cena que leve a pessoa a se colocar no lugar de alguém em proximidade com a morte.

> Porque na entrevista, a gente ficou muito nas coisas que a gente conduziu como docente. Aí, as duas cenas foram o que a gente aprendeu no ser médico projetando... Então, sai deste foco da nossa ação de ensino que, queira ou não, está consubstanciada em condicionamentos institucionais e cria outras referências de **como eu gostaria de ser tratado** quando eu fosse morrer, **que também tem implicações no ensino**, né. [comentário da oficina – Hermes, grifo nosso].

Esta foi a intenção de uma das "cenas" sugeridas durante a oficina (segunda cena), onde o docente era convidado a imaginar uma situação em que ele fosse um paciente próximo da morte numa situação favorável de cuidado por um profissional médico. Três dos quatro professores participantes projetaram e refletiram, em suas narrativas, sobre como seriam suas próprias mortes. Uma dessas narrativas pode ser conferida abaixo.

> Tenho 98 anos bem vividos, mas não tenho mais o mesmo vigor de antes, principalmente nos últimos anos quando comecei a perder peso e ficar cansado com mais facilidade. Já não consigo ficar muito tempo em pé porque falta força. Quando tento caminhar, o mundo gira e é melhor nem sair do lugar. À noite, preciso de dois travesseiros para conseguir dormir sem perder o ar. Sei que estou morrendo, mas não

> quero saber o motivo, afinal uma hora isso precisaria acontecer. Meu corpo já não suporta mais minha vontade de viver e agradeço a Deus todos os dias por estar vivendo isso sem dor.
> Dr. Eduardo hoje vem me visitar para conversar um pouco. Gosto do Dr. Eduardo, ele é meu médico de família há 50 anos [...]. Em seguida, conversamos como estou me sentindo e falo que estou bem, dentro do possível. Ele me examina e me pesa, percebendo minha dificuldade em ficar de pé. Vejo seus olhos marearem e pergunto o que houve. Ele responde que eu perdi mais 4 Kg no último mês e corre uma lágrima dos seus olhos. Respondo brincando: 'desse jeito vou desaparecer antes de morrer'. Ele e minha esposa riem. Paro um pouco e peço para deitar, estou cansado. Lembro-me do paciente cuidado por Drª. Paula, e peço para orarem por mim. Minha esposa pede também a Eduardo que ore. Ele ora e adormeço segurando a mão da minha mulher. Morro 20 dias depois, sem saber do que morri, mas com plena consciência dos motivos que me fizeram viver. Amém! [Cena 2 - Zeus].

Zeus comenta a narrativa acima "esta cena é uma cena idealizada, de alter ego mesmo, de algo que eu gostaria de vivenciar", mostrando como a oficina com uso de "cenas" pode ajudar os participantes a projetarem seus medos, dúvidas e desejos ao criarem seus próprios roteiros de cenas. Ao escrever a "cena" acima, Zeus resgata o ensinamento que teve na época de estudante de graduação, ao acompanhar o cuidado e a oração da Dra. Paula no atendimento de um paciente moribundo: uma abordagem clínica e técnica potente, não deve negar a subjetividade, a intuição e a espiritualidade.

Já na "cena 1", onde os docentes eram convidados a imaginar uma situação em que eles fossem um estudante de medicina, cuidando de um paciente próximo da morte, todos os professores escreveram um narrativa onde relembravam histórias verídicas, do tempo em que eram estudantes de medicina ou médicos residentes. Das quatro situações descritas, três já tinham sido previamente referidas e comentadas durante as entrevistas, refletindo a forte repercussão pessoal dessas histórias na vida de cada docente.

Dessa forma, o uso de "cenas" permite ver o quanto é preciso que os docentes sejam cuidados também em sua formação para trabalharem com o cuidado de um paciente diante da morte. É preciso cuidar das próprias dores para ajudar a cuidar das dores dos outros. O uso de "cenas" também permitiu aflorar na pesquisa outros aspectos não antes ressaltados nas entrevistas, corroborando com o seu uso como uma ferramenta importante tanto para o ensino, quanto para a pesquisa do lidar com a morte.

8. CONCLUSÃO

> Vamos começar,
> Colocando um ponto final
> Pelo menos já é um sinal
> De que tudo na vida tem fim [...].

(‘Somente Nela’, composição de Carlos Rennó)

Ao iniciarmos as conclusões desta pesquisa, aproxima-se o grande desafio de colocá-la um ponto final. Como nos ensina os primeiros versos da composição de Carlos Rennó em música interpretada por Paulinho Moska, temos que ter a sabedoria de aceitar o fim. Há sempre um momento que se chega ao término, seja de uma dissertação, de uma vida, ou mesmo de uma música. Mesmo que achemos que ainda há muito a se escrever, viver, ou escutar. Apesar da necessidade de se colocar um ponto final na pesquisa, não temos a pretensão de esgotar as possibilidades de análise de seu tema. Dessa maneira, o ponto final tem mais uma perspectiva de reticências, abrindo-se para novas possibilidades de pesquisas e de estudos.

A pesquisa representou uma oportunidade de refletir sobre como a APS pode contribuir com o ensino do lidar com a morte na formação de trabalhadores de saúde, especificamente dos estudantes de medicina. Neste sentido, escutar os professores de medicina envolvidos no contexto da APS - protagonistas e construtores desse conhecimento na prática – já representa um caminho para que novas pedagogias, atitudes e saberes do lidar com a morte sejam realmente aplicadas nas instituições de ensino, na assistência à saúde e na sociedade como um todo.

Nos objetivos desta pesquisa, propusemo-nos a identificar as concepções dos docentes envolvidos em práticas pedagógicas na APS sobre o lidar com a morte no curso de graduação em medicina da UFPB. A partir das narrativas produzidas nas entrevistas e na oficina com os docentes, identificamos suas concepções representativas sobre como eles pensam que um médico deve agir diante de uma paciente em proximidade com a morte. Dessa forma, o lidar com a morte para os docentes pode ser concebido por quatro papéis ou competências na busca de um cuidado humanizado diante da morte: tentar salvar, promover qualidade de morte (comunicação qualificada, envolver-se, atenção às emoções), estar presente até o fim e valorizar a dimensão da espiritualidade.

As estratégias pedagógicas utilizadas pelos docentes em situações do lidar com a morte na APS, investigadas nesta pesquisa, foram avaliadas a partir desses quatro papéis, que eles identificaram como concepções para o cuidado humanizado diante da morte. Assim, as situações e vivências na APS nos disseram na prática até que ponto, o que os docentes concebem como sendo o que deve ser “ensinado” no lidar com a morte, está de fato acontecendo na prática.

Nesta pesquisa, propusemo-nos também a identificar as concepções e os pressupostos pedagógicos que os docentes envolvidos na APS consideram importantes no ensino do lidar com a morte. Apesar de não haver uma clareza de um referencial teórico básico, os docentes destacaram uma diversidade de abordagens, questões e possibilidades que utilizam na APS, como: a antropologia social, a filosofia, a psicologia, os estágios subjetivos do processo de luto, as artes, a medicina alternativa, os cuidados paliativos, a discussão bioética da eutanásia, ortotanásia e distanásia. Para os docentes, o ensino do cuidado com a morte deveria acontecer a partir de uma abordagem multidimensional, ao longo de toda a formação médica nos diversos módulos curriculares, os quais deveriam ser planejados para priorizar as necessidades e as subjetividades dos estudantes e a problematização de suas vivências no direcionamento do aprofundamento teórico.

Já em relação a como acontece na realidade prática o ensino do lidar com a morte na UFPB, muitos docentes reconheceram que há um momento próprio no currículo para este debate, mas que é insuficiente, principalmente devido a pouca interação com as práticas, as vivências e a subjetividade dos estudantes. De forma geral, apontou-se que o ensino do lidar com a morte na UFPB é insuficiente e hegemonicamente tecnicista. Apesar de, nas práticas pedagógicas em APS (MHA1, MHA2, MHA4, MHA5 e Internato de Saúde Coletiva), haver uma proposta de ensino-aprendizagem ativa, baseada na problematização de situações concretas, que busca diminuir a distância entre a formação técnica e humana no cuidado diante da morte.

Finalmente, propusemo-nos a identificar quais os limites e potencialidades dos espaços curriculares na APS para o ensino do lidar com a morte. Como limites, identificou-se o preconceito que existe nos cursos de medicina em relação à abordagem mais social e integradora dos docentes das áreas de Saúde Coletiva e de Saúde da Família. A existência de práticas de ensino tecnificadas, fragmentadas, com avaliações e metodologias tradicionais no currículo médico com um todo e, muitas vezes, inclusive nas práticas na APS. A necessidade de aprofundamento pedagógico e de integração entre os docentes, discentes, equipes de saúde e as comunidades, através de espaços de estudo, planejamento e troca de experiências. E as diversas fragilidades, na maioria dos municípios brasileiros, dos serviços e da gestão da APS: a excessiva demanda, o baixo investimento em estruturas físicas, materiais e em profissionais qualificados.

Como potência pedagógica da APS, identificamos a aproximação do estudante, do professor de medicina e dos profissionais de saúde com as dinâmicas de adoecimentos e lutas da população, através de práticas curriculares mais horizontais, dialogadas e que incentivem o

protagonismo estudantil e o trabalho interdisciplinar. Essa vivência da vida comunitária dos pacientes ajuda no aprendizado de que o sujeito e o seu contexto não podem ser desconsiderados nas ações de saúde, principalmente, quando se cuida de pessoas em processo de morte. Outra potência que a APS traz, a partir do desenvolvimento de seus princípios (como a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado) nos currículos dos cursos de medicina, é a possibilidade de abordar o lidar com a morte não só quando há pacientes terminais ou na existência de falecimentos, mas em qualquer momento que provoque mudanças, fragilidades e reflexões profundas na vida das pessoas. A metodologia de utilização de "cenas" projetivas mostrou ser uma ferramenta interessante para desenvolver esta abordagem mais integral no ensino do lidar com a morte.

Conclui-se que esta pesquisa permitiu identificar elementos capazes de iluminar novos modos de saber-fazer na APS para um cuidado humanizado diante do adoecer e morrer. Este é um tema fundamental para a saúde pública e para própria sociedade, pois morrer com dignidade, assistido corretamente no sistema de saúde por profissionais qualificados, pelos familiares e pela comunidade é tão importante como receber os cuidados necessários para manter a saúde ao longo da vida. Neste sentido, a APS pode contribuir, na formação em saúde, com o lidar com a morte de forma mais integrada, contínua, longitudinal, contextualizada e centrada nas pessoas. Ao mesmo tempo, que essa relação ensino-serviço pode fortalecer o aperfeiçoamento das práticas na APS para o cuidado com o adoecer e o morrer. Estamos convencidos de que trazer a reflexão sobre o cuidado diante da morte na formação médica é condição para garantirmos uma qualidade de vida e de morte para todos.

Para terminar esta dissertação, "colocando um ponto final" ou mesmo umas reticências, utilizaremos uma reflexão metafórica: o pesquisador é como um aventureiro motivado a explorar o desconhecido de uma floresta. Ao longo do caminho - entre árvores, insetos, pássaros, sons e cheiros - o aventureiro vai aprimorando seus sentidos de pesquisador. Ele planeja uma metodologia de pesquisa como se traçasse uma trilha para a descoberta de novos e surpreendentes conhecimentos sobre o assunto estudado. Mas a trilha não é retilínea, pode ter sua rota reformulada a partir das descobertas, perplexidades e inquietações do caminho. Ao mesmo tempo em que o novo e desconhecido assusta o pesquisador, é isto o que lhe dá vida e motivação para continuar em novas aventuras.

Adentrar na floresta para pesquisar o ensino do lidar com a morte no curso de graduação em medicina a partir de práticas pedagógicas na APS é contribuir com outros estudos preocupados com o aperfeiçoamento da formação médica no cuidado com o processo de adoecer e morrer (AZEVEDO, 2007; BOEMER ,1989; FONSECA, 2013; KLAFKE,

1991; KOVÁCS, 1991, 2003; SILVA, 2006; OLIVEIRA, 2013; QUINTANA, 2002; VIANA; PICCELLI, 1998; ZAIDHAFT, 1990). Ser pesquisador "aventureiro" é não ter a pretensão de afirmar que a floresta foi toda explorada e que não há mais o que se descobrir nela. O novo e o inusitado sempre estão a nos surpreender. Mesmo que achemos que nossos instrumentos metodológicos e nosso olhar de pesquisador nos permitiram apreender uma gama importante de conhecimentos, a "floresta" nos surpreende, ora no cume das mais altas árvores, ora nos fungos mais rasteiros. Buscar a sabedoria da floresta é sempre estar disposto a aprender com outras trilhas e caminhos, junto com novos e antigos pesquisadores "aventureiros"...

Aventurar-me nesta "floresta" do estudo e do cuidado diante da morte, aproximou-me de algo novo, desconhecido e surpreendente. Neste caminhar através de profundas experiências, sentimentos e questionamentos - junto a estudantes, professores, pacientes e familiares – fui me transformando como pessoa e como profissional de saúde.

Assim, como iniciei esta pesquisa com o relato do acompanhamento dos últimos dias de Dona Iracema - que inaugurou a minha surpresa, aprendizado e caminho pela potência e beleza do cuidado humanizado com o adoecer e morrer – termino esta pesquisa com outro momento revelador da sabedoria deste caminhar. Trata-se da despedida de Seu Geraldo, um paciente com câncer terminal, que atendi durante cerca de seis meses, inicialmente, em consultas na unidade de saúde, onde trabalhava como professor do internato de medicina de família e comunidade, e, posteriormente com a evolução de sua doença, em visitas domiciliares junto à agente comunitária de saúde (ACS) e a estudantes de medicina.

> Domingo de manhã. Acordo tarde após uma noite de estudos e escrita de minha dissertação. Vejo, no celular, uma chamada perdida da ACS de Seu Geraldo. Logo, penso que a ligação deveria ser para avisar do seu falecimento. Termino o café-da-manhã, já me preparando para a provável notícia e suas repercussões. Ligo para a ACS que me confirma o óbito e me relata os últimos acontecimentos. Peço-lhe o telefone da esposa de Seu Geraldo e ligo para dar meus pêsames e meu apoio. Antes de eu me oferecer para dar a declaração de óbito, fico sabendo que o corpo já está no serviço de verificação de óbitos e que, logo quando liberado pela manhã, passará a ser velado em casa. Apesar de falar com a esposa pelo telefone, sinto uma responsabilidade de estar mais próximo da família neste momento chave de luto e de despedida de alguém tão central em suas vidas. Combino com a ACS de irmos ao velório no final da tarde.
>
> Dirigindo pela rua principal da favela onde Seu Geraldo morava, confesso para a ACS que nunca havia entrado no bairro (famoso em outras regiões da cidade por sua violência) no domingo. Muitos idosos sentados em cadeiras na rua, crianças andando de bicicleta, pessoas arrumadas indo para as igrejas, alguns homens bebendo. Paramos na frente da casa de Seu Geraldo. Porta aberta. Na frente da casa, um quintal amplo, café e bolachas numa mesinha do canto, alguns amigos e familiares sentados. Um irmão, que eu já conhecia de outra visita, vem me cumprimentar com um sorriso no rosto. Pede logo desculpa por estar provavelmente com a boca cheirando ao aperitivo que acabará de beber. Digo: 'não tem problema, a despedida de alguém querido não é só de lágrimas; é importante celebrar as boas lembranças que ele nos deixa'. Sorri e me diz algo que não havia surgido nas inúmeras consulta e visitas que eu tinha feito ao Seu Geraldo: 'ele também gostava

de uma *caninha*, ele era muito animado...'. E, após ser interrompido por uma música de forró alta proveniente de um carro que passava na rua, completa: 'e gostava de um forrozinho também'.

Entro na sala, onde o corpo repousa, com as mãos entrelaçadas num terço, dentro de um caixão coberto de crisântemos. O ambiente simples, mas todo enfeitado com flores, quadros com imagens de santos e homenagens. O cheiro das flores e das velas em castiçais prateados ocupava todo o cômodo. Fico conversando, ao lado do corpo, com duas irmãs e uma sobrinha dele. Uma das irmãs me confessa que não tinha acreditando que o Dr. Marcos - de quem os outros familiares tanto falavam - era realmente médico: "nunca vi nenhum médico visitando e acompanhando uma pessoa doente em casa assim".

Os familiares disseram que ele perguntava muito por mim nos últimos dias. Quando a ACS ia visitá-lo, ficava entusiasmado pensando que eu a estava acompanhando, mas logo depois ficava triste ao perceber que ela estava só. Seu corpo definhava e, a cada dia, tinha menos apetite. Dizia, para tentar diminuir a pressão dos familiares para que ele se alimentasse: "não vou comer; só vou comer quando o Dr. Marcos chegar; ele deve chegar logo...".

Em seus últimos dias, despediu-se de todos os familiares e amigos, dizendo estar "indo embora" e que estava pronto. Seu Geraldo passou o dia anterior a sua morte conversando, de modo não muito compreensivo, com seus familiares. Ora alto, ora baixinho. Muitas vezes, falava sozinho e até mesmo com pessoas já falecidas, como sua mãe. Na sua última noite, afirmava está vendo uma pomba branca ao lado de sua cama e dizia para a esposa tirá-la de lá. Ao lhe cobrirem com um mosquiteiro para evitar picadas dos mosquitos à noite, falou que estava vendo o véu de Nossa Senhora, que estava lhe visitando. Lembrando-me da consciência e força de Seu Geraldo para enfrentar sua doença, fico admirado com estas histórias de desprendimento do corpo e da mente nos seus últimos dias.

Despeço-me de todos, falando da garra de viver do Seu Geraldo e da importância daquela união da família e dos amigos para o seu cuidado e para a sua despedida. Uma das irmãs fala: 'acho que isto era tudo o que ele queria, neste momento, ser velado em casa ao lado de seus parentes e dos amigos do bairro em que viveu por tantos anos'. E, num aperto de mão, complementa: 'muito obrigada, pela atenção dada ao meu irmão, todos nós somos muito gratos a sua dedicação. Deus o abençoe'.

Volto para casa, lembrando-me de nossas consultas e conversas. Sinto por não ter estado presente nos seus últimos dias, mas fico tranquilo com o desfecho junto da família. Sinto-me satisfeito por ter sido seu médico e por ter contribuído no alívio de seus sofrimentos e angústias. Sua coragem e lucidez de encarar aquele encontro com a morte permitiu-nos aprender um com o outro. Um encontro pedagógico e terapêutico entre médico-paciente/pessoa-pessoa. Termino com o texto de Osho, que presenteei Seu Geraldo com uma cópia e a leitura ao pé da cama na última visita domiciliar que lhe fiz:

'Dizem que antes de um rio entrar no mar, ele treme de medo. Olha para trás, para toda a jornada que percorreu, para os cumes, as montanhas, para o longo caminho sinuoso que trilhou através de florestas e povoados, e vê à sua frente um oceano tão vasto, que entrar nele nada mais é do que desaparecer para sempre. Mas não há outra maneira. O rio não pode voltar. Ninguém pode voltar. Voltar é impossível na existência. O rio precisa se arriscar e entrar no oceano. E somente quando ele entrar no oceano é que o medo desaparece, porque apenas então o rio saberá que não se trata de desaparecer no oceano, mas de tornar-se oceano'.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro : Diagraphic, 2009.

ANDERSON, M. I. P.; DEMARZO, M. M. P.; RODRIGUES, R. D. **A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação**: recomendações e potencialidades. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 3, n. 11, p. 157-172, Nov. 2010. Disponível em: <http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/334>. Acesso em: 03 Jul. 2014.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Rev Esc Enferm USP.** 2012; v. 46, n.3, p. 626-632. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/14.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2014.

ARAÚJO, D. D., LINHC, G. F. C**.** Cuidados Paliativos Oncológicos: Tendências Da Produção Científica**. R. Enferm. UFSM**. Mai/Ago 2011; v. 1, n. 2, p. 238-245.

ARIÈS, P. **História da Morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro Publicações; 2003.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciências e saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009.

AZEREDO, N. S. G. **O acadêmico de medicina frente à morte**: questões para se (re)pensar a formação. Dissertação Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria. Porto Alegre, RS, 2007. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/12945>. Acesso em: 27 nov. 2014.

BOEMER, M. R. **A Morte e o Morrer**. São Paulo: Cortez, 1989.

BRANDÃO, Carlos; STRECK, D. (Org.). **Pesquisa Participante – o saber da partilha.** Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2006.

_____. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina - Promed**. Brasília; 2001a.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº4/2001 – **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina**. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2001b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília; 2008.

_____. **Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília; 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília; 2011.

_____. Resolução Câmara de Educação Superior nº3/2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras_pdf/RES_CNE_CES_3_2014.pdf>. Acesso em: 18 de dez. 2014.

CAMPOS, G. W. S. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica. **Cadernos da Associação Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 3, out. 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3 ed. Rio de janeiro: Forense Universitária, 1977.

COSTA, N. M. S. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 21-30, 2007.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. **Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde**: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia?** Rio de Janeiro: Eldorado Tijuca, 1973.

DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, Mar. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000100020>. Acesso em: 02 jul. 2014.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The quality of death: Ranking end of life care across the world 2010**. Economist, London, 2010.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**. Zahar, 2001.

ESSLINGER, I. **De quem é a vida afinal? - descortinando a morte no hospital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FALCAO, E. B. M.; MENDONÇA, S. B. Formação médica, ciência e atendimento ao paciente que morre: uma herança em questão. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, Set. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Set. 2014.

FONSECA, A. C. Os Cuidados Paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática pedagógica**. 31ª. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GÉRVAS, Juan. Morir en casa con dignidad. Una posibilidad, si hay apoyo y cuidados de calidad. **Gaceta Médica de Bilbao**, v. 108, n. 1, p. 3-6, 2011.

GADAMER, H. G. **Verdade e Método I.** Petrópolis: Vozes, 2003.

GOMES, R. **Sobre a pesquisa participante.** Revista Temas de Educação, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 5-11, 1998.

GREEN, L. A. et al. The ecology of medical care revisited. **New England Journal of Medicine**, v. 344, n. 26, p. 2021-2025, 2001.

GULLART, F. Glauber morto. In: GULLART, F. **Barulho**. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1997, p. 17.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HENNEZEL, M. **Nós não nos despedimos**. Lisboa: Editorial notícias, 2001.

HENNEZEL, M.; LELOUP, Jean-Yves. **A Arte de Morrer**: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. Petrópolis: Vozes, 1999.

HUSSERL, E. **Investigações lógicas: sexta investigação** (Elementos de uma elucidação fenomenológica do conhecimento). São Paulo: Nova Cultural, 2002.

KLAFKE, T. E. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: CASSORLA, Roosevelt et al. **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas, SP: Papirus, 1991, p. 25-49.

KOVÁCS, M. J. Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In: CASSORLA, Roosevelt et al. **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas, SP: Papirus, 1991, p. 79-103.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**. Temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KOVÁCS, M. J. Morte no contexto dos cuidados paliativos. In: OLIVEIRA, R. A. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p. 547-557.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 7ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

KUBLER-ROSS, E. **A Roda da Vida**. 8º ed. Rio de Janeiro: Sextante; 1998.

KVALE, S. **Interviews: an introduction to qualitative research interviewing**. Thousand Oaks: Sage publications, 1996.

LAKS, D.; LONGHI, F.; NETO CATALDO, A. O estudante de medicina frente à morte. **Revista Médica PUCRS**, p. 229-231, 1999.

LUCENA, C. M. F. C. **O oncologista clínico diante da morte: implicações para a produção do cuidado**. 2011. 228f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

LUZ, M. T. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Série Estudos em saúde coletiva, Rio de Janeiro: UERJ, out. n. 62, 1997.

MANO, A. M. M.; PRADO, E. V. (Org.). **Vivências de educação popular na atenção primária à saúde: a realidade e a utopia**. 1. ed. São Carlos : EduFSCAR, 2010.

McWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. **Manual de medicina de família e comunidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MELLO, A. A. M.; SILVA, L. C. A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 18, n. 1, p. 52-60, 2012.

MILLAN, L. R. et al. Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. In: MILLAN, L. R. et al. **O universo psicológico do futuro médico**: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: DESLANDES, S.F. **Caminhos do pensamento*:* epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 83-107.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco, 2012.

NOGUEIRA DA SILVA, G. S.; AYRES, J. R. C. M. O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 364-373, 2009.

NOGUEIRA DA SILVA, G. S.; AYRES, J. R. C. M. O médico e os desafios do cuidar diante da morte. In: SANTOS, F. (Org.) **A arte de morrer: visões plurais - vol 3**. São Paulo: Comenius, 2010.

NOGUEIRA DA SILVA, G. S. A. Humanização do Cuidado diante da Morte: "quando a prática queima os dedos. In: PESSINI, L; BERTACHINI, L; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org). **Bioética, cuidado e humanização**: sobre o cuidado respeitoso - vol 2. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014, p. 405-427.

OLIVEIRA, J. R. Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica,** Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma Ata; 1978. Disponível em:

<http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2014.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.

QUINTANA, A.; KEGLER, P.; SANTOS, M.; LIMA, L. **Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal**. Paidéia, v. 16, n. 35, p. 415-425, 2006.

QUINTANA, A. M. et al. O Preparo para Lidar com a Morte na Formação do Profissional de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 204-210, 2002.

RIVERO, D. A. T. Alma-Ata: 25 años después. **Perspect. salud (Impr.)**, v. 8, n. 2, p. 2-7, 2003.

ROS, M. A. A ideologia nos cursos de medicina. In: MARINS, J. J. N. et al. (Org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), 2004. p. 224-244.

SALES, C. A. **Cuidado paliativo: a arte de estar com o outro de uma forma autêntica**. Revista de enfermagem, UERJ, Rio de janeiro. Abr/jun, v. 16, n. 2, p. 174-179, 2008.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela Mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 2008.

SAUNDERS, C. **Hospice and palliative care**. Hodder and Stoughton, 1991.

SILVA, G. S. N. A racionalidade médica ocidental e a negação da morte, do riso, do demasiadamente humano. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). **Atualidades em psicologia da saúde**. São Paulo: Pioneira Thomsom Learning, 2004, p. 135-180.

SILVA, G. S. N. **A construção do "ser médico" e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado**. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SILVA, G. S. N.; AYRES, J. R. C. M. A construção do "ser médico" e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ateliê do Cuidado** - VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. Rio de Janeiro: Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2008, p. 255-276.

SIMON, E. **Saúde e educação: o projeto político pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba**. 2012. 154f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TRINDADE, T. G.; ALMEIDA, R. C. C. Ensino da medicina de família e comunidade na graduação. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. cap. 42.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. Centro de Ciências da Saúde. **Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina**. Documento com dois anexos. João Pessoa, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Podemos ser curadores, mas sempre também feridos! Dor, envelhecimento e morte e suas implicações pessoais, políticas e sociais. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão. **A espiritualidade no trabalho em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 268-309.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão. **A espiritualidade no trabalho em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 14-157.

VASCONCELOS, Eymard Mourão; VASCONCELOS, M. O. D. V. Educação Popular. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. cap. 10.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular e o movimento de transformação da formação universitária no campo da saúde. In: VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. (Org.). **Educação Popular na Formação Universitária: reflexões com base em uma experiência**. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2013. p. 362-397.

VASCONCELOS, Marcos Oliveira Dias. Entre bentos, anjos e loucos. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão; FROTA, Lia Haikal; SIMON, Eduardo (Org.). **Perplexidade na universidade**: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec. 2006.

VASCONCELOS, Marcos Oliveira Dias. Universitários, sem-tetos e sociedade em (trans)formação. In: MANO, A. M. M., PRADO, E. V. (Org.). **Vivências de educação popular na atenção primária à saúde**: a realidade e a utopia. São Carlos : EduFSCAR, 2010.

VASCONCELOS, Marcos Oliveira Dias. Direito de resposta do filho. In: VASCONCELOS, Marcos Oliveira Dias et al. (Org.). **Educação popular na universidade**: reflexões e vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2014.

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

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

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido para as entrevistas

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Este é um convite para você participar da pesquisa “O ensino do lidar com a morte no contexto da Atenção Primária à Saúde no curso de graduação em medicina”, que é coordenada por Marcos Oliveira Dias Vasconcelos e sob orientação da professora orientadora Dra. Geórgia Sibele Nogueira da Silva.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa procura compreender como ocorre o ensino do lidar com morte no curso de graduação em medicina da Universidade Federal da Paraíba a partir de docentes envolvidos na Atenção Primária à Saúde (APS), podendo ajudar na reflexão e no aperfeiçoamento da formação médica, na busca de um médico generalista e promotor da saúde integral do ser humano, inclusive no acompanhamento do processo de morte. Essa pesquisa tem como objetivos específicos: compreender as concepções dos docentes sobre o ensino da morte no curso de graduação em medicina; identificar teorias e orientações que os docentes envolvidos na APS consideram importantes no ensino médico do lidar com a morte; analisar situações do lidar com a morte na APS conduzidas pelos professores junto aos estudantes; investigar os sentimentos e reações que acometem docentes e seus alunos quando estão em contato com situações de morte na APS; e identificar quais os limites e potencialidades dos espaços curriculares na APS para o ensino do lidar com a morte. Caso decida aceitar o convite, você será submetido a uma entrevista, que terá seu áudio gravado.

Os riscos envolvidos com sua participação são: constrangimentos ao relatar experiências vivenciadas, constrangimento em achar que não sabe responder as questões, constrangimento ao relatar histórias que envolvem possíveis danos e exposição de sua imagem. Tais danos serão minimizados através de um encontro em ambiente reservado, onde você terá total liberdade de se expressar. Também será garantido seu anonimato.

Você terá como benefício indireto ao participar da pesquisa: contribuir para trazer para o debate científico a importância do ensino do lidar com a morte para a formação de médicos mais críticos, humanos e sintonizados com as necessidades da população**.**

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados por um período de 5 anos em local seguro, sob a tutela do pesquisador responsável e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Marcos Oliveira Dias Vasconcelos no endereço **Rua Antônio Lira, 74/404, Tambaú - João Pessoa/PB** ou pelo telefone (83) 8875-3160.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa "O ensino do lidar com a morte no contexto da Atenção Primária à Saúde no curso de graduação em medicina".

Natal, _____ de _____ de 2013.

Nome do entrevistado (a): _____

Assinatura do entrevistado (a): _____

Assinatura do pesquisador (a): _____

Esclarecimentos, dúvidas e /ou encaminhamentos quanto à eticidade da pesquisa, entrar em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Onofre Lopes (HUOL), localizado no 3º. Subsolo do HUOL na Av. General Farias, telefone (84) 3342-5003.

Orientadora: Geórgia Sibele Nogueira da Silva

UFRN/ NESC / Mestrado Profissional em Saúde da Família

Telefone: (84) 3215 3590, ramal 217 E-mail: gsibele@uol.com.br

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido para as cenas

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Prezado(a) Sr.(a)

Solicito autorização para gravar o áudio da oficina com uso de “cenas” que realizaremos, cujos depoimentos serão utilizados numa pesquisa que têm por objetivo geral compreender como ocorre o ensino do lidar com morte no contexto da Atenção Primária à Saúde no curso de graduação em medicina da Universidade Federal da Paraíba a partir da visão de docentes. Essa pesquisa tem como objetivos específicos: compreender as concepções dos docentes sobre o ensino da morte no curso de graduação em medicina; identificar teorias e orientações que os docentes envolvidos na APS consideram importantes no ensino médico do lidar com a morte; descrever situações do lidar com a morte na APS conduzidas pelos professores junto aos estudantes; investigar os sentimentos e reações que acometem docentes e seus alunos quando estão em contato com situações de morte na APS; e identificar quais os limites e potencialidades dos espaços curriculares na APS para o ensino do lidar com a morte.

A oficina constitui parte do projeto da pesquisa “O ensino do lidar com a morte no contexto da Atenção Primária à Saúde no curso de graduação em medicina”, referente ao Trabalho de Conclusão de Curso do mestrado em Saúde da Família, sob orientação da professora doutora Geórgia Sibele Nogueira da Silva e sob a responsabilidade do pesquisador Marcos Oliveira Dias Vasconcelos.

A oficina é um momento em que trabalharemos em grupo e todos os participantes (que já foram entrevistados para essa pesquisa e quiseram participar da oficina) irão realizar a construção de uma cena imaginaria sobre atendimentos na saúde, escrever em uma folha e, no momento seguinte, haverá um debate com todos os presentes.

A sua participação neste estudo é voluntária. Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para desistir a qualquer momento, seja na hora da construção da cena ou no posterior debate, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Você pode inclusive ouvir a gravação do debate e solicitar que seja retirado o que você não concorda.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa.

Seu nome será mantido em segredo e as informações que você nos fornecerá não serão identificadas como suas. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos, e serão guardados em local seguro por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para *Marcos Oliveira Dias Vasconcelos* no endereço Rua Antônio Lira, 74/404, Tambaú - João Pessoa/PB ou pelo telefone (83) 8875-3160.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Onofre Lopes (HUOL), localizado no 3º. Subsolo do HUOL na Av. General Farias, ou pelo telefone (84) 3342-5003.

Eu _____, abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pelo pesquisador.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
(nome do entrevistado)	(assinatura)	(data)

Marcos Oliveira Dias Vasconcelos	_____	_____
(nome do pesquisador)	(assinatura)	(data)

João Pessoa, _____ de _____de _____.

APÊNDICE C - Instrumento de acesso às narrativas – roteiro de entrevista

Momento 1: Rapport

Consolidação das questões legais e compromissos éticos da pesquisa, como assinaturas dos termos de consentimento.

Momento 2: A entrevista propriamente dita. A entrevista foi iniciada com um exercício de evocação de palavras.

Dados Sócio demográficos:

- Nome
- Sexo
- Idade
- Religião
- Estado civil
- Número de filhos
- Situação empregatícia/ Ocupação
- Disciplinas que ministra na UFPB

ROTEIRO DE ENTREVISTA:

- Evocação de palavras sobre morte:

– Fale as primeiras palavras que vem à sua cabeça quando você pensa em MORTE.

– Escolha uma palavra ou expressão dentre as que você citou e que considera a mais importante.

– Justifique sua escolha

- Perguntas:

1. Como você acha que o médico deve lidar com um paciente a beira da morte?
2. Como você espera que o ensino do lidar com a morte seja abordado no curso de graduação em medicina?
3. Como você vê o ensino do lidar com a morte abordado no curso de graduação em medicina da UFPB?

4. O que você considera importante (que teorias e orientações) para o ensino do lidar com a morte no contexto da APS no curso de graduação em medicina?
5. Você pode descrever situações pedagógicas em que você, junto com estudantes, teve que lidar com o processo de morte ou com o acompanhamento de um paciente terminal no contexto da APS? Se não vivenciou tal situação, como espera que seria?
6. Quais as reações e sentimentos que você vivenciou nessa situação? Como você envolveu os estudantes neste processo? Quais as reações e sentimentos vivenciados pelos estudantes nessa situação?
7. Você se percebe preparado para ensinar o lidar com a morte em estratégias pedagógicas na APS do curso de graduação em medicina?
8. Quais são suas dificuldades para lidar com essa situação? (explorar se há dificuldade na comunicação do diagnóstico e prognóstico com o paciente e a família)
9. Como você acha os espaços curriculares na APS podem auxiliar no ensino do lidar com a morte? (ou quais os limites e potencialidades dos espaços curriculares na APS para o ensino do lidar com a morte?)
10. Você acrescentaria algo que não foi perguntado? Gostaria de dizer mais alguma coisa? Como se sentiu participando dessa entrevista?

APÊNDICE D - Roteiro da oficina com uso de “cenas”

É solicitado que os colaboradores fechem os olhos e entrem em contato com a respiração, tomem consciência de como estão nesse momento, em seguida iniciamos as instruções para a construção das “cenas”:

CENA 1:

Crie uma cena onde **você é um estudante de medicina** e está cuidando de um paciente próximo da morte com apoio de ser preceptor/professor. Imagine uma situação complexa e difícil de lidar, que tenha um desfecho desfavorável ou que você tenha a sensação que você não cumpriu bem o seu papel. Onde vocês se encontram? Quais as particularidades da relação que você tem com ele? Quais são seus sentimentos? Como você age? Como está sendo esse contato? Tem mais alguém na cena? O que acontece? Qual o desfecho? Descreva com o máximo de detalhes. Tente mergulhar nessa situação imaginária como se fosse real.

- ✓ É pedido, após alguns minutos, que abra os olhos e descreva a cena em um papel, com o máximo de detalhes possível.
- ✓ Os entrevistados são convidados a fazerem comentários sobre a cena 1 e em seguida repetimos a orientação anterior para a construção da outra cena.

CENA 2:

Crie um cenário onde **você é o paciente** e está vivenciando grande sofrimento com a proximidade da morte, mas tem uma excelente relação com o seu médico. Imagine uma situação com um desfecho favorável e com um bom acompanhamento do médico. O que você sente, como age? Quais as características da sua relação com o médico? Como ele age? Descreva com o máximo de detalhes.

- ✓ Os entrevistados são convidados a fazerem comentários sobre a cena 2 e sobre o exercício de construção de “cenas”

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ENSINO DO LIDAR COM A MORTE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA.

Pesquisador: Marcos Oliveira Dias Vasconcelos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18234713.7.0000.5292

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Parcial

Detalhe:

Justificativa:

Data do Envio: 29/07/2014

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 812.059

Data da Relatoria: 26/09/2014

Apresentação da Notificação:

Apresentação do relatório parcial do projeto intitulado "O ENSINO DO LIDAR COM A MORTE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA".

Objetivo da Notificação:

Apresentar o andamento do projeto e seus desdobramentos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Constrangimentos ao relatar experiências vivenciadas, constrangimento em achar que não sabe responder as questões, constrangimento ao relatar histórias que envolvem possíveis danos e exposição de imagem. Tais danos serão minimizados através de encontro em ambiente reservado,

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN

com total liberdade de expressão e garantido anonimato.Garantiremos que, caso ocorra durante a operacionalização metodológica da pesquisa, algum risco de desencadear um processo de ordem emocional que já estava latente, poderíamos oferecer apoio já que o pesquisador responsável pelo projeto é médico e a orientadora é psicóloga, tendo condições de oferecer um acolhimento e suporte terapêutico inicial.

Benefícios:

Contribuir para trazer para o debate científico a importância do ensino do lidar com a morte para a formação de médicos mais críticos, humanos e sintonizados com as necessidades da população. No que tange, aos desdobramentos futuros da pesquisa, como publicações, utilização dos dados para possíveis elaborações de programas de formação para o ensino e a abordagem com o processo de morte, dirigidos aos profissionais de saúde,

estes também serão revertidos em benefícios para os participantes.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Trata-se de estudo qualitativo relevante, com abordagem de temática importante para o ensino médico, na qual é apresentado uma dificuldade em seguir o cronograma proposto no projeto com recesso de fim de ano e greve dos funcionário. No entanto, é informado no relatório que o projeto está dentro do cronograma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram anexados adequadamente.

Recomendações:

Apresentar ao CEP uma nova notificação informando a alteração do cronograma com a descrição da nova data de finalização da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Relatório aprovado no entanto indicar para o CEP através de uma nova notificação o cronograma atualizado da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

NATAL, 30 de Setembro de 2014

Assinado por:
Joao Carlos Alchieri
(Coordenador)