



UNIVERSIDADE FRANCISCANA
ÁREA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

Andreia Muniz

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO

**O ACADÊMICO EM INÍCIO DE CURSO E O MÉDICO RESIDENTE EM MEDICINA
DA FAMÍLIA, DIANTE DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS:
EXPECTATIVAS E ANGUSTIAS PERANTE A MORTE**

Santa Maria, RS

2020

Andreia Muniz

**O ACADÊMICO EM INÍCIO DE CURSO E O MÉDICO RESIDENTE EM MEDICINA
DA FAMÍLIA, DIANTE DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS:
EXPECTATIVAS E ANGUSTIAS PERANTE A MORTE**

Projeto de Trabalho Final de Graduação apresentado ao curso de Medicina, Área de Ciências da Saúde, da Universidade de Santa Maria – UFN, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina - Médico.

Orientadora: Prof. Ma. MD. Kelly Carvalho Silveira Gonçalves

Santa Maria, RS

2020

RESUMO

A palavra morte tem um significado muito amplo, sendo caracterizada de maneira individual, ou seja, cada pessoa a percebe de uma maneira singular. Ao questionar sobre o tema, é visível o desconforto, principalmente em ambientes acadêmicos da área da saúde, visto que o avanço nos estudos e na tecnologia é justamente distanciar-se do caminho inevitável que é a morte. Esse trabalho tem como objetivo avaliar percepções e reações de contratransferência frente ao paciente sem perspectiva de cura nos Acadêmicos de Medicina do Primeiro Semestre e Residentes em Medicina da Família e Comunidade na cidade de Santa Maria. Com base na metodologia qualitativa, foram realizados dois grupos focais, um composto por Acadêmicos e outro composto por Residentes em Medicina. Os grupos focais são constituídos por pessoas com interesse em comum em determinado assunto e estimula ao debate. Inicialmente o encontro com os grupos seria presencialmente, mas em virtude da pandemia do Coronavírus isso foi impossibilitado. Assim, ao invés de observar uma entrevista com um paciente em Cuidados Paliativos em uma Unidade Básica de Saúde de Santa Maria/RS, foi enviado um de acesso ao *youtube* a uma entrevista com uma paciente com diagnóstico de câncer, para todos pudessem assistir antes do encontro com o grupo focal. Posteriormente foi realizado o grupo focal para conversar sobre o tema, os encontros foram realizados via videoconferência, e foram gravados na íntegra, transcritos e analisados nos moldes da pesquisa. Dessa forma, pode-se observar emergir as percepções e os sentimentos de contratransferência nos acadêmicos e nos residentes diante do paciente em final de vida. A vivência da morte de um paciente faz suscitar os mais variados sentimentos e elaborá-los de uma maneira saudável é necessário e essencial. Assim, pode-se deduzir que o preparo para entender melhor a morte está em processo de transformação na educação médica. A inserção deste tipo de discussão nas escolas médicas propicia ferramentas para enfrentamento, comunicação empática e humanização do atendimento em todas as suas etapas. Na perspectiva dos sujeitos de pesquisa é indispensável à temática da morte e do morrer na formação acadêmica e na residência médica para assistência integral do paciente.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Medicina. Morte. Morrer. Residente. Estudante de Medicina.

ABSTRACT

The word death has a very broad meaning, being characterized individually, that is, each person perceives it in a unique way. When questioning about the theme, discomfort is visible, especially in academic environments in the health field, since the advance in studies and technology is precisely to distance oneself from the inevitable path that is death. This work aims to evaluate perceptions and reactions of countertransference towards the patient with no prospect of cure in the First Semester Medical Students and Residents in Family and Community Medicine in the city of Santa Maria. Based on the qualitative methodology, two focus groups were carried out, one composed of Academics and the other composed of Medical Residents. Focus groups are made up of people with a common interest in a given subject and stimulate debate. Initially the meeting with the groups would be in person, but due to the Coronavirus pandemic, this was impossible. Thus, instead of observing an interview with a patient in Palliative Care at a Basic Health Unit in Santa Maria / RS, an access to youtube was sent to an interview with a patient diagnosed with cancer, so that everyone could watch before the meeting with the focus group. Subsequently, the focus group was held to talk about the topic, the meetings were held via videoconference, and were recorded in full, transcribed and analyzed along the lines of the research. In this way, it can be observed that the perceptions and feelings of countertransference in academics and residents emerge before the end-of-life patient. The experience of the death of a patient gives rise to the most varied feelings and elaborates them in a healthy way is necessary and essential. Thus, it can be deduced that the preparation to better understand death is in the process of transformation in medical education. The insertion of this type of discussion in medical schools provides tools for coping, empathic communication and humanization of care in all its stages. From the perspective of the research subjects, it is essential to the theme of death and dying in academic training and in medical residency for comprehensive patient care.

Keywords: Palliative Care. Medicine. Death. Die. Resident. Medicine student.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Acadêmicos e Residente de Medicina da Família participantes dos grupos focais, um e dois, com gênero, o semestre e o ano de residencia26

LISTA DE SIGLAS

UFN	Universidade Franciscana
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
IESC	Interação Ensino, Serviço e Comunidade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	12
3.1 OBJETIVO GERAL	12
3.2 OBJETIVO ESPECIFICO	12
4 REFERENCIAL TEÓRICO	13
4.1 CUIDADOS PALIATIVOS	13
4.2 CUIDADOS PALIATIVOS SOBRE A VISÃO DO MÉDICO	14
4.3 MORTE E MÉDICO	15
4.4 RESIDENTE DE MEDICINA FRENTE À TEMÁTICA DA MORTE.....	16
4.5 ESTUDANTE DE MEDICINA FRENTE À TEMÁTICA DA MORTE	17
4.6 CONTRATRANSFERÊNCIA.....	18
4.7 IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	19
5 METODOLOGIA	21
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	21
5.1.1 Grupos Focais	21
5.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA E LOCAL	23
5.2.1 Critérios de Inclusão	24
5.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	24
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	25
6.1 SENTIMENTOS DESPERTADOS NO ESTUDANTE DE MEDICINA E NO RESIDENTE DE MEDICINA DA FAMÍLIA DIANTE DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	26
6.2 A IMPORTANCIA DA ESCOLHA COMPARTILHADA, DAS ETAPAS A SEREM REALIZADAS DURANTE O SEU PROCESSO DE TRATAMENTO, E COMO ISSO INFLUENCIA NA RELAÇÃO MEDICO-PACIENTE	30
6.3 ACEITAÇÃO DA MORTE E O PROCESSO DE MORRER.....	33
6.4 A IMPORTÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO MEDICA	36
6.5 A CONTRATRANSFERÊNCIA INFLUENCIANDO NA RELAÇÃO MEDICO- PACIENTE	37

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXO I	47
ANEXO II	48
ANEXO III	50
ANEXO IV	51

1 INTRODUÇÃO

O cuidado segundo o dicionário é “demonstração de atenção, em que há cautela e prudência”. Os profissionais da área da saúde ao decidirem se dedicar aos seus pacientes pensam em o quanto de sua vida precisaram dedicar ao outro. A interação entre o cuidador e o cuidado é muito especial, desenvolve-se uma relação de preocupar-se e querer bem o outro (ANDRADE, 2017). O cuidado é zelo, é por meio dele que o indivíduo retrata o sentido de ser, de sua missão de vir ao mundo (VALE, 2011).

Atualmente, o cuidado e a humanização estão presentes nas discussões de interesse da área da saúde. Na medicina, principalmente, pois o ser humano é visto geralmente em momento de fragilização. Então, o profissional visualiza o indivíduo englobando todos seus aspectos éticos, sociais, econômicos e estéticos, não apenas em cuidados exclusivamente terapêuticos, mais sim, visualizado em sua totalidade (HEIDEGGER, 2001).

O Cuidado Paliativo é confundido em sua história com “os hospícios”, que eram abrigos destinados a viajantes, fizeram parte de um momento da história cristã, durante a disseminação do cristianismo. Mas, com o passar dos anos, surgiu o Movimento Hospice Moderno, sendo um movimento social voltado para assistência à pacientes com doenças em estágios terminais (FLORIANI, 2010).

Na perspectiva dos profissionais da área da saúde, o conceito de Cuidados Paliativos pode ser aplicado a todos os seus pacientes, independente da sua condição de saúde ou de risco de morte. Por meio de aplicação de princípios científicos, o profissional deve avaliar os fatores psíquicos, sociais, ambientais e físicos na saúde individual e coletiva (MARTA, 2009).

Segundo o Manual dos Cuidados Paliativos (2012), as equipes de saúde trabalham de maneira hierarquizada, onde cada profissional tem seu papel reconhecido socialmente de forma diferente dentro da equipe. O médico tem o papel determinante dentro do grupo. A principal atuação do médico em cuidados paliativos é coordenar a comunicação entre os profissionais envolvidos com o paciente e a família. Vê-se que é de extrema relevância que o médico tenha uma boa comunicação com a equipe.

O médico, assim como os demais profissionais da saúde, também passa por dificuldades ao tratar o paciente terminal, pois são aqueles que desafiam a capacidade

e os limites destes profissionais. Quando a morte é inevitável, a sensação que aparece é o de fragilidade deste "poder de curar", causando em muitos a sensação de fracasso profissional. Assim, diante desta dificuldade em lidar com a finitude humana, muitos médicos se distanciam do paciente e até mesmo o tratam não como uma pessoa, mas como um objeto que necessita da sua intervenção (HERMES, 2013).

Em decorrência dos avanços tecnológicos alcançados na área da saúde, associado a um aumento da expectativa de vida, fez com que doenças consideradas mortais se transformassem em doenças crônicas. Entretanto, apesar de todos os esforços dos pesquisadores a morte continua sendo uma certeza. Isso, para muitos profissionais de saúde é angustiante, pois são treinados para curar e preservar a vida (SADALA, 2008).

O processo de morrer implica em muitos desafios para os profissionais da saúde, uma vez que acompanhar o paciente em uma jornada da vida para a morte, pode ser uma tarefa difícil (AZEREDO, 2007). Em decorrência disso, o acadêmico em medicina e o próprio médico recém-formado isolam-se das emoções ao tentar conter suas emoções, acabam se distanciando do paciente como mecanismo de defesa. A formação médica, muitas vezes, não possibilita discussões sobre o assunto por considera-lo como algo de impessoal. A morte, então, é encarada como algo a ser vencido, não como uma etapa do ciclo de vida, que assim como as demais etapas, necessita ser cuidada.

Durante o curso de graduação, o estudante de medicina vai construindo durante as etapas de evolução, novas visões sobre abandonar certas posturas, e forma uma identidade médica. Posteriormente, quando esta no mercado de trabalho pode apresentar dificuldades no que se refere o tema morte e não saber manejar pacientes em estagio terminal, em que o cenário pode ser de muito sofrimento, dor e tristeza. Diante disso, o impacto da morte pode gerar as mais variadas atitudes defensivas, necessitando, dessa forma, explorar as posturas diante do tema para que sejam desenvolvidos enfoques a respeito da morte e do cuidado ao paciente terminal.

2 JUSTIFICATIVA

Aproximar-se do tema morte, é um dos acontecimentos mais íntimos, pois, é um momento solitário, é ir ao encontro do desconhecido. Dessa forma, por ser um assunto que gera medo, desconforto, angústia, e os mais variados sentimentos, discutir sobre é delicado, mas é necessário. Principalmente para o médico que se depara com esse tabu tanto na vida pessoal quanto profissional.

Os acadêmicos e residentes de medicina quando expostos ao tema morte e ao processo de morrer, apresentam dificuldades, e experimentam os mais variados sentimentos e reações de contratransferência. Além disso, a bibliografia abordando o assunto é escassa. Necessitando, assim, abordagens e discussões durante a formação profissional sobre essa temática.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as percepções e reações de contratransferência, frente ao paciente sem perspectiva de cura, nos Acadêmicos Medicina e Residentes em Medicina da Família e Comunidade na cidade de Santa Maria.

3.2 OBJETIVO ESPECIFICO

3.2.1 Promover um espaço de discussão com os acadêmicos e residentes médicos sobre o processo de morte e morrer.

3.2.2 Propiciar espaço para que os estudantes e os residentes reflitam sobre o impacto dessa temática por intermédio do relato de um paciente em Cuidados Paliativos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 CUIDADOS PALIATIVOS

A doença, desde os primórdios, esteve presente no cotidiano do ser humano. Diante dos costumes de cada civilização, ela passa a ser vivida de forma individual, despertando em toda sua trajetória o temor do sofrimento e da morte. Em função disso o ser humano, desde então, está na busca contínua de desvendar as causas e buscar as curas das enfermidades vivenciadas em seus tempos. Já afirmava Hipócrates, que a doença da mente também afeta o corpo, havia uma ligação entre o estado emocional e a predisposição do organismo para as doenças (CATARINA, 2003).

Concomitantemente, à evolução das doenças, percebe-se a necessidade e surgimentos dos cuidadores. Pensando no cuidado com prática, já é, por si só, ter o outro como um todo (CARNUT,2017). Ao observar o trajeto da história da humanidade, verifica-se o desenvolvimento de abrigos, locais que foram denominados *hospices*. Mas, no início essas hospedarias eram destinadas a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. Ou seja, inicialmente, estavam associados a acolher o indivíduo, e não necessariamente o fato de cuidar um paciente enfermo.

Diante dessa realidade, Cicely Saunders fundou, em Londres, na década de 60, o primeiro *Hospice*, destinado a abrigar portadores de neoplasias. Dessa forma, ela contribuiu de forma marcante para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. (RICHMOND, 2005). Ela trabalhou como enfermeira voluntária na casa St. Luke's por 7 anos. Aprendendo a utilizar opióides fortes por via oral, como a morfina e diamorfina, para o alívio da dor severa relacionada ao câncer. Após ingressou na faculdade de medicina, e tornou-se a primeira Doutora em cuidados paliativos, introduzindo o uso regular de analgésicos orais em vez do uso de injeções (CARNUT,2017).

Segundo o Manual dos Cuidados Paliativos (2012), a origem do mesmo se confunde historicamente com o termo "*hospice*". A palavra *hospice* tem origem no latim *hospes*, que significa estranho e depois anfitrião; *hospitalis* significa amigável, ou seja, boas vindas ao estranho, e evoluiu para o significado de hospitalidade. A palavra "paliativa" é originada do latim *palliun* que significa manto, proteção, ou seja, proteger aqueles em que a medicina curativa já não mais acolhe (HERMES,2013).

O Comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1982, estabeleceu políticas para alívio da dor e cuidados similares aos *Hospices* para pacientes com câncer, e que fossem disseminados em todos os países. Assim, o

termo Cuidados Paliativos, começou a ser adotado pela OMS, pela dificuldade de tradução do termo *Hospice* para determinados idiomas (MACIEL, 2008).

A primeira definição de Cuidados Paliativos, feita em 1990, pela OMS, descreve “O Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva de cura. Controlar a dor, outros sintomas e problemas espirituais e psicossociais são primordiais”. Sendo em 2002, o conceito foi revisado e atualizado, incluindo a assistência a outras doenças como doenças degenerativas, doenças neurológicas, doenças renais, cardíacas e aids. Dessa forma, ampliou-se o conceito de Cuidados Paliativos, sendo necessário adaptá-lo as realidades de cada caso.

Cuidados Paliativos são uma abordagem para melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentem uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, através da identificação precoce e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais. (OMS, 2007, p.3)

A OMS orienta que se inicie o tratamento paliativo o mais precocemente possível, concomitantemente ao tratamento curativo, utilizando-se todos os esforços necessários para melhor compreensão e controle dos sintomas. Além disso, ao buscar o conforto e a qualidade de vida por meio do controle de sintomas, pode-se também possibilitar mais dias de vida (OMS, 2007).

4.2 CUIDADOS PALIATIVOS SOBRE A VISÃO DO MÉDICO

O cuidado é intrínseco à humanidade, desde o nascimento, passando pela vida e pela morte. A arte do cuidar passa sobre diferentes construções filosóficas, teológicas, estéticas, éticas e técnico-científicas na arte de cuidar. Refletir a cerca da visão dos Médicos sobre perspectiva os cuidados paliativos frente aos pacientes sobre seus cuidados é de suma importância (ANDRADE, 2017).

O médico tem sua formação acadêmica toda voltada para o diagnóstico e tratamento de doenças. Mas, quando frente a um paciente necessitado de Cuidados Paliativos, onde o foco deixa de ser a doença e passa a ser a pessoa doente nas suas dimensões biológica, psicológica, familiar, social e espiritual, sente-se despreparado (MACIEL,2008).

O paciente e a família esperam ouvir do médico sobre o diagnóstico, sobre a proposta terapêutica e sobre o prognóstico da doença. Para tanto a forma de transmissão de uma notícia pode impactar o paciente sobre seu estado atual e seus

medos diante a morte. Visto que saber comunicar uma má notícia para os pacientes, pode ser crucial para a boa adesão no tratamento de uma doença, por exemplo. Então, é de suma importância que nesse contexto da vida, tão sublime, o profissional da saúde tenha a sensibilidade de proporcionar ao paciente e aos familiares uma ampla rede de apoio (VALE, 2011).

4.3 MORTE E O MÉDICO

A partir do século XX, a morte foi compreendida muitas vezes como um fracasso e não como uma fase do desenvolvimento do ser humano. A morte e o ato de morrer são temas que estão constantemente em discussões entre os profissionais da saúde, os quais estão em contato direto e repetido com pacientes ameaçados pela morte e com pessoas que morrem sob os seus cuidados (QUIRINO, 2007).

O médico tornou-se o responsável por combater e vencer a morte, sendo o ser tanatolítico, que decide tecnicamente o momento da morte e as circunstâncias do morrer (NOVA, 2000). Entretanto, com a ocorrência da morte e presença de doenças incuráveis destrói tais preceitos. Então, o médico frustra-se diante de situações irreversíveis, e vê-se diante da própria finitude, assustando-o se com tal fato (KÓVACS, 2003).

Coelho (2001) cita que o profissional é visto como onipotente, com expectativas idealizadas de preservar e salvar vidas. Aos médicos são atribuídas responsabilidades finais pelo tratamento dos pacientes, em decisões que englobam de vida ou morte. Grande parte da classe médica teme a morte de seus pacientes e apesar de preparados para salvar vidas, devem saber tratar, de maneira técnica e emocional, o paciente terminal.

A partir do século XX, o morrer em casa em presença de familiares, não é mais um fato que é observado, uma vez que com a crescente busca por meios de prorrogar a vida, foi aumentando a hospitalização das pessoas. Então, passou-se a ter um morrer técnico e solitário. Assim, os profissionais passam a ter ainda mais o contato e o contexto da morte e seus sofrimentos. Ficando a mercê de angustias, relacionadas ao sentimento de fragilidade da condição humana ou à lembrança de lutos passados. Aflorando o sentimento de fracasso experimentado por aqueles que foram formados para lutar pela vida (BOEMER, 1991).

Cassorla (1983) afirma que conversar sobre a morte ou comunicar um prognóstico reservado a um paciente é uma tarefa árdua que envolve uma série de aspectos. O estudo de Seymour (2000) menciona que, em paralelo ao acompanhamento do paciente terminal, surgem dificuldades de prever a trajetória de morte nesses pacientes, buscando avaliar o momento em que as intervenções devem ser realizadas ou suspensas num cenário de questões emocionais, éticas e religiosas.

A decisão sobre a continuação do tratamento de pacientes considerados terminais, isto é, não responsivos às medidas terapêuticas, envolve médicos, pacientes e familiares com diferentes interpretações e percepções de uma mesma situação. As decisões finais devem diferenciar os procedimentos médicos que levarão ao prolongamento da vida daqueles que somente irão prolongar o sofrimento até o momento da morte (SLOMKA, 1992).

Muitas vezes, por insegurança ou medo de envolver-se com os pacientes, cria-se ideologia do distanciamento e da frialdade desumanizadora (DA NOVA JLL, 2000). Dessa forma, para se ter um bom desempenho no trabalho, a indiferença torna-se essencial, uma vez que afasta os sofrimentos do profissional frente à morte do outro.

4.4 RESIDENTE DE MEDICINA FRENTE À TEMÁTICA DA MORTE

A palavra morte está associada a dor, ruptura, interrupção, desconhecimento, tristeza. Refere-se ao fim absoluto de um ser humano (MARTA, 2009). Os sentimentos de negação e de repressão existem para permitir que se viva num mundo de fantasia onde há a ilusão da imortalidade. Existe, no ser humano, o desejo de se sentir único, criando obras que não permitam o seu esquecimento, dando a ilusão de que a morte e a decadência não ocorrerão. Esse pensamento pode esconder uma fragilidade interna relacionada à finitude e à vulnerabilidade. Assim, a cultura exige que a morte seja adiada, a todo custo (ZAIDHAFT, 1990).

Na maioria dos serviços públicos, como as escolas e os hospitais, quase nunca são abordadas as questões essenciais relativas à morte e ao sentido da vida (MORITZ, 2002). Parte-se do pressuposto que se o medo da morte estivesse constantemente presente, não se conseguiria realizar os sonhos e projetos de vida. A morte é suprimida por ser a comprovação de nossa finitude e do nosso limite (EIZIRIK, 2000).

Diante disso, percebe-se que a morte é acompanhada de sentimentos e emoção, tanto para o paciente que está morrendo como para os profissionais que estão cuidando dele. Sendo assim, estar preparado para exercer a Medicina, é ter aprendido que o cuidado faz parte da cura e que a morte faz parte da vida. A morte, portanto, não pode ser ignorada nem esquecida, e o seu enfrentamento deve fazer parte da sublime missão médica: aliviar o sofrimento humano. Portanto, durante a residência de Medicina, praticamente toda a sua capacitação é para a cura. Quando a morte se apresenta, ela traz para o residente a frustração, o sentimento de incapacidade, pois existe um despreparo para lidar com a morte, já que sempre será a cura a meta da Medicina. Contudo, não podemos negar que a morte existe e que devemos nos preparar para ela. (AZEREDO, 2007).

4.5 ESTUDANTE DE MEDICINA FRENTE À TEMÁTICA DA MORTE

Dentro da formação médica, é comum o discurso da impessoalidade e do distanciamento daqueles sentimentos e vivências que a morte traz consigo. Mas, é vivenciado e enfrentado todos os dias em suas praticas essa abordagem. Entretanto, os cursos de formação de profissionais da saúde estão carentes, em seus currículos, de disciplinas que abordem a morte, o luto e o processo de morrer. Dessa forma, a morte não deve ser vista como uma inimiga a ser vencida, mas como uma etapa da vida que necessita ser cuidada (AZEREDO, 2007).

A maior parte dos estudantes busca o isolamento das emoções como uma de suas principais defesas contra a angústia (MARTA, 2009). Assim como cita o romancista inglês Charles Dickens: “Ele era ainda novo na profissão e não assistira, por enquanto, a muitas das misérias com que diariamente se defrontam os médicos e que acabam por torná-los indiferentes ao sofrimento humano”.

No primeiro ano da graduação, o estudante de Medicina, entra em contato com os cadáveres nas aulas de Anatomia, esse processo de defrontar-se com o cadáver, inicia nos alunos o desenvolvimento dos mecanismos de defesa indispensável para exercer à futura profissão. Para ele, a busca da racionalidade, conhecimento e objetividade visa diminuir a angústia diante da morte (MARTA, 2009).

Um estudo que investigou, qual havia sido a motivação consciente, em 640 médicos, para a escolha do curso de medicina. As razões mais comuns foram: uma

carreira atraente e o fato de terem sido bons alunos em ciências. Além disso, a maioria dos alunos de medicina relatam vivências de doenças na família mais comumente que os de outras áreas. Porém, o que leva alguém a buscar viver tão próximo da morte, se é o que mais teme e o que mais anseia é estar longe da própria morte? Conscientemente, a motivação em ser médico é a possibilidade de ajudar e curar. Inconscientemente, essa escolha pode estar relacionada à procura da onipotência ou defesa contra a morte (MELEIRO, 2000)

4.6 CONTRATRANSFERÊNCIA

A discussão sobre o tema contratransferência passou por várias etapas, iniciando com a criação do termo por Freud, em 1910, que era definida como um fenômeno relacional da clínica analítica, uma vez que surge "como resultado da influência do paciente" e, portanto, está intimamente vinculada à transferência, aspecto central do método analítico. A contratransferência é um conjunto de reações – sentimentos e comportamentos – que o profissional apresenta diante do paciente (LEITE, 2009).

Micelli (2009), ao abordar a comunicação entre médico e paciente, afirma que o comportamento do profissional durante o atendimento pode ser um fator de melhora ou piora de sua dor. No entanto, isso depende da relação estabelecida com o paciente, uma vez, que a contratransferência pode influenciar na forma como nos dirigimos e transmitimos a informação.

4.7 IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A teoria do apego postula que os indivíduos têm necessidades de proteção e segurança biologicamente enraizadas. Sendo assim, os seres humanos procuram a proximidade de uma figura de apego mais forte e mais sábia para alcançar proteção e segurança. Para tanto, quando o indivíduo tem a base segura, isso o incentiva a explorar o ambiente, reconhecendo e respeitando suas necessidades e moldando seu comportamento (BREHERTON & MUNHOLLAND, 2008).

Na base segura, são apresentadas três características importantes: a primeira requer disponibilidade do cuidador quando necessário; a segunda envolve o suporte à exploração sem interferência desnecessária, ao passo que um comportamento

invasivo irá inibir a exploração; a terceira característica é encorajar e aceitar a exploração, pois aumenta o entusiasmo por ela, bem como a confiança do outro (FEENEY & WOODHOUSE, 2016).

Lidar com o sofrimento de outros como cuidador pode suscitar duas reações emocionais: compaixão empática e sofrimento pessoal. A compaixão está relacionada com a preocupação em aliviar a situação do sofredor, sem qualquer benefício direto para o cuidador, mas quando vivencia dificuldades pessoais, o objetivo passa a ser ajudar o outro a fim de aliviar o desconforto do próprio cuidador. Enquanto na angústia pessoal, o alívio do desconforto da pessoa geralmente significa que o cuidador ignora ou foge da situação apenas para mitigar sua situação emocional desagradável. (MIKULINCER & SHAVER, 2007).

Para tanto, é necessário a autorregulação, pois as necessidades do outro têm precedência sobre aquelas do indivíduo, segundo Mikulincer & Shaver (2007). Dessa forma, é necessário estar presente, ser responsivo e atento ao relacionamento, mas não muito próximo e a ponto de invadir, nem se distanciar a ponto de perder a conexão.

A doença coloca o indivíduo frente a tão temível temática: morte, finitude, imobilidade, impotência. O sujeito enfrenta sensações de ameaça a sua integridade; ansiedade de separação; medo de estranhos; culpa e medo de retaliação ou de perda de controle; de perder o amor ou a aprovação das pessoas ao seu redor; medo da perda qualquer parte do corpo; medo de morrer (BOTEGA, 2006).

Assim, os profissionais de saúde encontram-se diante das dores, expectativas e frustrações do paciente. Quanto ao papel do médico, é esperada a cura do paciente ou de seus entes queridos. É o médico quem frequentemente recebe os sentimentos ambivalentes do paciente e das famílias, tanto de gratidão pelo cuidado, como também de raiva e culpa pelo sofrimento e agravamento da doença do paciente (KOVÁCS, 2010).

Os médicos, ao lidarem com o sofrimento do paciente, também devem lidar com suas próprias experiências, sua própria história, ou as responsabilidades e expectativas que elas trazem. Algumas questões surgem da própria angústia do profissional e, se houver espaço suficiente, para lidar com seus processos de luto. Como lidam com tudo isso também dependerá da sua história pessoal, herança cultural e como a educação médica trata dos processos relacionais (KOVÁCS, 2010).

O médico é visto como aquele que “detém todo o conhecimento”, que exige um distanciamento emocional para que possa realizar seu trabalho. Balint (2005) acreditava que o médico é o medicamento mais prescrito para o paciente. No entanto, deve ser feito com sabedoria devido aos seus efeitos colaterais. A responsabilidade por curar, os laços afetivos criados, as longas horas de trabalho e as exigências inerentes à profissão são alguns dos fatores estressores que ocorrem no campo de atuação.

De acordo com CREMESP (2001), a qualidade na relação médico paciente baseia-se em um atendimento humanizado; na escuta do paciente; em explicação direta e detalhada de diagnóstico e tratamento; na autonomia do paciente na escolha do seu tratamento; em atualizações em conferências e outros eventos; em estar disponível para o paciente; em compreender os limites da medicina; em referir o paciente a outros profissionais quando necessário; em fazer parte dos movimentos para melhorar as condições de trabalho.

A relação médico paciente ocorre como um encontro ímpar, formado por indivíduos ímpares, de maneira que o pareamento de cada médico com cada um de seus pacientes seja singular (Grillo, 2016). Assim, a relação médico-paciente Maunder et al. (2006) mostram como os estilos de apego do paciente influenciam seu tratamento, pode-se refletir sobre como os estilos de apego do médico influenciam seu sistema de cuidado, e, por sua vez, a forma como cuidam de seus pacientes.

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Esse estudo usou de metodologia qualitativa¹ com técnica de grupo focal. Foram realizados dois grupos focais – descritos na sequência – no mês de março de 2020, após o projeto receber aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFN. Optamos pela metodologia qualitativa por considerá-la mais adequada para entender e interpretar os sentidos e significados dos relatos dos residentes e dos alunos acerca suas reações de contratransferência frente ao paciente sem perspectiva de cura que

¹ A metodologia qualitativa aparece como ideal para abordar temas subjetivos, de comportamento, temas novos ou que careçam de abordagem exploratória com o interlocutor (SILVA E FOSSÁ, 2015).

são foco deste estudo; pois, conforme aponta Turato (2011, p. 55), “quando estudamos o ser humano, não convém fixar variáveis definidas, devendo manter a pesquisa aberta para sua complexidade”.

Nesse sentido, justifica-se a opção pelos grupos focais, em detrimento da aplicação da metodologia quantitativa via questionários. Acreditamos, portanto, que a metodologia qualitativa estará mais adequada para desvelar as impressões e percepções dos acadêmicos e residentes acerca do tema morte e morrer, dando liberdade para que as opiniões e vivências venham à tona sem indução.

5.1.1 Grupos Focais

O grupo focal é uma técnica da pesquisa qualitativa que reúne um grupo de pessoas com interesse em comum pelos objetivos do estudo e as estimula ao debate. Essa forma de abordagem proporciona “uma vivência de aproximação, permite que o processo de interação grupal se desenvolva, favorecendo trocas, descobertas e participações comprometidas” (RESSEL et al., 2008, p. 169).

Os dois grupos focais foram realizados em dois momentos, em dias e horários distintos. O convite para a participação voluntária dos alunos e dos residentes na pesquisa foi realizado diretamente a eles, explicando brevemente o projeto. No total foram três residentes e oito acadêmicos de medicina.

Inicialmente a pesquisa iria ser realizada presencialmente, mas em função da pandemia pelo *Coronavírus*² isso foi impossibilitado. Primeiramente seria realizada uma visita domiciliar com um(a) paciente da Unidade Básica de Saúde de Santa Maria/RS, que tenha um diagnóstico sem perspectiva de cura. Posteriormente, seria realizado o encontro com o grupo focal na Universidade Franciscana (UFN), um grupo com os residentes e outro grupo com os acadêmicos, em ambos os encontros haveria a participação da acadêmica responsável e orientadora da pesquisa. Para tanto os participantes da pesquisa seriam dispostos em círculo, tendo um gravador posicionado ao centro. Assim, abordaríamos todas as questões envolvendo os

² Inicialmente a pesquisa seria feita presencialmente, mas devido à situação Mundial da pandemia do Covid-19 (Segundo a Organização Mundial de Saúde, coronavírus é uma família de vírus que causam infecções respiratórias, provoca a doença chamada de coronavírus (COVID-19), pela sua alta transmissibilidade todas as atividades presenciais foram suspensas). Como orientação na OMS, em suspender as atividades acadêmicas por tempo indeterminado, tivemos que optar pela via online. Entretanto, assegura-se que essa possível limitação do estudo, na verdade, não comprometeu a interação do grupo em questão e a obtenção de relatos dos acadêmicos e residentes.

sentimos emergidos nos participantes da pesquisa, durante a entrevista com o(a) paciente em Cuidados Paliativos, avaliando todas as reações de contranferências e os sentimentos emergidos durante a entrevista com a paciente.

Como não foi possível realizar a pesquisa presencialmente, para o planejamento da pesquisa enviamos um link de acesso ao *youtube* (LUZ, 2019) em que todos os participantes deveriam assistir antes do grupo focal. Nesse vídeo continha uma entrevista com uma paciente em Cuidados Paliativos. No qual relata a história de uma paciente que descobriu um câncer há 4 anos, momento muito difícil para ela, principalmente porque médico apenas ia fazendo os procedimentos sem informa-la, e isso trouxe muito sofrimento a ela. Além disso, ela se sentia muito inútil, pois dependia da ajuda de todos, não conseguia mais fazer nada, nem trabalhar que era algo que lhe trazia muita alegria. Em um período ela simplesmente iria desistir do seu tratamento, mas uma enfermeira a convenceu continuar. Assim, com o passar do tempo ela foi elaborando seu processo de morrer, inicialmente ela tinha muito medo de morte. No entanto, hoje, diz aceitar muito bem a questão de morte e morrer.

Posteriormente ao envio do link para assistir a entrevista com a paciente em Cuidados Paliativos, foi realizado o encontro virtualmente. Tentou-se preservar a metodologia do grupo focal na medida do possível. O grupo focal foi realizado uma videoconferência via *Microsoft Teams*³ tanto para os acadêmicos como para os residentes em horários distintos, contando com a presença da acadêmica responsável e a orientadora da pesquisa, tendo um gravador posicionado junto ao computador. Assim, guiados por perguntas norteadoras (Anexo I) com a função apenas de orientar a discussão, os acadêmicos e residentes tiveram a liberdade de responder e ilustrar conceitos de forma aleatória, seguindo a livre associação de ideias e permitindo que questões não previstas inicialmente fossem verbalizadas (BARDIN, 2011). Cada grupo focal durou cerca de uma hora, sendo gravado na íntegra e, posteriormente, transcrito pela acadêmica responsável de forma literal.

Após o processo de transcrição, o texto obtido foi avaliado seguindo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), onde é analisado tanto o que foi dito nas entrevistas, quanto o que foi observado pelo pesquisador, ou seja, as formas verbais e não verbais de conteúdo (SILVA E FOSSÁ, 2015). Para tal, uma das

³ O *Microsoft Teams* é uma plataforma unificada de comunicação e colaboração que combina bate-papo, videoconferências, armazenamento de arquivos e integração de aplicativos no local de trabalho.

pesquisadoras registrou em um “diário de campo” as linguagens não verbais apresentadas pelos participantes durante suas falas.

Seguindo a técnica adotada, primeiramente foi feita leitura livre do material transcrito para conhecer o texto e permitir a etapa seguinte de categorização, onde foram definidos os tópicos de estudo com base na repetição das falas dos participantes e na relevância dos temas por eles abordados. Com as categorias de estudo definidas, a pesquisa seguiu para a fase de descrição e interpretação dessas, à luz dos referenciais teóricos.

5.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA E LOCAL

Os grupos focais foram compostos pelo número integral de médicos residentes em Medicina da Família e Comunidade de Santa Maria matriculados no primeiro semestre de 2020 das instituições UFN e UFSM e um grupo voluntário de acadêmicos de Medicina matriculados no primeiro semestre da UFN.

Totalizando três residentes e oito acadêmicos de medicina, sendo divididos em 2 grupos sendo esses: residentes e acadêmicos. Quanto ao tamanho dos grupos, que pode parecer pequeno, porém, enfatiza-se que a pesquisa qualitativa não requer uma amostra estatisticamente significativa (necessária às pesquisas quantitativas), uma vez que o objetivo não está em generalizar resultados, mas em propor uma análise profunda do tema sugerido.

5.2.1 Critérios de Inclusão

Estar matriculado em residência da Medicina da Família e Comunidade nas instituições UFN ou UFSM na cidade de Santa Maria durante o primeiro semestre letivo de 2020.

Estar matriculado no primeiro semestre da graduação em Medicina da instituição UFN na cidade de Santa Maria.

5.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Franciscana (UFN) com número do CAAE 26854719.4.0000.5306. Toda a pesquisa foi conduzida de forma ética, obedecendo à resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a qual regulamenta a pesquisa que utiliza metodologias provenientes das áreas humanas e sociais. De acordo com a resolução 510/2016, os residentes e alunos podem ser considerados uma população vulnerável, por isso tomaram-se todos os cuidados para protegê-los de coerção ou constrangimento. Nesse sentido, reiteramos que o convite para participação da pesquisa foi realizado pessoalmente pela acadêmica ou pela professora responsável por esta pesquisa.

Ademais, foi respeitado o princípio da autonomia do sujeito de pesquisa através da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) designados aos residentes e acadêmicos, em Anexo II. Além disso, as pesquisadoras manterão a confidencialidade dos dados de identidade dos participantes (Anexo III). A pesquisa apresentou risco mínimo, apenas pertinente de quebra de sigilo, uma vez que os residentes e acadêmicos tiveram suas vozes gravadas nos grupos focais, por isso, na intenção de evitar esse risco, solicitamos aos participantes sua autorização para utilização de voz e imagem (Anexo IV), com finalidades exclusivamente acadêmicas; Além de ter sido adotada a identificação dos residentes e acadêmicos, durante suas falas nos grupos focais, pelo ano de residência e semestre do aluno que representaram, e não por seus nomes. Destacamos que apenas a acadêmica responsável e sua orientadora tiveram acesso a estes arquivos e a sua transcrição durante a elaboração do Trabalho Final de Graduação, e que todo o material coletado, assim como os e-mails em que ocorreu o aceite do TCLE permanecerão seguramente armazenados com as pesquisadoras por pelo menos cinco anos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para melhor analisar os dados obtidos dos grupos focais, foram elencadas cinco categorias a partir dos critérios de repetição e relevância das falas dos participantes, conforme a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Após a transcrição das gravações, foram feitas leitura e análise atentas do conteúdo, tanto

pela acadêmica responsável pela pesquisa, quanto pela professora orientadora desta, de modo que foram validadas as seguintes categorias:

1. Sentimentos despertados no estudante de medicina e no residente de Medicina da Família diante do paciente em Cuidados Paliativos
2. A importância da escolha compartilhada, das etapas a serem realizadas durante o seu processo de tratamento, como isso influencia na relação médico-paciente
3. Aceitação da morte e o processo de morrer
4. A importância da espiritualidade no exercício da profissão médica
5. A contratransferência influenciando a relação médico-paciente.

Na sequência, cada categoria será pormenorizada, citando as falas dos alunos conforme o tema e discorrendo sobre elas. Reitera-se que, nos grupos focais, os alunos e os residentes foram identificados pelo número do semestre e o ano da residência que representavam, e será também desta forma que suas falas serão aqui identificadas, como representado no quadro abaixo (Quadro 1), de modo a manter a confidencialidade das identidades. Nesse sentido, a letra “A” sugere a palavra “acadêmico” e a letra “R” sugere “residente”, a segunda letra indica o sexo (feminino ou masculino), e o primeiro algarismo arábico seguinte indica o participante estava representando em sua fala (de 1 a 5).

Quadro 1 – Acadêmicos e Residente de Medicina da Família participantes dos grupos focais, um e dois, com gênero, o semestre e o ano de residência.

GRUPO FOCAL ACADÊMICOS DE MEDICINA	
Identificação	Descrição
A – M – 1	Masculino, cursando 1º semestre medicina.
A – F – 1	Feminino, cursando 1º semestre medicina.
A – F – 2	Feminino, cursando 1º semestre medicina.
A – M – 2	Masculino, cursando 1º semestre medicina.
A – F – 3	Feminino, cursando 1º semestre medicina.
A – F – 4	Feminino, cursando 1º semestre medicina.

A – M – 3	Masculino, cursando 1º semestre medicina.
A – F – 5	Feminino, cursando 1º semestre medicina.
GRUPO FOCAL RESIDENTES DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE	
Identificação	Descrição
R – F – 1	Feminino, cursando 2º ano de residência Medicina da Família e Comunidade.
R – M – 1	Masculino, cursando 2º ano de residência Medicina da Família e Comunidade.
R – F – 2	Feminino, cursando 2º ano de residência Medicina da Família e Comunidade.

Fonte: Autor (2020)

6.1 SENTIMENTOS DESPERTADOS NO ESTUDANTE DE MEDICINA E NO RESIDENTE DE MEDICINA DA FAMILIA DIANTE DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS.

Ao refletir sobre os sentimentos emergidos durante a entrevista com a paciente em Cuidados Paliativos, observa-se que os Acadêmicos Medicina e Residentes em Medicina da Família e Comunidade sentiram-se muito angustiados em vários momentos da entrevista. Para tanto, a busca da racionalidade, conhecimento e objetividade são vistos para diminuir a angústia diante da morte (MARTA, 2009).

Ao escolher o curso de medicina o estudante se depara a morte, objetivando alcançar certo controle sobre a mesma e/ou lutar contra ela (DUARTE, 2015). A morte, tanto para os alunos quanto para os residentes, remete a sentimentos e sensações de fundo predominantemente negativo e significado principal de angustia, fracasso, impotência e imperícia. Pode-se perceber essa nuance nos relatos dos acadêmicos e residentes que participaram dos grupos focais:

“Me colocando no lugar dela eu fiquei muito angustiado. Também me coloquei no lugar do profissional medico, porque afinal estou fazendo medicina, e senti um pouco de indignação e medo de no futuro me tornar o que eles se tornaram, porque agora temos essa visão de focar no paciente, mas e lá na

frente como que a gente vai lidar com isso, ficou um questionamento na minha cabeça, que acho que só para frente vou conseguir responder” (A – M - 1)

“Querendo ou não estamos nessa profissão para ajudar as pessoas, dai quando a pessoa esta nessa situação [...] dai pensamos que não fizemos o possível [...] e isso afeta a gente de uma forma bem profunda [...] ate a gente se acostumar com isso é difícil.” (A – F - 1)

“Eu acho que a morte na nossa profissão quer dizer muito sobre a falta de controle que temos as vezes, porque muitas vezes vamos conseguir alguma coisas para ajudar a situação daquele paciente, mas muitas vezes é inevitável [...] é mais difícil aceitar a morte dos outros do que a própria morte”. (A – M – 2)

“Eu não sei explicar, mas quando ela falou que estava sendo inútil, hoje ela não se sente assim, mas na época ela se sentia inútil, se sentia um nada. Essas coisas que ela falou na entrevista eu fiquei sem saber expressar com palavras, porque fiquei muito angustiada por ela estar falando aquilo”. (R – F - 2)

O medo, também, prevalece em questões sobre a morte e morrer. Segundo a psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, existe um medo universal da morte, para tanto se busca incansavelmente o avanço na ciência (ROSS, 1998). A ciência moderna prolonga a vida e melhora a sua qualidade, provocando no imaginário coletivo o afastamento da morte do contexto da realidade humana (GAWANDE, 2015).

O contato com a morte aumenta no decorrer do curso de medicina, no estudo estão presentes: estudantes do primeiro semestre e residentes. Logo, pode-se perceber que independente do grupo ambos sentem medo diante da morte. Tal como se observa nas impressões dos acadêmicos e residentes nos seguintes relatos:

“Para o medo que ela falou de morrer, isso é uma coisa que faz com que a gente mantenha o contato mais distante justamente para não encarar essa questão [...] então, com certeza, eu vou expressar, conversar isso com a paciente de uma forma que talvez não seja a ideal, porque eu não tenho dentro de mim essa questão bem trabalhada, então, esse medo de morrer pra mim é o principal.” (R – F - 1)

“Eu me chamou mais atenção nessa paciente foi a questão de ela relatar também do medo terminal, isso é uma coisa que eu tenho [...] muito meu [...] ‘todo mundo tem medo de morrer’, ninguém quer morrer, mas o meu maior medo pessoalmente, é a dor, é a doença grave que leva a dor.” (R – M – 1)

“O medo, a dor e a relação dela com os familiares dela, de fazer os outros sofrer também. Eu creio que seja a mais velha, eu penso nisso, se [...] vou estar preparada [...] se vão estar preparados para no momento que eu não

estiver mais aqui [...] ela também pensava nos filhos, marido, eu me identifiquei nessa parte, eu pensaria também nos meus.” (R – F – 2)

“Eu tenho muito medo e respeito pela morte, é um fato muito angustiante, porque ainda não me sinto preparada, desejo fazer muitas coisas e tentar fazer diferença na vida das pessoas, enquanto vou evoluindo como ser humano e vou amadurecendo a aceitação da morte.” (A – F – 4)

Dessa forma, percebe-se que os estudantes e os residentes, assim como a maior parte da classe médica teme a morte de seus pacientes. Assim, apesar de preparados para salvar vidas, devem saber tratar, de maneira técnica e emocional, o paciente terminal (MORITZ, 2005). Como elucidado no seguinte relato:

“Eu me coloquei em um lugar de um medico, na situação dela, ela disse que no momento que esta fazendo terapia não via o porquê de estar fazendo, pois não iria chegar a um resultado, no caso uma cura, dai fiquei pensando como agiria nesse momento? Eu acho que poderia ter apoiado mais [...] ate com palavras [...] acho que faltou isso para ela. Eu tentei me colocar no lugar do profissional nesse momento e não sei como agiria, porque se não traz resultado, o que vai falar para a paciente?” (A – F – 2)

Percebe-se a angustia da estudante frente a essa paciente que independente do que seja realizado, não há perspectiva de cura. No entanto, através de um cuidado singular e sensível pode-se melhorar a qualidade de vida da paciente. Pode-se inferir que os alunos, no inicio da graduação, alimentam a ideia de "médicos heróis", os quais lutam para vencer a morte, valorizando a ciência e não reconhecendo os seus limites.

Segundo Wallon, as experiências humanas são permeadas por emoções, que irão influenciar as vivências ao longo de toda a vida do indivíduo. Da mesma forma, os sentimentos despertados durante as experiências de aprendizagem influenciam significativamente a formação de conhecimento e o desempenho dos estudantes (KALUF, 2019).

As emoções causam alterações no estado do corpo e se refletem em manifestações comportamentais, externalizando-se. Já os sentimentos podem ou não ser consequência de emoções e estão mais relacionados à autopercepção, sendo, portanto, um mecanismo essencialmente interno, mental (Damásio, 2012). Além dos sentimentos de angustia, inutilidade, medo, impotência, também emergiram sentimentos positivos nos grupos em estudo, tais como compaixão, amor, paz e emoção. Como descrito nas falas a seguir:

“Me senti emocionada, quando ela falou que ‘se sentia inútil’, dai depois de tudo que passou ela viu que não era isso; falou que não parecia doente; ela preza para um cuidado que tenha amor; Quando o psicólogo pergunta “O que vocêalaria para quem esta começando a cuidar desse tipo de paciente? ela preza pelo cuidado que tenha amor”. (A – F - 1)

“eu senti paz, queria também que a pessoa que tratasse de mim, tratasse com amor.” (R – F – 2).

A morte é historicamente negada na sociedade ocidental, o que é demonstrado nas atitudes das pessoas nos diferentes contextos (ARIES, 2014). Desta forma, parecem favorecer a conspiração do silêncio. Uma vez que falar sobre a morte causa sentimentos geralmente negativos como observados nos discursos anteriores. No entanto, no decorrer das falas foi surgindo sentimentos de epifanias⁴, por isso, a necessidade de conversar mais sobre o tema, pois é um assunto presente no cotidiano do médico. E isso acarreta imenso sofrimento psíquico para o profissional (KOVÁCS, 2002).

Diante disso, vemos que o despreparo e a dificuldade para conviver com sentimentos dos pacientes, principalmente aqueles que necessitam de cuidados paliativos, somados a sobrecarga emocional da profissão, excesso de novas informações diárias, longas horas de trabalho e privações constantes de sono aumentam ainda mais o sofrimento mental e interferem na qualidade da prática clínica e na relação entre médicos, pacientes e familiares (SANTA, 2016).

6.2 A IMPORTANCIA DA ESCOLHA COMPARTILHADA, DAS ETAPAS A SEREM REALIZADAS DURANTE O SEU PROCESSO DE TRATAMENTO, E COMO ISSO INFLUENCIA NA RELAÇÃO MEDICO-PACIENTE

A falta de comunicação é apontada como um dos principais fatores negativos quanto ao relacionamento médico paciente (MORITZ,2005). Uma provável explicação seria que a atual formação promove modelo racional, não emocional e científico, dito paternalista e, faz do médico, o responsável por combater e vencer a morte, ou seja, o ser tanatolítico, já referenciado, que decide tecnicamente o momento da morte e as circunstâncias do morrer, sem a participação dos pacientes. Dessa maneira, o

⁴ Do ponto de vista filosófico, a epifania significa uma sensação profunda de realização, no sentido de compreender a essência das coisas.

profissional assume-se como “todo poderoso” e prioriza salvar o paciente a qualquer custo, a fim de corresponder às expectativas idealizadas por si e pela sociedade de preservador de vidas, independentemente do sofrimento que possa causar aos pacientes e familiares. No entanto, a ocorrência da morte é inexorável, fazendo com que o médico se defronte com sua insignificância diante de situações irreversíveis: depara-se face a face com seus limites e com a própria finitude, gerando assim frustrações (MELLO, 2012). Nesse sentido, os residentes e estudantes relatam:

“Ela (paciente) se sentiu totalmente despreparada, se ela já soubesse o que iria fazer talvez ela não teria levado aquela “baque”. Eu acho que foi pior não saber, do que se ela soubesse o que iria fazer [...] porque ela foi lá e não sabia o que ela iria fazer naquele dia, tanto que era o dia do aniversário dela, ela estava feliz por causa do aniversário, daí chegou com uma expectativa, que iria receber só uma notícia e não iria fazer nada, e daí recebeu na hora a notícia de que seria ‘pela segunda vez ser crucificada, era uma segunda radiocirurgia’ [...] é pior não saber.” (A – F – 5)

“Acho que o papel do médico é importante, temos que preparar os paciente psicologicamente para ela poder passar por aqui de uma maneira menos sofrida, então, acho que essa é a parte mais humanizada da profissão que estamos tentando trabalhar na faculdade. Não é só chegar ali e fazer o procedimento” (A – M – 2)

“[...] eu acho que se era uma coisa que ela precisava para se sentir melhor porque o médico simplesmente não explicou para ela ou deixar ela livre para fazer a escolha dela.” (A – F – 1)

“[...] o que tem mais validade para nós médicos é a questão que ela falou muito de se permitir, a saber, o que esta acontecendo, de se permitir sofrer [...] Da expectativa de que o fato de ela saber o que esta acontecendo vai criar os seus mecanismos para superar aquilo.” (R – M – 1)

É importante salientar que a decisão compartilhada se aplica tanto ao tratamento de uma infecção urinária quanto à abordagem de violência doméstica, e o paciente é um participante ativo, co-responsável por seu tratamento (EPSTEIN, 2000). Por isso, a importância de sempre que possível informar e compartilhar todas as informações com o paciente. Como visto nas falas a seguir:

“Porque a partir do momento que ela começou a ser melhor informada, ela pode se emponderar, de saber o que ela podia fazer, ela mesma disse que perdeu o medo de morrer [...] que ela não se priva de mais nada, ela disse que se tiver que sair ela vai sair, se tiver que ir na praia ela vai. Talvez ela

tenha ficado muito nessa espera porque a gente fica ... ela ficou esperando e ficou naquela expectativa e ninguém explicou nada para ela.” (R – F - 1)

“E eu tenho percebido que os pacientes saem muito mais satisfeitos quando [...] claro com as medidas [...] com as doses corretas de informação no momento certo, mas eles saem muito mais satisfeitos quando eles sabem o que esta acontecendo. Isso eu acho que ficou de mais interessante do vídeo todo que a paciente falou que ela precisava saber o que ela tinha.” (R – M – 1)

Dessa forma, verifica-se a importância para o paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura que a equipe esteja bastante familiarizada com o seu problema, podendo assim ajudá-lo e contribuir para uma melhora. O paciente não é só biológico ou social, ele é também espiritual, psicológico, devendo ser cuidado em todas as esferas, e quando uma funciona mal, todas as outras são afetadas (HERMES, 2013).

Pessoas de todas as idades que experimentam a perda de ente querido sentem pesar e passam pelo período de luto. A reorganização do indivíduo em sofrimento varia de acordo com o modo como enfrenta esses estágios. Negação é a primeira reação do ser humano perante a má notícia e serve como mecanismo de defesa temporário (BORGES, 2012). Interditamos o tema morte e não tocamos no assunto pela falsa ilusão de que, ao negarmos, estaríamos protegendo as pessoas do contato com a dor e o sofrimento (ARIÈS, 2014). Sobre isso, segue foi relatado:

“Nos estágios do luto postulados por Elisabeth Kubler-Ross, os estágios do luto depende que você tenha insight do que esta acontecendo. Para você passar por todas as fases ate chegar na aceitação, ele depende que você saiba o que esta acontecendo [...] os mecanismos de defesa psicológicos, ou seja, se esta privado de saber o que esta acontecendo, se as pessoas ficam te isolando da real situação, como você vai trabalhar, como você vai laçar mão dos mecanismo de defesa? o próprio sofrimento ele é uma das fases do luto [...] você vai ficar privado de sofrer [...] sofrer por alguma coisa faz parte da aceitação.” (R – M – 1)

Além disso, percebe-se a importância da relação medico paciente depende de conhecer o paciente. Para tanto, uma comunicação qualificada permite que uma pessoa debilitada e amedrontada possa compartilhar, transmitir informação e conhecer a opinião dos outros (OLIVEIRA, 2004). Da mesma forma, a adesão é definida como uma colaboração ativa entre o paciente e seu médico, num trabalho cooperativo, para alcançar sucesso terapêutico (DROTAR, 2000). Considera-se que

o sucesso do tratamento é obtido através de uma boa adesão, que é uma função da qualidade comunicativa relacional entre médico e paciente. Os participantes elucidam tal perspectiva dessa forma:

“[...] faltou ele (medico) conhecer um pouco mais a paciente. Porque a paciente em questão falou que se sentia mais forte sabendo das coisas, ela queria saber, ela queria ter as informações do que estava acontecendo. E segundo, quando ela foi lá fazer o segundo tratamento, que ela quase não foi - só foi por causa da enfermeira, foi porque ela não sabia, e talvez o medico não fez por mal, talvez, ele simplesmente pensou ‘ah eu não iria gostar de saber, eu não ia me sentir encorajado para ir lá e saber’, mas no entanto ela se sentia, então, talvez tenha faltado ate isso, uma comunicação para ele conhecer, e saber como seria a melhor forma de tratar essa situação.” (A – F – 3)

“É importante saber o que dizer e quando dizer, e sempre avaliar se o paciente quer saber, isso é bem importante também. No caso dela ela não tem nenhuma limitação quanto a isso, mas tem paciente que não desejam saber o que eles tem.” (R – F - 1)

De acordo com esses relatos e outros transcritos anteriormente, pode-se perceber que tanto os acadêmicos quanto os residentes se incomodam com não informar os pacientes sem perspectivas de cura sobre seu quadro clínico. Evidenciado o desconforto e o sofrimento que isso gera ao paciente, uma vez que é direito dele saber sua situação. Além de fazer parte de seu processo de aceitação.

A sociedade atual vivencia um momento de transição paradigmática, em que há maior tendência de respeito a auto governabilidade dos pacientes em detrimento do paternalismo. Assim, cabe ao médico diagnosticar, planejar os cuidados em equipe e em ponderar a participação qualificada do sujeito (SANTOS, 2019).

Além disso, segundo o princípio bioético da autonomia, que é um dos pilares da área do saber e também da ética médica deontológica. Pressupõe o paciente como aquele que deva exercer o poder de tomar a decisão sobre si mesmo, com liberdade e intencionalidade, uma vez capaz e estando esclarecido sobre as consequências de seus atos (Conselho Federal de Medicina, 2015).

6.3 ACEITAÇÃO DA MORTE E O PROCESSO DE MORRER

Ao refletir o que leva alguém a buscar viver tão próximo da morte, se é o que mais teme e o que mais anseia é estar longe da própria morte? Conscientemente, a motivação em ser médico é a possibilidade de ajudar e curar. Inconscientemente, essa escolha pode estar relacionada à procura da onipotência ou defesa contra a morte (MELEIRO, 2000, p. 271)

Para Ariès (2017), foi no Renascimento que o ser humano se deu conta da fragilidade da vida, e a morte passou a ser vista como uma forma de fracasso individual, isto é, de desilusão da vida. O médico começou a entender a morte como um fracasso dele e do seu paciente e a temê-la. Como pode ser visto nas falas a seguir:

“Eu me sinto insegura, eu acho que estar frente a esses pacientes [...] me colocaria mais na posição de escutar, deixar ele falar, procurar entender o que ele esta falando, mas escutar.” (R – F – 2)

“Eu me sinto numa condição também de insegurança, mas ao mesmo tempo a gente sabe que não podemos demonstrar, a gente tem que ser aquela pessoa que vai ser a rocha do paciente nos últimos momentos. Temos que demonstrar, mas a sensação que eu tenho mesmo é de insegurança, será que eu estou fazendo tudo o que eu posso pelo paciente, será que ele não vai estar com dor e eu não vou saber.” (R – M – 1)

“Para mim eu acho que é a mesma coisa, porque na verdade enquanto você esta passando por esse processo, você também esta amadurecendo. Toda a literatura que você vá ter acesso, na hora é uma coisa totalmente diferente, cada caso é um caso. A gente tem que ser forte, porque aquele paciente vai ficar com tudo o que você diz.” (R – F - 1)

Além disso, a fase de aceitação de quem esta sem perspectivas de cura pelo medico pode ser difícil, pois ao lidar com o paciente em final de vida o medico se defronta com sua própria finitude, emergindo então uma situação-limite (ZAIIDHAFT, 1990). Os participantes elucidam tal percepção a seguir:

“Eu também fiquei surpresa porque não que ela não tinha como aceitar, mas ela aceitou a morte (risos) [...] porque vai chegar [...] e ela falou com naturalidade porque ela deve discutir muito sobre isso agora. Mas é uma parte que me tocou bastante [...] pelo que pareceu ela estava agindo naturalmente, mas com certeza ela tem os desafios dela, mas [...] como foi dar essa noticia? (silencio) não sei (risos).” (A – F – 2)

“Mas, mesmo tendo um pouco mais tempo de vida (1 mês, 2 meses ou mais) normalmente demora muito para aceitar.” (A – F – 4)

Aos médicos é imputada as responsabilidades finais pelo tratamento dos pacientes, o que se torna uma grande responsabilidade em se falando de decisões para o final de vida (Moritz, 2002). Embora o aluno refere um "tudo bem" ao lidar com a temática, se contradiz ao mencionar que, ao imaginar a situação real, teria dificuldades e falta de coragem. Parece resistir aos sentimentos em relação à temática e até negá-la diante das suas dificuldades. Essa vivência de contradições profundas que, num primeiro momento são insuspeitadas, pode ser frequente (SILVA, 2016). Como visto a seguir:

“Eu fiquei um pouco intrigada porque pelo o que eu acredito, eu acho que tenho uma boa relação com a morte. Agora com a questão de morrer (risos) eu não sei [...] eu fiquei bem na duvida, porque eu (silencio) eu achava que tinha uma boa aceitação, sobre isso [...] porque eu acho que a morte [...] todo mundo espera, né [...] mas, morrer (silencio) e ter um período para isso [...] sabe (silencio) é bem diferente.” (A – F – 2)

“Eu eu fico pensando lá na frente porque, eu por exemplo, aceito muito a minha morte, mas como profissional medico, vai ser difícil aceitar a morte dos pacientes porque (silencio) de certo modo que dizer que você falhou ou que você não agiu muito bem, é o que eu penso, eu me sinto muito inútil e impotente.” (A – M - 1)

“[...] eu tenho dificuldade de aceitar, de um que dia vai chegar a hora que um paciente meu vai estar no processo de morrer acho que vai ser bastante difícil de aceitar [...] eu acho que vou ter bastante dificuldade nisso. É difícil aceitar, eu acho que no futuro para mim vai ser muito difícil aceitar o processo de morrer, não a morte em si, mas o processo de morrer.” (A – F – 5)

No entanto, também tem aqueles que parecem ter uma melhor aceitação quanto a finitude da vida. De acordo com alguns participantes, discutir a morte é muito importante, principalmente na área da saúde e ao longo da formação. Entendê-la ou enfrentá-la pode ajudar a lidar com os sentimentos e com as famílias de maneira menos sofrida para ambos (SILVA, 2016). Os participantes relatam:

“[...] é a gente conseguir entender, por mais difícil que seja a morte é um processo natural [...] aquela coisa, não vou dizer mística, mas aquela coisa misteriosa [...] entender que é a morte é uma fase da vida. E aceitar isso com naturalidade.” (R – M – 1)

“Para mim sempre foi muito tranquilo a ideia de morte, tanto que ate vejo isso como uma coisa positiva porque saber que você vai morrer é o que te faz ter muitas atitudes hoje em dia que talvez você não teria se fosse imortal. Então,

eu acho que seria esse caso de (como colocar em palavras) na iminência da morte faz a pessoa a viver mais no presente, como ela mesmo colocou [...] que ela se dispôs a fazer muitas coisas. (A – M – 2)

“Assim a questão da morte e morrer [...] primeiro a gente precisa entender que é um processo natural, que vai acontecer com todo mundo, que vai acontecer com a gente, dependendo da área que escolher vai acontecer mais ou menos.” (A – F – 3)

Dessa forma, manter discussões sobre morte, a fim de preparar os acadêmicos e os residentes de medicina, para enfrentamento de pacientes em processo de adoecimento, está além do ensino de conhecimentos científicos. Requer reflexões sobre a questão da morte e a sua própria finitude, para que assim o profissional consiga superar seus limites pessoais e de sua profissão, a fim de promover conforto e qualidade de vida ao paciente sem perspectiva de cura. Ademais, a inserção deste tipo de discussão ajuda a propiciar ferramentas para enfrentamento, comunicação empática e humanização do atendimento em todas as suas etapas.

6.4 A IMPORTÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO MEDICA

A espiritualidade e a religiosidade são vividas de formas diferentes e maneiras independentes. Segundo Amattuzzi (1999), a religião é um sistema de crenças, com tradições que envolvem rituais, cerimônias e trazem explicações sobre a vida e a morte. Para Pessini (2006) a espiritualidade caracteriza-se pela busca em direção a um sentido, considerando uma dimensão transcendente, e vai para além do que está nos dogmas das religiões tradicionais.

O morrer é um processo irreversível. Quando instalado no organismo, não há como impedi-lo, embora seja possível retardá-lo com terapêuticas, em muitos casos isso pode significar um prolongamento de sofrimento, ou seja, um tratamento fútil. Representa também o fim de um ciclo, a vida que cessa. Entretanto, a compreensão sobre a morte pode variar conforme a orientação religiosa da pessoa (COSTA, 2017).

Valores culturais e espirituais transpareceram nitidamente entre os participantes da pesquisa. Constatou-se que as definições de morte transpassam pelos aspectos protocolares circunstanciados à profissão, mas na grande maioria expõe as trocas e vivências particulares dos indivíduos (ARRIEIRA, 2018). Conforme

relatado nos grupos focais, a morte refere-se ao encerramento do corpo, terminalidade física, no qual o espírito deixa o estado físico, mas sua alma ou essência não deixa de existir, como descritos abaixo:

“O que me mantém assim mais calma (digamos assim) em relação a morte é que para mim tudo faz parte de algo maior, simplesmente chega o teu tempo [...] então, quando chega a hora, a gente é só instrumento, a gente faz nossa parte, mas tem um momento que quando chega a hora de uma pessoa, as vezes nem o melhor dos médicos consegue ajudar, eu acho que ter isso em mente pode nos ajudar como médicos, saber que a gente não tem controle sobre a vida de uma pessoa.” (A – F – 5)

“[...] a gente não tem controle se ela vai viver ou não, principalmente pessoa com câncer, a gente vai ajudar, mas não podemos dizer ‘olha a gente vai vencer isso ou olha você vai morrer’. A espiritualidade ‘tira o peso’ dos ombros do medico. E também ajuda a aceitar mais a morte, a aceitar que é um processo natural, que acontece.” (A – M – 3)

“Pela minha experiência de vida, é muito melhor, eu acreditar em algo, ter algo que te faça ser melhor, ter algo que te apoie, maior do que tudo que tenha ao teu redor, eu acho que ajuda demais.” (A – F – 2)

“Isso é importante, porque diante de tudo que a gente puder se apegar para melhorar uma situação que seja muito difícil – que nos traga fé, força para continuar é valido.” (A – F – 5)

Segundo Pessini (2005) 75% dos indivíduos que estão em fase final de vida expressam desejo de conversar sobre o sentido da vida, sofrimento e morte, o que explica que a espiritualidade abrange todos estes questionamentos e que, nem sempre o médico está preparado para conversar sobre estas questões. Para Arrieira et al (2018), a presença de um desenvolvimento espiritual é facilitador no contato do profissional da saúde com a morte, à medida em que dá sentido ao sofrimento, facilita o contato com o paciente e familiares e humaniza o processo do morrer e da morte.

6.5 A CONTRATRANSFERÊNCIA INFLUENCIANDO NA RELAÇÃO MEDICO-PACIENTE.

Perestrello (1998, p.98) ilustra com a seguinte frase as percepções acerca da desumanização do paciente: “Nas enfermarias, os doentes perdem a sua personalidade e passam a ser o ‘leito 15’ ou o ‘caso de cirrose’”. Vivenciando acontecimentos como esses, que perpassam o cotidiano da clínica médica com

graves problemas de comunicação, os estudantes de Medicina acabam aprendendo muito sobre “como eles não querem ser” como médicos. Um estudo finlandês, revelou que uma iniciação “precoce” da prática médica ajudou os estudantes a entender melhor o “estar-paciente”, a reconhecer a importância da relação médico-paciente e a identificar “exemplos” profissionais, sendo esta última análise intimamente ligada à empatia (NOGUEIRA, 2005).

Para Ramírez e Vallejos (2017) a empatia é um processo intelectual que está intimamente ligado a influências culturais, dependentes de aprendizados e experiências educativas. Os acadêmicos que participaram dos grupos focais demonstraram concordância com o fato de que a empatia pode ajudar no processo de relação médico-paciente, como ilustram as falas a seguir:

“Senti empatia, eu me coloquei muito no lugar dela, pensei na agonia de não ter sido preparado para aquela notícia e ser tratado com indiferença por grande parte dos profissionais que deveriam estar ali para me ajudar.” (A – M - 1)

“A parte, mais triste da entrevista foi quando ela fez essa referência, ‘é muito triste ver, conviver e conhecer pessoas tão indiferentes e desumanas’. Falto muita empatia e solidariedade da parte do médico.” (A – F – 4)

“É aquela questão que o professor “Y” de Humanização⁵ fala que como médico temos que ser empáticos, e precisamos se colocar na posição do paciente, mas tem que saber voltar também para poder dar diagnósticos verdadeiros ou ter que fazer algum tipo de intervenção cirúrgica que é mais invasiva. Então, temos que se colocar no lugar daquele paciente, mas conseguir voltar para o papel de médico, poder ajudar aquela pessoa e não ficar ali, tem que ter essa flexibilidade.” (A – M – 2)

A morte desencadeia sentimentos que não somente marcam a pessoa que está morrendo, mas também médicos e profissionais de saúde e, como aponta Salgado et al. (2016), o posicionamento ideal do médico deve ser compreender o que o paciente sente, identificar-se parcialmente com ele, mas não sofrer como se fosse ele, atitude difícil de se manter, como menciona o autor.

Os participantes da pesquisa informaram que a empatia surge quando se abre o espaço franco para a escuta. Esta mudança de atitude gera, segundo os alunos,

⁵ A disciplina “Humanização e Prática Médica” esta presente na matriz curricular do curso de medicina da UFN, do primeiro semestre ao quarto semestre de Medicina, com a função de promover e conhecer os princípios fundamentais das relações interpessoais e os fenômenos emocionais envolvidos na relação médico-paciente.

uma otimização do atendimento, pois se passa a ter melhor compreensão das necessidades do paciente e de como se pode, verdadeiramente, contribuir para a melhora de sua qualidade de vida.

Dessa forma, pontua-se que os alunos reconhecem a importância de uma relação clínica mais humanizada e o diferencial que há em abordar tais temas durante a graduação. Sobre isso, se seguem os seguintes relatos:

“Acho que, o medico não aceitou o diagnostico, e por isso ele tentou ser indiferente ao caso, porque é uma fraqueza dele, e do mesmo modo que ela se sentiu um nada, ele deve ter se sentindo, por não conseguir fazer nada, eu acho que foi isso que tornou ele tão indiferente. A indiferença de como ele tratou, quase foi um limiar entre ela seguir o tratamento ou não, ou seja, dependendo de como você trata o paciente pode ser que ele vai crer na medicina ou descreer.” (A – M - 1)

“Talvez ele (médico) tenha aceitado o diagnostico e não quis se envolver emocionalmente com a paciente, justamente por causa do diagnostico [...]. Uma forma de proteção. No caso ele seria afetado de forma indireta, dai ele foi egoísta porque ele só pensou nele [...] sendo que ele poderia sendo empático com ela, ele preferiu ser indiferente para se proteger.” (A – M – 3)

O isolamento das emoções é utilizado como uma de suas principais defesas contra a angústia (MARTA, 2009). Assim como cita o romancista inglês Charles Dickens: “Ele era ainda novo na profissão e não assistira, por enquanto, a muitas das misérias com que diariamente se defrontam os médicos e que acabam por torná-los indiferentes ao sofrimento humano” (DICKENS, 1990, p. 155).

Dessa forma, a indiferença torna-se essencial para o bom desempenho do trabalho, uma vez que afasta os sofrimentos do profissional frente à morte do outro (DA NOVA JLL, 2000). Como pode ser observado nas falas a seguir:

“No meu caso, a minha maior dificuldade é a tendência ao distanciamento mesmo. Eu me conheço, sei que tenho essa tendência que é o distanciamento do paciente grave, dai me esforço para fazer o contrario porque eu sei que minha tendência é me distanciar, é me proteger da doença do paciente [...] porque qualquer coisa que você falar pode magoar o paciente, ou trazer a toma coisa que você não vai saber lidar, então, nesse sentido.” (R – M – 1)

Os residentes vivem intensamente a rotina do trabalho, sobrando pouco tempo para momentos de introspecção, a importância maior é dada para sua capacidade diagnóstica e terapêutica (MARTA, 2009). Nesse momento, percebe-se que a

realidade profissional é extremamente diferente da fantasia de cura e controle sobre a vida e a morte. Não há possibilidade de discutir de modo adequado as dúvidas, dores e vivências (COELHO, 2001). Assim, acarretando: vulnerabilidade emocional, comunicação deficitária e despreparo ao se defrontarem com situações de morte (KALUF, 2019). Como evidenciado abaixo nas falas:

“Eu tenho bastante dificuldade nisso, eu tenho que estar muito bem emocionalmente para não deixar o paciente [...] para eu conseguir colocar uma barreira e dizer “stop, por aqui não deixo passar mais nada’. Eu tenho bastante dificuldade mesmo, já sai de perto de paciente, fui dar uma volta, chorar escondida, para voltar mais fortalecida porque tenho dificuldade. Mas tenho trabalhado isso em mim também.” (R – F – 2)

“Eu acho que eu sou meio termo, nem tão distante, nem tão sensível a ponto de ter que sair, de parar o que eu estou fazendo para ir lá jogar uma água no rosto. É importante a gente conseguir conversar, por exemplo, que nem apareceu da Elisabete conversando com a paciente, aquilo ali é sensacional. É um diálogo simples, se for ver, e é uma coisa que às vezes a gente não consegue manter porque a gente não tem [...] ela passa uma segurança. A gente tem que aprimorar [...] é uma naturalidade que conversando com paciente mais em estagio terminal conseguimos adquirir.” (R – F - 1)

“É difícil de descrever com palavras, porque se estamos debatendo o processo transferencial, a transferência é algo que não passa pelo consciente necessariamente, então, a gente esta respondendo perguntas tentando avaliar o que estaria acontecendo dentro do nosso pré. A transferência e contratransferência são mecanismos automáticos, trazer isso de uma forma literal é difícil.” (R – M – 1)

Após contatos mais frequente com exposição a situações de morte, percebe-se que os residentes ainda não tem as devidas condições de lidar psicicamente com elas, o resultado é a dessensibilização por parte dos médicos ao tema (SHULTZ, 2012). Os sentimentos elucidam que a temática da morte é vista com dificuldade. Isso é revelado pela sensação de medo, despreparo e culpa.

Muitas vezes o recém-formado em medicina chega ao ambiente de trabalho sem nunca ter se deparado com situações (teóricas ou práticas) que demandam habilidades pessoais e psicológicas para lidar com essas perdas (MEIRELES, 2019). Em longo prazo, a falta de diálogo sobre o tema durante a graduação cria vulnerabilidade nos estudantes, a ponto de não encontrarem, depois de formados, maneiras favoráveis e racionais de superar o angustia e a sofrimento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte e o processo de morrer implicam em muitos desafios para os profissionais da saúde, uma vez que acompanhar o paciente em uma jornada da vida para a morte pode ser uma tarefa difícil. Assim, nesta pesquisa pode-se observar que ambos os grupos (residentes e acadêmicos de medicina) apresentam dificuldades, e experimentam os mais variados sentimentos e reações de contratransferência frente ao paciente sem perspectiva de cura.

Diante da morte o estudante costuma sentir-se frustrado e incapaz, pois existe um despreparo para lidar “dignamente” com a morte, já que a cura parece ser a única grande meta da Medicina. No entanto, a vivência da morte de um paciente suscita angústias, pois o profissional vê-se diante da incômoda sensação de finitude. Assim, independente do sentimento emergido (positivo ou negativo) ressalta-se a importância de que é um processo natural, e saber como elaborar de uma maneira saudável faz-se necessário e primordial.

A medicina é uma das ciências que mais expõem o homem a seus conflitos essenciais. A presença de sofrimento e dor é inevitável no profissional da saúde. Dessa forma, manter a discussão sobre morte e enfrentamento restrita somente em disciplinas iniciais e desconectadas das específicas (clínicas), pode dificultar a formação de vínculo entre a profissão e as dificuldades vivenciadas no dia-a-dia. Ademais, a inserção deste tipo de discussão durante a formação acadêmica e na residência pode ser vista como ponto de apoio, quando trabalhado de modo a propiciar ferramentas para enfrentamento, comunicação empática e humanização do atendimento em todas as suas etapas.

A morte é fator estressor, e enfrenta-la sozinho, sem estar adequadamente preparado, pode gerar intenso sofrimento. Existem lacunas significativas no ensino da área da saúde, seja na graduação ou na residência sobre as questões envolvendo a morte e o morrer. Percebe-se que na maioria das escolas medicas não existem

espaços nos meios educacionais que permitam aos estudantes discutir e compartilhar suas perdas, aflições e sofrimentos. Isso pode contribuir para desdobramentos psicoemocionais, especialmente no início da prática médica. Assim, abordar e refletir sobre a morte, na educação formal, nas escolas de Medicina, ao longo do curso de graduação, institui novos comportamentos dos profissionais e dos estudantes, tornando-os mais aptos para lidar com a morte e com o paciente terminal.

Pode-se deduzir que o preparo para entender melhor a morte esta em processo de transformação na educação médica. Este estudo mostrou que propiciar um espaço para refletir sobre pacientes em Cuidados Paliativos é imprescindível, além de possibilitar aflorar sentimentos, auxilia em seus enfrentamentos. Por fim, na perspectiva dos participantes da pesquisa é totalmente pertinente trabalhar o tema da morte e do morrer, temática indispensável à formação acadêmica para assistência integral.

Dessa forma, percebe-se que as escolas médicas devem promover um espaço para o acadêmico e o residente em medicina possam ter essas discussões sobre morte e morrer em todas as etapas da formação medica. Pode-se introduzir desde os semestres iniciais, como colocar a disciplina de Cuidados Paliativos como obrigatória na matriz curricular no curso de Medicina. Assim como, nos semestres subsequentes sempre ter um espaço aberto para abordar esse tema, para auxiliar em todas as dificuldades que o estudante presencia diante desses pacientes sem perspectiva de cura, e elabore todos esses sentimentos.

“O Homem tem direito à morte como tem direito à vida. Morrer é um processo humanamente tão importante quanto nascer e viver”.
Jurgen Moltmann.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, et al. **A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em Saúde**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2017.

ARIÈS P. **História da morte no ocidente**: da idade média à atualidade. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1997.

ARRIEIRA, ico et al. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. **Rev. esc. enferm. USP**, 2018. 52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017007403312>. Acesso em 19 abr 2020.

AZEREDO, N S G. **O acadêmico de medicina frente à morte**: Questões para se (re)pensar a formação médica. Porto Alegre, Mestrado [Tese] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

AZEVÊDO ES. Bioética e medicina intensiva. **Rev Bras Terap Intens**. 1996;8(4):174-178.

BALINT, M. (2005). **O médico, seu paciente e a doença** (2a Edição). São Paulo: Ateneu.

BRASIL. **Populações e políticas sociais no Brasil**: os desafios da transição demográfica e das migrações internacionais. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE) e Núcleo de Assuntos Estratégicos (NAE) da Presidência da República: Brasília, 2008.

BREHERTON, I., & MUNHOLLAND, K. A. (2008). Internal Working Models in Attachment Relationships: Elaborating a Central Construct in Attachment Theory. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), **Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applicationsbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications** (2nd ed., pp. 102–127). New York: The Guilford Press.

CARVALHO, et al. **Manual de Cuidados Paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2ª Edição. 2012.

COELHO MO. **Relação médico-paciente e a morte**. São Paulo; 2001.Doutorado[Tese]-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo Kovács MJ. Os Profissionais de saúde e educação e a morte. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p.23-70.

COMBINATO, D.S.; Queiroz, M.S. **Morte: uma visão psicossocial**. Estud. Psicol. (Natal), Natal, v. 11, n. 2, p.209-216, maio/ago 2006.

COSTA, Daniel Tietbohl et al. Morrer e morte na perspectiva de residentes multiprofissionais em hospital universitário. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 25, n. 3, p. 544-553, Dec. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422017000300544&lng=en&nrm=iso. Acesso 18 a br 2020

CREMESP. (2001). **Guia da Relação Médico-Paciente**. Retrieved from http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=10.

DA NOVA JLL, Bezerra Filho J ,Bastos LAM. Lição de anatomia. **Interface Comum Saúde Educ.** 2000;4(6):87-96.

DA NOVA JLL, et al. Lição de anatomia. **Interface Comum Saúde Educ.** 2000;4(6):87-96.

DAMÁSIO AR. **O erro de Descartes: Emoção, razão e o cérebro humano**. 3a Ed. São Paulo : Companhia das Letras, 2012. p.144-216.

DICKENS C. APUD Zaidhaft S. **Morte e formação médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990. p.155.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 17, supl. 1, p. 165-180, July 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0159702010000500010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 de set 2019.

HEIDEGGER M. **Ser e tempo**. 8a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2001. Acesso em: 22 set 2019.

HERMES, et al. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, p. 2577-2588, Sept. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 set 2019.

KALUF, Isabela de Oliveira et al . Sentimentos do Estudante de Medicina quando em Contato com a Prática. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília , v. 43, n. 1, p. 13-22, Mar. 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000100013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 abr 2020.

KOVÁCS, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **Mundo Saúde** (Impr.), 34(4), 420–429. Retrieved from http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf

KUBLER-ROSS E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes; 1969.

LUCCHETTI, G et al. Medical students, spirituality and religiosity: results from the multicenter study SBRAME. **BMC Med Educ.** 2013; 13:162. Disponível em: <https://bit.ly/2uNVGJY>. Acesso em 19 abril 2020.

LUZ, Rodrigo. **Youtube.** [ago 2019]. Rio de Janeiro. I Congresso de Cuidados Paliativos do Rio de Janeiro. O paciente como mestre do cuidado: o legado de Elisabeth Kübler-Ross para os nossos dias. Entrevistador: Rodrigo Luz presidente da Fundação Elisabeth Kübler-Ross, [2019]. 25:02 min Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=kuw5JMApPAY&feature=youtu.be>. Acesso 27 mar 2020.

MACIEL, M.G.S. **Definições e princípios: cuidados paliativos.** São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: CREMESP, 2008

MARTA, G.N.et al. O estudante de medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p.416-427, jul./set. 2009

MARTIN LM. Eutanásia e distanásia. In: Costa SIF, (Org.). **Iniciação à bioética.** Brasília, Conselho Federal de Medicina; 1998. p.171-92. Meleiro A. Médico como paciente. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. 271p.

MEIRELES, Maria Alexandra de Carvalho et al. Percepção da morte para médicos e alunos de medicina. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 27, n. 3, p. 500-509, Sept. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422019000300500&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 abr 2020.

MELEIRO A. **Médico como paciente.** São Paulo: Lemos Editorial, 2000. 271p.

MELLO, A. A. M.; SILVA L. C.; A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana a estranheza, **Revista da Abordagem Gestáltica – XVIII(1):** 52-60, jan-jun, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100008. Acesso em 21 set 2019

MELLO, Silva LC. A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. **Rev Abordagem Gestált.** 2012; 18:52-60. Disponível: <https://bit.ly/2ZjDR2L> Acesso 18 abr 2020.

MIKULINCER, M., & SHAVER, P. R. (2007). **Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change.** New York: The Guilford Press.

MORITZ RD, MORITZ SC. **The knowledge and acceptance of death and dying by medical and nursing students in a public university in Brazil.** In: Proceedings of the Eighty World Congress of Intensive and Critical Care Medicine; 2001 Oct.28-Nov.1; Sidney, Australia.

MORITZ, R D. **O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais de saúde diante da morte**. Florianópolis. Doutorado - Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

PESSINI L. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Loyola, 2007.

PESSINI L. **Morrer com dignidade**. Aparecida: Santuário; 1990.

RICHMOND, C. Dame Cicely Saunders. **British Journal of Medical**, v. 331, n. 7510, p. 238-39, jul. 2005.

ROSA, Couto SA. O enfrentamento emocional do profissional de enfermagem na assistência ao paciente no processo da terminalidade da vida. **REC**. 2015;4:92-104. Disponível em: <https://bit.ly/2X97SoC> . Acesso 18 abr 2020.

SADALA, M.L.A.; Silva, M.P. Cuidar de pacientes em fase terminal: a experiência de alunos de medicina. **Interface - Comunic.**, Saúde, Educ., Botucatu, v.12, n.24, p.7-21, jan./mar.2008

SANTOS, Thalita Felsky et al. Educação para o Processo do Morrer e da Morte pelos Estudantes de Medicina e Médicos Residentes. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília , v. 43, n. 2, p. 5-14, June 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 abr 2020.

Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's ethics committee regarding futile and othe possibly inadvisable treatments. **Crit Care Med** 1997;25(5):887-891.

SPRUNG CL, EIDELMAN LA, REUVEN R. Communication of end of life decisions in the ICU. **Crit Care Med** 2000;289(12 Suppl):A35.

SROUFE, L. A. (2003). Attachment Categories as Reflections of Multiple Dimensions : Comment on Fraley and Spieker (2003). **Developmental Psychology**, 39(3), 413–416. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.413>

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. **Cuidar e humanizar: relações e significados**. São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 set 2019

ZAIDHAFT, S. Morte e formação médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves. Lasch C. **The culture of narcissim**. NewYork: Norton; 1990. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300011. Acesso em: 21 set 2019.

ANEXO I - PERGUNTAS NORTEADORAS DOS GRUPOS FOCAIS

- 1) Como você se sentiu durante a entrevista com o paciente?
- 2) Quais as angustias e sofrimentos que esse paciente lhe despertou?
- 3) Você consegue descrever algum sentimento positivo que tenha emergido durante a fala do paciente?
- 4) Você se sentiu incomodado em algum momento durante a entrevista?
- 5) Se você pudesse materializar (pode ser uma cor, um material, um local) a maneira que você se sentiu durante a entrevista o que seria?
- 6) Alguma memória da sua vida pessoal foi evocada durante a entrevista?
- 7) Como você (residente ou acadêmico de medicina) se sente frente à temática morte e morrer?
- 8) Como você entende que as relações de contratransferência podem influenciar na relação medico-paciente?

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar, como voluntário(a), na pesquisa “O ACADÊMICO EM INICIO DE CURSO E O MÉDICO RESIDENTE EM MEDICINA DA FAMÍLIA, DIANTE DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS: EXPECTATIVAS E ANGUSTIAS PERANTE A MORTE” das pesquisadoras Andreia Muniz (acadêmica de medicina) e Kelly Carvalho Silveira Gonçalves (professora do Curso de Medicina da UFN).

Esse estudo pretende avaliar as reações de contratransferência frente ao paciente sem perspectiva de cura nos Acadêmicos de Medicina e Residentes em Medicina da Família e Comunidade na cidade de Santa Maria. Acreditamos que essas vivências com acadêmicos e residentes possam trazer benefícios para a suas práticas diárias. A realização desta pesquisa se justifica na importância do tema: Cuidados Paliativos e o paciente em seu estado terminal, pouco abordado, apesar da exposição inerente do médico à morte e ao processo de morrer.

No estudo usaremos a metodologia qualitativa com técnica de grupo focal – no qual reúne um grupo de pessoas com interesse em comum pelos objetivos do estudo e as estimula ao debate. Dessa forma, primeiramente você observará uma entrevista com uma paciente em Cuidados Paliativos, enviada por via *Whatsapp*. Posteriormente, guiados por perguntas norteadoras com a função apenas de orientar a discussão, iremos realizar uma videoconferência via *Microsoft Team*, que contará com a acadêmica responsável e a orientadora da pesquisa, tendo um gravador posicionado junto ao computador. Dessa forma, será observado os sentimentos emergidos diante da entrevista.

Você participará de um grupo focal, no qual será realizado *online* previamente agendado visando o comparecimento integral do grupo formado. Cada grupo focal irá durar cerca de uma hora e serão gravadas na íntegra e, posteriormente, transcritas pela acadêmica de forma literal. Após o projeto receber aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFN.

A pesquisa apresenta risco mínimo, pertinente de quebra de sigilo, uma vez que você terá sua voz gravada. Entretanto, na intenção de evitar esse risco, solicitaremos sua autorização para utilização de voz e imagem. Destacamos que apenas a acadêmica responsável e a orientadora terão acesso a estes arquivos e a

sua transcrição durante a elaboração do Trabalho Final de Graduação e que todo o material coletado, assim como os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido assinados permanecerão seguramente armazenados com as responsáveis por pelo menos cinco anos.

Você terá liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo ou retaliação pela sua decisão. Garantimos também sua privacidade e que você não terá ônus (não pagará nada) ao participar da pesquisa. Garantimos a você, respostas a qualquer pergunta e dúvida que possa surgir antes e durante a realização da pesquisa. Para isso, basta entrar em contato com a pesquisadora Andreia Muniz, no telefone (51) 9 9795-3332 a qualquer hora, ou pelo e-mail andrea_muniz19@hotmail.com.

Caso você tenha qualquer dúvida ou novas perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se sentir-se prejudicado pela sua participação, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Franciscana – CEP 97.010-032, no telefone (55) 3220-1200, ramal 1289, e-mail cep@ufn.edu.br.

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito da metodologia a ser realizada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim eu o desejar. A Prof^a. Kelly Carvalho Silveira Gonçalves certificou-me de que todos os dados desta pesquisa referentes a mim serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, face a estas informações.

Declaro que recebi uma via do presente Termo de Consentimento.

Assinatura do Participante

Nome do Participante _____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Nome do Pesquisador Responsável _____/____/____

ANEXO III - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: “O Acadêmico em início de curso e o Médico Residente em Medicina da Família, diante do paciente em cuidados paliativos: expectativas e angústias perante a morte”

Pesquisador responsável: Prof^a Dra. Kelly Carvalho Silveira Gonçalves

Demais pesquisadores: Andreia Muniz

Instituição de origem do pesquisador: Universidade Franciscana (UFN)

Área de Conhecimento: Área de Ciências da Saúde

Curso: Medicina

Telefone para contato: (51) 9 9705-3332

Local da Coleta de dados: Curso de medicina da UFN (Conjunto III, Prédio 17, 8º andar)

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

- I. Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos cujas informações serão estudadas;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Os Pesquisadores declaram ter conhecimento de que as informações pertinentes às técnicas do projeto de pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFN em 17/12/2019, com o número de registro Caae 26854719.4.0000.5306.

Santa Maria, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Pesquisador Responsável

Nome: _____

RG: _____

ANEXO IV - AUTORIZAÇÃO PARA USO DE VOZ E IMAGEM NOS GRUPOS FOCAIS

Título do projeto: “O Acadêmico em início de curso e o Médico Residente em Medicina da Família, diante do paciente em cuidados paliativos: expectativas e angustias perante a morte”

Pesquisador responsável: Prof^a Dra. Kelly Carvalho Silveira Gonçalves

Demais pesquisadores: Andreia Muniz

Instituição de origem do pesquisador: Universidade Franciscana (UFN)

Área de Conhecimento: Área de Ciências da Saúde **Curso:** Medicina

Telefone para contato: (51) 9 9705-3332

Local da Coleta de dados: Curso de medicina da UFN (Conjunto III, Prédio 17, 8º andar)

Você está sendo *convidado (a)* para participar, como *voluntário*, em um projeto de pesquisa. Leia cuidadosamente o que segue e pergunte ao responsável pela organização do projeto se tiver qualquer dúvida. Após ser esclarecido(a) sobre as informações, no caso de aceitar fazer parte do projeto, *assine* ao final deste documento, que está em *duas vias*. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. Esta pesquisa Pretende avaliar as reações de contratransferência frente ao paciente sem perspectiva de cura nos Acadêmicos e Residentes em Medicina da família na cidade de Santa Maria. Acreditamos que essas vivências poderão trazer benefícios para a suas práticas diárias. A realização desta pesquisa se justifica na importância do tema: Cuidados Paliativos e o paciente em seu estado terminal, pouco abordado, apesar da exposição inerente do médico à morte e ao processo de morrer.

A gravação do áudio dos grupos focais será guardada em sigilo sob responsabilidade das pesquisadoras responsáveis e será utilizada para posterior transcrição ao Projeto de Trabalho Final de Graduação, sendo armazenada por cinco anos e excluída depois. A pesquisa não trará riscos a você, mas é possível que ocorram desconfortos como cansaço ou vergonha ao participar do grupo, você poderá solicitar interrupção da gravação a qualquer momento.

Você *não terá ônus (não pagará nada)* ao participar da pesquisa. Você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato a pesquisadora Andreia Muniz, no telefone (51) 9 9705-3332 a qualquer hora, ou pelo e-mail andrea_muniz19@hotmail.com. Os pesquisadores se comprometem a seguir as diretrizes da *Resolução 510/16*, que regulariza as normas para pesquisa com metodologias das áreas humanas e sociais no Brasil.

Autorização

Eu, _____ após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Santa Maria _____ de _____ de 20____