

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Pedro Brandão Rodrigues

**A VIVÊNCIA DA EQUIPE MÉDICA FRENTE A
MORTE: Uma revisão integrativa**

TAUBATÉ-SP

2020

Pedro Brandão Rodrigues

**A VIVÊNCIA DA EQUIPE MÉDICA FRENTE A
MORTE: Uma revisão integrativa**

Monografia apresentada como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté.

Orientador: Profa. Dra. Ana Cristina Araújo do Nascimento

TAUBATÉ-SP

2020

**Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBi
Universidade de Taubaté - UNITAU**

R696v Rodrigues, Pedro Brandão

A vivência da equipe médica frente a morte : uma revisão integrativa / Pedro Brandão Rodrigues. -- 2020.
113 f.

Monografia (graduação) - Universidade de Taubaté,
Departamento de Psicologia, 2020.

Orientação: Profa. Dra. Ana Cristina Araújo do Nascimento,
Departamento de Psicologia.

1. Mecanismo de defesa. 2. Enfrentamento da morte. 3.
Médicos. 4. Estudantes de medicina. 5. Terminalidade. I.
Universidade de Taubaté. Departamento Psicologia. Curso de
Psicologia. II. Título.

CDD – 155.937

Pedro Brandão Rodrigues

A VIVÊNCIA DA EQUIPE MÉDICA FRENTE A MORTE: Uma revisão integrativa

Monografia apresentada como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté.

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Assinatura _____

Esse trabalho é dedicado aos profissionais de saúde que presenciaram a morte de tantas pessoas no ano 2020, mas que ainda assim continuaram a zelar pelo cuidado e pela saúde integral.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer às pessoas que me apoiaram até o final do curso e me ajudaram a conquistar um objetivo. Essas pessoas são meus pais. Mesmo em meio às dificuldades que passamos nos últimos anos, foi possível superar todas elas pelo apoio que recebi.

Agradeço também a minha orientadora, que é muito responsável tanto pela minha atuação clínica quanto pela qualidade deste trabalho. Sempre compreensiva e apoiadora, mas que sempre aposta na autonomia de seus alunos.

Por fim, agradeço aos servidores públicos *The Idea* e *The Librarian*, que ajudaram a delimitar sobre o que seria meu Trabalho de Graduação.

Nós e o SUS

Morre-se nas filas
Das filas para casa
Do lar ou da santa
Morrem em camas
As verbas em caixas
Pela glória
De lutas inglórias
Lutamos ou luto
Mesmo que lento
Para na saúde, vitória
Esse é o dia a dia
Do nós, do SUS.
É nosso, o gigante.

Pedro B. Rodrigues

RESUMO

O processo de enfrentamento da morte e do morrer é um fenômeno que todos irão perpassar e as influências ontológicas levam à padrões perceptivos e emotivos ao lidar com a morte. Portanto a cultura, as representações sociais e a formação do médico acarretam transformações na forma com que esses indivíduos enfrentam o desafio da terminalidade e da morte. A morte pode trazer à tona angústias, sofrimentos, medos e demais aspectos que mobilizam mecanismos de defesa das pessoas, as quais evitam pensar sobre ela. No entanto, ao lidar com a morte, é necessário que a equipe de saúde saiba prover uma postura de cuidado e acolhimento ao paciente. E se o profissional não estiver preparado para enfrentar o processo de morrer do sujeito a sua frente, juntamente com um olhar biopsicossocial e humanizado, a promoção do cuidado pode ser parcial ou até mesmo falhar. O seguinte estudo objetivou analisar a partir da literatura científica dos últimos 20 anos os aspectos relacionados às reações do médico frente a vivência da situação de morte de seus pacientes. Os resultados demonstraram lacunas na formação médica ao abordar o enfrentamento da morte, revelando uma prática chamada de ocultamento da morte no currículo. Além disso, a morte é multifatorial e complexa, intrínseca ao contexto macrossocial; e suas dificuldades perpassam por Obstáculos Ocupacionais, Sociais, Dificuldades Interpessoais e Conflitos Éticos, enfrentados pelos profissionais da saúde. Seus sentimentos mais comuns são a impotência, a tristeza e a frustração. Como enfrentamento, a maioria utiliza de mecanismos de defesa elaborados, sendo mais frequentes a Intelectualização, a Racionalização e o Distanciamento Emocional. Conclui-se que há uma repetição da atuação frente a terminalidade praticada desde a graduação, estigmatizando o ser-médico como combatente da morte, sendo seu dever evitá-la a qualquer custo mesmo que seu âmbito vá além das suas capacidades individuais.

Palavras-chave: Mecanismo de Defesa. Enfrentamento da Morte. Médicos. Estudantes de Medicina. Terminalidade.

ABSTRACT

The process of coping with death and dying is a phenomenon that everyone will experience, while ontological influences lead to perceptual and emotional patterns when dealing with death. Therefore, culture, social representations and the medical education lead to changes in the way these individuals face the challenge of terminality and death. Death can bring up anguish, suffering, fears and other aspects that mobilize people's defense mechanisms, avoiding to think about it. However, when dealing with death, it is necessary that the health team knows how to provide a posture of care and reception to the patient. And if the professional is not prepared to face the process of dying of the patient in front of him, together with a biopsychosocial and humanized practice, the promotion of care can be partial or even fail. The following study aimed to analyze, from the scientific literature of the last 20 years, the aspects related to the reactions of the physician to the experiences of the death situations of his patients. The results showed gaps in medical training when dealing with coping with death, revealing a practice called concealing death in the curriculum. In addition, death is multifactorial and complex, intrinsic to the macrosocial context; and their difficulties go through Occupational, Social Obstacles, Interpersonal Difficulties and Ethical Conflicts, faced by health professionals. His most common feelings are helplessness, sadness and frustration. As a confrontation, most use elaborated defense mechanisms, as Intellectualization, Rationalization and Emotional Distance being the more frequent ones. It is concluded that there is a repetition of the action in face of the terminality practiced since graduation, stigmatizing the being-doctor as a combatant of death, being his duty to avoid it at any cost, even if its scope goes beyond his individual capacities.

Keyword: Defense Mechanisms. Coping with Death. Physicians. Medical Students. Terminality.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quantidade de pesquisas de cada base de dados e suas características.....	18
Quadro 2 – Quantidade de publicações de cada revista sobre o tema.....	18
Quadro 3 – Quantidade de teses e dissertações de cada universidade sobre o tema.....	19
Quadro 4 – Quantidade de estudos por ano nos últimos 20 anos.....	19
Quadro 5 – Características das pesquisas e seus objetivos.....	21
Quadro 6 – Estrutura da coleta de dados e principais conclusões.....	25
Quadro 7 – Dificuldades diante do processo de morte e do morrer e as orientações das pesquisas.....	31
Quadro 8 – Problemáticas da formação médica com relação ao processo de morte.....	32
Quadro 9 – Sentimentos de médicos e estudantes de medicina em situações de morte e terminalidade.....	33
Quadro 10 – O que diferencia no impacto de cada morte.....	34
Quadro 11 – Mecanismos de defesa e enfrentamento de médicos.....	35
Quadro 12 – Reorganização dos Mecanismos de Defesa Primitivos segundo a teoria de Anna Freud (1986)	43
Quadro 13 – Reorganização dos Mecanismos de Defesa Elaborados segundo a teoria de Anna Freud (1986).....	43
Quadro 14 – Reorganização dos Mecanismos de Defesa Elaborados segundo a teoria de Anna Freud (1986).....	44
Quadro 15 – Resumo D1.....	58
Quadro 16 – Resumo A1.....	59
Quadro 17 – Resumo A2.....	60
Quadro 18 – Resumo A3.....	60
Quadro 19 – Resumo A4.....	62
Quadro 20 – Resumo A5.....	62
Quadro 21 – Resumo A6.....	64

Quadro 22 – Resumo A7.....	65
Quadro 23 – Resumo A8.....	66
Quadro 24 – Resumo A9.....	67
Quadro 25 – Resumo A10.....	69
Quadro 26 – Resumo A11.....	70
Quadro 27 – Resumo A12.....	71
Quadro 28 – Resumo A13.....	72
Quadro 29 – Resumo A14.....	74
Quadro 30 – Resumo A15.....	75
Quadro 31 – Resumo D2.....	77
Quadro 32 – Resumo D3.....	78
Quadro 33 – Resumo D4	79
Quadro 34 – Resumo D5.....	80
Quadro 35 – Resumo D6.....	81
Quadro 36 – Resumo D7.....	83
Quadro 37 – Resumo D8.....	84
Quadro 38 – Resumo D9.....	86
Quadro 39 – Resumo D10.....	87
Quadro 40 – Resumo T1.....	88
Quadro 41 – Resumo D11.....	90
Quadro 42 – Resumo D12.....	90
Quadro 43 – Resumo D13.....	91
Quadro 44 – Resumo A16.....	92
Quadro 45 – Resumo D14.....	93
Quadro 46 – Resumo D15.....	94
Quadro 47 – Resumo T2.....	95

Quadro 48 – Resumo A17.....	96
Quadro 49 – Resumo A18.....	97
Quadro 50 – Resumo A19.....	98
Quadro 51 – Resumo A20.....	99
Quadro 52 – Resumo A21.....	100

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	4
1.2 OBJETIVOS.....	5
1.2.1 Objetivo Geral	5
1.2.2 Objetivos Específicos	5
1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	5
1.3 RELEVÂNCIA DO ESTUDO	6
2 REVISÃO DE LITERATURA	8
2.1 O LIDAR COM A MORTE	8
2.2 A FORMAÇÃO MÉDICA E AS DISCUSSÕES SOBRE A MORTE E O MORRER	10
3 MÉTODO	16
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	16
3.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	17
3.3 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	17
4 RESULTADOS	18
4.1 ANÁLISE FORMAL	18
4.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	21
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
5.1 MORTE: UM FENÔMENO DA VIDA.....	36
5.2 O FINAL DA VIDA À FRENTE.....	40
5.3 A FORMAÇÃO MÉDICA SEGUNDO A FINITUDE	45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE A	58
APÊNDICE B	64

APÊNDICE C	96
------------------	----

1 INTRODUÇÃO

O lidar com o sofrimento da morte, pode ter muitas nuances e diversas implicações. Visto que o luto é um processo individual e que por isso tende a ser pensado e enfrentado de forma pessoal. Pode haver dificuldades no luto, alimentados por processos sociais e culturais, que serviram de contexto e acompanharam o sujeito ao longo da vida, determinando de certa forma como o impasse desse fenômeno será resolvido, e se de fato o será. É sabendo que essas influências ontológicas ocorrem que alguns padrões perceptivos e emotivos ao lidar com a morte podem ser percebidos nos indivíduos de maneira geral. O que se ressalta é: o processo de enfrentamento da morte e do morrer é um fenômeno que todos irão perpassar, independente das técnicas aprendidas ou da história de vida; terá de ser feito (KÜBLER-ROSS, 2008).

Simonetti (2014) menciona que ao longo da história, o morto era responsabilidade da família, a qual praticava os procedimentos de ritualização de acordo com o que era acordado na cultura. Isso foi sendo passado para os hospitais, que primeiramente adquiriu a responsabilidade de acolhimento e assistência ao pobre, visto como portador de doença e de contágio. O hospital, que a partir do século X foi vinculado às práticas religiosas, começou a apontar um potencial de promoção de cura e de ensino médico, iniciando o processo de medicalização dos hospitais no século XVIII. A consolidação dessa ideia se deu a partir do Relatório Flexner em 1910, o qual destacava problemas de formação científica no trabalho clínico e de uma organização administrativa escassa, iniciando uma mudança estrutural na forma que o estabelecimento em questão funcionava. Já em 1978, a Declaração de Alma Ata coloca a saúde não apenas como uma área biológica, mas também de ciências sociais, demandando uma prática mais interdisciplinar, integral e de acesso a todos (ARAUJO; LETA, 2014). Portanto, da mesma forma, a transição da responsabilidade de como lidar com situações de terminalidade ocorreu com embasamento no corporativismo hospitalar e nas políticas públicas de saúde, mas é questionado se de fato a integralidade na saúde e nas práticas com o paciente em processo de morte é seguida à risca ou é negligenciada (PESSINI, 2002).

Aos poucos, com a produção científica das mais diversas áreas do conhecimento, as críticas ao modelo de Flexner estão sendo consideradas, todavia o mesmo ainda continua hegemônico na formação médica. A objeção ao final do século XX de se seguir a mentalidade biomédica e segmentada, ou seja, que não engloba a complexidade humana e que propõe um ensino elitista e dividido em ciclos, afeta a saúde como um todo (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Da mesma forma, a linha de frente do cuidado aos pacientes terminais e em situação de morte perpassa pelas dificuldades do ainda presente modelo médico do século passado. Além disso,

se a palavra não for dada àquele que sofre e com um olhar de cuidado, a história do paciente não será levada a sério. Com isso, invalida-se todo o sofrimento da pessoa em processo de morte e do qual ela não pode fugir. Isso, no entanto, não é aceitável e nem deveria ser negligenciado, uma vez que contradiz o que é postulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1948, sobre uma tentativa de estado de bem-estar físico, mental e social, seja na ausência ou não de uma enfermidade. O que vai de encontro também à integralidade, tanto em posição de princípio do Sistema Único de Saúde, como também em seus diferentes significados que, segundo Paim e Silva (2010), englobam cuidados, acesso e relações interpessoais, o que justamente tende a ser ignorado nas situações de estressoras e de sofrimento ao lidar com a morte.

O que se tem é que a dificuldade para lidar com a morte do outro é presente, mas não é possível afirmar que de fato ocorre um enfrentamento ou, se diante de todo o esforço e contratempos que o médico possui, é mais um aspecto a ser negligenciado. Em contrapartida, são elementos que poderiam ser amenizados por uma formação médica mais holística, considerando o próprio estudante como um sujeito integral (TRONCHIN, 2009). Sabendo que o fenômeno do processo de morte não é assimilado facilmente, sendo postulado que na maior parte das vezes o luto e a morte são negados, isso leva às condutas pessoais que visam atenuar e se afastar desse sofrimento. Dessa forma, questiona-se como vai ser a relação do médico com a exposição da morte de seu paciente, uma vez que, além de possuir uma formação biomédica, também possui a tendência humana de evitar o enfrentamento do processo de morrer.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

As formas como os profissionais da saúde se posicionam diante da pessoa que está morrendo pode dificultar o cumprimento das técnicas de cuidado integral e humanizado ao paciente, ocasionando mais sofrimento para o indivíduo e para seus familiares. Diante disso, como os médicos e estudantes de medicina lidam com a morte de seus pacientes?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a partir da literatura científica os aspectos relacionados às reações do médico frente a vivência da situação de morte de seus pacientes.

1.2.2 Objetivos Específicos

Identificar características da vivência de médicos e de estudantes de medicina relativas à morte de seus pacientes.

- Delimitar sentimentos mais frequentes desses profissionais e estudantes da área médica diante do processo de morrer dos pacientes.

- Identificar mecanismos de defesas mais comuns desses profissionais frente a terminalidade.

- Coletar modelos de intervenção direcionados ao auxílio de médicos e estudantes a lidarem com essa questão.

1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Esta é uma pesquisa bibliográfica voltada à revisão integrativa, na qual as fontes foram selecionadas em base de dados brasileiras, que são as seguintes: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e a Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS Brasil).

A Scientific Electronic Library Online (SciELO), segundo consta em seu site, é uma biblioteca eletrônica que contém uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. É resultado de um projeto de pesquisa da FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, em parceria com a BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Conta com o apoio do CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico a partir 2002. O projeto objetiva o desenvolvimento de uma metodologia comum para a preparação, armazenamento, disseminação e avaliação da produção científica em formato eletrônico. Conforme seu avanço, novos títulos são incorporados à coleção da biblioteca.

O Portal de Periódicos Capes é uma biblioteca virtual que reúne e disponibiliza às instituições de ensino e pesquisa no Brasil produções científicas internacionais. E como informa seu site em 2020, o portal tem como missão a promoção dos programas de pós-graduação,

democratização do acesso online à produção científica e visa a ampliação do conteúdo do portal, bem como o número de instituições usuárias e capacitação profissional. Enquanto que a CAPES é uma fundação do Ministério da Educação (MEC), atuando no desenvolvimento de pós-graduação *stricto sensu* em todos os estados do Brasil. Tem como linhas de ação de acesso à produção científica, cooperação científica internacional e promoção da formação inicial e continuada de professores (CAPES; 2008).

Por fim, a BVS Brasil (2020) afirma em seu site que é parte integrante da Biblioteca Virtual em Saúde para América Latina e Caribe, tendo por objetivo integrar as redes brasileiras de fontes de informação em saúde, ao mesmo tempo que dando visibilidade a elas. As fontes de informação da biblioteca advêm das BVS Temáticas Nacionais e obedece a seus controles metodológicos e de qualidade. Atualmente, a coordenação do portal é realizada pelo Ministério da Saúde e a BIREME/OPAS/OMS.

1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A morte pode trazer à tona angústias, sofrimentos, medos e demais aspectos que mobilizam mecanismos de defesa das pessoas, as quais evitam pensar sobre ela. No entanto, ao lidar com a morte, é necessário que a equipe de saúde saiba prover uma postura de cuidado e acolhimento ao paciente. E se o profissional não estiver preparado para enfrentar o processo de morrer do sujeito a sua frente, juntamente com um olhar biopsicossocial e humanizado, a promoção do cuidado pode ser parcial ou até mesmo faltar.

Pensa-se que, numa estrutura curricular que hegemonize uma formação mais biológica e segmentada, a reflexão acerca do luto e da morte pode ser prejudicada – como é o caso dos médicos e graduandos de medicina. Do contrário, ou seja, se a formação profissional oferecesse mais significado para o enfrentamento da morte, o estudante poderia ter mais instrumentalização para elaborar o óbito dos pacientes. Quando já formados, existe uma tendência de o sistema de saúde sobrecarregar os profissionais, dificultando ainda mais o enfrentamento. Essa mesma tendência favorece a evitação e a frieza ao lidar com o paciente que está no processo de morte.

Analisar, refletir e sintetizar o conhecimento trazido pelas pesquisas que abordam esse tema, facilita o acesso de profissionais da saúde ao saber sobre as dificuldades e os sentimentos deparados pelos médicos. Logo, a importância do tema para o profissional da saúde mental está no auxílio da profissão médica, trazendo uma intervenção holística a respeito do pensar a morte. Contribui também para os próprios médicos compreenderem melhor o processo de morrer e de

luto além de uma visão biológica e, conseqüentemente, auxiliar na preparação do futuro médico. Conseqüentemente, há chances aprimoradas do paciente a ser tratado ter um atendimento mais próximo do integral.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O LIDAR COM A MORTE

A ritualização da morte promove um status diferente à pessoa que deixou de viver, bem como impacta o círculo social dos vivos, um processo que sofre nuances de acordo com o tempo histórico e com a cultura. Contudo, a perspectiva de ruptura entre vida-morte foi perdendo muito de sua carga mítica e obscura com a medicina e com a institucionalização, a qual migrou o indivíduo entre o processo de doença e morte da sua casa para o hospital (BELLATO; CARVALHO, 2005). Ainda assim, mesmo com o processo de hospitalização, o homem não mudou enquanto seu olhar para a morte, permanecendo a arraigar uma perspectiva de pavor e medo universal. Um exemplo está na tradição de enterrar no túmulo, que advém de uma prática que visava afastar e sepultar a parte “má” que vem do morto e afastar a raiva do espírito por ter morrido, processo que se repete em várias tradições; ou seja, uma prática que coloca um caráter negativo diante da morte e do corpo sem vida (KÜBLER-ROSS, 2008).

Kübler-Ross (2008) argumenta que com o passar dos anos, houve aumento no medo da morte, tanto pelo aumento do número de problemas emocionais, quanto da própria necessidade de compreender o problema do processo de morte e do morrer. Isso é real uma vez que cada vez mais estamos ficando mais velhos, lidando com problemas crônicos e característicos no final da vida.

Para Freud (1972), pensa-se a morte com temor, sendo inconcebível e inimaginável uma vez que no inconsciente das pessoas, cada um está convencido de sua imortalidade; ela, de forma explícita, simplesmente é inexistente numa ótica metapsicológica. O luto patológico, processo que se assemelha à melancolia na psicanálise, se dá na crença da imortalidade do objeto. O luto seria como a incapacidade de uma nova escolha de um objeto de amor externo, depois que sofre a perda do anterior. Já quando antecipado, é considerado defesa frente à transitoriedade, evitando de perceber a vida como transitória e fugaz; ou ainda, preparação para a defesa depressiva (FREUD, 2016). Ou seja, a dificuldade de enfrentar o processo de morte e doença de outrem, pode ser também parte de um luto antecipatório. Para a aceitação da morte, segundo Kübler-Ross (2008), o sujeito deve perpassar por defesas: negação neurótica frente à transitoriedade, não aceitando o que está sendo negado; a raiva e a inveja se vem em segundo;

cai-se então numa fase depressiva que prepara para a perda propínqua; até que se tolera o enfrentamento frente ao impossível.

Como, no inconsciente dos indivíduos, a morte não pode ser a sua própria, o medo não se dá pela compreensão de que é algo natural, mas sim que é uma força danosa, externa a ele e que por isso o castiga. Assim como nele não há a faculdade de discernir o real das fantasias, retomando medo que podem parecer ilógicos quando trazidos para uma lógica da realidade, mas que quando se depara com situações estressoras e que são maiores que a capacidade emocional, voltam a tomar conta. Um exemplo disso, é a culpa quando um ente querido falece, como se fossemos onipotentes de ter feito algo para que isso acontece; ou até mesmo, como se isso fosse um castigo. E posteriormente, outros sentimentos podem vir, mesmo que reprimidos ou de intensidade mínima, uma vez que esse processo angustiante sempre encerra com uma fase de raiva, ira ou fúria (KÜBLER-ROSS, 2008).

Morrer pode ser triste sob vários aspectos, mas tem se tornado algo cada vez mais impessoal e solitário. Com a hospitalização da morte, o sujeito pouco a pouco é tratado como objeto, sem direito a opinar, enquanto que os profissionais dão atenção para as máquinas e para os sinais vitais; mas ele ainda assim é sujeito que deseja ser ouvido e acolhido. E assim, Kübler-Ross (2008) questiona se essa forma crescente de lidar com os pacientes não é fruto da ansiedade causada no profissional pelo doente. Mais especificamente, uma ansiedade frente a morte e conseqüentemente da ideia da transitoriedade da vida, que poderia ser a do próprio sujeito ou de seus objetos de amor.

As crenças diante da morte também mudaram, com a diminuição do sofrimento pelo avanço médico, o significado do sofrer na terra para regozijar uma pós vida perdeu um pouco de sentido. Essa rejeição religiosa colocada pela autora, aumenta a nossa ansiedade frente a morte. Portanto, uma outra atitude diante da morte é ignorá-la, uma propensão comum advinda da nossa sociedade atual. No entanto, nem sempre podemos manter em contradição e manter a negação, então existe a tentativa de dominar ou de se aliviar por não ter morrido no lugar do outro. Ao mesmo tempo, existe o medo, pela identificação com aquele que morreu; ainda que na nossa consciência ocorra a ideia de finitude, é possível que tomemos a morte do outro como angústia e abandono (KÜBLER-ROSS, 2008; RIBEIRO, 2008).

Nesta sociedade industrial, o sofrimento da morte, não está relacionado apenas à dimensão do ser e à uma dimensão subjetiva, também se transformou num problema econômico e político. Ou seja, os problemas alertados pela dor são retirados de sua implicação de dimensões políticas e sociais, e passados para uma resolução do indivíduo (de ir até seu especialista de costume), que se torna consumidor de analgésicos para a resolução do problema.

Ou ainda, tirado da responsabilidade das organizações hospitalares e das políticas públicas, sendo colocados para a equipe de saúde solucionar, sobrecarregando-a. O que não é resolvido da mesma forma, é relegado ao que Pessini (2002) chama de “conformismo dolorista”, como se não tivesse o que ser feito, mas também não tivesse o que ser pensado a respeito, uma cultura que ainda caracteriza boa parte da assistência médica: o de dizer que “é assim mesmo”.

A problemática é que a dor e o sofrimento – comuns na doença terminal – quando não são cuidados, ameaçam a integridade e a perspectiva pessoais do paciente; a contradição é de que um dos primeiros objetivos da medicina ao cuidar é aliviar tanto a dor quanto o sofrimento. A dor e o sofrimento não cuidados não se restringem ao físico e ao psíquico, mas inter-relacionam com o social e com o espiritual. O sofrimento sentido na fase terminal da doença afeta, além do conceito de si próprio, mas a sensação de estar se conectado ao mundo; evolui para um sofrimento de perda do sentido da vida, do controle e, então, não somente ele está morrendo, mas também o está seus significados (PESSINI, 2002).

Logo, para ajudar a lidar com esta realidade do paciente, o sofrimento biopsicossocioespiritual deve ser enfrentado, assim como a evitação do olhar para o processo de morte. Então, a força terapêutica está no triângulo da relação entre paciente-família-cuidadores. Todavia, o caráter relacional amarga diante das reações emocionais de negação, raiva, culpa e medo; e ainda seria ingenuidade restringir a conduta ou as defesas pessoais como únicas e exclusivas daquele que cuida, porque também recebe influencia da forma como sociedade está configurada e como as instituições se portam diante dela (KÜBLER-ROSS, 2008).

2.2 A FORMAÇÃO MÉDICA E AS DISCUSSÕES SOBRE A MORTE E O MORRER

Favorecer a reatividade do sujeito frente à realidade da doença é o foco de Trabalho na Psicologia Hospitalar, em razão disso se dá importância à subjetividade. Esta preocupação acontece pelo impacto que o adoecimento provoca. Em contrapartida, esse pressuposto não parece estar ressaltado na formação do médico, visto que, ainda que exista a ideia de cura e de salvação de vidas, muitas vezes os médicos não possuem tempo para saber ou se interessarem sobre a vida em si do paciente. Dessa forma, os atendimentos prestados não são direcionados ao paciente como um ser humano complexo e total. Ou seja, a medicina afasta o paciente desse lugar de sujeito, silenciando a voz subjetiva. Isso acontece porque a psicologia, enquanto nesse contexto, não parte de uma filosofia de cura; e além da cura estão os medos, as angústias,

resistências e demais elementos subjetivos, concepções esvaziadas na episteme médica (SIMONETTI, 2014).

Na formação médica parece haver uma ênfase pelo desempenho biomédico, enquanto as relações interpessoais não recebem tanto empenho e ensino; ao mesmo tempo que também existe menos enfoque na particularidade do indivíduo, mas no atingimento da massa. Sem intenção de diminuir a importância da eficiência da episteme e da metodologia da medicina, o discurso do médico possui uma diferença radical em comparação com o discurso psicológico. Enquanto este tem primazia pela leitura da subjetividade, aquele retira o que é de subjetivo para o tornar legível de acordo com os signos médicos para os sintomas e doenças (MORETTO, 2001; KÜBLER-ROSS, 2008).

O discurso do médico, coloca uma coerção tanto ao médico quanto ao paciente, que deve ser executada. Essa imperatividade só se sustenta devido a sua objetividade e cientificidade. O resultado ao apagar a subjetividade de ambos, é a desconsideração de suas subjetividades na prática clínica. No entanto, se uma ação carece de interpretação e subjetividade, como a práxis referida, permite com que as resistências interfiram de acordo com os conteúdos transferenciais e contratransferências. Ou seja, a falta de uma reflexão sobre a prática médica abre portas para que mecanismos de defesas, vieses e demais conteúdos subjetivos atuem sem serem percebidos; portanto, ainda que a tentativa de apagar a subjetividade da relação fracasse, traz consequências tanto para o médico quanto para o paciente. É por esse motivo, que mesmo o discurso médico sendo o predominante nos hospitais, pouco a pouco demais disciplinas estão ganhando espaço de atuação e de intertextualidade ao agir com o paciente (MORETTO, 2001).

Simonetti (2014) questiona se a Psicologia deve se responsabilizar por todo esse trabalho subjetivo e deixar que a percepção estritamente biomédica se mantenha nos demais membros da equipe de saúde; ou se deve favorecer a inclusão do discurso subjetivo na medicina sem torna-la imprecisa e ineficaz. Longe de entrar nos méritos de responder a esse problema, estudos como o proposto auxiliaria na reflexão a respeito. Dessa forma, ainda que exista uma antinomia radical entre o saber médico e o saber da Psicologia ou da psicanálise, a reflexão e a comunicação multidisciplinar são tanto saudáveis quanto necessárias na atuação de ambas as profissões, porque os saberes se dependem. Somente assim, se consegue atender as necessidades de um indivíduo em sua complexidade, seja ele o médico ou o paciente (MORETTO, 2001).

A visão biocêntrica da educação médica é fundamentada pelo relatório de Flexner de 1912, que propôs uma profunda transformação da estrutura do currículo médico para a forma

como se é conhecido atualmente. E na visão proposta por esse documento, com o objetivo de intervenção física e química, a doença é vista como um mal funcionamento do mecanismo biológico e o corpo humano tem seu estudo segmentado; com isso, a capacitação era para que houvessem especialistas em doenças, não em cuidado, desenvolvendo as práticas e visões reducionistas discutidas. Posteriormente houve a preocupação e inclusão de um peso sociocêntrico, caminhando para currículos com alguma fundamentação antropocêntrica e que garantisse profissionais para além de uma visão biomédica, mas como afirma Pessini (2002), isso ainda é encarado como um problema técnico, despojando de seu caráter ético. Esse pode ser um fator para a indicação da literatura científica de que há uma certa defasagem do ensino das faculdades de médicos e enfermeiros, afetando a qualidade e humanização da prática do profissional e, também, a saúde mental dos envolvidos. Em ambos os cursos a formação é essencialmente voltada para as técnicas e procedimentos com relação à morte e aos cuidados paliativos, no entanto, a capacidade de lidar com a morte, a reflexão e o cuidado no fim da vida são temas negligenciados. Por vezes, demonstrou-se haver carência de disciplinas a respeito, ainda que – como no caso da enfermagem – tem-se o conhecimento técnico para lidar com o corpo do paciente após a morte (SANTANA et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2016; PERBONI; ZILLI; OLIVEIRA, 2018).

Os médicos aprendem as técnicas de como salvar a vida, mas nem todos são auxiliados no processo de compreensão da vida e da morte. Diferente da massificação, o pensar sobre a morte é individual e é algo que todos devem enfrentar ainda que tenhamos a necessidade de fugir. Favorecer esse processo, principalmente nos estudantes, melhoraria a capacidade de cuidado e de inter-relacionamento humano, faculdades essas que podem ficar adormecidas diante do medo do processo de morrer. A meta não deveria de dispor especialistas sempre para tais situações, mas treinar a equipe hospitalar para não terem ações defensivas de fuga e de passividade (KÜBLER-ROSS, 2008).

Afinal, se a cura não é mais possível, tal discurso não é mais funcional, mas sim o de cuidado e redução do sofrimento. Esse é o caso de pacientes terminais, em que existe o auxílio da medicina paliativa, prevalecendo as intervenções de caráter psicossociais. O tratamento paliativo deve ser individualizado de acordo com as necessidades e interesses, ajudando na morte digna e no alívio da dor; outro ponto de fundamental importância é o foco nas relações interpessoais, evitando o sentimento de abandono do paciente por meio da presença da equipe de saúde e deixando espaço para a fala do doente. No entanto, estar diante do processo de morte do paciente, esteja ou não dentro do cuidado paliativo, pode levar a comportamentos de evasão e que prejudicam a terapêutica (SIMONETTI, 2014).

A dimensão do trabalho paliativo é ajustar para dar lugar à realidade da morte iminente. Conquanto que os fatos realizados permanecem na mesma esfera de imortalidade, se não ocorrer a despersonalização; dessa forma, a hostilidade e frieza enquanto defesa da transitoriedade afetam o cuidado e a manutenção da integridade do Eu. No trabalho paliativo, a impossibilidade de cura não implica na impossibilidade de cuidado; escutar o paciente é levar sua palavra a sério, sua história como verdadeira e, por isso mesmo, viva – mesmo que isso doa no paciente, no analista e na equipe. Porque o que se tem como contínuo mesmo na saúde minguate, é a história do paciente. Caso o profissional se coloque de forma contrária a isso, afasta-se de uma construção da relação transferencial que pode ser terapêutica e amenizadora de sofrimento (CASTRO-ARANTES, 2016).

Se a equipe não consegue nem falar sobre os pacientes, muito menos irão ouvir e acolher o paciente em relação aos últimos dias de sua vida. Como ficaria o acolhimento desses pacientes? A resistência é presente até mesmo na consideração do que significa o paciente ser terminal, uma vez que carrega subjetividade para sua definição, devido à falta de protocolo médico para sua consideração. Tem-se, então, a utilização da formação reativa diante da ansiedade por se afastar ou ignorar a situação do paciente, junto à situação desiderativa de sumiço dele. Tal conjuntura leva a um bloqueio de comunicação, algo tão importante para manter o apoio emocional do paciente. A comunicação defasada é muitas vezes projetada na família ou no próprio doente, ao invés de afirmadas como próprias da equipe médica (QUINTANA et al., 2006). Assim, há uma problemática apresentada por Maldonado e Canella (2003 apud IMANISHI; SILVA, 2016), dos profissionais que atuam de forma ríspida e autoritária, querendo que o paciente se submeta. Além da desintegração multidisciplinar, o trabalho adquire um clima desarmonioso e com isso, a comunicação entre profissional-paciente-instituição fica fragmentada. E assim também fica a visão do seu paciente.

Além disso, de acordo com Ismal (2010 apud IMANISHI; SILVA, 2019) e Simonetti (2014), o afastamento do ambiente familiar e da rotina quebra a referência que a pessoa tem, submetendo-o às novas normas que geram desconforto. Sofre então, com processos intrusivos. Além disso, numa formação médica que não apura o significado do adoecer, o paciente não é lidado de forma direta e holística. Neste panorama, a despersonalização é um fenômeno que se refere à perda da identidade pelo distanciamento das práticas comuns de sua vida anterior à internalização. O processo de despersonalização pode acontecer no contexto hospitalar diante da fantasia do paciente de que o hospital detém o saber da cura. Portanto, como os médicos recebem a transferência do paciente que os veem com o discurso de cura que irão salvá-los ou

dar significado? Frente a transitoriedade, questiona-se como é a ação médica, já que ela pode impactar no tratamento paliativo.

A literatura científica, ao abordar esse tema, elenca alguns sentimentos e percepções tanto acerca do trabalho com pacientes ao final da vida quanto ao experienciar mortes. Diante de uma antecipação do processo de morrer, alguns profissionais utilizam da racionalização, não se afetando muito pelo evento e se afastando de certa forma do paciente. Outros, experimentam sentimento de insegurança, derrota, culpa e estresse emocional; nestes casos, geralmente está relacionado ao treinamento e a ideia de que estão trabalhando para alcançar a cura, além de se sentirem responsáveis de certa forma, pensando terem sido insuficientes. Por fim, um terceiro grupo de sentimentos são de medo e desamparo, que ocorrem mais frequentemente quando o vínculo com o paciente é maior, bem como a percepção de infinitude da vida diante do óbito (SAN'TANA et al., 2013; SANTOS; CORRAL-MULATO; BUENO, 2014; COSTA; POLES; SILVA, 2016; OLIVEIRA et al., 2016; ALENCAR et al., 2017; PERBONI; ZILLI; OLIVEIRA, 2018). Logo, tanto em médicos quanto com enfermeiros, percebe-se que existe uma frequência de certas condições para determinados sentimentos acontecerem, como os tipos de morte e os aspectos pessoais, ambos influenciando na interpretação sobre o processo e nas emoções consequentes.

Não é só o processo de morte em si que torna a situação dificultosa. A equipe médica necessita dispor de esforços cognitivos, estágio contínuo de concentração e são muito cobrados para fazer escolhas para beneficiar pacientes em detrimentos de outros. Isso leva aos danos no seu trabalho pelo sofrimento físico e emocional, e também, na prestação de auxílio de qualidade de prestação de serviços, minando as relações socioprofissionais e a integração, consequentemente no ato de cuidado também (LEITE, 2005).

Na UTI, por exemplo, a equipe multiprofissional possui diversos fatores além da dificuldade de aceitação da morte, como a alta complexidade, situações de emergência, pacientes graves, mas que ainda assim, é uma das partes mais delicadas da parte profissional. E no geral, acaba sendo uma experiência frustrante para as necessidades emocionais da família pela falta de suporte (LEITE, 2005).

Como visto, retirar o caráter social e psicológico dos processos de morte, leva sofrimento tanto ao paciente como ao médico, porque é retirada a visão integral do processo, seja educacional ou seja próprio da saúde; o que é contraditório, visto que a integralidade é atualmente uma das formas mais fortes de promoção e prevenção utilizadas como embasamento das práticas de saúde. Acontece que a importância escassa dada à atenção integral é reflexo do investimento baixo em interação social e relacionamento interpessoal. Além disso, tem relação

com o corporativismo e privilégio de hospitais nas políticas de públicas de saúde, que ainda mantém o conceito intervencionista e de medicalização, ignorando demais necessidades. E é exatamente o que se tem apontado, uma atenção privilegiada à técnica e recuperação de saúde em defasagem da integralidade. (TORNCHIN, 2009).

Tornar mais próximo os estudantes de medicina aos pacientes em estado terminal é de grande valia, bem como debater em grupo os casos ou as dificuldades. Isso favorece a troca e comunicação das experiências de cada um, eficaz para a tal enfrentamento da morte. E assim como qualquer sujeito diante da morte, os estudantes também possuem reações emocionais diversas ao mesmo tempo que permite ir além dos tabus sobre o tema. Ao mesmo tempo que existem fatores que se mostraram úteis para ajudar a equipe de profissionais de saúde a enfrentar a carga, como descontração no ambiente de trabalho, isolamento, espiritualidade ou até mesmo na busca de alternativas que melhorem a sua saúde física e mental. Ambas são práticas que favorecem a integralidade e a intertextualidade dos discursos, que poderiam ser incentivadas pelas instituições de saúde e de ensino (LEITE, 2005; TORNCHIN, 2009).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa foi bibliográfica e exploratória voltada à revisão integrativa.

A pesquisa bibliográfica é realizada com exclusividade nas fontes bibliográficas já elaboradas, como artigos científicos publicados, permitindo maior identificação de fenômenos do que se trabalhasse em campo. O caráter exploratório permite a explicitação do assunto, tornando o seu saber mais próximo e passível de construir hipóteses diante disso (GIL, 2002).

A revisão Integrativa é um método de pesquisa que tem a característica de buscar a exaustão dos estudos do tema em questão, que permite o acréscimo de evidências para a prática clínica e a obtenção de um entendimento profundo acerca do fenômeno selecionado. Seu objetivo é sintetizar os resultados em um determinado período de tempo, ordenando e sistematizando, o que permite o aprofundamento do tema e a formulação de conclusões (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A vantagem da utilização da revisão integrativa é que promove um acesso facilitado ao conhecimento científico para o profissional, o que também impacta positivamente na prática do profissional da saúde. Para que a pesquisa sirva de um acesso amplo e agilizado ao conhecimento, o leitor deve conseguir identificar as características dos estudos inclusos na revisão. Esse tipo de pesquisa abarca publicações que suportam a tomada de decisão e o aprimoramento da prática, sendo útil para identificar lacunas que precisam ser detalhadas com novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O primeiro momento da revisão integrativa é determinar o objetivo específico, bem como questionamentos que deverão ser respondidos e hipóteses testadas por meio da coleta de pesquisas primárias; as quais cumprem os critérios de inclusão e exclusão. Estes critérios são úteis para determinar a validade metodológica e reduzir o número de estudos no final da revisão. Já a parte de análise desse tipo de pesquisa, que segue após a coleta dos estudos e suas exclusões, promove discussões sobre os métodos e resultados utilizados nas pesquisas e reflexões sobre possíveis novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Outro ponto positivo no estudo de revisão, segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) é que a síntese e a sua conclusão permitem generalizações do fenômeno, gerando uma intervenção de cuidado mais efetiva e com melhor custo-benefício na área da saúde. No entanto, o estudo de revisão integrativa pode ter diferentes finalidades, determinadas pelo revisor, sendo

direcionada para: definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos.

3.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Tendo como base os critérios de Mendes, Silveira e Galvão (2008), a coleta de dados foi planejada de acordo com as seguintes etapas:

1ª) Identificação do tema de pesquisa: a pesquisa foi realizada de acordo com a pergunta sobre o tema, visando ser respondida.

2ª) Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos para a composição da amostra de fontes bibliográficas: as bases de dados utilizadas foram Periódicos Capes, Banco de Teses da Capes, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde Brasil. Os descritores utilizados na busca das fontes foram “equipe médica frente à morte”, “estudantes de medicina e a morte”, “equipe de saúde e a morte”.

Foi considerado como critério de inclusão as pesquisas brasileiras realizadas nos últimos 20 anos no Brasil e que estiverem disponíveis on-line, cujos participantes fossem médicos formados ou estudantes de medicina. Como critério de exclusão, será considerado as pesquisas que forem repetidas ou que não faça distinção das profissões dos participantes nas pesquisas.

3.3 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

O procedimento de análise dos dados seguiu as seguintes etapas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008):

3ª) Categorização dos estudos, definindo as informações extraídas das fontes bibliográficas selecionadas.

4ª) Avaliação dos estudos incluídos na Revisão Integrativa para os resultados da pesquisa. Os resultados foram divididos em duas categorias principais: os aspectos formais dos artigos, de acordo com o número de fontes bibliográficas encontradas, quantidade de participantes, autores e revistas que mais publicaram, ou seja, de caráter mais quantitativo; e os aspectos de conteúdo, sendo as informações qualitativas, que se relacionam com o cumprimento dos objetivos de pesquisa.

5ª) Interpretação dos resultados, discutindo os resultados da pesquisa, comparando com o material teórico existente, formando conclusões, identificando lacunas e problemas no objetivo de pesquisa, bem como a proposição de um protocolo de intervenção.

4 RESULTADOS

Como proposto metodologicamente, os resultados desta Revisão Integrativa serão divididos em dois índices, sendo primeiramente realizada uma análise formal e posteriormente uma análise de conteúdo. Como recurso de pesquisa, foi utilizado um Quadro Resumo (que se encontra no apêndice) para facilitar e organizar a coleta de dados. E para cada referência, foi atribuído um código no mesmo quadro. Os códigos foram atribuídos com “A” para artigos, “D” para dissertações e “T” para teses.

4.1 ANÁLISE FORMAL

Quadro 1 – Quantidade de pesquisas de cada base de dados e suas características.

BASES DE DADOS	ARTIGOS (N)	DISSERTAÇÕES (N)	TESES (N)
BVS	5	1	-
CAPES	11	14	2
SCIELO	5	-	-
TOTAL	21	15	2

Fonte: Dados da pesquisa

Como é possível observar pelo Quadro 1, o total de pesquisas selecionadas para análise é de 38. Inicialmente, foi coletado 46 fontes. Retirou-se pesquisas repetidas ou que não se encaixavam nos critérios de seleção escolhido para o método. A maior parte das fontes foram encontradas na Capes, seguida da BVS e SciELO, respectivamente.

Quadro 2 – Quantidade de publicações de cada revista sobre o tema.

NOME DA REVISTA	NÚMERO DE FONTES
Interface	5
Revista Brasileira de Educação Médica	5
Psicologia: Teoria e Pesquisa	2
Ciência e Saúde Coletiva	2
Psicologia Argumento	1
Latino-Americana de Enfermagem	1
Paidéia	1
Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental	1
Psicologia em Estudo	1
Texto e Contexto – Enfermagem	1
Revista Bioética	1

Fonte: Dados da pesquisa

As publicações de artigos nos últimos 20 anos não passam de uma publicação por revista em sua maioria. No entanto, tanto a revista Interface quanto a Revista Brasileira de Educação Médica publicaram 5 artigos, mostrando preocupação com a temática – principalmente com os impactos na educação médica.

Quadro 3 – Quantidade de teses e dissertações de cada universidade sobre o tema.

DEPARTAMENTO E UNIVERSIDADE	DEPARTAMENTO	DISSERTAÇÕES E TESES
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Assistência à Saúde; Psicologia 2, Sociedade e Qualidade de Vida1	3
Fundação Antônio Prudente	-	1
Universidade Federal de Sergipe	Ciências da Saúde	1
Universidade Federal do Pará	-	1
Universidade de São Paulo	Faculdade de Medicina	1
Universidade de São Paulo	Instituto de Psicologia	1
Centro Universitário Christus	-	1
Faculdade Pernambucana de Saúde	Ensino em Saúde	1
Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Atenção à Saúde	1
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro	Departamento de Psicologia	1
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Faculdade de Medicina	1
Universidade Federal de São Paulo	-	1
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	Saúde e Desenvolvimento	1
Universidade Federal de Santa Maria	Enfermagem	1
Instituto René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz	Saúde Coletiva e Ciências da Saúde	1

Fonte: Dados da pesquisa

As teses e dissertações seguem o mesmo padrão do quadro anterior e não passam de uma publicação por universidade. Com exceção da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que ao todo foram realizados 3 trabalhos.

Quadro 4 – Quantidade de estudos por ano nos últimos 20 anos.

ANO	Nº DE ARTIGOS	Nº DE DISSERTAÇÕES	Nº DE TESES
1999	-	-	-
2000	-	-	-
2001	-	-	-
2002	-	-	-
2003	-	-	-
2004	-	-	-
2005	1	1	-
2006	1	-	-
2007	-	3	-
2008	1	1	-
2009	-	2	-
2010	1	1	-
2011	2	-	-
2012	-	2	-
2013	5	1	-
2014	-	-	-
2015	2	1	1
2016	5	-	-
2017	1	3	-
2018	-	-	1
2019	2	-	-

Fonte: Dados da pesquisa

Publicações com essa temática começaram a aparecer somente a partir de 2005, ou seja, 15 anos atrás. Os anos que constaram maior número de publicações foram 2013 e 2016, sendo que, desde 2015, pelo menos um estudo foi realizado nos anos seguintes até 2019.

4.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO

Quadro 5 – Características das pesquisas e seus objetivos.

CÓDIGO	TIPO DE PESQUISA	NATUREZA DA PESQUISA	OBJETIVOS
A1	Descritivo	Qualitativo	Investigar a visão do médico intensivista acerca da participação da família em situação de terminalidade em UTI e comunicação de más notícias
A2	Exploratória	Qualitativo	Identificar as dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional que atua na UTI.
A3	Descritiva	Qualitativo	Compreender como as equipes de saúde definem e vivenciam o paciente terminal.
A4	Descritivo e Exploratório	Qualitativo	Descrever os significados de uma equipe multidisciplinar de uma UTI de Adultos sobre o processo da morte e do morrer
A5	Descritivo e Exploratório	Qualitativo	Discutir as dimensões emocionais e éticas envolvidas no cuidado do médico com o paciente em situação de terminalidade em UTI.
A6	Exploratório e Descritivo	Qualitativo	Compreender o processo de comunicação de más notícias no contexto de uma UTI.
A7	Exploratória	Qualitativo	Descrever como os alunos do quarto e sexto ano de graduação em medicina humana lidam com situações que envolvem a morte.
A8	Exploratória	Qualitativa	Avaliar o conhecimento sobre ortotanásia dos concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia de uma universidade.
A9	Exploratório e Descritivo	Qualitativa	Compreender os significados que alunos de medicina atribuem à experiência de cuidar de pacientes em fase terminal.
A10	Descritivo	Qualitativo	Caracterizar as estratégias de enfrentamento psicológico utilizadas por médicos oncologistas
A11	Exploratório e Descritivo	Qualitativo	O objetivo deste estudo é conhecer a experiência dos alunos de medicina e enfermagem no atendimento aos pacientes em Cuidados Paliativos, compreendendo os aspectos de sua formação para esse tipo de cuidado.

CÓDIGO	TIPO DE PESQUISA	NATUREZA DA PESQUISA	OBJETIVOS
A12	Exploratório e descritivo	Qualitativo	Compreender como a formação médica lida com o processo de morte de um paciente e o que os estudantes desejam e sugerem em relação ao tema.
A13	Exploratório e descritivo	Qualitativo	Identificar e analisar a representação social sobre a morte construída por médicos intensivistas.
A14	Descritivo	Qualitativo	Investigar o significado da morte para médicos que atuam com pacientes em condição crítica no contexto do Transplante de Medula Óssea.
A15	Descritivo	Qualitativo	Discutir o processo de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com relação à morte de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.
A16	Exploratório	Quantitativo	Refletir e discutir as práticas de limitação ou retirada de suporte vital em situações de terminalidade.
A17	Exploratório	Quanti-quali	Investigar o conhecimento de estudantes de medicina sobre conceitos bioéticos a respeito dos tipos morais de morte.
A18	Exploratório e Descritivo	Qualitativo	Conhecer a vivência de uma equipe multiprofissional no cuidado paliativo no contexto hospitalar.
A19	Exploratório e Descritivo	Qualitativo	Conhecer como os acadêmicos de Medicina percebem que a graduação os prepara para o enfrentamento da morte e seus significados.
A20	Descritivo	Quantitativo	Analisar a atitude de médicos e a percepção de estudantes de medicina em relação ao fim da vida.
A21	Exploratório e Descritivo	Quanti-quali	Traçar o perfil de estudantes concluintes de um curso de medicina perante a morte e como estão preparados para o processo de morte e morrer.
D1	Pesquisa participante - Descritivo	Qualitativo	Caracterizar a percepção de profissionais trabalhadores em UTI, quanto aos cuidados prestados ao paciente oncológico em cuidados paliativos em fase final de vida.
D2	Descritiva	Qualitativa	Analisar a percepção de médicos sobre o seu preparo para o enfrentamento de situações de morte e morrer de pacientes.
D3	Descritivo e Exploratório	Qualitativo	Apreender as representações sociais de médicos e enfermeiros que trabalham em UTI sobre a morte e o processo de morrer.

CÓDIGO	TIPO DE PESQUISA	NATUREZA DA PESQUISA	OBJETIVOS
D4	Exploratório e Descritivo	Qualitativo	Compreender os significados atribuídos por profissionais que atuam em enfermagem pediátrica.
D5	Descritivo	Qualitativo	Como os profissionais da saúde lidam com a morte numa unidade de terapia intensiva.
D6	Descritivo e Exploratório	Quanti-quali	Analisar o processo de formação dos estudantes de Medicina frente à morte, visando uma proposta educativa.
D7	Descritivo	Qualitativo	Conhecer a percepção dos pediatras da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e dos residentes de pediatria do hospital escola sobre a formação acadêmica do médico na habilidade social de comunicar o óbito infantil.
D8	Descritivo	Qualitativo	Descrever e conhecer o que existe de estruturante no encontro do médico com a morte do seu paciente.
D9	Descritivo	Qualitativo	Compreender a experiência de médicos que trabalham em urgência e emergência diante da morte.
D10	Descritivo e Exploratório	Qualitativo	Compreender a construção dos significados da morte para os profissionais de saúde frente ao cuidado à pessoa com câncer
D11	Exploratório	Quanti-quali	Avaliar o nível de ansiedade da equipe de saúde que lida com o paciente terminal com câncer, identificando os fatores associados e sentimentos dos profissionais.
D12	Descritivo	Quanti-quali	Compreender o que significa o enfrentamento com a morte para os alunos em sua prática educativa no cotidiano hospitalar e seu preparo na graduação.
D13	Exploratório	Qualitativo	Descrever e analisar as vivências de médicos infectologistas frente à morte e ao morrer frente à epidemia de AIDS.
D14	Descritivo	Qualitativo	Investigar o comportamento e a resposta emocional dos profissionais que estão próximos da criança em fase terminal.
D15	Exploratório e Descritivo	Qualitativo	Compreender as representações sociais de médicos e enfermeiros acerca do investimento excessivo no paciente terminal em uma UTI.
T1	Descritivo	Qualitativo	Compreender as repercussões da terminalidade em terapia intensiva para a família e para a equipe médica.

CÓDIGO	TIPO DE PESQUISA	NATUREZA DA PESQUISA	OBJETIVOS
T2	Descritivo	Qualitativo	Investigar como os médicos na condição de sujeitos culturais orientam o cuidado a pacientes graves com risco de morte.

Fonte: Dados da pesquisa

Os objetivos das pesquisas confluem com a temática proposta, com algumas diversificações. A finalidade dos estudos se deu na descrição e exploração da percepção de médicos, estudantes de medicina e equipes de saúde a respeito do contexto de morte e terminalidade como pode ser verificado no Quadro 5. Ainda assim, a análise de conteúdo deste estudo estreitou o foco para os médicos e para os acadêmicos de medicina. Dessa forma, a percepção desses indivíduos, com base nas pesquisas, seria diante de situações de terminalidade e cuidados paliativos, morte ou até mesmo a comunicação do óbito e de más notícias.

As consequências emocionais e interpessoais desse encontro com a finitude foram levantadas nos trabalhos juntamente com as formas de enfrentamento. Isso serviu de material para a discussão a respeito da formação acadêmica da classe médica. Para isso, a maioria das pesquisas utilizaram de entrevistas semiestruturadas e da observação para realizar a coleta de dados.

Quadro 6 – Estrutura da coleta de dados e principais conclusões.

CÓDIGO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	CONCLUSÕES
A1	6 médicos	Entrevista Semiestruturada	Necessidade de mais investigação e debate interdisciplinar. Os obstáculos são de cunho ocupacionais e a comunicação de más notícias leva ao questionamento das competências.
A2	15 participantes (3 médicos)	Entrevista semiestruturada	Necessário mecanismos de adaptação para a equipe estar mais apta a lidar com a morte e com a família.
A3	3 médicos e 2 enfermeiros	Entrevistas semiestruturadas e observação.	Dificuldade de definir o paciente terminal com exatidão e se responsabilizar por isso. O despreparo fomenta sensação de fracasso. Logo, indica necessidade de mais preparo na formação e habilidades interpessoais.
A4	21 participantes (10 médicos)	Entrevistas semiestruturadas	Conclui-se que depende do conhecimento e da experiência pessoal para definir a morte, conflitando entre visão científica e não-científica do óbito.
A5	6 médicos intensivistas	Entrevistas semiestruturadas	A percepção sobre o paciente é complexa e multifatorial, além de ser paradoxal o paciente terminal estar em UTI ao invés de um atendimento paliativo. Isso levou à discussão de conflitos éticos juntamente com o sofrimento do luto, originando mecanismos de defesa e enfrentamento.
A6	12 médicos	Entrevistas Semiestruturadas e observação não-participante.	Concluiu que é importante revisar a relação do médico com a família na formação médica. Também é essencial os médicos terem um apoio interdisciplinar mais coeso e uma atualização médica para refletir sobre sua assistência integral de forma que aborde suas emoções.
A7	17 alunos do curso de medicina	Questionário e entrevista semiestruturada	Antes do quarto ano, a experiência é muito abarcada pelo subjetivismo de cada aluno, o que vai se transformando numa visão mais objetiva da morte ao final do curso.

CÓDIGO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	CONCLUSÕES
A8	22 alunos (6 de medicina)	Entrevistas semiestruturadas	Identificou-se falta de familiarização dos estudantes de medicina com os conceitos bioéticos relacionados à morte e sua baixa prioridade na graduação, não se tornando capacitados a responder demandas éticas e familiares.
A9	24 alunos do quinto e sexto ano de medicina.	Observação e entrevista aberta.	Os próprios participantes concluíram que é necessário autoconhecimento do médico além do técnico e biológico, mas que carecem de revolvimento necessário nesse âmbito. Defende-se então uma reforma curricular e o ensino aos longos dos anos, exigindo formação ética e filosófica sobre o tema.
A10	12 médicos oncologistas.	Observação e entrevista semiestruturada.	Os médicos costumam focar no problema de forma objetiva e ativa, comunicando as famílias, por vezes com comportamentos rígidos. Para isso, utilizam de enfrentamento focalizada no apaziguamento das emoções.
A11	10 alunos (5 de medicina)	Entrevista semiestruturada	A grade curricular se demonstrou insuficiente para formar os alunos com eficiência em Cuidados Paliativos, o que se dá por meios extracurriculares. Sugeriu-se que o tema seja abordado mais vezes nas disciplinas clínicas e psicossociais para melhorar a prática de cuidado.
A12	19 alunos de medicina e residentes	Entrevistas semiestruturadas e oficinas de cenas projetivas	A formação teve uma conclusão limitada sobre a formação acerca da morte, a qual se dá nos últimos anos e de forma presencial. Os alunos solicitam mais experiências, além de uma prática continuada e assistência psicológica.

CÓDIGO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	CONCLUSÕES
A13	27 médicos	Entrevistas Semiestruturadas	Os intensivistas encaram a morte com mais objetividade, como prevista na formação médica. As dificuldades se demonstraram um importante objeto de reflexão para a prática médica e sua formação com relação à morte.
A14	5 médicos	Entrevista semiestruturada	O fracasso sentido pelo médico diante da morte e o despreparo da formação médica evidenciam o cenário do macrocontexto social do profissional em medicina; assim, a forma como a sociedade vê a profissão vai impactar com o médico vai lidar com a morte (o aspecto individual).
A15	156 participantes para questionários. 11 médicos entrevistados.	Questionários e Entrevistas semidirigidas	Além das necessidades específicas a respeito do fim da vida, existem outras situações que aparecem como plano de fundo devido aos problemas sociais, culturais e econômicos. Com isso, defende-se que a morte faz parte da vida e acontece com todas as necessidades vitais.
A16	10 médicos	Entrevista	A má abordagem do tema de ortotanásia é frequente na formação médica. Apesar de ser conhecida pelos participantes, os critérios éticos não embasam sua prática, levando às decisões de cunho objetivo e possíveis conflitos com a família.
A17	120 estudantes de medicina	Questionário Fechado	Ambos os grupos não mostraram familiaridade pelos tipos morais de morte, o que mostra que cursos curtos de ética e bioética não estão sendo suficientes.

CÓDIGO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	CONCLUSÕES
A18	6 participantes (1 médico)	Entrevista Semiestruturada	A morte resulta em sentimento de fracasso, mas que leva resignificação e identificação de lacunas na formação e coesão da equipe multidisciplinar. O estudo espera contribuir para a construção de conhecimento e atenção de gestores sobre a educação continuada no cuidado paliativo.
A19	5 internos de medicina	Entrevista Semiestruturada	A pesquisa revelou que o enfrentamento da morte é prática ocultada no currículo, não identificado nas grades, mas essencial e passada pelos modelos mais experientes. Nesse caso, compreendida com objetividade.
A20	51 alunos e 42 profissionais do ESF	Formulário semiestruturado	É possível delinear a evolução do enfrentamento da morte à medida que se adquire experiência profissional, mas reflete lacuna no currículo médico. Assim, o estudo e a discussão sobre a morte deveria ser um tema não dissociado da prática e alongado na graduação.
A21	66 estudantes de medicina	Questionários	O estudo demonstrou que a amostra expressou lidar com a morte de forma silenciosa, advindo de médicos já formados. Ainda assim, relatam sentimentos negativos, ainda que revelem um olhar naturalizado.
D1	6 médicos especialistas	Grupo Focal	Os participantes revelaram dificuldade de definir ponto que separe o doente crítico do paliativo. Este é composto por medidas de amenização sintomática o que requer educação paliativa, que não é suficiente.
D2	85 médicos e enfermeiros	Entrevista e Questionário	A maioria considerou preparo adequado, com exceção à pediatria. Em contrapartida, e de forma contraditória, revelaram formação acadêmica nula e frágil com relação ao enfrentamento da morte e do morrer.

CÓDIGO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	CONCLUSÕES
D3	24 participantes (12 médicos)	Teste de Associação Livre e Entrevista Semiestruturada	A morte teve correlação com evento biológico, psicossocial e, por vezes, transcendental. Articulação que foram consideradas representações que tornam familiar o que é estranho. O estudo sugere atividades de apoio em grupo.
D4	12 profissionais (3 médicos)	Entrevistas Semiestruturadas	Conclui que há necessidade de inclusão de disciplinas na graduação que abordem o tema de morte e tanatologia de forma mais alongada, bem como o paradigma paliativo em todos os níveis de assistência.
D5	51 profissionais (10 médicos)	Entrevistas Semiestruturadas	Os profissionais de medicina sintetizavam respostas com maior objetividade, sugerindo novo estudo de comparação e do porquê tais profissionais revelam concisão e objetividade frente aos demais.
D6	104 estudantes de medicina	Pesquisa documental, questionário estruturado, grupo focal e depoimentos espontâneos.	Conclui que é necessário acabar com o isolamento médico ante aos demais profissionais de saúde, visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes ao final de vida. Sugere tratamento da morte como tema transversal no curso, incluindo novas disciplinas.
D7	14 médicos	Entrevista Semiestruturada	Conclui que há necessidade padronização dos procedimentos e os participantes revelaram necessidade de privacidade e treinamento de comunicação do óbito.
D8	4 médicos oncologistas	Entrevistas Semiestruturadas	O estudo revelou distanciamento médico por já conhecerem toda a etapa do processo morte-doença, evitando envolvimento.
D9	6 médicos	Observação e Entrevista semiaberta	Rotinas de estresse, sobrecarga, superlotação e falta de recursos complicam o enfrentamento da morte e o envolvimento com o paciente. O estudo coloca necessidade de mudança na cultura médica e na sua formação acadêmica.

CÓDIGO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	CONCLUSÕES
D10	34 participantes (10 médicos)	Entrevista semiestruturada	Os sentimentos diante dos pacientes dependem de algumas categorias mostradas ao longo do estudo, como vínculo, identificação e idade.
D11	79 participantes	Questionário e Inventário de Ansiedade	Conclui que é necessário que os recursos humanos de hospitais repensem a prática profissional, promovendo espaços onde os profissionais possam dialogar com os problemas enfrentados na rotina dos profissionais.
D12	74 estudantes de medicina	Questionário e Entrevista Semiestruturada	Conclui que o preparo para a morte é paralelo e ocasional, adentrando como um currículo oculto, sendo uma formação falha ao longo a graduação.
D13	20 médicos	Entrevista Semiestruturada	A dependência de terapias cientificamente conclusivas levou ao sentimento de impotência e distanciamento emocional.
D14	39 profissionais	Entrevista Semiestruturada	O que a pesquisa demonstrou dos entrevistados é que o lidar com a morte é concreto e técnico, mas o estar preparado se refere a algo subjetivo.
D15	10 participantes	Entrevista Semiestruturada	O estudo evidenciou confrontos e dilemas profissionais a respeito das decisões de conduta na terminalidade da vida tomada principalmente pelos médicos. A representação sobre a distanásia então é multifatorial e depende de aspectos subjetivos.
T1	12 participantes (6 médicos)	Entrevista semiestruturada e observação.	A morte e o morrer foram fenômenos que causam estranheza ainda que expressado tentativa de naturalização. A terminalidade é multidimensional.
T2	43 médicos	Entrevistas Semiestruturadas	Para o profissional nenhuma morte é fácil, mas é mais bem definida por critérios sociais, éticos e morais. As dificuldades apresentadas revelam lacunas na formação.

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 6 estão expostas as conclusões gerais e resumidas das pesquisas. Os autores convergem ao afirmar lacunas ao longo de toda a formação médica, levando ao despreparo dos profissionais da saúde em questão ao lidar com a morte. As pesquisas revelaram que as práticas para enfrentamento da morte são ocultadas nos currículos, ocorrendo silenciosamente, paralelamente e de forma ocasional. O despreparo leva às dificuldades relacionais e de vínculo.

Ainda assim, o Quadro 6 mostra que as pesquisas chegaram à conclusão de que, da mesma forma que o paciente e o médico são indivíduos intrínsecos ao contexto macrossocial, a morte também ocorre no âmbito da vida e das suas dificuldades, piorando o seu enfrentamento e tornando-a multifatorial e complexa. O quadro seguinte explicita essa complexidade.

Quadro 7 – Dificuldades diante do processo de morte e do morrer e as orientações das pesquisas.

Dificuldades diante da Terminalidade e da Morte		Sugestão e Orientação das Pesquisas	Código dos Estudos Relacionados
Cultura do Médico que Não Sente	Não possui escuta profissional	Sustentação e reconhecimento ao lado afetivo dos profissionais desde a graduação	A3; A6; D2; D3; D7; D9; D11
	Falta de espaço para troca de experiências profissionais	Grupos de Apoios e Assistência Psicológica	
	Distanciamento Psicológico para enfrentar e realizar a prática médica com eficiência	Formação Humanística	
Obstáculos Ocupacionais e Sociais	Carência de Recursos Materiais	Repensar a prática profissional no RH	A1; A2; A14; A15; D7; D9; D10
	Superlotação	Lugar específico e mais privacidade para a comunicação de más notícias	
	Falta de Espaço Físico para contato com a família	Olhar para o paciente terminal além de sua condição	
	Falta de tempo para lidar com a família	Conscientização das limitações médicas	
	Vulnerabilidade Social do Paciente		
	Dificuldade no trabalho em equipe	Reintegração e qualificação da Equipe Multidisciplinar	

Dificuldades diante da Terminalidade e da Morte		Sugestão e Orientação das Pesquisas	Código dos Estudos Relacionados
Dificuldades Interpessoais	Falta de equipe multidisciplinar	Favorecer a comunicação entre colegas médicos desde a graduação Explorar a morte além da prática oculta dos cursos de medicina	A1; A2; A3; A6; A11; A13 A15; A17; D5; D6; D7; D14; T1
	Não há troca de experiências suficiente entre a classe médica		
	Dificuldade em Comunicar as Más notícias		
	Constrangimento do Óbito		
Conflitos Éticos e Preparo Acadêmico	Falta de respaldo técnico para atendimento paliativo	Mais ensino sobre práticas paliativas. Preparação acadêmica ampliada e longitudinal a respeito do processo de morte e do morrer. Aproximação dos cursos de medicina às ciências humanas.	A1; A2; A5; A8; A09; A11; A13; A16; A17; A20; D1; D2; D6; T1
	Medo de processo judicial		
	Dúvidas em relação aos conceitos de bioética		
	Conflito entre a vontade da família e a ética médica		
	Sensação de muita responsabilidade		

Fonte: Dados da pesquisa

As dificuldades da classe médica perpassam desde suas representações acerca do ser-médico até questões sociais e acadêmicas. O que é interessante ressaltar é que as sugestões e raízes dos problemas tangenciam a formação descontinuada do enfrentamento da morte, que é piorada pelas demais variáveis. O próximo quadro aborda precisamente as dificuldades levantadas acerca da formação.

Quadro 8 – Problemáticas da formação médica com relação ao processo de morte.

PROBLEMAS	ESTUDOS
Mesmo com treinamento, o médico não é ensinado a esperar a morte	A2; A8; A9; A11; A16; A17; A19; D1; D10; T1;
Comunicação de más notícias não é vista como técnica	A6; A7; A12; D7
Ocultamento da morte nos currículos	A19; A12; D12; D15
Não consideram as dimensões humanas dos profissionais da saúde além da física	A7; A11; A12; A14; D6
A prática para o enfrentamento da morte é atitudinal e não longitudinal	A7; A12; A20; D7; D12
A educação de atividades paliativas não é suficiente na graduação	A5; A8; A9; A11; A13; A16; A17; D1; D10; T1

PROBLEMAS	ESTUDOS
A preparação bioética não é tão considerada no currículo	A8; A13; T1

Fonte: Dados da pesquisa

Quando se refere à prática oculta do enfrentamento da morte, os estudos em geral se referem à falta do tema na grade curricular, ainda que seja trabalhada de forma silenciosa e com base na imitação dos modelos com mais experiência. Portanto, é presente, mas não legitimada. Diante das dificuldades e dos problemas acadêmicos, no quadro seguinte é apresentado os sentimentos dos médicos e estudantes de medicina frente à morte.

Quadro 9 – Sentimentos de médicos e estudantes de medicina em situações de morte e terminalidade.

Sentimentos Relatados	Orientação do Sentimento	Código dos Estudos Relacionados
Impotência	Frente à morte; ao solucionar a demanda	A2; A6; A7; A9; A13; A18; A19; A21; D2; D3; D7; D9; D10; D12; D13;
Tristeza	Ao se colocar no lugar da família; pela incapacidade de salvar	A9; A7; A13; A11; D2; D3; D5; D7; D9; D10; D11;
Frustração	Pela incapacidade de evitar a morte	A5; A13; A14; A15; A18; A19; D10; D11; D12; D15; T1;
Culpa	Pela incapacidade de evitar a morte; por ter cometido uma falha	A5; A7; A13; A14; D7; T1; T2;
Fracasso	Pela incapacidade de evitar a morte	A1; A2; A3; A6; D2; D3; D13; T1
Medo	Ao comunicar a família; frente à morte; de um processo judicial	A7; A9; A20; D2; D5; D9;
Alívio	Encerramento do sofrimento	D2; D3; D5; D7; D8
Raiva	Frente à morte	A6; D5; D12; D14
Desespero	Frente à morte; terminalidade	A5; A20; D3; D5
Ansiedade	Frente à terminalidade; família; sobrecarga de responsabilidade	A5; A9; A10; A11
Compaixão	Pelo paciente; pela família	A6; D4; D10; D15
Pena	Paciente; da família	D10; D11; D12
Desamparo	Da equipe; do conhecimento e da técnica;	A1; A12; A13
Estranheza	Frente à não reanimação; ao esperar pela morte	A9

Fonte: Dados da pesquisa

Confirmando a literatura revisada nos estudos inclusos nesta pesquisa, os sentimentos mais frequentes são a Impotência, Tristeza, Frustração, Culpa, Fracasso e Medo frente à morte. A orientação desses principais sentimentos, no entanto, revela que a afetação ocorre com

relação à capacidade profissional dos sujeitos. Ainda assim, os sentimentos explicitados no Quadro 8 confirmam mais uma vez a constituição multifatorial que envolve o tema da terminalidade e da morte. A morte em si impacta de forma diferente de acordo com as suas características, mas houve um padrão descrito ao longo dos estudos, abordado no Quadro 9.

Quadro 10– O que diferencia no impacto de cada morte

CRITÉRIO	IMPACTO	ESTUDOS
Etário e Etapas do Desenvolvimento Humano	O valor da vida diminui conforme o aumento da idade	A5; A6; A7; A10; A13; A20; D2; D4; D6; D9; D11; T1; T2;
	A morte de uma criança é definida como agressão e como contra o ciclo natural.	D4; D7; T2
	A morte de gestantes e mães são definidas como mais difíceis de serem lidadas emocionalmente	D2; T2
Saúde	Morte de paciente terminal tende a trazer sensação de alívio	D2; D10;
	Conhecer o processo da doença facilita a aceitação da morte	A13, D2, D3, D8, D10, T1
	A patologia crônica amortece a perda	D2; D3
	Comorbidades facilitam a aceitação da morte	T1
Social e Econômica	Estigmas sociais diminuem o impacto da morte	T2
	Indivíduos que possuem produtividade econômica e funcional fragilizada tem sua morte como justificada e menos importantes	T1; T2
	Indivíduos fora da malha social, com vínculos afetivos e sociais violados não impactam tanto	T2
Tipo da Morte	Mortes por suicídio aumentam o sentimento de impotência	T2
	Morte sem diagnóstico são piores de lidar e impactam na percepção da competência profissional	A13; D2
	Alto impacto na subjetividade quando a morte tem responsabilidade médica	T2
Pessoal e Relacional	Quanto maior o vínculo, mais intensa é a morte na relação médico-paciente	A7; A15; D10; T1; T2
	A morte é mais intensa quando há identificação com a família ou com o paciente	A15; D9

Fonte: Dados da pesquisa

À medida que a idade dos pacientes aumenta, maior é aceitação da sua morte. Quanto mais defasada é sua participação social e econômica na sociedade, o impacto também é amenizado. Nesse sentido, os idosos são muito afetados ao terem o valor de suas vidas tido como baixo, principalmente ao acumularem problemas de saúde que afetam a sua funcionalidade. Outro elemento que se destaca é que, quanto mais imprevisível e inexplicada é a morte, pior é a sua aceitação e enfrentamento pelos estudantes e profissionais, como é o caso de mortes súbitas, sem diagnósticos e crianças. No próximo quadro, é mostrado os mecanismos de defesa e enfrentamento dos sujeitos da pesquisa frente à terminalidade.

Quadro 11 – Mecanismos de defesa e enfrentamento de médicos

MECANISMO DE DEFESA E ENFRENTAMENTO	EXEMPLOS	CÓDIGO DOS ESTUDOS
Intelectualização	Classificar o paciente como morto por conhecer o processo da doença.	A6, A9, A11, A13, A20, A21, D2, D8, D9, D12, D15
Racionalização	O paciente estar sedado, logo não está sentindo e não sofre.	A10, A11, A5, D2, D13, D6, T1
Calosidade Emocional	Frieza nas atitudes;	A5, A10, A11, D8, D9, T1
Isolamento Afetivo	Distanciamento entre vida profissional e o trabalho.	A20, D2, D7
Deslocamento	Transferir a responsabilidade para a família; transferir a raiva e a culpa da morte para a família.	A3
Negação	Indiferença frente à morte.	A5; A6; A14; D15
Despersonalização	Não olhar o paciente de forma holística.	A14; D7
Humor	Piadas.	A6; D15
Formação Reativa	Desejo de afastar e ignorar o paciente escondido e a luta por salvação ocorre em seu lugar.	A3; D2
Idealização	Assumir características onipotentes e de combatente da morte.	A14
Sublimação	Simbolização do sofrimento e integração da experiência.	A14
Compensação	Atividades físicas e de lazer.	D2; D9; D6; D12

Fonte: Dados da pesquisa.

Os mecanismos de defesa mais frequentes ao longo das pesquisas foram a Intelectualização, a Racionalização e a Calosidade Emocional – por vezes chamada como “blindagem”. Ressalta-se que tais mecanismos foram retirados dos resultados das pesquisas e da interpretação dos autores.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 MORTE: UM FENÔMENO DA VIDA

A morte, o paciente e o médico; três substantivos que se mostraram arraigados pelo contexto macrossocial, ou melhor, pela vida. O processo saúde-doença-morte está além das competências dos médicos em muitas de suas atuações, configurando uma dificuldade no enfrentamento da finitude pela classe. As estruturas sociais e econômicas determinam condições prévias à saúde da população e ao sistema de saúde. Nesse nível social de implicação, foi encontrado muitos obstáculos ocupacionais que se tornaram elementos estressores para o enfrentamento da morte. Dessa forma, o excesso de burocracia, a superlotação, a falta de espaço físico e a falta de recursos materiais foram elementos trazidos nas pesquisas que dificultam tanto a relação do médico com o paciente e sua família, quanto o enfrentamento de problemas. Ainda assim, acrescenta-se que a maior escassez demonstrada pela equipe de saúde é a de tempo: não há planejamento estratégico para que as equipes consigam dar apoio e conversar de forma descente com os atendidos, o que possibilitaria a criação de vínculos e derrubada das barreiras entre a figura do médico que não sente e o paciente que tem sua integralidade ignorada. (LEITE; VILA, 2005; QUIRINO, 2007; SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013; MONTEIRO, 2015; COMBINATO, MARTIN, 2017; NOVAES, 2015; UNHA, 2017).

Isso concorda com Pessini (2002) o qual defende que o sofrimento da morte está relacionado a uma dimensão política e econômica, antes de uma questão subjetiva. Aspecto que pesa nas demais tarefas dos médicos e afeta no seu enfrentamento da morte. A maior parte das pesquisas presentes neste estudo negligenciaram o contexto e os eventos antecedentes, de ordem ontológica, cultural e sócio-política ao abordar o tema da morte. É importante ressaltar as particularidades do atendimento e da vocação médica dependendo da sua especialidade, uma vez que isso altera a sua postura frente à morte e afeta o caráter relacional da saúde. Enquanto uma equipe de UTI tem sobrecarga pela situação de emergência, falta de tempo para criação de vínculo e esforços cognitivos sob situação de pressão, outros médicos que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), estão mais em contato com a história do indivíduo e se afetam mais diante das dificuldades e vulnerabilidades sociais (LEITE, 2005).

Retoma-se COMBINATO (2017), que chegou à conclusão de que o processo saúde-doença extrapola a capacidade médica no âmbito da ESF, porque a infraestrutura econômica e social determina as condições de saúde da população na região amparada pela organização em que a equipe trabalhava; não é apenas a morte em si que leva ao sentimento de impotência e

fracasso médico, mas a vulnerabilidade dos assistidos. No entanto, isso se dá pela debilidade e baixa eficácia no plano social latino-americano, que é intrínseco a uma tendência de acentuação da desigualdade e vulnerabilidade. E por fim, tal responsabilidade acaba sendo transferida para o terceiro setor (YAMAMOTO, 2007).

O estudo de QUIRINO (2007) exemplifica tal questão, no qual os participantes colocaram dificuldade no enfrentamento da morte na velocidade que é requerido pelo sistema de saúde; ao sistema é visto como necessidade, enquanto sua dificuldade é vista como pessoal. Apesar do tratamento emergencial ser considerado uma das áreas de maior atividade sob pressão e as chances de morte dos pacientes são grandes, isso é considerado como uma dificuldade do indivíduo antes de um problema estrutural do sistema de saúde. Mais uma vez, vê-se que a competência médica não abarca – e nem deveria – todos os problemas que envolvem a infinitude, mesmo que seja para isso que foram treinados.

Ainda assim, a troca de experiência e o trabalho multidisciplinar favoreceria o enfrentamento de diversos desses problemas. No entanto, adentra-se em um outro impasse vivenciado pelas equipes de saúde, principalmente os médicos. Como foi explicitado pelo Quadro 7, além dos obstáculos ocupacionais, o enfrentamento da morte é dificultado por elementos interpessoais. Dentre eles é destacado em muitas pesquisas a dificuldade do trabalho em equipe e a falta da multidisciplinaridade; o que foi demonstrado segundo os resultados é que a dificuldade administrativa e o relacionamento interpessoal profissional levam à atribulação no apoio e na troca de experiências com o grupo. Por consequência, isso causa um isolamento do médico dos demais profissionais, inclusive entre próprios médicos.

As dificuldades classificadas como interpessoais nesta pesquisa também abordam o isolamento médico, que será mais explicitado ao discutir os impasses da formação em medicina. No entanto, o que os profissionais demonstraram durante a sua atuação é que, diante do impasse ao enfrentar a morte, os médicos não comunicam seu sofrimento psíquico ou compartilham formas de atuação com outros médicos dentro do próprio hospital ou fora dele. Perpetua-se uma prática individualizada e isolada, enquanto há o discurso da integralidade, da multidisciplinaridade e da troca de significados profissionais, elementos que não ocorrem e não englobam os próprios médicos; isso muito em parte devido a sua formação. (QUIRINO, 2007; CASARIN, 2009; PINHEIRO, 2011; CEZARIO, 2011; ALMEIDA; FALCÃO, 2013; SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013; MONTEIRO, 2015; MONTEIRO; MAGALHÃES, 2015; COSTA; SILVA, 2016; MONTEIRO; QUINTANA, 2016; COMBINATO, MARTIN, 2017; LIMA, 2017; NOVAES, 2015)

Por fim e mais preocupante, é que tais limitações interpessoais estão afetando a resposta à demanda dos pacientes e de suas famílias, que não são correspondidas com integralidade. A comunicação de más notícias e o constrangimento do óbito são as últimas considerações a respeito das interferências comunicativas na relação do médico com o paciente, mas não se restringe apenas a uma dificuldade pessoal, mecanismo de defesa ou temor à morte. A maioria dos participantes das pesquisas concorda que os pacientes devem saber de suas condições, principalmente se for terminal, que é o âmbito restringido nesta discussão, mas não sabem como ou não possuem preparo para tal (UNHA, 2017). Segundo as fontes, há sentimento de muita responsabilidade por ser o profissional que tem esta tarefa, e ao comunicar uma má notícia, fogem para respostas ambivalentes ou com tons mais baixos (MONTEIRO; QUINTANA, 2016)

Apesar dessa forma de lidar que ocorre de forma mais generalizada, os estudantes e os profissionais formados revelam necessidade de habilidades interpessoais serem abordadas, porque não conseguem trabalhar de forma coerente e favorecer uma comunicação eficiente de más notícias, considerando compaixão, respeito, empatia e integralidade (NOVAES, 2015; MONTEIRO; MAGALHÃES, 2015; MONTEIRO; QUINTANA, 2016). A conclusão dos estudos revela que, a parte mais crítica, é informar os familiares do paciente sobre a sua morte, há um constrangimento pelo óbito e um sentimento de incapacidade, por vezes, até medo de processos judiciais. Por um lado, ao ter empatia com os sentimentos das famílias tem se mostrado exaustivo para os médicos, que não sabem o que fazer; por outro, aquele sofrimento é tido como símbolo de sua incapacidade de combater a morte (LEITE; VILA, 2005; NOVAES, 2015; QUINTANA, 2006; ALMEIDA; CEZARIO, 2012; FALCÃO, 2013; MONTEIRO; QUINTANA, 2016)

Esta situação delicada se agrava quando existe conflito de interesses entre o médico e a família a respeito do tratamento do paciente, que por vezes o profissional cede à distanásia como tentativa de evitar conflitos judiciais, ainda que isto seja contra a sua conduta ética. Na pesquisa de MEIRELES (2019), o principal embate médico se deu pelos princípios éticos, que muitas vezes para atendê-los, se afasta emocionalmente da família e do paciente. Quando o distanciamento não acontece e a família possui dificuldade de compreender e aceitar a terminalidade, isso é catalisado como fator responsável pela promoção – ilegal – da distanásia; este termo se refere ao prolongamento da vida, evitando a morte de forma dolorosa e por meio de atividades invasivas, mesmo que não exista mais possibilidade de recuperação. Afinal, o que essa tensão de fatores sobre os médicos revela é que existe uma falta de respaldo técnico a

respeito de conceitos de bioética e do código de ética do profissional médico (LEITE; VILA, 2005; PINHEIRO, 2011; CARDOSO, 2013; SANTOS; MENEZES; GRADVOHL, 2013)

Existem dúvidas a respeito de quando está se prolongando o morrer ou quando está salvando uma vida, mas definir a terminalidade do paciente significa afirmar uma irreversibilidade e que os recursos devem focalizar o alívio do sofrimento; negligenciar a importância crítica deste tema é ignorar tanto o biológico quanto a esfera psicológica do paciente e de sua família (QUINTANA, 2006; MONTEIRO; MAGALHÃES, 2015; MONTEIRO, 2016). No entanto, este problema não é apenas uma irresponsabilidade médica, mas um sintoma do sistema acadêmico destes profissionais. Santos, Menezes e Gradwohl (2013) concluem que a falta de familiarização dos estudantes de medicina sobre a bioética e a morte é devido à baixa prioridade deste tema na graduação, o que leva tanto ao despreparo do aluno ao enfrentar a finitude quanto às reações emocionais negativas ou de distanciamento. Sua pesquisa também colocou que tal desinformação perpetua no exercício profissional médico após sua formação; exemplos colocados pelos autores são as omissões de informações no prontuário, dúvidas éticas e legais quanto à ortotanásia e, consideração como incapacitados para responder às demandas nesses processos.

Os reverses mencionados até agora, como o isolamento médico, a falta de espaço para a troca de experiências e o distanciamento também fazem parte de outro elemento muito explorado nas pesquisas: a cultura do médico que não sente. As pesquisas mostraram que o não-sentir está muito atrelado à imagem dos médicos, já intercorrente no imaginário do ser-médico e, por conseguinte, uma característica cultural. Quando há a afetação diante do processo de doença e morte, não existe amparo para o profissional da medicina ou para o estudante, e tal prática é reforçada tanto pela prática médica quanto pelos cursos de medicina. Esse elemento não só afeta a relação médico-paciente, como também afeta sua resiliência e saúde emocional frente à demanda da sociedade. No entanto, a identidade dos médicos e estudantes de medicina, moldada desde antes da graduação, não se relaciona apenas ao conceito de “pessoa que não sente”, mas à morte em si; aspecto abordado em seguida. (GUERRA, 2005; QUINTANA, 2006; QUIRINO, 2007; COELHO, 2008; MONTEIRO; NOVAES, 2015; QUINTANA, 2016; LIMA, 2017)

5.2 O FINAL DA VIDA À FRENTE

Como o médico percebe a morte e o processo do morrer? Defronte ao fenômeno da finitude, não está se falando apenas da relação do médico e de seu paciente, mas da sua identidade profissional. É parte da identidade do ser-médico se relacionar com a morte e a doença, de tal forma que é contra ela que deve combater: existe um sentimento de onipotência e dever técnico que coloca o médico como o combatente da morte, como objetivo da profissão. Tal característica não é a florada, mas é intrínseca e subentendida quando o médico se depara com o fim da vida de seus pacientes. As pesquisas mostraram que há uma exposição da ferida narcísica na prepotência médica quando a morte “ganha”, levando ao sentimento de fracasso diante do seu dever – isso se o médico permite a afetação (QUINTANA, 2006; SADALA; SILVA, 2008; BERTOLINO, 2009; SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013; LIMA, 2017).

É bastante comum que essa imagem também englobe a privação das características humanas dos profissionais. O dever não é apenas lutar contra a morte, mas também vê-la com racionalidade, naturalização, objetividade e com distanciamento emocional; priva-se então da integralidade da pessoa enquanto médico ou estudante da área (LIMA, 2007; BERTOLINO, 2009; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013; LIMA, 2017; MEIRELES, 2019).

Em contrapartida, alguns dos participantes começaram a perceber sua atuação além desse aspecto estereotipado. A morte trouxe ressignificação no âmbito profissional, e um exemplo disso é quando começam a perceber que a sua atuação não é apenas curar e manter uma vida, mas ajudar e cuidar do paciente da melhor forma possível, garantindo qualidade de vida ainda que no processo de morrer (AZEREDO, 2007; LIMA, 2007; SADALA; SILVA, 2008).

Além do profissional, quando a finitude se torna rotineira, existe a possibilidade de ressignificação pessoal. Esse processo lembra perdas pessoais do próprio médico, passando a dar mais importância aos pequenos aspectos da vida e às capacidades funcionais básicas (CEZARIO, 2012; CARDOSO et al., 2013; CANO; MORE, 2016; AZEREDO, 2007) Quando o médico permite se relacionar com seus sentimentos a respeito dessa temática, foi percebida a ambiguidade entre ações e sentimentos, além da redução da idealização a respeito de si, de sua prática e dos assistidos – o que por vezes levavam a repensar sua identidade (MONTEIRO, 2016; LIMA, 2017).

Um dado interessante trazido por QUINTANA (2006), é que diante de toda a sua atuação, a morte marca mais o médico do que quando salva uma vida ou ajuda na recuperação de uma doença. Todavia, a forma como esse impacto ocorre possui nuances de acordo com o histórico do paciente. Os estudos mostraram padrões bem visíveis sobre a diferença do impacto

emocional e da importância dada para cada morte, segundo médicos e estudantes de medicina. Aredes (2018) realizou uma padronização e estabelecimento de signos concebidos pelos profissionais a respeito da representação de cada tipo de morte; alguns signos representacionais de mortes consideradas mais impactantes estão: Mulheres grávidas, crianças e idosos com vontade de morrer e suicídio. A lógica segundo Aredes (2018), estaria na responsabilidade redobrada e pela possibilidade de problemas jurídicos, principalmente se ocorreu algum erro médico ou algo poderia ter sido feito para evitar o óbito. Se a responsabilidade da morte tem relação apenas com o falecido, como alcoolismo ou acidente de carro, a morte, no entanto, tem um impacto abrandado.

O cuidado médico também segue uma perspectiva econômica e de funcionalidade do paciente, ou seja, se já houve a perda de funcionalidades que tornem a pessoa apta a exercer suas funções ou já houve rompimento de vínculos sociais e familiares, a morte é desvalorizada. Como é o caso de idosos, pacientes crônicos e moradores de rua, que têm seu valor social estigmatizado (AREDES, 2018).

O impacto nos participantes de cada estudo segue outras lógicas também, como é mostrado pela maior parte das pesquisas e organizado no Quadro 10. O critério etário funciona da seguinte forma: o valor da vida diminui de acordo com o aumento da idade. Assim, a morte de crianças e gestantes são agravadas e mais difíceis de serem enfrentadas emocionalmente, chegando a serem classificadas como “precoce” ou “agressão” segundo o ciclo natural da vida (LIMA, 2007; QUIRINO, 2007; COELHO, 2008; ALMEIDA; FALCAO, 2013; PAMPOLHA, 2013; DUARTE; ALMEIDA; POPIM, 2015; MONTEIRO; MAGALHÃES, 2015; CANO; MORE, 2016; MONTEIRO, 2016; MONTEIRO; QUINTANA, 2016; LIMA, 2017; AREDES, 2018; MEIRELES, 2019).

Segundo a classificação no Quadro 10, outro critério muito abordado foi o de “Saúde”, em que as mortes amortecidas são: a de pacientes terminais, patologias crônicas e comorbidades. Seguem a lógica explorada pelas pesquisas de que, quando o médico conhece o processo da doença, é possível prever o óbito e até considera como algo bom, de acordo com o estado de saúde do indivíduo (GUERRA, 2005; LIMA, 2007; FLAUZINO, 2012; ALMEIDA; FALCAO, 2013; MONTEIRO; MAGALHÃES, 2015; UNHA, 2017). O fator da predição é muito importante para o pensamento dos médicos e de sua forma de lidar com os impasses emocionais, que é mais uma característica de antinomia radical entre as áreas da medicina e da psicologia (MORETTO, 2011). Isso é comprovado quando a morte se junta ao medo do desconhecido, que é o que ocorre com as mortes por suicídio ou mortes sem diagnósticos, além de impactar a percepção dos médicos a respeito de sua competência

profissional, mais uma vez, pela percepção do estigma de “combatente” da morte (LIMA, 2007; ALMEIDA; FALCAO, 2013; AREDES, 2018).

Fora desses critérios, quanto maior o vínculo, mais intensamente é vivenciado a relação médico-paciente-família ao ocorrer a morte, principalmente se há identificação com as partes, pela idade, sexo, história de vida ou profissão. No entanto, quando é permitida a afetação e um melhor vínculo, os profissionais atuam mais pela lógica do cuidado, não pelo combate à morte como um dever da profissão (QUIRINO, 2007; COMBINATO; MARTIN, 2017; DUARTE; ALMEIDA; POPIM, 2015; UNHA, 2017; MONTEIRO; MAGALHÃES, 2015; AREDES, 2018).

Mesmo quando o médico permite o sentir, a orientação ocorre de acordo com a sua preocupação ou importância a respeito da morte como é explicitado no Quadro 9. Frente à morte como um fenômeno, os sentimentos colocados foram raiva, desespero, medo e ansiedade, mas o mais comum foi a Impotência. Quando se sentem incapazes de evitar a morte, comumente sentem tristeza, frustração, culpa, fracasso e desamparo. Quando os sentimentos são relacionados aos pacientes ou à família, tem-se novamente a ansiedade, mas também a compaixão, dó e tristeza. Algumas peculiaridades também são observadas, como o medo de um processo judicial ou raiva frente às mortes trágicas e imprevistas. Ainda assim, como coloca Quirino (2007), mesmo que os participantes relatem o sofrimento, não permitem que sejam afetados por eles; não podem ser atingidos ao ponto de ter oscilações no humor ou descompensarem e, quando questionados sobre isso, a resposta é o próprio julgamento do médico sobre a sua competência profissional.

Por fim, quando se está de frente com o processo de morrer, os médicos possuem formas características de se defender da ansiedade e sofrimento causados pelo fenômeno. Alguns autores das pesquisas elencaram mecanismos de defesa que foram observados tanto na prática médica quanto nas entrevistas. No entanto, nem todos seguem a lógica da conceitualização correta de mecanismos de defesa, sendo muitos apenas formas de enfrentamento mobilizadas por mecanismos de defesa. Segundo Freud (1986) e Kotzent (2017), podemos definir mecanismos de defesa como: remanejamento dos conflitos emocionais e subjetivos, sendo uma prática característica do Ego para lidar com afetos dolorosos, que ultrapassam a capacidade de elaboração ou de intermediação. Com base em ambos os autores, realizou-se a proposição da terminologia correta das defesas frente à finitude, com base naqueles que são trazidos pelas pesquisas, os quais foram explicitados no Quadro 11 e agora são reorganizadas nos quadros abaixo.

Quadro 12 – Reorganização dos Mecanismos de Defesa Primitivos segundo a teoria de Anna Freud (1986).

MECANISMO DE DEFESA E ENFRENTAMENTO	EXEMPLOS NOS ESTUDOS	CÓDIGO DOS ESTUDOS
Negação	Calosidade Emocional; Frieza nas atitudes; Indiferença frente à morte.	A5, A10, A11, D8, D9, T1, A5; A6; A14; D15
Idealização	Assumir características onipotentes e de combatente da morte.	A14
Clivagem	Não olhar o paciente de forma holística ou despersonalizá-lo.	A14; D7

Fonte: Dados da Pesquisa

A defesa primitiva mais comum frente à morte pelos médicos é a Negação, que se configuraria como recusa do reconhecimento do desprazer causado pelo óbito, ou seja, com relação direta a um estímulo externo desagradável (FREUD, 1986; KOTZENT, 2017). A negação estaria colocada pelas pesquisas como frieza, calosidade emocional e indiferença frente à morte. A Clivagem, por sua vez, seria uma constante por não perceber o paciente de forma holística, mas como um órgão que estaria saudável ou não. O último mecanismo primitivo presente nas fontes deste estudo é a Idealização, que ocorre na assunção de características de onipotência e de combatente da morte por parte dos médicos.

Quadro 13 – Reorganização dos Mecanismos de Defesa Elaborados segundo a teoria de Anna Freud (1986).

MECANISMO DE DEFESA E ENFRENTAMENTO	EXEMPLOS NOS ESTUDOS	CÓDIGO DOS ESTUDOS
Intelectualização	Classificar o paciente como morto por conhecer o processo da doença.	A6, A9, A11, A13, A20, A21, D2, D8, D9, D12, D15
Isolamento Afetivo	Distanciamento entre vida pessoal e o trabalho.	A20, D2, D7
Racionalização	O paciente estar sedado, logo não está sentindo e não sofre.	A10, A11, A5, D2, D13, D6, T1
Formação Reativa	Desejo de afastar e ignorar o paciente escondido, enquanto há luta por salvação ocorre em seu lugar	A3; D2

Fonte: Dados da Pesquisa.

As defesas elaboradas são as mais comuns nessa discussão. A principal é a intelectualização, a qual prioriza o pensamento e a linguagem, para fazer um contato atenuado com as fantasias e afetos. De certa forma, é similar à racionalização, que utiliza a lógica, razão ou moral para tornar as atitudes e o enfrentamento tolerável, disfarçando os elementos

conflitivos. Por fim, o isolamento afetivo, se trata do isolar um pensamento, comportamento, humor e afeto, evitando um “turbilhão” emocional que ultrapasse as capacidades de elaboração psíquica (FREUD, 1986; KOTZENT, 2017).

Como intelectualização, é muito comum utilizar da classificação do paciente já como morto – antecipadamente – por conhecer o processo da doença. A racionalização está muito presente nas decisões morais, bioéticas e de enfrentamento à família do paciente; justificar que pelo fato do paciente estar sedado e logo não estar sentindo ou sofrendo, é uma forma de racionalização que permite que o médico tome atitudes difíceis de serem confrontadas emocionalmente sem tal defesa. O isolamento afetivo mais comum, não só em médicos, é o distanciamento e a tentativa de separar totalmente a vida pessoal do âmbito profissional. A formação reativa é a última defesa elaborada percebida, que consiste na transformação de um desejo “inaceitável” em “aceitável”; ou seja, impulsos agressivos ou ansiosos que os profissionais lidam de forma a tentar salvar vidas de forma obsessiva. Explicitado algumas vezes nas pesquisas pelo desejo dos médicos em afastar, ignorar e reclamar do paciente, ao mesmo tempo que demonstra preocupação por sua salvação (FREUD, 1986; KOTZENT, 2017).

Quadro 14 – Reorganização dos Mecanismos de Defesa Maduros segundo a teoria de Anna Freud (1986).

MECANISMO DE DEFESA E ENFRENTAMENTO	EXEMPLOS NOS ESTUDOS	CÓDIGO DOS ESTUDOS
Humor	Piadas; Elementos Cômicos	A6; D15
Sublimação	Ressignificação do sofrimento e integração da experiência; Compensação; Religiosidade.	D2; D9; D6; D12; A14

Fonte: Dados da Pesquisa.

A última categoria de defesas são as maduras. E apesar do humor estar presente nas pesquisas, os autores mencionam que poderiam fazer parte de uma forma de negação. Diante disso, a única defesa madura que constou durante a revisão da literatura, foi a Sublimação. Esta defesa, segundo Kotzent (2017), ocorre pelo deslocamento de desejos de satisfação para finalidade mais socialmente aceitas, mas não em um elemento oposto – como é o caso da formação reativa. Estariam categorizadas como sublimações a simbolização do sofrimento e integração da experiência médica frente à morte, bem como compensações por atividades físicas ou de lazer. A religiosidade também pode ser considerada uma forma de sublimação, mas não é possível afirmar que seja um elemento que ajude no enfrentamento segundo as fontes,

uma vez que houveram grupos religiosos no quais o medo frente à morte era mais acentuado, apesar de outras partes utilizavam da crença para atenuar o sentimento de perda e fracasso (LIMA, 2007; CEZARIO, 2012; MARQUES, 2019).

5.3 A FORMAÇÃO MÉDICA SEGUNDO A FINITUDE

De acordo com os resultados de Pampolha (2013), os participantes percebiam o lidar com a morte diferindo de estar preparado para ela. A primeira ação se referia a algo objetivo, concreto e técnico, enquanto a segunda era algo totalmente subjetiva. Ou seja, mesmo quando estudantes e profissionais são treinados para atuar contra a morte, nem sempre estão esperando por ela ou não sabem como se preparar emocionalmente e se comportar (SADALA; SILVA, 2008). De toda forma, todas as pesquisas coletadas apontaram para a falta de preparo durante a formação para lidar com a morte.

Devido ao conteúdo do Relatório Flexner e a filosofia científica que se seguiu, a organização e ensino médico funcionou por meio de uma visão biocêntrica. Propõe reorganização estrutural e administrativo da formação médica, que se inicia com um amparo teórico e finaliza com estágios práticos, como o internato – uma prática segmentada e atitudinal. O problema é visto como um mau funcionamento do mecanismo biológico e com a mesma subjetividade é fomentado a visão do estudante sobre si e sobre a sua prática (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

A problemática dessa estrutura do curso começa com a prática para enfrentar a morte: ela não é longitudinal, é atitudinal e ocasional, mas nem todos os alunos perpassam por ela de forma legitimada. Segundo as pesquisas, para que o aluno realmente tenha a prática de preparo para a morte, deve cursar grades extracurriculares (AZEREDO, 2007; SILVA; AYRES, 2010; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013; LIMA, 2017). O primeiro contato no curso ocorre durante as aulas de anatomia, na qual o corpo já é desvitalizado, desmembrado e despersonalizado. E assim, a morte começa a ser apresentada como a perda das funções citais e não a perda das funções vitais e da subjetividade.

E assim, os estudantes possuem dificuldade de reconhecer o fenômeno na prática, se sentindo despreparados, tendo sofrimento de ordem psíquica e insegurança (DUARTE; ALMEIDA; POPIM, 2015; COSTA; POLES; SILVA, 2016; SILVA; AYRES, 2010). Lima (2017) concluiu que da mesma forma que o corpo é percebido, o mesmo acontece com os estudantes, que possuem sua subjetividade desconsiderada; muitas vezes, a percepção de tudo

que o indivíduo tinha sobre a morte antes de cursar medicina é retirada, e assim ensinam uma nova forma de pensar.

Apesar dessa mudança perceptiva a respeito do óbito, o enfrentamento da morte e a comunicação de más notícias não são vistas como técnicas para serem tratadas ao longo da graduação. As aprendizagens dessas habilidades ocorrem por imitação de professores e colegas mais velhos, nos quais os alunos veem um modelo de postura (SILVA; AYRES, 2010; DUARTE; ALMEIDA; POPIM, 2015; NOVAES, 2015; MONTEIRO; QUINTANA, 2016). A formação atitudinal, no entanto, continua na pós-graduação sendo considerada siar ao que ocorre na graduação. Assim, acabam tendo maior oportunidade prática e vivência profissional, possibilitando mais contato com pacientes e maiores aprendizados de habilidades interpessoais (LEITE; VILA, 2005; DUARTE; ALMEIDA; POPIM, 2015; NOVAES, 2015; SILVA; AYRES, 2010).

A transmissão do conhecimento acontece do preceptor para o residente e do residente para o interno. O exemplo de professores e da preceptoria foram apontados como mais experientes e maior fonte de aprendizado (mesmo que os próprios preceptores nem sempre estão preparados para enfrentar a morte). Assim, em todas as fases da hierarquia do curso, foi apontada uma falta de organização para a metodologia de ensino em habilidades comunicacionais no âmbito do óbito (NOVAES, 2015).

Portanto, a morte e suas consequências são experiências que só ocorrem acidentalmente e nos últimos anos do curso (SILVA; AYRES, 2010; LIMA, 2007), e ainda com uma ressalva: a prática de ocultamento nos currículos. Há uma formação e obrigação moral de preservação da vida desde o início do curso, fala-se sobre a cura, mas não se fala na morte. A morte, ainda que parte do ser-médico é um aprendizado baseado na repetição, não na reflexão que é seguida até a residência médica. De acordo com os estudos, uma das raízes dos problemas listados até então, ocorre pela definição de ocultamento da morte nos currículos: uma prática que não é vista como técnica, não é longitudinal – mas ocasional – baseada na repetição implícita. É um dado da pesquisa considerado grave, uma vez que a praticar curricular oculta reflete na ausência de práticas pedagógicas e educacionais no curso de medicina, abordando a finitude e seus alunos de forma holística, ou seja, com os aspectos cognitivos, sociais e afetivos relacionados ao processo de morte e do morrer (LIMA, 2007; SILVA; AYRES, 2010; ALMEIDA; FALCAO, 2013; BERTOLINO, 2015).

Os resultados da pesquisa de Duarte, Almeida e Popim (2015) exploram bem tal questão e comprova segundo a ótica dos próprios alunos. Para os alunos até o quarto ano, a morte é um tabu, que remete às sensações desagradáveis; revelam despreparo acadêmico, mas quando

falam sobre a morte, ainda mantém em vista se tornar um médico humanizado e considerando suas peculiaridades do âmbito vital. Já para os alunos do quinto ano em diante, a morte ainda que continue sendo um tabu, já é dito como uma experiência do cotidiano médico e uma experiência difícil de lidar – causadora não apenas de sensações desagradáveis, mas de sentimento de incapacidade. Ou seja, exatamente o que os autores discutem sobre prática oculta: ocasional, segmentado e sem reflexão. A passagem do quarto ano em diante é um divisor de águas para a percepção sobre a morte, abrupto, mas não necessariamente ocorre uma aprendizagem legitimada a respeito do tema.

O objetivismo obsessivo não é apenas uma característica deste tema, mas compõe a subjetividade médica como um todo. A pesquisa de Cezario (2012) foi a única que sistematizou as diferenças dos profissionais de medicina para os demais, e os resultados são interessantes: os participantes apresentaram maior concisão e objetividade nas respostas quando comparados com enfermeiros, mesmo quando as perguntas se referiam às percepções pessoais e morais.

A formação humanística, portanto, é uma preocupação a respeito da medicina. A abordagem aos conceitos bioéticos e do processo de morte é abrangente e deve incluir a abordagem ao contexto psicossocial. Na relação entre médico e paciente, afeto deve se sobrepor ao tecnicismo (LIMA, 2017). Existe uma necessidade de cursos de atualização médica, para refletir sobre os aspectos afetivos, com o objetivo da promoção da assistência integral, de forma que a medicina se aproxime das ciências humanas (NOVAES, 2015; MONTEIRO; QUINTANA, 2016)

Defende-se a inclusão de conteúdos filosóficos e antropológicos nos currículos médicos, pois é a forma mais eficiente de combater os paradigmas técnico-científicos e comercial-empresarial da práxis do profissional liberal. A discussão da benignidade humanitária e solidária deve ser associada à esfera de cuidado e de cura, mas não somente a isso, à realidade médica também. Na ponta de todo o processo que preenche esta discussão, a decisão sobre a prática será do médico enquanto de frente com o processo de morte; no fim, caberá ao profissional exercer a não-reanimação, distanásia ou ortotanásia. É quando se focaliza esse resultado, que se afirma a necessidade de inclusão de novos paradigmas e disciplinas na formação médica (SADALA; SILVA, 2008).

A preparação, no entanto, deve formar uma nova visão de mundo sobre esses fenômenos. A intervenção educacional deve fugir da prática oculta que é perpetuada por anos. Assim, seja por inclusão de novas disciplinas ou experiência simuladas, a preparação acadêmica deve ser legítima, ampliada e longitudinal (LIMA, 2007; LIMA, 2017). A ênfase às relações

humanas não devem acontecer apenas num contexto de educação formal ou que apenas vise o paciente, a necessidade transcende para o âmbito organizacional.

Os autores colocam que outra forma de intervir seria na reintegração das equipes multidisciplinares. Essa prática favoreceria a abordagem ao paciente e à família, gerando maior capacidade de oferecer conforto, vínculo e integralidade. Assim, práticas divergentes ao cuidado poderiam ser evitadas, além de reduzir o sentimento de muita responsabilidade sobre o médico (LEITE; VILA, 2005; QUINTANA, 2006; CASARIN, 2009; MONTEIRO; MONTEIRO, 2015; COSTA; POLES; SILVA, 2016; QUINTANA, 2016; LIMA, 2017). O objetivo, então, é permitir a sustentação do lado afetivo dos profissionais também, evitando o sofrimento silenciado da morte, muito comum ao longo das pesquisas. Os profissionais sofrem muito de estresse, enquanto sua eficiência é tida de acordo com o sucesso do tratamento, e a morte representa exatamente o oposto disso (QUINTANA, 2006; QUIRINO, 2007; COELHO, 2008; MONTEIRO; QUINTANA, 2016).

Coelho (2008) colocou que durante eventos de morte e quase morte de pacientes, não houve profissionais com níveis de ansiedade baixa, sendo que 15% da amostragem se encontravam com ansiedade alta. Existe, portanto, a necessidade de assistência psicológica no ambiente de trabalho, por meio de plantões, grupos de apoios e de discussões, mas também a rotina médica precisa ser repensada pelos recursos humanos de cada hospital (GUERRA, 2005; LIMA, 2007; QUIRINO, 2007; NOVAES, 2015).

Kübler-Ross (2008) nos lembra do aspecto solitário da morte, as atenções se voltam às máquinas nos hospitais e às técnicas utilizadas, enquanto o sujeito ainda quer ser ouvido; coloca como hipótese de que essa distância entre o profissional e paciente pode indicar uma ansiedade frente à ideia de transitoriedade. O que se percebe é que os processos limítrofes são de fato causadores de ansiedade, mas não o são simplesmente por representarem a transitoriedade, mas por carregarem toda uma problemática antecedente, seja ontológica ou social e econômica. E por fim, não é um processo solitário apenas para o paciente, mas também para o médico que reflete e sofre silenciosamente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possui a capacidade de síntese da produção de conhecimento nos últimos 20 anos sobre a forma que médicos e estudantes de medicina se posicionam frente à morte. Foi possível perceber que a multidisciplinaridade é possível reverter ou evitar divergências na atuação do âmbito da saúde, promovendo maior integralidade. Dessa forma, inicialmente a pesquisa propunha auxiliar tanto profissionais médicos quanto profissionais da saúde mental, que possuem uma base de formação muito diferentes entre si. A saúde mental dos profissionais podem afetar sua forma de atuação, então promover discussão e reflexão do impasse rotineiro – que é a morte – ajuda que os mesmos erros não se tornem uma repetição normalizada no sistema de saúde.

Um dos objetivos da pesquisa era identificar as características da vivência médica relativas à morte, e o que se demonstrou foi uma forte pressão na figura do médico, compondo a sua identidade a partir de dois aspectos principais: a cultura do médico e a sua formação. E no fim, devido à alta responsabilidade desse profissional para salvar vidas humanas, é sobrecarregado por dificuldades que vão muito além de sua capacidade.

Ainda assim, a vivência do processo de morrer é impactado por signos que representam diferentes tipos de morte e que demandam mais ou menos desgaste emocional do médico. Para isso, a pesquisa conseguiu sistematizar critérios, que vão além do tipo da morte, mas abarcam esferas biológicas e funcionais, bem como sociais, econômicos e éticos. Com isso, é possível interrelacionar as dificuldades diante da terminalidade de acordo com tais diferenciações.

Nessa mesma linha, delimitou-se os sentimentos mais importantes e comuns destes profissionais frente à morte. Foi possível elencar que a reação emocional mais exposta nas fontes foi a impotência, seja frente ao próprio fenômeno da morte ou seja à sua própria capacidade enquanto profissional. Assim, os principais mecanismos de defesa utilizados contra a ansiedade, são as defesas elaboradas, que constituem pela intelectualização e racionalização; que nem sempre podem significar um enfrentamento que beneficie o vínculo e a prática de cuidado.

A maioria dos profissionais preferem uma comunicação objetiva, acreditando que a transmissão da informação já seria uma comunicação empática e efetiva, mostrando a lacuna na formação humanística. A principal forma de intervenção estaria implicada na mudança de paradigma das disciplinas médicas, que ajude a desfragmentar o ocultamento da morte no currículo. Focar na ênfase às relações humanas e entrelaçar com a área de conhecimento das ciências humanas, que permitiria o refletir sobre o repetir. Outro principal pilar interventivo

apontado nas pesquisas seria a promoção da sustentação emocional e afetivo dos profissionais, diminuindo elemento solitário do enfrentar a morte.

Essa perspectiva não se limita apenas às atuações terapêuticas e clínicas, mas também é responsabilidade de instituições de ensino e das administrações das organizações de saúde. Existem poucos estudos que exploram treinos e aprimoramentos realizados para auxiliar na aquisição de habilidades interpessoais, é necessário mais estudos que mostrem mais que a exploração da temática, mas tentativas de intervenção para que se comece a estruturação de práticas e protocolos a respeito da comunicação de más notícias e do relacionamento multidisciplinar no contexto do óbito.

Outra lacuna evidente na literatura, foi a dificuldade dos autores em perceber as diferenças do enfrentamento dos médicos em comparação aos demais profissionais da saúde. Os dados em sua maioria são amalgamados e é realizada uma inferência das referências teóricas previamente consultadas, o que não promove uma atualização significativa do tema ao longo dos anos. Por tais motivos, muitos estudos não foram possíveis de serem analisados, devido à falta de sistematização dos dados.

O estudo de CASARIN (2009) fora o único que apresentou uma argumentação da diferença do estar preparado para a morte como algo subjetivo e do lidar como uma ação objetiva. Enquanto muitos autores apenas afirmaram uma ambivalência nos discursos, sugere-se que as próximas pesquisas considerem a diferença perceptiva dos profissionais acerca da postura frente a morte, uma vez que o estar preparado enquanto técnica não é a mesma função que estar preparado emocionalmente. Assim, será possível que os profissionais saibam detectar quais lacunas as equipes de saúde possuem frente à terminalidade, antes de realizar uma intervenção.

Para finalizar, retoma a importância de avaliar a morte como um fenômeno enquanto parte da vida, evitando um enfrentamento negacionista das suas dificuldades. Enquanto abarcada pelas complexidades sociais, psicológicas, espirituais, biológicas e econômicas, estará sempre afetando a vida dos sujeitos de forma diferenciada. A única certeza é, cedo ou tarde, o enfrentamento terá de ser feito.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Delmo de Carvalho et al. Sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 9,

n4, p. 1015-1020, out.-nov. 2017. Disponível em:
<<https://pdfs.semanticscholar.org/61c3/f74605ba72be8777f4602174d373911c2fc1.pdf>>.
Acesso em: 30 abr. 2020.

ALMEIDA, Luana Ferreira de; FALCAO, Eliane Brígida Morais. Representação social de morte e a formação médica: a importância da UTI. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p226-234, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 jul. 2020.

ARAUJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1261-1281, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000401261&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 abr. 2020.

AREDES, Janaína de Souza. **De frente com a “Morte em vida”: uma etnografia do cuidado médico no contexto hospitalar**. Tese (Doutorado Saúde Coletiva)-Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2018. Disponível em:< <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33961>>. Acesso em 22 jul. 2020.

AZEREDO, Nára Selaimen Gaertner de. **O acadêmico de Medicina frente à morte: questões para se (re) pensar a formação**. [Dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina Universidade Federal do Rio Grande do Sul, p. 115, 2007. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/12945>>. Acesso em 21 jul. 2020.

AZEREDO, Nára Selaimen Gaertner; ROCHA, Cristiane Famer; CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci. O enfrentamento da morte e do Morrer na formação de acadêmicos de medicina. **Revista brasileira de educação médica**, v.35, n.1, p.37-43, 2011. Disponível em:<<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/81182>>. Acesso em 22 jul. 2020.

BARBOSA, Alessandra Guimarães Carvalho; MASSARONI, Leila; LIMA, Eliane de Fátima Almeida. Significados do processo do morrer e da morte para a equipe multiprofissional. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online**, Espírito Santo, v. 8, n. 2, p. 4510-4517, 2016. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5417265>>. Acesso em 13 mai. 2020.

BELLATO, Rosenev; CARVALHO, Emília Campos. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 99-104 jan-fev. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692005000100016&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 30 abr. 2020.

BERTOLINO, Karla Cristiane Oliveira. **Social representations of physicians and nurses about dysthanasia in an ICU**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009. Disponível em:<<http://repositorio.ufsm.br/handle/1/7326>>. Acesso em 22 jul. 2020.

BVS BRASIL. **O portal**. Disponível em: <<http://brasil.bvs.br/vhl/sobre-a-bvs/o-portal-da-bvs-brasil/>>. Acesso em 03 mai. 2020.

CANO, Débora Staub; MORE, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. Estratégias de Enfrentamento Psicológico de Médicos Oncologistas Clínicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 32, n. 3, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000300210&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 jul. 2020.

CASARIN, R. G. **O Paciente Terminal Pediátrico e a Resposta Emocional da Equipe**. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento) - Campo Grande (MS): Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2009. Disponível em:<<https://repositorio.ufms.br:8443/jspui/handle/123456789/400>>. Acesso em 21 jul. 2020

CASTRO-ARANTES, Juliana. Os feitos não morrem: psicanálise e cuidados ao fim da vida. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 637-648, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982016000300637&script=sci_arttext>. Acesso em 30 abr. 2020.

CAPES. História e Missão. 2008. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/historia-e-missao>>. Acesso em 30 abr. 2020

CAPES; Portal de Periódicos. Missão e Objetivos. Disponível em: <https://www.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com_pcontent&view=pcontent&alias=missao-objetivos&Itemid=109>. Acesso em: 03 mai. 2020.

CARDOSO, Daniela Habekost et al . Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 jul. 2020.

CEZARIO, Edenise Piccoli. **A visão da morte e do morrer dos profissionais da saúde de um hospital universitário terciário e quaternário de São Paulo**. (Dissertação). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-28082012-090710/en.php>>. Acesso em: 14 jul. 2020.

COELHO, Daniella Antunes Pousa Faria. **Morte como desafio afetivo para o profissional da saúde: ansiedade e sentimentos de quem lida com o paciente terminal com câncer**. 2008. 68 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/13197>>. Acesso em 21 jul. 2020.

COMBINATO, Denise Stefanoni; MARTIN, Sueli Terezinha Ferrero. Necessidades da vida na morte. **Interface**, Botucatu, v. 21, n.63, p.869-80, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.064>>. Acesso em: 13 jul. 2020

COSTA, Álvaro Percínio; POLES, Kátia; SILVA, Alexandre Ernesto. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1041-52, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0774>>. Acesso em: 09 jul. 2020.

DUARTE, Anaísa Caparroz; ALMEIDA, Débora Vieira de; POPIM, Regina Célia. A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina. **Interface** (online), v. 19, n.55, p. 1207- 1219, 2015. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1093>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

FLAUZINO, c. j. **O que acontece no encontro do médico com a morte do seu paciente.** (Dissertação). São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2012; Disponível em: <<https://217.182.92.85/jspui/handle/123456789/632>>. Acesso em 14 jul. 2020.

FREUD, Sigmund. Sobre a transitoriedade. In: FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud** (Vol. XIV). Tradução: J. Salomão. Rio de Janeiro, 1972.

———. Luto e melancolia. In: FREUD, Sigmund. **Neurose, psicose, perversão.** Tradução: Maria Rita Salzano Moraes. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

FREUD, ANNA. **O Ego e os mecanismos de defesa**, 8ª ed. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1986.

GUERRA, Débora Rodrigues. **As representações sociais da morte e do processo de morrer para profissionais que trabalham em unidade de terapia intensiva uti.** 2005. 101 f. Dissertação (Mestrado em Assistência à Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005. Disponível em: < <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/14664>> Acesso em 14 de jul. 2020.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar Projeto de Pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002.

IMANISHI, Helena Amstalden; SILVA, Lucieli Lopes. Despersonalização nos hospitais: o estádio do espelho como operador teórico. *Revista SBPH*, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 41-56, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100004>. Acesso em 30 abr. 2020.

KOTZENT, João Paulo. **Mecanismos de Defesa.** 2017. Associação Psicanalítica do Vale do Paraíba – São Paulo. Módulo confeccionado para fins didáticos.

KÜBLER-ROSS, E. (2008) **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes.

LEITE, Maria Abadia; VILA, Vanessa da Silva Carvalho. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 145-150, abr. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100004>. Acesso em 30 abr. 2020.

LIMA, Daniele Martins de. **Enfrentamento de situações de morte e morrer: percepção de médicos e enfermeiros sobre seu preparo.** 2007. 95 f. Dissertação (Mestrado em Ciências

da Saúde) - Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2007. Disponível:
<<https://ri.ufs.br/handle/riufs/3726>> Acesso em: 14 jul. 2020.

LIMA, Lana Lacerda de. Educação Médica e Finitude da Vida: **Abordagens para Melhoria de Saberes e Práticas**. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) - Centro Universitário Christus, Fortaleza, 2017. Disponível em:
<<https://217.182.92.85/jspui/handle/123456789/632>>. Acesso em 14 jul. 2020.

MARQUES, Daniel Teixeira et al. Percepção, Atitudes e Ensino sobre a Morte e Terminalidade da Vida no Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v.43, n.3, p.123-133, 2019. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022019000300123&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 22 jul. 2020.

MENDES, K. DS.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 17(4), p.758-764, Out-Dez, 2008. Disponível em:
<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400018&script=sci_arttext>. Acesso em 30 abr. 2020.

MEIRELES, Maria Alexandra de Carvalho et al. Percepção da morte para médicos e alunos de medicina. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 3, p. 500-509, 2019. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422019000300500&lng=en&nrm=iso> Acesso em 22 jul. 2020.

MONTEIRO, Mayla Cosmo et al. A relação médico-família diante da terminalidade em UTI. *Psicologia Argumento*, [S.l.], v. 33, n. 81, nov. 2015. Disponível em:
<<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19967>>. Acesso em 12 maio 2020.

MONTEIRO, Mayla Cosmo; MAGALHÃES, Andrea Seixas. **No palco da vida, a morte em cena: as repercussões da terminalidade em UTI para a família e para a equipe médica**. Rio de Janeiro, 2015. 200p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/1111703_2015_completo.pdf>. Acesso em 14 jul. 2020.

MONTEIRO, Mayla Cosmo et al. Terminalidade em UTI: dimensões emocionais e éticas do cuidado do médico intensivista. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n. 1, p. 65-75, mar. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/28480>>. Acesso em 13 mai. 2020.

MONTEIRO, Daniela Trevisan; QUINTANA, Alberto Manuel. A comunicação de Más Notícias na UTI: Perspectiva dos Médicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 32, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000400221&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mai. 2020

MORETTO, Maria Livia Tourinho. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001.

NOVAES, Fernanda Patrícia Soares Sampaio. **Formação Médica e atitude dos pediatras frente à comunicação do óbito infantil**. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pernambuco, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.fps.edu.br/handle/4861/157>>. Acesso em 14 jul. 2020.

OLIVEIRA, Edjaclécio Silva et al. O processo de morte e morrer na percepção de acadêmicos de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE Online**. Recife, v. 10, n. 5, mai. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13546/16319>>. Acesso em 30 abr. 2020.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 abr. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 abr. 2020.

PAMPOLHA, Simone dos Santos Abraão. “Criança não deveria morrer”: significados atribuídos por profissionais de saúde ao paliar crianças em iminência de morte [Dissertação de Mestrado]. Belém, PA: Universidade Federal do Pará.; 2013

PERBONI, Jéssica Siqueira; ZILLI, Francielly; OLIVEIRA, Stefanie Griebeler. Profissionais da saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. **Persona y bioética**, Colombia, v. 22, n. 2, p. 288-302, 2018. Disponível em: <<https://search.proquest.com/openview/33d898743372fe6967a1463e4749d26e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=186310>>. Acesso em 30 abr. 2020.

PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Bioética**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 51-72, 2002. Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/214>. Acesso em 30 abr. 2020.

PINHEIRO, Anielli et al. Conhecimento de estudantes de medicina sobre tomada de decisão no fim da vida. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], vol.35, n.2, p.171-176, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000200005>>. Acesso em 22 jul. 2020.

QUINTANA, Alberto Manuel et al. Sentimos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. **Paidéia**, Santa Maria, v. 16, n. 35, p. 415-425, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2006000300012&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 30 abr. 2020.

QUIRINO, Gina Gomes. **O médico diante da morte na urgência e emergência: reflexões sobre o ser médico**. 2007. 121 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia, Sociedade e Qualidade de Vida) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/17439>>. Acesso em 16 jul. 2020

RIBEIRO, E.E. Tanatologia: vida e finitude. **Informações gerais para os módulos: velhice e morte, medicina e morte e cuidados paliativos e bioética**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2008.

SADALA, Maria Lúcia Araújo; SILVA, Mayle Paulino da. Cuidar de pacientes em fase terminal: A experiência de alunos de medicina. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 2, p. 7-21, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 jul. 2020.

SANCHEZ Y SANCHES, K.M.; SEIDL, E.M.F. Orthothanasia: a decision upon facing terminality. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** v.17, n.44, p.23-34, jan./mar. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2013.v17n44/23-34/pt/#ModalArticles>>. Acesso em 21 jul. 2020

SANTOS, Luís Roberto Gonçalves dos; MENEZES, Mariana Pires; GRADVOHL, Silvia Mayumi Obana. Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p. 2645-2651, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jul. 2020.

SANTOS, Manoel Antônio dos; AOKI, Fernanda Cristina de Oliveira Santos and OLIVEIRA-CARDOSO, Érika Arantes de. Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao Transplante de Medula Óssea. **Ciência e Saúde Coletiva** (online), v. 18, n. 9, o. 2625-2634, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 jul. 2020.

SANTOS, Janaina Luiza dos; CORRAL-MULATO, Sabrina; BUENO, Sonia Maria Villela. Morte e luto: a importância da educação para o profissional de saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 18, n. 3, p. 199-203, set-dez. 2014. Disponível em: <<https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5196>>. Acesso em 30 abr. 2020.

SANTOS, Rosilene Aparecida dos; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Resiliência e morte: o profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, dec. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n12/4869-4878/pt/>>. Acesso em 30 abr. 2020.

SANTANA, Júlio César Batista et al. Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. **Revista Bioética**. Brasília, v. 21, n. 2, p. 298-307, ago. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422013000200013&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 30 abr. 2020.

SciELO; Scientific Eletronic Library Online. **Sobre este site**. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_home&lng=pt&nrm=iso#about>. Acesso em: 03 mai. 2020.

SHIMMA, Emi. **O infectologista diante da morte de pacientes por aids**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2010. Disponível em: < <https://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/9856>>. Acesso em jul. 2020.

SILVA, Geórgia Sibeles Nogueira da; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 487-496, 2010. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000400003>>. Acesso em 09 jul. 2020.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

SOUZA, Alícia Navarro de. Formação médica, racionalidade e experiência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p.87-96, 2001. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/csc/2001.v6n1/87-96/pt/>>. Acesso em 30 abr. 2020.

- TIENGO, Tatiane. A percepção dos profissionais de terapia intensiva sobre o manejo de sintomas em pacientes sob cuidados paliativos internados em Unidade de Terapia Intensiva. Dissertação (Mestrado) – Fundação Antônio Prudente. São Paulo, p. 55. 2017. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-946793>>. Acesso em 11 mai. 2020.

TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto et al. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1210-1215, dec. 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0080-62342009000600011&script=sci_arttext>. Acesso em 30 abr. 2020.

YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. Políticas sociais, "terceiro setor" e "compromisso social": perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. **Psicologia Social**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 30-37, abr. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 jul. 2016.

UNHA, J. H. S. **Os significados da morte para os profissionais de saúde frente ao cuidado à pessoa com câncer**. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2017. Disponível em: <<http://200.131.62.27/handle/tede/716>>. Acesso em 20 abr. 2020.

APÊNDICE A

QUADROS RESUMO DE ESTUDOS DA PLATAFORMA BVS

Quadro 15 – Resumo D1

CÓDIGO:	D1
TÍTULO:	A percepção dos profissionais de terapia intensiva sobre o manejo de sintomas em pacientes sob cuidados paliativos internados em Unidade de Terapia Intensiva
AUTOR (ES)	TIENGO
REVISTA:	-
REFERÊNCIA:	TIENGO, Tatiane. A percepção dos profissionais de terapia intensiva sobre o manejo de sintomas em pacientes sob cuidados paliativos internados em Unidade de Terapia Intensiva. Dissertação (Mestrado) – Fundação Antônio Prudente . São Paulo, p. 55. 2017. Disponível em: < https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-946793 >. Acesso em 11 mai. 2020.
CARACTERÍSTICA:	Dissertação Mestrado
ANO:	2017
TIPO DE PESQUISA:	Pesquisa participante – descritivo
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativo
OBJETIVOS:	Caracterizar a percepção de profissionais trabalhadores em UTI, quanto aos cuidados prestados ao paciente oncológico em cuidados paliativos em fase final de vida. Identificar o conceito de cuidados paliativos, comparando-o entre os grupos constituídos por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem; Comparar os principais sintomas identificados por estes profissionais como prevalentes; Elencar as dificuldades relatadas pelos grupos de profissionais para o manejo de sintomas destes pacientes; Identificar as percepções dos profissionais quanto à qualidade da comunicação entre estes.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Análise de Conteúdo.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	Unidade de Terapia Intensiva; 3 Grupos Focais; Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	6 médicos especialistas (pneumo, med intensiva). Dificuldade de definir um ponto que separe o doente crítico do paliativo. Cuidado paliativo como controle de sintomas. A definição dos sintomas presenciados é mais física que emocional. A eficiência do cuidado depende da qualidade da comunicação dos atores. O controle de sintomas requer especialistas e recursos humanos. A qualidade da comunicação não é tão alta e depende do turno e das passagens de plantão; a educação em paliativo parece não ser suficiente; sugeriu-se o emprego de treinamentos;

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 16 – Resumo A1

CÓDIGO:	A1
TÍTULO:	A relação médico-família diante da terminalidade em UTI
AUTOR (ES)	MAYLA et al.
REVISTA:	Psicologia Argumento
REFERÊNCIA:	MONTEIRO, Mayla Cosmo et al. A relação médico-família diante da terminalidade em UTI. Psicologia Argumento , [S.l.], v. 33, n. 81, nov. 2015. Disponível em: < https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19967 >. Acesso em 12 maio 2020.
ANO:	2015
REVISTA	Psicologia Argumento
TIPO DE PESQUISA:	Descritivo – Artigo
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativo
OBJETIVOS:	Investigar a visão do médico intensivista acerca da participação da família em situação de terminalidade em UTI e comunicação de más notícias
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Após a coleta de dados, foi realizada uma análise de conteúdo de Bardin e dividido os resultados em categorias temáticas.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	6 participantes da equipe médica em UTI; entrevista de roteiro semiestruturado e observação; análise de conteúdo.
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	Os médicos valorizaram uma comunicação franca, aberta, respeitosa, afetiva, efetiva e empática. O médico deve garantir o tratamento e conversar com frequência para proporcionar segurança e confiança. Houveram obstáculos ocupacionais pela estrutura e funcionamento da UTI (excesso de burocracia, falta de espaço físico para conversar com famílias) e problemas pessoais (personalidade do médico e problemas no dia de plantão). Mencionou a falta de preparo durante a formação. O trabalho aponta a necessidade de mais investigação e debate interdisciplinar para aproximar da biomedicina demais áreas das ciências humanas e sociais. No compartilhamento sobre a proximidade da morte, atenuam-se os sentimentos de solidão e derrota (momento de cumplicidade e intimidade no lugar do peso insuportável). Houve usos de eufemismo na hora de comunicar as notícias. Leva ao questionamento da competência médica, representando o fracasso e a derrota.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 17 – Resumo A2

CÓDIGO:	A2
----------------	----

TÍTULO:	Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva
AUTOR (ES)	LEITE, Maria Abadia; VILA, Vanessa da Silva Carvalho
REVISTA:	Revista Latino-Americana de Enfermagem
REFERÊNCIA:	LEITE, Maria Abadia; VILA, Vanessa da Silva Carvalho. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. Latino-Americana de Enfermagem , Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 145-150, abr. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200003&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 12 mai. 2020.
ANO:	2005
CARACTERÍSTICA:	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Estudo de caso
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativa, interpretativo,
OBJETIVOS:	Identificar as dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional que atua na UTI.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Após a coleta de dados, foi realizado uma análise de conteúdo e convergência dos resultados.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	15 participantes (três médicos, quatro enfermeiros e oito auxiliares de enfermagem); observação e entrevista semiestruturada;
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	Dificuldade de lidar com a morte e informar a família; Para os médicos: Expressar a morte é a parte mais delicada; “A família é um estorvo”; Foca no sofrimento do paciente; Sempre se refere à formação, que mesmo treinado, não espera as derrotas – ou seja, a morte. Impotência, sofrimento e perdas. Além da morte, o trabalho em equipe e a falta de recursos materiais resultam no estresse – isso resulta numa queda da qualidade do cuidar. Portanto, há uma necessidade de ênfase às relações humanas, reintegrar a equipe multiprofissional, possibilitar discussão e reflexão sobre os dilemas da prática profissional; Necessário mecanismos de adaptação para a equipe estar mais apta a lidar com a morte e com a família.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 18 – Resumo A3

CÓDIGO:	A3
TÍTULO:	Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal.
AUTOR (ES)	QUINTANA, Alberto Manuel et al.
REVISTA:	Paidéia
REFERÊNCIA:	QUINTANA, Alberto Manuel et al. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. Paidéia , Ribeirão Preto, v. 16, n. 35, p. 415-425, Dec. 2006. Disponível em:

	< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000300012&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 12 mai. 2020.
ANO:	2006
CARACTERÍSTICA:	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Pesquisa etnográfica; participante
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativo
OBJETIVOS:	Compreender como as equipes de saúde definem e vivenciam o paciente terminal. Como os atores interpretam a terminalidade da vida.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Abordagem qualitativa, pesquisa etnográfica; Análise de Conteúdo de Bardin
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	Três médicos residentes e dois enfermeiros dos setores de Infectologia e Hemato-Oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria; Entrevistas semiestruturadas e observação da interação com o paciente terminal.
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	<p>Definir o paciente terminal como o sujeito que está em uma condição de irreversibilidade em que os recursos devem ser focados para o alívio do sofrimento (como dor e falta de ar). Contradição entre a definição objetiva do que é o paciente terminal e a consideração propriamente dita do paciente. Definir se o sujeito tem possibilidade de cura ou é terminal recai na subjetividade do médico. Ou seja, há uma falta de exatidão e de protocolo. Opta por registros informais como: SPP (“se parar parou”) ou SIR (sem indicação de reanimação). Mas isso é destacar uma possível imagem profissional negativa de abandono do paciente. Percepção do médico como um combatente da morte, que está “na linha de frente” e a instituição um lugar de cura; a morte é o fracasso de ambos. Os autores concluem ser uma “formação reativa”: desejo de afastar e ignorar o paciente, que é uma fonte geradora de ansiedade. A equipe esconde esse desejo por uma luta para mantê-lo vivo, mas isso o coloca numa situação desnecessária de sofrimento. A morte dos pacientes marca mais que do que quando se consegue salvar um paciente (que é o planejado, diferente da morte). Sensação de impotência. Não há costume de compartilhar com os colegas médicos as mortes, pois é uma falha. Há desarticulação ao abordar a comunicação do diagnóstico aos pacientes, sendo preferível falar para a família. Um bloqueio na comunicação que revela angústia e resistência ao abordar a terminalidade. Tornam a morte e, conseqüentemente o paciente, um segredo entre o médico e a família. A dificuldade é projetada para o paciente ou para a família, nunca para o médico. Deslocamento da problemática que tira sua responsabilidade em contar.</p> <p>Conclui que o médico tem duas formas comuns de abordagem frente à morte: utilizar mecanismos de defesa contra a dor e o sofrimento, protegendo-se (mas impede o relacionamento com o paciente) ou ver a situação como um sofrimento constate (que impossibilita a tarefa). Sugestiona que o profissional prefira uma terceira opção: de elaboração da angústia e da dor para que sejam construídas técnicas de enfrentar um trabalho com pacientes terminais.</p> <p>Despreparo fomenta a sensação de fracasso e afastamento com o paciente.</p> <p>Recomenda preparo na graduação, pois faz parte das habilidades necessárias a esse profissional. Enxergar o paciente como um ser humano, não como um paciente terminal. Dar</p>

sustentação ao lado afetivo dos profissionais para dar espaço para discussão sobre as fantasias da equipe.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 19 – Resumo A4

CÓDIGO:	A4
TÍTULO:	Significados do processo do morrer e da morte para a equipe multiprofissional
AUTOR (ES)	BARBOSA; MASSARONI; LIMA
REVISTA:	Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online
REFERÊNCIA:	BARBOSA, Alessandra Guimarães Carvalho; MASSARONI, Leila; LIMA, Eliane de Fátima Almeida. Significados do processo do morrer e da morte para a equipe multiprofissional. Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online , Espírito Santo, v. 8, n. 2, p. 4510-4517, 2016. Disponível em: < https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5417265 >. Acesso em 13 mai. 2020.
ANO:	2016
CARACTERÍSTICA:	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Descritivo-exploratório
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativo
OBJETIVOS:	Descrever os significados de uma equipe multidisciplinar de uma UTI de Adultos sobre o processo da morte e do morrer.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	O número de sujeitos foi definido por saturação de dados; foi realizado uma análise temática; Separado em duas categorias: visão não-científica sobre a morte e o morrer e visão científica sobre a morte e o morrer.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	UTI de um Hospital Universitário em Vitória (ES); 21 membros de uma equipe multidisciplinar; Entrevista semiestruturada.
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	Visão não-científica sobre a morte e o morrer de médicos: “passagem de uma vida terrena para uma vida espiritual”; Um fim total e absoluto: “solidão”; Ou falta de um conceito de morte. Visão científica sobre a morte e o morrer: suspensão irreversível da atividade cerebral e de funções vitais. Conclui-se que depende do conhecimento e experiência pessoal para se definir a morte.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 20 – Resumo A5

CÓDIGO:	A5
TÍTULO:	Terminalidade em UTI: dimensões emocionais e éticas do cuidado do médico intensivista
AUTOR (ES)	MONTEIRO et al.

REVISTA:	Psicologia em Estudo
REFERÊNCIA:	MONTEIRO, Mayla Cosmo et al. Terminalidade em UTI: dimensões emocionais e éticas do cuidado do médico intensivista. Psicologia em Estudo , Maringá, v. 21, n. 1, p. 65-75, mar. 2016. Disponível em: < http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/28480 >. Acesso em 13 mai. 2020.
ANO:	2016
CARACTERÍSTICA:	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Descritivo-exploratório
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativa
OBJETIVOS:	Discutir as dimensões emocionais e éticas envolvidas no cuidado do médico com o paciente em situação de terminalidade em UTI.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Análise dos dados coletados por meio da análise de conteúdo proposto por Bardin (2011), focalizando a análise categorial: percepção sobre o paciente em situação de terminalidade; emoções frente à morte e ao morrer; conflitos éticos; família diante da terminalidade; comunicando más notícias e relação médico-família no processo de tomada de decisões. Neste trabalho, serão discutidas as três primeiras categorias.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	Seis médicos intensivistas de um hospital privado de médio porte; entrevista semiestruturada;
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	<p>Percepção sobre o paciente: terminalidade é complexa e multifatorial; paradoxal um paciente no fim de vida estar na UTI ao invés de estar no tratamento paliativo; dilema de quando estão prolongando o morrer ou salvando a vida; quando a cura é impossível, a preocupação é com o bem-estar; os dados objetivos são preferidos aos dados subjetivos; é mais fácil para os entrevistados aceitarem a terminalidade de pacientes idosos do que jovens.</p> <p>Emoções frente à morte: Ambiguidade: ora reconhecido com algo natural, ora como decepcionante; o sentimento é silenciado; foi referido que “todo mundo cria certa blindagem”, um mecanismo de defesa de afastamento e de “frieza”; a família incomoda mais (questiona, sofre, pensa no futuro dali pra gente); o paciente não está sentindo, pois está sedado (racionalização); paciente jovem é mais difícil por causa identificação com os médicos (ou seja, a morte pode atingi-los também); a morte dos pacientes relembra processos de perdas e finitudes dos médicos; a religião ajudam alguns a lidarem com a incerteza do que há depois da morte.</p> <p>Conflitos éticos: sofrimento da família como causa da distanásia (mas ainda é necessário respeitar a adaptação de cada membro da família frente à terminalidade); falta de respaldo técnico e medo do processo judicial; antes de decidir pela distanásia, há dúvidas sobre quem sofre mais: o paciente ou a família. Os mecanismos de defesa mais utilizados: racionalização, distanciamento, negação dos sentimentos, despersonalização e negação da importância do indivíduo.</p>

Fonte: Dados da pesquisa

APÊNDICE B

QUADROS RESUMO DE ESTUDOS DA PLATAFORMA CAPES

Quadro 21 – Resumo A6

CÓDIGO:	A6
TÍTULO:	A comunicação de Más Notícias na UTI: Perspectiva dos Médicos
AUTOR (ES)	MONTEIRO; QUINTANA
REVISTA:	Psicologia: Teoria e Pesquisa
REFERÊNCIA:	MONTEIRO, Daniela Trevisan; QUINTANA, Alberto Manuel. A comunicação de Más Notícias na UTI: Perspectiva dos Médicos. Psicologia: Teoria e Pesquisa , Brasília, v. 32, n. 4, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000400221&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 14 mai. 2020.
ANO:	2016
CARACTERÍSTICA:	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Exploratório e descritivo
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativo
OBJETIVOS:	Compreender o processo de comunicação de más notícias no contexto de uma UTI.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Após a coleta de dados por meio da entrevista semiestruturada e da observação, foi realizado uma análise de conteúdo. Depois, o material coletado foi dividido em categorias.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	12 médicos de UTI; entrevistas semiestruturadas e observação não participante; Aplicado numa sala reservada da própria UTI.
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	<p>Comunicação de Más notícias: Dificuldade para dar más notícias; pouca instrumentalização durante a formação (carência de habilidades de comunicação); o professor é visto como um modelo de postura; a comunicação de más notícias não é vista como uma ação técnica; estratégias para proteger o médico de situações estressantes (agravar a situação do paciente na notícia – para abrandar o sofrimento caso a morte ocorra; relatar os procedimentos antes da morte no tempo verbal passado – o que leva a um problema de má comunicação); esquemas individuais baseados nas experiências pessoais e no senso comum.</p> <p>Ao comunicar uma boa notícia: falar num tom mais alto, utiliza de humor; uma forma de externalizar as emoções de outra forma (negação das dificuldades).</p> <p>Ao comunicar uma má notícia: toma de voz mais baixo, respostas ambivalentes. Dois meios comuns: se aproximar dos familiares, saber da preocupação e organizar a comunicação; ou apaziguar as emoções sendo direto e objetivo, utilizando termos médicos.</p> <p>Angústia Compartilhada: angústia na hora de comunicar os resultados negativos, desespero e despreparo. Não conseguem assistir o sofrimento da família, comunicam e se retiram; passa</p>

a sensação de fracasso. A identificação com o paciente aumenta a angústia. Sensação de muita responsabilidade por ser o responsável, hierarquicamente, a dar a notícia sempre. Conclui-se que: Importante a reflexão sobre a relação do médico com a família na formação médica. Os médicos deveriam se apoiar numa equipe interdisciplinar para não precisarem agir sozinhos. Necessidade de cursos de atualização do médico para refletir sobre os sentimentos de forma a prover uma assistência integral.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 22 – Resumo A7

CÓDIGO:	A7
TÍTULO:	A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina
AUTOR (ES)	DUARTE; ALMEIDA; POPIM
REVISTA:	
REFERÊNCIA:	DUARTE, Anaísa Caparroz; ALMEIDA, Débora Vieira de; POPIM, Regina Célia. A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina. Interface (online), v. 19, n.55, p. 1207- 1219, 2015. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1093 >. Acesso em: 06 jul. 2020.
ANO:	2015
CARACTERÍSTICA:	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Qualitativo
NATUREZA DA PESQUISA:	Exploratória
OBJETIVOS:	Descrever como os alunos do quarto e sexto ano de graduação em medicina humana lidam com situações que envolvem a morte.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Após a assinados os TCLEs, os participantes receberam codificação numérica em seus discursos para fins de sigilo. A análise de dados foi dividida a partir da convergência e constituição de análise de significados. Por fim, foi feito a análise compreensiva dos agrupamentos de acordo com a teoria motivacional de Schutz.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	17 alunos do quarto ano e sexto ano da graduação de Medicina Unesp Botucatu;
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	<p>Sete categorias temáticas. Para os alunos do quarto ano: a morte é um tabu; remete a sentimentos e sensações desagradáveis; falta-lhes preparo acadêmico para lidar com ela; lidam com a morte com vistas a se tornarem médico humano. Para os alunos do sexto: a morte continua sendo um tabu; uma experiência difícil; e passa a ser elemento do cotidiano médico.</p> <p>Quarto ano: A morte é um tabu: Os professores tocam pouco no assunto parecendo evitar confronto com a morte; Baseia-se no valor social do indivíduo: se é idoso, já viveu o que tinha que viver. Se é jovem, tinha muito que viver ainda então é pior.</p>

Sentimentos e sensações desagradáveis: escolha do curso como medo da morte e tentativa de controlar e lutar contra. Sentimento de fracasso, impotência e imperícia.

Falta de preparo acadêmico: mesmo com uma aula para humanização em saúde, os alunos não se sentem preparados. Ficam inseguros e com sofrimentos de ordem psíquica. Estratégias de incorporação de cuidados de fim da vida nos currículos impactam positivamente na atitude dos alunos. Alunos parecem resistir à temática como se estivesse tudo bem, mas entra em contradição porque não tem coragem de passar a notícia de morte. Geralmente, a notícia é dada por um médico mais graduado, então não passam por essa experiência.

Médico humanista: se apoiam na ideia de que as experiências cotidianas e pessoais para elaborarem o conteúdo. Citam a necessidade de se unirem para ajudar uns aos outros a enfrentarem a morte.

Sexto ano:

A morte ainda é um tabu: ainda revela carência na discussão; veem a morte como fatalidade, sublimando sentimentos e desejando explicações científicas. A intensidade da morte diferencia de acordo com o envolvimento com o paciente. A valor social da morte: esperada Vs não esperada ainda aparece. Ainda mantém a morte como um fracasso. A experiência ainda que em conjunto é abarcada pelo subjetivismo de cada um. O aprendizado e o enfrentamento da ansiedade frente à morte podem ser aprimorados por experiências simuladas. Diferente do quarto ano, uma postura de médico é cobrada.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 23 – Resumo A8

CÓDIGO:	A8
TÍTULO:	Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia
AUTOR (ES)	SANTOS; MENEZES; GRADVOHL
REVISTA:	Ciência e Saúde Coletiva
REFERÊNCIA:	SANTOS, Luís Roberto Gonçalves dos; MENEZES, Mariana Pires; GRADVOHL, Silvia Mayumi Obana. Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. Ciência e Saúde Coletiva , Rio de Janeiro, v.18, n.9, p. 2645-2651, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900019&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 06 jul. 2020.
ANO:	2013
CARACTERÍSTICA:	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Exploratória
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativa
OBJETIVOS:	Avaliar o conhecimento sobre ortotanásia dos concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia de uma universidade.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	O a seleção da amostra foi intencional e o número definido pelo critério de saturação. Depois da aplicação da entrevista, foi feita a análise de conteúdo e divididas em categorias temáticas.

<p>PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO: Entrevistas semiestruturadas aplicadas em uma universidade do interior de São Paulo. No total 22 alunos participaram da pesquisa, 6 do curso de medicina, 10 de enfermagem e 6 de psicologia.</p>
<p>RESULTADOS E CONCLUSÕES: Categorias: conhecimento sobre a ortotanásia, quem deveria se envolver no processo da ortotanásia e, por fim, sentimentos vivenciados frente à temática morte. Poucos conseguiram definir o que é ortotanásia. Mas nenhum associou com cuidados paliativos. Para os alunos de medicina, a decisão deve ser do corpo clínico associada com a família. Conclusões: falta de familiarização de estudantes de medicina com os conceitos bioéticos relacionados à morte ocorre principalmente devido à baixa prioridade do tema na graduação, o que acarretaria também no despreparo do discente no enfrentamento da morte; isso pode levar a reações emocionais negativas. A falta de informação em relação aos conceitos bioéticos frente à terminalidade persiste também no exercício profissional do médico, que, por vezes, chega a omitir informações no prontuário temendo punições pelo código de ética médica ou código penal. dúvidas éticas e legais quanto à ortotanásia, não se configurando, portanto, como capacitados para responder às demandas da família neste processo.</p>

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 24 – Resumo A9

CÓDIGO:	A9
TÍTULO:	Cuidar de pacientes em fase terminal: a experiência de alunos de medicina
AUTOR (ES)	SADALA; SILVA
REVISTA:	Interface – Comunicação, Saúde e Educação
REFERÊNCIA:	SADALA, Maria Lúcia Araújo; SILVA, Mayle Paulino da. Cuidar de pacientes em fase terminal: a experiência de alunos de medicina. Interface , Botucatu, v. 12, n. 2, p. 7-21, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100002&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 06 jul. 2020.
ANO:	2008
CARACTERÍSTICA:	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Exploratório e Descritivo
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativa
OBJETIVOS:	Compreender os significados que alunos de medicina atribuem à experiência de cuidar de pacientes em fase terminal.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Método fenomenológico pela descrição de uma situação vivida no cotidiano. Realizadas análises ideográficas. Depois, unidades de significados formadas a partir das informações que respondiam as perguntas dos autores das pesquisas. Depois, foi analisados as convergências.

PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:

Os participantes foram 24 alunos do quinto e sexto ano do curso médico de uma faculdade pública paulista, entre 21 e 27 anos, sendo 11 do sexo masculino e 13 do sexo feminino, que haviam vivenciado entre dois e três episódios de cuidar de pacientes em fase terminal.

RESULTADOS E CONCLUSÕES:

Categorias: a) deparando-se com o mundo da doença terminal/morte; b) relação com o paciente e sua família; c) a reflexão sobre o paciente terminal e a formação profissional.

Resultado: Experiência difícil ao se deparar com a morte, como sofrimento intenso, uma situação complexa que causava ansiedade; sentimentos de estranheza frente a não reanimação. Relataram que a angústia e a ansiedade perturbaram o sono e causaram sintomas depressivos. Mesmo que houvesse um alívio para o paciente, sentiram-se “péssimo”. Pouca preparação durante o curso e as poucas aulas sentem que são diferentes do contexto prático. Relação com o paciente é prejudicada porque têm medo de falar o que não devem e prejudicar o paciente. Estabelecem barreiras para uma comunicação adequada. Um aluno relata que sente que a relação e a comunicação de esperança são artificiais.

O sofrimento é maior com pacientes jovens ou aqueles que causam identificação com conhecidos.

Alunos que vivenciaram a situação de morte relataram que o nível de ansiedade e angústia baixaram diante do paciente, mas persistiram o sofrimento e as dificuldades posteriormente devido à insegurança do aluno.

A reflexão sobre a morte e o morrer: se relacionam com a visão individual; ou seja, pensar que a determinação é feita por uma entidade divina, ou a morte simplesmente carece de sentido e significado, não é vista como natural; mas também pode significar alívio da dor. Também é vista como uma realidade do ser-médico, estando relacionada ao aprendizado e evolução pessoal/profissional. Exemplo: alguns relutavam, mas acabaram a não misturar tanto o sentimento trazendo mais o tecnicismo; outros começaram a perceber que a sua atuação não é apenas curar e manter a vida, mas ajudar o paciente a viver da melhor forma possível.

A experiência faz refletir sobre a própria morte, significando a própria vida e as decisões do futuro.

Discussão: apenas têm noção da realidade do enfrentamento da morte na prática; traz à tona sofrimentos e perdas individuais. A conduta de não reanimação é trazida como complicador. *Trata-se de uma prática que pode ser dificultada pela incerteza prognóstica, por equívocos sobre a autonomia do paciente e por implicações legais. No Brasil, a conduta de NR é tomada mediante ordens verbais e informais de “deixar o paciente morrer”, no caso de sofrer parada cardiorrespiratória. Esta decisão, que muitas vezes é adequada por atender aos princípios da beneficência e não-maleficência, peca por ser unilateral e infringir o princípio da autonomia.* Os alunos relatam que não percebem o limiar para a decisão.

Vários alunos concluem que para se relacionar corretamente com o paciente envolve muito mais que o conhecimento técnico e biológico, mas um autoconhecimento. Porém, faltam instrumentos necessários para desenvolver essa relação.

Os debates entre a eutanásia e a distanásia não se restringiriam simplesmente aos conflitos entre a beneficência e o dever do profissional. Remetem às competências do médico, quanto ao discernimento ético e quanto à compreensão dos elementos socioeconômicos e culturais, no contexto do morrer na assistência à saúde. Envolvem, portanto competências profissionais muito além das competências técnico-científicas: habilidades interpessoais e formação ética fortemente comprometida com o papel social do profissional.

A pesquisa defende que para combater o paradigma predominante técnico-científico e comercial-empresarial, os quais presam pela medicina curativa em detrimento da formação

humana, que seja discutido o paradigma da benignidade humanitária e solidária que associariam as duas esferas. Assim, haveria a inclusão de conteúdo filosóficos e antropológicos nos currículos médicos. No fim, a decisão cabe ao exercício profissional individual para a decisão de não reanimação, distanásia ou ortotanásia, exigindo uma formação filosófica e ética sólida.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 25 – Resumo A10

CÓDIGO:	A10
TÍTULO:	Estratégias de Enfrentamento Psicológico de Médicos Oncologistas Clínicos
AUTOR (ES)	CANO; MORE
REVISTA:	Psicologia: Teoria e Pesquisa
REFERÊNCIA:	CANO, Débora Staub; MORE, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. Estratégias de Enfrentamento Psicológico de Médicos Oncologistas Clínicos. Psicologia: Teoria e Pesquisa , Brasília, v. 32, n. 3, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000300210&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 06 jul. 2020.
ANO:	2016
CARACTERÍSTICA:	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Qualitativo de corte transversal
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativa
OBJETIVOS:	Caracterizar as estratégias de enfrentamento psicológico utilizadas por médicos oncologistas
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Primeira etapa: doze horas de observação dos participantes durante as suas atuações ambulatoriais. Segunda: Entrevistas gravadas relacionados às atividades diárias do profissional, sentimentos e as consequências da vida profissional na pessoal. A análise dos dados foi seguida do princípio da Teoria Fundamentada nos Dados permitindo trabalhar com informações avindas de diversas fontes. As formações de análise de categorias foram resultantes da proposta da Teoria de Enfrentamento Psicológico.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	Participaram desta pesquisa doze médicos oncologistas clínicos, que atuavam em um centro público de atendimento e pesquisa em oncologia, serviço de atenção terciária, referência no sul do país.
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	Enfrentamento focado no problema: Frente às situações difíceis da prática médica, os médicos preferem enfrentar a situação de modo ativo e comunicando as famílias. Os profissionais agem com comportamento obsessivos e rígidos relacionados à conduta, como a adoção de rotina que tenta controlar os eventos. O paciente com possibilidade de cura mobiliza mais ações do médico, enquanto aquele que está a mais tempo dependendo do tratamento você se sente mais próximo e as piores tendem a afetar mais.

Os profissionais diante da dificuldade dos outros passam a dar mais importância à pequenos aspectos da vida privada e aptidões básicas.

Quando o paciente é mais velho, a doença não é tão vista de forma tão ruim.

Enfrentamento focalizado na emoção: mecanismo voltado ao apaziguamento das emoções, incitadas desde o início da formação. Ou seja, desenvolver uma calosidade emocional, não se detendo naquilo que acontece e desenvolvendo uma barreira de imunidade aos sentimentos e emoções. Outra estratégia é a utilização de atividades físicas para ajudar a desconectar da realidade profissional. Uso de álcool ou medicamentos, sendo o consumo de fármacos uma forma de lidar com situações de alta pressão emocional.

Numa tentativa de evitar o contato, teve a necessidade de dormir diante das situações de conflitos ou problemas, evitando contato com aquilo que se passa.

Religiosidade e Espiritualidade: adesão de crenças e práticas ligadas a uma instituição religiosa organizada e com a espiritualidade, que pode ser estabelecida com um ser ou força superior em que se acredita.

Suporte social: é mais comum recorrerem a colegas de trabalho quando os problemas estão na técnica ou nos problemas laborais, mas problemas pessoais são tratados mais com profissionais como psicólogos. O suporte emocional está mais presente no sentido de apaziguamento das emoções.

Estratégia combinada: mais de uma função. Como a racionalização: busca de explicações racionais para entender os fatos cotidianos, que podem levar às ações frias e neutras.

Focalização na parte física dos pacientes.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 26 – Resumo A11

CÓDIGO:	A11
TÍTULO:	Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem.
CÓDIGO:	
AUTOR (ES)	COSTA; POLES; SILVA
REVISTA:	Interface
REFERÊNCIA:	COSTA, Álvaro Percínio; POLES, Kátia; SILVA, Alexandre Ernesto. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. Interface , Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1041-52, 2016. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0774 >. Acesso em: 09 jul. 2020.
ANO:	2016
CARACTERÍSTICA:	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Exploratório e Descritivo
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativa
OBJETIVOS:	O objetivo deste estudo é conhecer a experiência dos alunos de medicina e enfermagem no atendimento aos pacientes em CP, compreendendo os aspectos de sua formação para esse tipo de cuidado.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	A pesquisa foi realizada sem amostragem predefinida, levando em consideração o conceito de saturação de dados. análise do material foi feita por meio de análise temática. Nas entrevistas já coletadas, foram buscados dados sobre a experiência e formação dos alunos em CP. O tratamento dos resultados e interpretação consiste na organização dos dados brutos, de

modo a se constituírem os temas, os quais podem ser definidos como unidades que se libertam naturalmente do texto analisado

PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:

Foram entrevistados dez alunos, cinco de medicina e cinco de enfermagem, do terceiro ao nono período com entrevistas semiestruturadas em local privado da UFSJ.

RESULTADOS E CONCLUSÕES:

Os alunos relatavam que o ganho de experiência não se dava apenas na parte técnica e no tratamento da dor física, mas na ampliação perceptiva sobre as necessidades dos pacientes com relação a esfera psicológica, espiritual e social, o que resulta em maior humanização e maior vínculo entre médico e paciente.

Os alunos que relataram contratransferência ao lidar com os pacientes sugeriram associações com as histórias de vida e com familiares. A empatia leva a posição do familiar ao perder o ente querido. Ensaio da ação e da possibilidade. Mas o maior grau de identificação se dá entre aluno e paciente, pela imaginação de se colocar no lugar do outro.

As entrevistas são ricas de informações sobre as influências dos estados emocionais dos prestadores de cuidados ao lidar com os pacientes. Essa influência leva ao um processo cíclico de racionalização e sensibilização expressos por grande parte dos alunos. No início do aprendizado, tomava atitudes mais neutras, mas que foi sendo desconstruída com a sensibilidade. O contrário também aconteceu com alguns entrevistados. O processo de racionalização limita a expressão emocional e o exercício da empatia durante as visitas ao paciente. Mecanismos utilizados: não se imaginar no lugar do paciente (repressão), não imaginar um familiar no lugar do paciente e tentar esquecer o que ocorreu com as visitas quando saem dos leitos (não significa). E com o tempo, ocorre um processo de banalização da morte.

Visão mais positiva da vida ao vivenciarem as situações de sofrimento do paciente.

Todos são categóricos ao afirmar que a grade curricular sobre Cuidados Paliativos é insuficiente. O aluno só se prepara caso escolha desenvolver por conta própria tais atividades em meios extracurriculares. Quando isso acontece, o conhecimento prático ao lidar diretamente com os pacientes aumentou significativamente na prática de cuidado.

Sugeriram que o assunto deveria ser abordado mais vezes nas disciplinas clínicas e psicossociais, além de mais implementação no desenvolvimento da filosofia paliativa nas práticas curriculares (internatos).

A maioria relatou: se difícil no início, gerando muita angústia e sendo muito impactante. Mas que se as habilidades de escuta mais ativa são desenvolvidas, existe um sentimento de gratificação por parte da resposta dos pacientes aos cuidados recebidos.

Equipe multidisciplinar: Facilita abordar o paciente e a família; maior capacidade de oferecer conforto; as orientações se tornam mais adequadas e holísticas; maiores correções às práticas divergentes ao cuidado; melhora na investigação e nas perguntas a respeito do caso; corrige falhas de atendimento.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 27 – Resumo A12

CÓDIGO:	A12
TÍTULO:	O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica.
AUTOR (ES)	SILVA; AYRES

REVISTA:	. Revista Brasileira de Educação Médica
REFERÊNCIA:	SILVA, Geórgia Sibeles Nogueira da; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica , Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 487-496, 2010. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000400003 >. Acesso em 09 jul. 2020.
ANO:	2010
CARACTERÍSTICA:	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Exploratório e descritivo.
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativo.
OBJETIVOS:	Compreender como a formação médica lida com o processo de morte de um paciente e o que os estudantes desejam e sugerem em relação ao tema.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Após a coleta de dados, a análise ocorreu de acordo com conceitos oriundos da Hermenêutica Filosófica e Teoria da Ação Comunicativa.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	Entrevistas semiestruturadas e oficinas com utilização de cenas projetivas com 19 participantes, alunos de medicina e residentes em espaço da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	A experiência com a morte acontece nos últimos anos do curso ou é presenciada de forma acidental, apenas a partir do internato e na residência. Ocorre invisibilidade do sofrimento existencial dos estudantes que não conseguem compartilhar com profissionais já formados os seus sentimentos com aquelas experiências. Sentimento de solidão e desamparo ao enfrentar a sensação de não salvar, não saber dar a notícia ruim e nem ficar ao lado do paciente até a morte acarreta vulnerabilidade e desenvolvimento de mecanismos rígidos de defesa, além de propiciar maior distanciamento do outro e de si mesmo. Procura de modelos pelos estudantes durante a formação médica. Solicitam mais experiência com pacientes terminais e prática continuada. Solicitam assistência psicológica para os estudantes que não conseguem elaborar os conflitos gerados pelas dificuldades próprias do curso e no contato com o paciente.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 28 – Resumo A13

CÓDIGO:	A13
TÍTULO:	Representação social de morte e a formação médica: a importância da UTI
AUTOR (ES)	ALMEIDA; FALCAO
REVISTA:	Revista Brasileira de Educação Médica
REFERÊNCIA:	ALMEIDA, Luana Ferreira de; FALCAO, Eliane Brígida Moraes. Representação social de morte e a formação médica: a importância da UTI. Revista Brasileira de Educação Médica ,

	Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p226-234, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200010&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 09 jul. 2020.
ANO:	2013
CARACTERÍSTICA:	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Exploratório e descritivo.
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativo
OBJETIVOS:	Identificar e analisar a representação social sobre a morte construída por médicos intensivistas.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Trabalhou-se com a metodologia de análise de dados e análise das representações sociais.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	Aplicação de entrevistas semiestruturadas em 27 médicos atuantes nas UTIs de um hospital universitário ligado a uma instituição de ensino superior federal do Brasil.
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	<p>Primeira questão: O que significa a morte para o profissional?</p> <ul style="list-style-type: none"> - É um processo natural (78%; 21 médicos) - A morte é diferente e depende do tipo de paciente (56%, 15 médicos); existe dificuldade de aceitar a morte de mais jovens. É angustiante quando a morte acontece fora do prazo previsto. Quanto mais súbita, pior para a família e para os médicos. Morte sem diagnóstico. Alguns pacientes você já sabe qual é a doença e já conhece o processo de morte. - A morte é triste e frustrante para os profissionais de saúde (37%; 10 médicos); É algo triste, causa frustração; sentimento de fracasso, desamparo e sentimento de necessidade de apoio psicológico. - A morte é a passagem da vida material para a vida espiritual (33%, 9 médicos); - A morte é difícil de explicar (8 médicos; 30%); É uma questão ampla e difícil de explicar; não tem uma opinião formada a respeito. - A morte causa sofrimentos para as famílias (26%; 7 médicos); penso na tristeza dos familiares, a parte mais difícil é comunicar à família. <p>Segunda Questão: O que seria necessário em termos educacionais para a melhoria do atendimento ao paciente com risco de vida?</p> <ul style="list-style-type: none"> - A importância da Terapia Intensiva na formação médica e no preparo para lidar com a morte (56%; 15 médicos); há defasagem em alguns cursos universitário sobre disciplinas em terapia intensiva, levando a uma insegurança e falta de prática para lidar com a UTI e o paciente assistido nessa terapia. - O tema da morte deve ser abordado na formação médica (22%; 6 médicos); pouca formação sobre como lidar com o paciente terminal e com a família do doente, além da falta de preparo para lidar com a família do ponto de vista bioético. - As relações interpessoais devem ser abordadas para um melhor lidar com a morte (22%; 6 médicos); valorizar a relação médico-paciente, trazendo de volta a atenção do estudante para uma melhora no comportamento e uniformização do atendimento. <p>Discussão: Sempre sente culpa e revisa todas as atitudes tomadas para ponderar se todas as ações foram corretas e científicas. A morte é mais ou menos aceita de acordo com os critérios</p>

estabelecidos por eles próprios. Ausência de práticas pedagógicas e educacionais nos cursos de medicina a respeito dos aspectos cognitivos, sociais e afetivos relacionados ao processo da morte e do morrer.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 29 – Resumo A14

CÓDIGO:	A14
TÍTULO:	Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao Transplante de Medula Óssea
AUTOR (ES)	SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO
REVISTA:	Ciência e Saúde Coletiva
REFERÊNCIA:	SANTOS, Manoel Antônio dos; AOKI, Fernanda Cristina de Oliveira Santos and OLIVEIRA-CARDOSO, Érika Arantes de. Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao Transplante de Medula Óssea. <i>Ciência e Saúde Coletiva</i> (online), v. 18, n. 9, o. 2625-2634, 2013. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900017&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 09 jul. 2020.
ANO:	2013
CARACTERÍSTICA:	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Descritivo
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativo
OBJETIVOS:	Investigar o significado da morte para médicos que atuam com pacientes em condição crítica no contexto do Transplante de Medula Óssea.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Utilizando o referencial teórico da psicodinâmica do trabalho, realizou-se um estudo de caso metodológico qualitativo. Os dados coletados foram sistematizados em categorias.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	Cinco médicos vinculados a uma unidade de Transplante de Medula Óssea; aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturada no local de trabalho.
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	Trabalho e identidade profissional: a morte abre uma ferida narcísica na prepotência médica, retirando sua função de detenção da morte. A temática da morte e do morrer não são suspensos no cotidiano médico, mas presentes desde os valores aprendidos ao longo do processo acadêmico. Existem lacunas no curso de graduação médica que desconsideram o profissional da saúde como seres humanos constituídos de dimensões psicológicas como físicas – assim como seus pacientes. O reconhecimento do ser-médico está inserido num macrocontexto social em que a função do profissional está na cura e na salvação de vidas, quase como um místico que confia dons, saberes e milagres. Isso priva o médico de suas características humanas e de suscetibilidade ao cansaço, à dor e ao sofrimento. Na prática, o

médico que decide as condições do morrer, podendo assumir uma postura de onipresença e querer salvar o indivíduo adoentado a qualquer custo até que enfrente um abalo dinâmico na sua identidade pela ocorrência da morte.

Vocação e formação médica: o primeiro contato com a morte no curso é durante as aulas de anatomia, que promove um contexto de corpo desvitalizado e desmembrado; despersonalizado. A morte é apresentada como perda das funções citais e não a perda das funções vitais e da subjetividade. Alguns estudantes já tentam esperar que exista algo além daquele corpo que sofreu com a morte. Despreparo na formação acadêmica. O reconhecimento do trabalho não é secundário, a motivação pode ser um elemento decisivo; a vocação que compõe a motivação começa desde a infância. Portanto a forma como é vista a morte e a profissão médica desde o início vai impactar a forma como lida com a morte (aspecto individual do médico).

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 30 – Resumo A15

CÓDIGO:	A15
TÍTULO:	Necessidades da vida na morte
AUTOR (ES)	COMBINATO; MARTIN
REVISTA:	Interface
REFERÊNCIA:	COMBINATO, Denise Stefanoni; MARTIN, Sueli Terezinha Ferrero. Necessidades da vida na morte. Interface , Botucatu, v. 21, n.63, p.869-80, 2017. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/1807-57622016.064 >. Acesso em: 13 jul. 2020
ANO:	2017
CARACTERÍSTICA:	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Descritivo
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativo
OBJETIVOS:	Discutir o processo de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com relação à morte de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Encaminhado 350 questionários aos profissionais que preenchiam o critério (Ensino Superior e ter realizado cuidados no final da vida dos pacientes na ESF), retornando 151 questionários. O segundo questionário foi realizado para 72 profissionais que desejaram participar da pesquisa para compreender se os pacientes haviam sido de doença incurável, progressiva, irreversível ou/e em estágio avançado. 19 retornaram e foram selecionados os profissionais que atuaram desde o diagnóstico até o momento da morte do paciente, inclusive assistindo a família após a morte. Com o resultado das 11 entrevistas, foi analisado o processo histórico que constitui o fenômeno, junto com o trabalho dos profissionais da saúde para a compreensão do fenômeno do processo de morte.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	Foi realizadas entrevistas semiestruturadas com 11 participantes nos locais de escolha vinculados aos centros de saúde.

RESULTADOS E CONCLUSÕES:

Foram retiradas informações a respeito dos participantes médicos para a pesquisa de revisão integrativa.

As relações emocionais se mostraram intensas para alguns participantes no cuidado ao paciente, por sentir uma dependência e vínculo forte com o caso. Apesar de isso ter a intensidade para o profissional, a demanda do paciente é atendida com mais acolhimento, facilitando a compreensão do próprio adoecido sobre o processo em que foi acometido – mesmo que outros profissionais mais especializados entrem em cena no tratamento.

O médico se sente responsabilizado a lutar contra a morte, mas outras influências estão presentes para que as dificuldades se tornem maiores. O processo saúde-doença extrapola a competência dos médicos na ESF porque as estruturas sociais e econômicas determinaram as condições de saúde da população naquela região anteriormente ao cuidado médico.

Não é apenas a morte em si que leva ao sentimento de impotência e fracasso do médico. Mas a vulnerabilidade das pessoas que acarreta a morte. Diferente do hospital, na ESF a frequência da participação no momento da morte é menor e a ênfase recai no processo de adoecimento e morte (além do acompanhamento do sofrimento com a família). O fato de participar e vivenciar o cotidiano da pessoa em processo de vida-doença-morte é diferente de quando médico simplesmente recebe essas informações no hospital.

O desafio do enfrentamento da morte em contexto de desigualdade social é enfrentar a mistanásia (abreviação coletiva da vida).

Excede a atuação do profissional e é fundamental reconhecer isso para que aja limite na sua atenção para que não se sinta frustrado.

O que se percebe por meio da análise dos dados desta pesquisa é que, além das necessidades específicas envolvidas na terminalidade da vida, essas pessoas não estão isentas de problemas sociais, culturais, econômicos ou familiares. A morte aparece como pano de fundo de outras situações: moradia em cocheira de cavalo; alimentação precária; familiar envolvido em tráfico de drogas; trabalho infantil; cônjuge com esquizofrenia; idoso como fonte de renda (aposentadoria); inexistência de cuidado familiar numa luta pela sobrevivência. Isso reforça a tese de que a morte faz parte da vida – não apenas como fim de um ciclo de vida ou pelas mortes que existem na vida, mas porque a morte acontece na vida, com todas as suas necessidades.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 31 – Resumo D2

CÓDIGO:	D2
TÍTULO:	Enfrentamento de situações de morte e morrer: percepção de médicos e enfermeiros sobre seu preparo.
AUTOR (ES)	LIMA
REVISTA:	-
REFERÊNCIA:	LIMA, Daniele Martins de. Enfrentamento de situações de morte e morrer: percepção de médicos e enfermeiros sobre seu preparo. 2007. 95 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2007. Disponível: < https://ri.ufs.br/handle/riufs/3726 > Acesso em: 14 jul. 2020.
ANO:	2007
CARACTERÍSTICA:	Dissertação
TIPO DE PESQUISA:	Descritiva

NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativa
OBJETIVOS: Analisar a percepção de médicos sobre o seu preparo para o enfrentamento de situações de morte e morrer de pacientes.	
DELINEAMENTO DE PESQUISA: Após a aplicação, foi realizado uma análise de conteúdo dando origem à estruturação de categorias empíricas.	
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO: 85 médicos e enfermeiros; questionário construído com base em entrevistas realizadas no primeiro momento da entrevista; realizado num hospital público de Aracaju-SE.	
RESULTADOS E CONCLUSÕES: Muito profissionais mencionaram a cessação da atividade cerebral como critério principal para constatação do óbito do paciente. Também disseram que acreditam que diferenciam sua definição de morte das demais pessoas, o que os fazem se sentir confortáveis a discutir o tema. A maior parte desses profissionais da pesquisa (60%) lidam com a morte no cotidiano, que demonstrou ser desgastante e um incentivo à visão funcionalista levando à elaboração de mecanismos de defesa (como se distanciar afetivamente por trás do seu conhecimento técnico), isentando-o trabalhar o amplo significado que a morte pode possuir. Para uma outra parcela, a morte adquiriu uma perspectiva espiritualista. Ainda assim, 97,64% da amostra afirmaram serem integrantes de uma religião ou doutrina espiritual. Os profissionais de saúde utilizam de suas crenças para muitas vezes dominar o sentimento de perda e fracasso, permitindo-se assim um consolo para a perda do seu paciente. Outra maneira encontrada pelos médicos é colocar a morte como fim, certeza ou parte do ciclo da vida de forma a ter uma visão mais naturalista possível. Libertação do sofrimento do paciente, mas também do que ele representa diariamente com o seu morrer: a fragilidade humana do profissional de saúde, seu fracasso e a quebra da onipotência. Perda, separação e fracasso. Coloca a prova todo o conhecimento do indivíduo como médico, então também é considerado como impotência. Morrer pode ser tido como a mesma coisa que morte. Mas mais da metade colocou que a definição seria próxima de um processo que leva à morte.	
A maioria se considerou parcialmente preparados, sendo a parte que se pode preparar são associadas mais à experiência profissional do que ao ensino acadêmico. Das especialidades, o único que concordou estar totalmente despreparado foi da área de pediatria, alegando não ter como se preparar para isso. Uma vez, que as mortes se dão como mais cruéis por não “respeitar” o ciclo natural da vida.	
A tristeza foi o sentimento mais mencionado na pesquisa. Seguida por: Impotência, alívio (sofrimento do paciente), necessidade de melhoria do conhecimento, conformismo, incapacidade, insegurança e medo. A melhoria de conhecimento se aproxima com uma intelectualização como forma de se defender psicologicamente. Conformismo como neutralidade. Aspectos dos pacientes que influenciam as reações e as atitudes: Idade, Estado de saúde, sexo, outros.	

Estado de saúde: patologias crônicas amortecem mais a perda; doença grave e terminal (sensação de alívio), paciente que morre subitamente (surpresa e descontentamento). Quando relacionados ao sexo, as mortes mais sentidas tendem a ser de mulheres por serem mães/gestantes.

Alguns fatores intrínsecos ao profissional poderiam contribuir para uma melhor compreensão da morte: alguns não concordaram (35,30%) enquanto outros 64,70% concordaram. Colocam que o sentimento de perda por um ente querido poderia levar a uma maior empatia. Logo, é tido como aprendizado.

Os que negaram que promove alguma mudança profissional, argumentam dividir a vida profissional da vida pessoal.

Fatores que contribuem para o enfrentamento das situações de morte e morrer (do mais frequente para o menos frequente): controle emocional, religião, experiências anteriores, amor pela profissão, sensação do dever cumprido, neutralidade.

O controle emocional passa a ter um caráter de proteção da saúde de médicos. Da mesma forma que é considerado a morte como um dos elementos que mais causam desconforto. Mas isso pode ser um risco quando apresentado que o controle se baseia no distanciamento e neutralidade pois leva a uma incomunicação do médico-paciente.

Preparo acadêmico em sua maior parte foi tido como nulo. Os que tiveram preparo, associaram as disciplinas de psicologia médica. Os aspectos ausentes se deram: humanização nas experiências de aprendizado, discussão do conteúdo durante a graduação, interação com outras ciências como a psicologia ou estudos da religiosidade e falta de contato mais cedo com os pacientes.

A discussão do conteúdo durante a graduação foi mencionada como um dos aspectos mais ausentes.

As lacunas das competências demonstram fragilidade na formação acadêmica para o enfrentamento da morte e do morrer. E a maioria acredita que é possível aplicar uma mudança positiva no preparo dos futuros médicos. As sugestões abordam: discussão do tema desde o primeiro período, disciplinas sobre isso desde o início; preparo psicológico.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 32 – Resumo D3

CÓDIGO:	D3
TÍTULO:	As representações sociais da morte e do processo de morrer para profissionais que trabalham em unidade de terapia intensiva uti.
AUTOR (ES)	GUERRA
REVISTA:	-
REFERÊNCIA:	GUERRA, Débora Rodrigues. As representações sociais da morte e do processo de morrer para profissionais que trabalham em unidade de terapia intensiva uti . 2005. 101 f. Dissertação (Mestrado em Assistência à Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005. Disponível em: < https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/14664 :> Acesso em 14 de jul. 2020.
ANO:	2005
CARACTERÍSTICA:	Dissertação
TIPO DE PESQUISA:	Descritiva e Exploratória

NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativa
OBJETIVOS:	Apreender as representações sociais de médicos e enfermeiros que trabalham em UTI sobre a morte e o processo de morrer.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Após a aplicação, foi realizado uma análise de conteúdo dando origem à estruturação de categorias empíricas.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	Foi realizada numa UTI do Natal Hospital Center do RN. Foram entrevistados 12 enfermeiros e 12 médicos. Teste de associação livre de palavras e entrevistas semiestruturadas.
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	As palavras evocadas após o uso de palavras introdutoras (morte e morrer) foram : evento biológico, evento psicossocial e evento transcendental. A representação social tem uma função de tornar familiar aquilo que é estranho. Sentimentos expressados pela morte de pacientes que estavam sob seus cuidados: impotência, fragilidade, indiferença. Contudo, com pacientes crônicos são relacionados à alívio. Sugere atividades de grupos de apoios.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 33 – Resumo D4

CÓDIGO:	D4
TÍTULO:	“Criança não deveria morrer”: significados atribuídos por profissionais de saúde ao paliar crianças em iminência de morte.
AUTOR (ES)	PAMPOLHA
REVISTA:	-
REFERÊNCIA:	PAMPOLHA, Simone dos Santos Abraão. “Criança não deveria morrer”: significados atribuídos por profissionais de saúde ao paliar crianças em iminência de morte [Dissertação de Mestrado]. Belém, PA: Universidade Federal do Pará.; 2013
ANO:	2013
CARACTERÍSTICA:	Dissertação
TIPO DE PESQUISA:	Exploratória e Descritiva
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativa
OBJETIVOS:	Compreender os significados atribuídos por profissionais que atuam em enfermagem pediátrica sobre o cuidar da criança com doença sem possibilidade de cura, hospitalizada e em processo de morte.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Abordagem qualitativa. Após a aplicação do instrumento, foi realizado uma análise de conteúdo e a divisão em categorias temáticas.

<p>PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO: Clínica Assistencial Pediátrica do Hospital Universitário João de Barros Barreto da UFPA. 12 profissionais, sendo eles 3 médicos. Foi utilizado entrevistas semidirigidas.</p>
<p>RESULTADOS E CONCLUSÕES: Cuidar (paliar) da criança com doença sem cura e em iminência de morte pode mobilizar intenso sofrimento nos profissionais que atuam em pediatria, resultando em ações obstinadas para evita-la. Foi evidenciado características de luto não autorizados socialmente. Ressalta a necessidade da inclusão de disciplinas na graduação, abordando o tema de morte e morrer. Também da inclusão do paradigma paliativo, referente à tanatologia e cuidados paliativos, abrangendo todos os níveis de assistência. Além de uma abordagem técnica sobre o conhecimento teórico e temático.</p>

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 34 – Resumo D5

CÓDIGO:	D5
TÍTULO:	A visão da morte e do morrer dos profissionais da saúde de um hospital universitário terciário e quaternário de São Paulo
AUTOR (ES)	CEZARIO
REVISTA:	-
REFERÊNCIA:	CEZARIO, Edenise Piccoli. A visão da morte e do morrer dos profissionais da saúde de um hospital universitário terciário e quaternário de São Paulo. (Dissertação). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012. Disponível em: < https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-28082012-090710/en.php >. Acesso em: 14 jul. 2020.
ANO:	2012
CARACTERÍSTICA:	Dissertação
TIPO DE PESQUISA:	Descritiva
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativo
OBJETIVOS:	Como os profissionais da saúde lidam com a morte numa unidade de terapia intensiva.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Análise qualitativa de conteúdo dos dados apurados.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	51 sujeitos nas dependências das UTIs por meio de entrevistas semiestruturadas.

RESULTADOS E CONCLUSÕES:

“ Uma consequência natural; única certeza; faz pensar muito na vida, que é importante ter uma qualidade de vida independente e passa uma experiência degradante.

Quando tem uma crença religiosa, tem mais força para superar esse tipo de transição.

Quando tem contato com a família do paciente é difícil não chorar.

A grande maioria dos entrevistados respondeu que trabalharem com a morte influencia em suas vidas pessoais, dando mais valor a vida, desenvolvendo mais autocontrole. Mas existe a menor parcela que disseram não se sentirem influenciados por separarem a vida profissional da vida pessoal.

O ponto positivo sobre a morte costuma recair nos seguintes aspectos: encontro com Deus, dar lugar a outros vivos, melhor do que viver sem qualidade de vida e desprendimento de coisas fúteis com a iminência da morte.

Sobre conversar sobre a morte com alguém: a maioria coloca que sim, tanto no âmbito profissional quanto familiar.

Negação: foi a atitude menos demonstrada nas respostas. Que não haveria como negar.

Raiva: as manifestações de raiva foram observadas na aceitação de mortes trágicas, crianças, jovem, ou paciente em grande sofrimento.

Barganha: mais visível nos profissionais com apelo religioso.

Depressão: os médicos não

Aceitação: atribuída quando não gostaria de prolongar o sentimento do paciente.

Os profissionais da medicina sintetizavam as respostas com maior objetividade. Sugerindo um novo estudo do porque existe maior concisão e objetividade nas respostas dos profissionais médicos quando comparados com os profissionais de enfermagem.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 35 – Resumo D6

CÓDIGO:	D6
TÍTULO:	Educação Médica e Finitude da Vida: Abordagens para Melhoria de Saberes e Práticas
AUTOR (ES)	LIMA
REVISTA:	-
REFERÊNCIA:	LIMA, Lana Lacerda de. Educação Médica e Finitude da Vida: Abordagens para Melhoria de Saberes e Práticas. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) - Centro Universitário Christus, Fortaleza, 2017. Disponível em: < https://217.182.92.85/jspui/handle/123456789/632 >. Acesso em 14 jul. 2020.
ANO:	2017
CARACTERÍSTICA:	Dissertação
TIPO DE PESQUISA:	Descritiva e Exploratória
NATUREZA DA PESQUISA:	Quantitativa e Qualitativa
OBJETIVOS:	Analisar o processo de formação dos estudantes de Medicina frente à morte, visando uma proposta educativa.

DELINEAMENTO DE PESQUISA:

Após a coleta, a análise de dados foi subsidiada pela revisão da literatura e pelos dados estatísticos, considerando a análise temática de conteúdo de Minayo. A parte qualitativa resultou em quatro categorias, enquanto os dados numéricos foram dispostos em planilhas e organizados em gráficos e tabelas.

PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:

104 estudantes matriculados em medicina da UERN. Questionário estruturado, grupo focal e depoimentos espontâneos. Também foi realizado uma pesquisa documental a respeito do programa do curso.

RESULTADOS E CONCLUSÕES:

Percepção acerca da formação humanística na graduação em medicina para lidar com a morte e o morrer: abrangente, o médico deve incluir em sua abordagem o contexto psicossocial e de vida do paciente junto com uma visão mais ampla de ser humano. Afeto, como atitude de familiaridade com o paciente e contrário a uma prática profissional que utiliza a tecnologia como meio de relação. Destacado pelos estudantes a necessidade de o médico conversar e explicar com clareza os dados ao paciente, o que inclui desenvolvimento de habilidade comunicacionais.

Na visão dos estudantes “o curso não dá muita ênfase ao tema”, algumas disciplinas enfocam de forma breve o processo da morte e do morrer, favorecendo discussões: Introdução à Medicina, Psicologia Médica, Bases da Oncologia, Ética e Bioética.

O curso prepara o aluno como se fosse insensível a quase tudo, estando apenas preparado para estudar e estudar. Ser duros, não ter sensibilidade e funcionando sempre sobre pressão. Coloca ainda que o curso de medicina pode até tirar a percepção de tudo que a pessoa tinha anteriormente sobre a morte. Ensinam que é de uma forma e você deve pensar daquele jeito. Os alunos de medicina mencionam como principais fontes de estresse a perda da liberdade pessoal e o excesso de pressões acadêmicas. Além das poucas disponibilidades de tempo para demais esferas da vida. Outro aspecto é o paradigma de impedir que a morte ocorra, em posição de onipotência frente à fase final da vida – dificuldade de reconhecer um fenômeno dela.

Tornar a morte impessoal: constituem clichês para definir o indefinível, não mostrando uma visão pessoal da finitude. Mas no fim, a maioria convergiu para a ideia de que ninguém está preparado para morrer, demonstrando que os discursos anteriores de naturalidade eram frases feitas. Um estudante em exceção que divergiu por ter convivido com uma pessoa em idade avançada, colocando conformismo frente à morte.

As crenças religiosas podem ter aspecto negativo, influenciando o paciente no abandono do tratamento.

Acaba ficando em cima do muro porque se não é uma carga emocional muito forte, limitando o envolvimento do médico.

Os estudantes corroboram que é necessário acabar com o isolamento médico dos outros profissionais da saúde, visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes no final da vida, necessitando sair de cima do muro. Mas enfatizam que seus modelos muitas vezes agem de forma contraditória, não querendo tratar mais a pessoa por não ter mais chances.

Sugestões: Para formação médica: tema da morte transversal no curso, inclusão de novas disciplinas, filosofia aliada à prática médica, psicologia e aspectos subjetivos (emocionais e históricos), controle da dor e cuidados paliativos, comunicação, professor que veja e ensinem a morte como fenômeno natural, mais ensino de práticas paliativistas, empatia e apoio aos estudantes.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 36 – Resumo D7

CÓDIGO:	D7
TÍTULO:	Formação Médica e atitude dos pediatras frente à comunicação do óbito infantil
AUTOR (ES)	NOVAES
REVISTA:	-
REFERÊNCIA:	NOVAES, Fernanda Patrícia Soares Sampaio. Formação Médica e atitude dos pediatras frente à comunicação do óbito infantil . Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pernambuco, 2015. Disponível em: < http://repositorio.fps.edu.br/handle/4861/157 >. Acesso em 14 jul. 2020.
ANO:	2015
CARACTERÍSTICA:	Dissertação
TIPO DE PESQUISA:	Descritiva
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativa
OBJETIVOS:	Conhecer a percepção dos pediatras da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e dos residentes de pediatria do hospital escola sobre a formação acadêmica do médico na habilidade social de comunicar o óbito infantil.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Após a aplicação da entrevista semiestruturada, foi realizada uma transcrição literal seguida de análise de conteúdo composta por pré-análise, análise e tratamento dos dados (interpretação e síntese). Além disso, enfoque especial foi dado aos elementos da educação médica do ponto de vista do modelo pedagógico envolvendo currículo oculto.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	Entrevistas semiestruturadas em preceptores pediatras e residentes da pediatria na UTI pediátrica de um hospital do nordeste brasileiro. No total, a amostra conteve 14 médicos.
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	<p>Conceito de má notícia: Conceito de maior necessidade de treinamento nessa área, mas a perspectiva vai depender de cada pessoa e só será determinada uma vez que for passada para a família e para o paciente. Ainda assim, os participantes influem suas próprias percepções, causando receio na hora de passar a notícia.</p> <p>Morte em pediatria: Maior complexidade quando comparada à morte em demais áreas da medicina e percebem que há falta de treinamento tanto na graduação quanto na pós graduação. A dificuldade aumenta pela: Sensação de interrupção precoce da vida, reações emocionais e não aceitação da família, morte inesperada e falta de vínculo médico com os pais, crianças com muito vínculo com a equipe, quando é o primeiro ou único filho, quando é plantonista recém formado ao invés de residente.</p> <p>Causa de impaciência ou falta de vínculo: Burnout (síndrome proveniente da exposição prolongada a fatores interpessoais crônicos no trabalho, apresenta três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e ineficácia).</p> <p>Formação atitudinal na graduação: Em relação à formação médica na “graduação”, a grande maioria dos entrevistados relatou que não recebeu treinamento específico em comunicação de más notícias. Foi dita que é um tabu, pois é formado para salvar vidas e isso pode ser causas da deficiência do processo de formação. ensino de habilidades de comunicação</p>

interpessoal, comunicação de diagnóstico ainda é colocado como secundário em relação as questões biomédicas, que são vistas como científicas e prioritárias na formação acadêmica. Formação atitudinal na pós-graduação: Comunicação do óbito na pós-graduação (residência médica) foi considerado similar ao que ocorre na graduação. Em contrapartida, maior oportunidade de prática, maior vivência profissional, mais contato com pacientes e maior aprendizado de habilidades de comunicação. Também maior maturidade.

Referências para aprendizagem atitudinal: todos os médicos apontaram para o exemplo de outros profissionais (colegas, residentes mais antigos, preceptores), aulas pontuais na disciplina de psicologia médica, psiquiatria e ética. A homenagem ao cadáver desconhecido, protocolo SPIKES, religião, convicções pessoais, educação familiar e relacionamento com os pais. Questionaram se a escola médica pode ensinar a empatia, compaixão e respeito ao próximo. Tais habilidades foram descritas por vários entrevistados como necessárias na comunicação da morte aos familiares.

IMPORTANTE: Acreditam que seja uma questão de prática e que pode ser adquirida por conta própria.

Transmissão do conhecimento do preceptor, residente e interno: O exemplo da preceptoria e dos mais experientes foi apontado pela maioria dos participantes como fonte importante de aprendizado. Seguido pelos residentes mais velhos de cada ano. Mas os preceptores relatam que não receberam preparo adequado em sua época. Todos mencionam a falta de organização para a metodologia de ensino em habilidades comunicacionais no âmbito do óbito pediátrico. A barreira citada foi o constrangimento do óbito.

Estilos de aprendizagem: vivência individual, solitária, sem espaços de aprendizagem compartilhada com a equipe.

Sentimentos dos médicos na comunicação do óbito infantil: Complexa, obrigação profissional, desconforto, sofrimento, sensação de impotência, conflitos emocionais, sentimento de culpa. Desgosto da atividade de comunicar. Fracasso terapêutico como fracasso profissional.

Comunicação verbal: Abrupta, direta e sem rodeios OU aos poucos, de forma lenta e gradual. Informar que fez tudo que podia e dizer palavras de condolências.

Acolhimento: Frio, seco, tranquilos, sensíveis, preocupados, emocionalmente abalados, empáticos. “a gente não tem como chorar, porque a gente não tem vínculo com esse bebê, com essa criança que vai a óbito, nem se comover... e assim infelizmente dou as costas e saio e volto a fazer meu trabalho...” Referiram o uso da comunicação não-verbal através do contato visual, do abraço e até mesmo do próprio silêncio e atenção.

Estratégias para desenvolver a expertise e o ensino da comunicação do óbito infantil: Quanto ao uso de protocolos e estratégias para comunicação de más notícias, a grande maioria informou desconhecer a existência, e quase a metade achou que não existe. Apenas um participante falou ter conhecimento do protocolo SPIKES. Mas a comunicação não verbal (contato visual, o abraço, o toque e até mesmo o próprio silêncio e atenção) foi apontado como estratégias importantes.

Sugestões de estratégias: Os entrevistados sugeriram uma padronização do procedimento. Mais da metade sugeriu apoio psicológico para os médicos. Lugar específico e com privacidade (além de um contexto de UTI), treinamento de comunicação de óbito (vivências de modelos e situações de dramatização).

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 37 – Resumo D8

CÓDIGO:	D8
TÍTULO:	O que acontece no encontro do médico com a morte do seu paciente

AUTOR (ES)	FLAUZINO
REVISTA:	-
REFERÊNCIA:	FLAUZINO, c. j. O que acontece no encontro do médico com a morte do seu paciente. (Dissertação). São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2012; Disponível em: < https://217.182.92.85/jspui/handle/123456789/632 >. Acesso em 14 jul. 2020.
ANO:	2012
CARACTERÍSTICA:	Dissertação
TIPO DE PESQUISA:	Descritivo
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativa
OBJETIVOS:	Descrever e conhecer o que existe de estruturante no encontro do médico com a morte do seu paciente.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Método fenomenológico de pesquisa. Após a realização das entrevistas, levantou-se unidades de análise e transformadas em categorias analisadas fenomenologicamente, que possibilitam o diálogo intersubjetivo e objetivo com os pressupostos teóricos sobre o tema em pauta.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	Quatro médicos oncologistas clínicos por entrevistas semiestruturadas no consultório de um Hospital Clínico de São Paulo.
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	Relação médico e paciente: Médico relata que bloqueia sentimentos pelos pacientes porque já tende a agir assim em demais áreas da sua vida. Busca outras esferas de cuidar das emoções como a busca por relações familiares ou espiritualidade. O distanciamento é tido como um alívio para o médico. O distanciamento também acontece por já saber todas as etapas da doença e já esperar a morte, não se importando com o envolvimento – já é classificado como morto. Encaram a morte como estritamente do outro.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 38 – Resumo D9

CÓDIGO:	D9
TÍTULO:	O médico diante da morte na urgência e emergência: reflexões sobre o ser médico.
AUTOR (ES)	QUIRINO
REVISTA:	-
REFERÊNCIA:	QUIRINO, Gina Gomes. O médico diante da morte na urgência e emergência: reflexões sobre o ser médico. 2007. 121 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia, Sociedade e Qualidade de Vida) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007. Disponível em: < https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/17439 >. Acesso em 16 jul. 2020
ANO:	2007
CARACTERÍSTICA:	Dissertação

TIPO DE PESQUISA:	Descritiva
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativa
OBJETIVOS: O objetivo principal deste estudo foi compreender a experiência de médicos que trabalham em urgência e emergência diante da morte.	
DELINEAMENTO DE PESQUISA: Metodologia de caráter fenomenológico-existencial	
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO: Observação e entrevista semiaberta de seis médicos no maior hospital da rede pública de Natal-RN.	
RESULTADOS E CONCLUSÕES: Emergência = confunde com habilidades pessoais. Muitos médicos não gostam do trabalho nessas áreas pois deve ser feito com eficácia e eficiência. “Ou resolve ou o paciente morre”. Uma demanda da realidade. Mas que ainda há prazer por confluir com a forma da personalidade. Isso é piorado pela superlotação e falta de recursos e infraestrutura. Também há o dilema de escolher qual paciente será atendido primeiro e conseqüentemente, qual pode morrer no lugar do outro. E nesses casos, os médicos devem se apoiar na técnica para fazer a escolha. Isso mostrou reduzir o sentimento de culpa e responsabilidade ao mesmo tempo que dá mais confiança pelos possível resultados probabilísticos nos estudos médicos – diminuindo as chances de erro. Diante da morte: a maioria relatou ter sentimentos, mas nem sempre a afetação ocorre. Eles não podem ser atingidos ao ponto de descompensarem, mas o humor pode oscilar. E além disso, coloca em julgamento próprio do médico de repensar sua competência profissional. A relação é mais presente quando há identificação, quando é criança ou jovem, um conhecido. Existiu a situação de um colega médico ter uma parada cardíaca que mesmo com reanimação falhou. Isso causou os médicos a repensarem seu estilo de vida. Isso mostra a identificação e como poderia ser o profissional naquele lugar. A morte dos familiares ainda traz os médicos para a realidade. Não é encarada como natural. Rotinas de estresse e sobrecarga, ainda as dificuldades dos plantões noturnos (muitos pacientes que sofrem violência) Muita técnica para lidar como é ensinado no curso e as vezes uma aula ou treinamento não ocorre. E além da morte, existem outras questões respectivas à vida: como os salários, valorização do profissional e alguns finais felizes, que significam tanto para eles no dia-a-dia. Não se trata de atitudes frias ou insensíveis, mas de uma afetação em determinadas situações. Muitas delas não tem disposições de se afetarem pela urgência e emergência exigindo um amparo na conduta técnica para diminuir a culpa e o sofrimento. Isso impede que vínculos sejam formados. Nos contextos de internação, permite mais vínculo, mas a morte afeta mais – e alguns decidem manejarem com um tratamento distante. Outro fator é a superlotação que causa um sentimento de constrangimento pelo número de macas acumuladas.	

Quando há afetação: não há espaço para que se fale e não tem uma cultura para conversar sobre isso na profissão ou de uma escuta psicológica – uma situação ainda enfatizada e reforçada pela prática médica.
É necessária uma abertura a mudança na cultura médica devendo iniciar na formação médica, grade curricular.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 39 – Resumo D10

CÓDIGO:	D10
TÍTULO:	Os significados da morte para os profissionais de saúde frente ao cuidado à pessoa com câncer.
AUTOR (ES)	CUNHA
REVISTA:	-
REFERÊNCIA:	CUNHA, J. H. S. Os significados da morte para os profissionais de saúde frente ao cuidado à pessoa com câncer. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2017. Disponível em: < http://200.131.62.27/handle/tede/716 >. Acesso em 20 abr. 2020.
ANO:	2017
CARACTERÍSTICA:	Dissertação
TIPO DE PESQUISA:	Descritiva e Exploratória
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativa
OBJETIVOS:	Compreender a construção dos significados da morte para os profissionais de saúde frente ao cuidado à pessoa com câncer
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Após a coleta dos resultados, foi realizada análise de conteúdo temática.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	Profissionais da saúde que atuam no contexto hospitalar e cuidam de pessoas com câncer. Entrevista semi-estruturada com 34 participantes por veículo online.
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	Sentimentos vivenciados com a morte de seus pacientes: tristeza, impotência, compaixão, frustração e desesperança. Impotentes e frustrados com o óbito do paciente mesmo ofertando cuidados. Esforço, determinação, tristeza, amor. Diferença entre os pacientes: Depende do vínculo. Quando é mais velho/câncer mais agressivo é mais fácil de aceitar porque estatisticamente evolui para óbito. Quando é um paciente jovem, o sentimento é de incapacidade, tristeza, pena (do paciente e dos familiares). Mecanismos de enfrentamento: - Significados atribuídos às dificuldades mediante à morte de pacientes com câncer: carência de suporte psicológico.

Comunicação da morte do paciente aos seus familiares: Falta de preparo, falta participação coesa da equipe multiprofissional; não ter tido êxito no tratamento e de frustração porque a família sempre espera melhoras, enquanto o médico geralmente costuma visar o prolongamento dependendo da doença; falta tempo para comunicar a notícia adequadamente e fazer acolhimento.

Significados atribuídos à morte dos pacientes com câncer: processo natural e inevitável; um fenômeno que é dificuldade pela questão religiosa da sociedade; inevitável, mas a doença acelera; o fim do sofrimento do corpo

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 40 – Resumo T1

CÓDIGO:	T1
TÍTULO:	No palco da vida, a morte em cena: as repercussões da terminalidade em UTI para a família e para a equipe médica.
AUTOR (ES)	MONTEIRO; MAGALHÃES
REVISTA:	-
REFERÊNCIA:	MONTEIRO, Mayla Cosmo; MAGALHÃES, Andrea Seixas. No palco da vida, a morte em cena: as repercussões da terminalidade em UTI para a família e para a equipe médica. Rio de Janeiro, 2015. 200p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Disponível em: < http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/1111703_2015_completo.pdf >. Acesso em 14 jul. 2020.
ANO:	2015
CARACTERÍSTICA:	Tese
TIPO DE PESQUISA:	Descritiva
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativa
OBJETIVOS:	Compreender as repercussões da terminalidade em terapia intensiva para a família e para a equipe médica.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Discussão interdisciplinas com as temáticas: setting da UTI e a integração dos cuidados paliativos aos cuidados finais de vida da unidade. Após a coleta de dados, foi realizado a análise do material discursivo, emergindo categorias tanto das falas dos médicos quanto dos familiares.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	Seis familiares de pacientes internados na UTI e seis membros da equipe médica por entrevistas semiestruturadas, aplicadas com observação e estudo da instituição de um hospital privado.
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	Percepção sobre o paciente terminal: naturalização da morte do paciente pois é um fenômeno possível no local da UTI. Mas relata paradoxo: UTI não deveria ser para paciente em fim de vida, mas recuperar os doentes – imprecisão sobre a hora da morte e quando taxar o paciente com “morte certa”. Dilema crítica de se estão prolongando o morrer ou salvando uma vida. Cuidado paliativo: Cogitam o cuidado quando o a cura é inatingível evitando medidas fúteis

e invasivas. Os médicos priorizaram o conforto do paciente. Chegar à conclusão da terminalidade é difícil e cabe à interpretação do médico intensivista – o que confronta com a UTI, na qual trabalham o tempo todo com dados objetivos. O doente neoplásico é o mais fácil de atestar terminalidade, pois não há qualquer outro método objetivo. Mais fácil aceitar para os pacientes com terminalidade avançada, doentes crônicos e os que apresentam mais comorbidades e limitações. Então há tentativa de racionalização e divisão entre: idosos com doenças tratáveis e idosos acamados, demenciados e com gastrostomia e traqueostomia prévia.

Comunicar más notícias: os médicos se preocupam com transmissão da informação sobre um diagnóstico acreditando possuem capacidade de comunicação empática, efetiva, afetiva com as famílias. Deixa espaço para perceber a expectativa do paciente ou a percepção deles antes de corrigir ou concordar. Outros priorizam comunicação constante e objetiva. Mas relatam dificuldade de disponibilidade, mas que a família precisa ser preparada, mas não pega de surpresa.

Aqui foi explicitado a dimensão subjetiva do médico em que utiliza do mecanismo de defesa afim de diminuir o sofrimento como a redução do peso da responsabilidade – chamando outros profissionais (médicos ou psicólogos) que segundo a participante acontece em dias de certa instabilidade emocional.

Também houve uso de eufemismo para amenizar o impacto das palavras.

No início é difícil e com a prática foi melhorando. Os médicos relataram que as famílias se dão melhor com o conforto do que com as palavras técnicas, além de saber que a equipe está se empenhando ao máximo. Além disso, deve tentar chamar para a realidade objetiva mesmo que em discordância com a família.

Emoções frente a morte e o morrer: Luto momentâneo; Natural e não traz sentimento específico; frequentemente a blindagem emocional é referida; racionalização, mas nem sempre funciona com a família – o doente é remetido como cadáver e sem voz (também há utilização de naturalização da morte por ordem psicológica ou biológica). Quando é jovem é mais triste ainda ou mãe de filhos pequenos; a elaboração da morte fica mais difícil com pacientes em que há mais vínculo ou que tenha se identificado.

Conflitos éticos: dificuldade da família compreender e aceitar a terminalidade é citada pelos médicos como fator responsável pela distanásia (morte lenta, ansiosa e sofrida através de manutenção de tratamentos invasivos e sem mais possibilidades de recuperação. E as decisões dos médicos acabam esbarrando na possibilidade de repercussão legal e jurídica. Dilema e relativização do conceito de futilidade: permitir que a doença progrida para amenizar o sofrimento da família ou que se acostume à situação ou amenizar o sofrimento do paciente?

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 41 – Resumo D11

CÓDIGO:	D11
TÍTULO:	Morte como desafio afetivo para o profissional da saúde: ansiedade e sentimentos de quem lida com o paciente terminal com câncer
AUTOR (ES)	COELHO
REVISTA:	-
REFERÊNCIA:	COELHO, Daniella Antunes Pousa Faria. Morte como desafio afetivo para o profissional da saúde: ansiedade e sentimentos de quem lida com o paciente terminal com câncer . 2008. 68 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte,

	Natal, 2008. Disponível em: < https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/13197 >. Acesso em 21 jul. 2020.
ANO:	2008
CARACTERÍSTICA:	Dissertação
TIPO DE PESQUISA:	Exploratório
NATUREZA DA PESQUISA:	Quantitativa e Qualitativa
OBJETIVOS:	Objetivou avaliar o nível de ansiedade da equipe de saúde que lida com o paciente terminal com câncer, identificando os fatores associados e sentimentos dos profissionais.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Transversal de caráter multidisciplinar feita pelo TH do hospital onde foi realizado o estudo.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	Os dados foram coletados por questionário e um inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) com 79 profissionais da saúde que lidam com pacientes terminais com câncer em um hospital oncológico da cidade de Natal (RN).
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	Média de ansiedade dos profissionais: médio como característica de personalidade e após um evento em particular, mas que de alguma forma aumentou depois de da exposição ao atendimento. 15% dos profissionais encontram com ansiedade alta. Nenhum profissional com nível de ansiedade baixa. 73% dos profissionais afirmam que se sentem diferentes após atender um paciente terminal com câncer o que foi similar com outras pesquisas. Faixa etária: a maioria aponta o idoso como o paciente com menos dificuldades ao atender, estigmatizando o valor social e a ênfase no consumismo e na produção do paciente da terceira idade. A pesquisa sugere intervenção de cuidado e constante treinamento profissional da saúde que lida com a realidade e novas investigações. Também destaca que o RH dos hospitais precisa repensar a prática dos profissionais e promover espaços onde os profissionais possam dialogar acerca dos problemas enfrentados em sua rotina; o sofrimento sobre a morte não precisa ser silenciado.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 42 – Resumo D12

CÓDIGO:	D12
TÍTULO:	O acadêmico de Medicina frente à morte: questões para se (re) pensar a formação.
AUTOR (ES)	AZEREDO
REVISTA:	-
REFERÊNCIA:	AZEREDO, Nára Selaimen Gaertner de. O acadêmico de Medicina frente à morte: questões para se (re) pensar a formação. [Dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina Universidade Federal do Rio Grande do Sul, p. 115, 2007. Disponível em: < http://hdl.handle.net/10183/12945 >. Acesso em 21 jul. 2020.

ANO:	2007
CARACTERÍSTICA:	Dissertação
TIPO DE PESQUISA:	Descritiva
NATUREZA DA PESQUISA:	Quantitativa e Qualitativa
OBJETIVOS:	<p>Analisar o quanto a graduação prepara os acadêmicos de medicina para o enfrentamento com a morte e compreender o que significa o enfrentamento com a morte para os alunos em sua prática educativa no cotidiano hospitalar.</p>
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	<p>Após a coleta de dados, foi realizado a análise de conteúdo de Bardin e dividido em categorias de análises temáticas.</p>
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	<p>Entrevista semiestruturada e questionários com alunos do oitavo, décimo e décimo segundo semestres do curso de Medicina da UFRG no hospital do curso.</p>
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	<p>Sentir-se preparado (ou não): tendência do gênero masculino sentir mais preparado com o enfrentamento da morte no 8º; do total 50% dizem estar preparados. Contudo, durante o internato todos se dizem sentir despreparados. Relataram objetivação na preparação e não envolvimento com o paciente.</p> <p>Tanto os que possuem religião quanto os que não possuem afirmam estarem igualmente preparados no enfrentamento da morte. Dificuldade de entender o sentido da vida, revolta perante a espiritualidade e por fim, outros destacam que é algo mais cultural que religioso. Para alguns, a crença se limita à ciência ou não tem importância alguma. Com a naturalidade: se sentem mais preparados para o enfrentamento da morte aqueles que vivem próximos das famílias.</p> <p>Preparo é carente no âmbito científico ao longo da graduação; falho ao longo da graduação. Quem teve contato com a morte antes da graduação sente igualmente preparados. O preparo da morte é paralelo e ocasional – um currículo oculto. E a morte proporciona mudança de visão sobre a vida e possível mudança profissional.</p>

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 43 – Resumo D13

CÓDIGO:	D13
TÍTULO:	O infectologista diante da morte de pacientes por aids
AUTOR (ES)	SHIMMA
REVISTA:	-
REFERÊNCIA:	<p>SHIMMA, Emi. O infectologista diante da morte de pacientes por aids. 2010. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2010. Disponível em: < https://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/9856>. Acesso em jul. 2020.</p>
ANO:	2010
CARACTERÍSTICA:	Dissertação
TIPO DE PESQUISA:	Exploratório

NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativo
OBJETIVOS:	Descrever e analisar as vivências de médicos infectologistas frente à morte e ao morrer de seus pacientes ao longo da trajetória da epidemia de aids na cidade de São Paulo.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	O tamanho da amostra foi determinado pelo critério de saturação. A análise do material obtido foi temática.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	5 infectologistas com experiências em pacientes com AIDS e 15 médicos de um hospital da cidade de São Paulo.
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	Com o início da epidemia, os médicos tiveram que lidar com sentimento de impotência, cansaço e angústia, uma vez que dependem de terapias cientificamente conclusivas para atuar, além do uso de drogas que não havia disponibilidade. O mecanismo de enfrentamento mais comum da pesquisa foi o uso de racionalização, mas que frequentemente se cria uma “blindagem” emocional influenciando num comportamento de frieza e pouco vínculo. Outra forma de enfrentamento foi a utilização de compensação fora da vida profissional.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 44 – Resumo A16

CÓDIGO:	A16
TÍTULO:	Orthothanasia: a decision upon facing terminality
AUTOR (ES)	SANCHES; SEIDL
REVISTA:	Interface
REFERÊNCIA:	SANCHEZ Y SANCHES, K.M.; SEIDL, E.M.F. Orthothanasia: a decision upon facing terminality. Interface - Comunicação, Saúde, Educação v.17, n.44, p.23-34, jan./mar. 2013. Disponível em: < https://www.scielo.org/article/icse/2013.v17n44/23-34/pt/#ModalArticles >. Acesso em 21 jul. 2020
ANO:	2013
CARACTERÍSTICA:	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Exploratória
NATUREZA DA PESQUISA:	Quantitativa
OBJETIVOS:	Refletir e discutir as práticas de limitação ou retirada de suporte vital em situações de terminalidade.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Após a coleta de dados pelos roteiros de entrevista, foi realizado uma análise de conteúdo.

<p>PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO: Roteiro de entrevista semiestruturada com 10 médicos oncologistas de serviços públicos de saúde.</p>
<p>RESULTADOS E CONCLUSÕES: O conceito de ortotanásia é bem conhecido pelos médicos (morte com tempo correto sem uso de mecanismos invasivos e abusivos que prolonguem o sofrimento). Os critérios técnicos são relevantes para os profissionais no embasamento de sua prática, mas que a maior parte das decisões tem forte base subjetiva. Conflitos entre a família e seus desejos contra os preceitos éticos e técnicos do médico a respeito das atitudes com o paciente; essas ações são tomadas para anuência familiar e diminuir o sentimento de culpa. Todos os participantes queixaram das suas formações sobre a má abordagem do tema de terminalidade e cuidados paliativos na graduação.</p>

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 45 – Resumo D14

CÓDIGO:	D14
TÍTULO:	O Paciente Terminal Pediátrico e a Resposta Emocional da Equipe
AUTOR (ES)	CASARIN
REVISTA:	-
REFERÊNCIA:	CASARIN, R. G. O Paciente Terminal Pediátrico e a Resposta Emocional da Equipe. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento) - Campo Grande (MS): Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2009. Disponível em:< https://repositorio.ufms.br:8443/jspui/handle/123456789/400 >. Acesso em 21 jul. 2020
ANO:	2009
CARACTERÍSTICA:	Dissertação
TIPO DE PESQUISA:	Prospectivo, descritivo e analítico
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativo
OBJETIVOS:	Investigar o comportamento e a resposta emocional dos profissionais que estão próximos da criança em fase terminal.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Após a autorização do comitê de ética e a contatação do Hospital Regional Rosa Pedrossian, foi realizado a coleta de dados.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	Trinta e nove profissionais (médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, enfermeiros) responderam uma entrevista semiestruturada no próprio hospital.

RESULTADOS E CONCLUSÕES:
 O que a pesquisa demonstrou dos entrevistados é que o lidar com a morte é concreto e técnico, mas o estar preparado se refere a algo subjetivo.
 A dificuldade administrativa e de relacionamento interpessoal entre a equipe multidisciplinar levou a uma dificuldade no apoio e troca de experiências entre o grupo.
 Os profissionais sofrem muito estresse e sua eficiência é medida pelo sucesso do tratamento, sendo que a morte representa seu exato oposto.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 46 – Resumo D15

CÓDIGO:	D15
TÍTULO:	Social representations of physicians and nurses about dysthanasia in an ICU
AUTOR (ES)	BERTOLINO
REVISTA:	-
REFERÊNCIA:	BERTOLINO, Karla Cristiane Oliveira. Social representations of physicians and nurses about dysthanasia in an ICU . Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009. Disponível em: < http://repositorio.ufsm.br/handle/1/7326 >. Acesso em 22 jul. 2020.
ANO:	2009
CARACTERÍSTICA:	Dissertação
TIPO DE PESQUISA:	Exploratório e Descritiva
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativa
OBJETIVOS:	Compreender as representações sociais de médicos e enfermeiros acerca do investimento excessivo no paciente terminal durante o processo de cuidar em uma UTI adulto.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Fundamentada na Teoria das Representações Sociais, as técnicas de coleta foram observação e entrevista focalizada, seguida de análise de conteúdo e respeito aos princípios éticos.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	Entrevista focalizada e observação. Dez participantes foram entrevistados no Hospital Santa Maria.
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	Os valores e significados dos médicos são movidos pelo ajudar, curar e salvar, planejando sua carreira e práxis por meio destas representações. Em medicina não se fala sobre a morte, fala sobre a cura ao longo dos cursos. Desde o início da formação, há uma obrigação moral de preservar a vida. A representação sobre distanásia perpassa pelo aprendizado de cuidar do paciente terminal e lidar com a morte. O que foi observado, é que esse aprendizado está ancorado na repetição e não por reflexão. Identificação e currículo oculto. Essa estrutura foi seguida ao longo da residência médica.

Os profissionais adentram no mercado de trabalho com a mesma representação social: cuidar e salvar. Com isso, os médicos mais inseguros acabam sendo os recém formados.
 Sentimentos: piedade, tristeza. Indiferença e frieza em sua maioria.
 Mecanismos de defesa: Discurso conflitante. A morte lembra a própria morte. Rejeição do paciente terminal e negação. Fantasia de que não adoece e não morre, não aceitando a própria limitação médica. Distanciamento e objetivação. Piadas e humor (negação). Despreparo psicológico e revolta.
 Isso resultou num cuidado personalizado, frio, rotinizado e regulado; indiferente ao paciente terminal da UTI.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 47 – Resumo T2

CÓDIGO:	T2
TÍTULO:	De frente com a “Morte em vida”: uma etnografia do cuidado médico no contexto hospitalar.
AUTOR (ES)	AREDES
REVISTA:	-
REFERÊNCIA:	AREDES, Janaína de Souza. De frente com a “Morte em vida”: uma etnografia do cuidado médico no contexto hospitalar . Tese (Doutorado Saúde Coletiva)-Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2018. Disponível em:< https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33961 >. Acesso em 22 jul. 2020.
ANO:	2018
CARACTERÍSTICA:	Tese
TIPO DE PESQUISA:	Descritivo
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativo
OBJETIVOS:	Investigar como os médicos na condição de sujeitos culturais orientam o cuidado a pacientes graves com risco de morte.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Utilizou de método etnográfico e análise de dados ao longo de nove meses num hospital de alta complexidade. A análise foi indutiva e orientada pelo modelo dos signos, significados e ações.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	43 médicos entrevistados e observados no próprio hospital em Minas Gerais.
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	Os critérios para as mortes mais difíceis foram: o critério etário, a identificação ou não com o paciente, as circunstâncias da morte e o questionamento médico quando à sua responsabilidade no processo de morte. A morte de uma criança impacta todo o plantão. Potencializam a sensação de derrota e fracasso. Frases como “eu não aguento” e “não tenho estrutura” eram comuns.

Critério etário: o valor da vida diminui com a idade.

Significados: o valor da vida e da morte varia conforme a idade do paciente. A identificação do médico com o paciente, circunstâncias que ocasionaram ou medeiam o óbito (signos: mulheres grávidas pela responsabilidade dobrada; problemas jurídicos de perda do filho; a responsabilidade da pessoa na doença como o alcoolismo e acidente de carro; pessoas marginalizadas; criança querer morrer – suicídio; idoso querer morrer – suicídio), dúvidas sobre a responsabilidade e pelo desfecho que levou ao óbito do paciente (quando pensa que algo poderia ter sido feito para evitar, o paciente complicar após alguma atitude médica, morrer na mesa).

A expectativa médica segue o raciocínio seguinte: recuperação funcional do corpo, social (reestabelecimento de vínculos) plenas do indivíduo. O cuidado então é baseado na perspectiva da produtividade econômica e funcionalidade do indivíduo.

Projetam as imagens familiares e do Eu nos pacientes: se você tem um parente que sofre acidente de carro, a comoção pelo mesmo caso é maior. Mas isso não pode interferir nas decisões do médico.

A morte da criança foi definida como “agressão”.

A morte por suicídio: sentimento de culpa ante a impotência do profissional. Mas as pessoas – como idosos, crônicos e moradores de rua – que experimentam morte social em vida e isolamento social, olham o ato como justificável.

A morte é mais difícil pela dúvida ante a responsabilidade médica pelo desfecho.

Injusta: casos em que o paciente é considerado vítima.

Aceitável: sobrevivência de um idoso incapacitado seria um fardo.

Morte biológica de criança é precoce e injusta.

A morte biológica de jovem e adulto é vista como precoce, mas só é injusta pela interrupção brusca de laços se houver.

A do idoso é aceitável e esperada, mais ainda se há morte social e funcional.

Fonte: Dados da pesquisa

APÊNDICE C

QUADROS RESUMO DE ESTUDOS DA PLATAFORMA SCIELO

Quadro 48 – Resumo A17

CÓDIGO:	A17
TÍTULO:	Conhecimento de estudantes de medicina sobre tomada de decisão no fim da vida.
AUTOR (ES)	PINHEIRO et al.
REVISTA:	Revista Brasileira de Educação Médica
REFERÊNCIA:	PINHEIRO, Anielli et al. Conhecimento de estudantes de medicina sobre tomada de decisão no fim da vida. Revista Brasileira de Educação Médica [online], vol.35, n.2, p.171-176, 2011. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000200005 > Acesso em 22 jul. 2020.
ANO:	2011
CARACTERÍSTICA:	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Exploratória
NATUREZA DA PESQUISA:	Quantitativa e Qualitativa

<p>OBJETIVOS: Investigar o conhecimento de estudantes de medicina sobre conceitos bioéticos a respeito dos tipos morais de morte (Eutanásia, Distanásia e Ortotanásia).</p>
<p>DELINEAMENTO DE PESQUISA: Após a coleta dos dados, foi realizada uma análise estatística comparando os grupos de acordo com a idade, gênero pelo “<i>t-test</i>”. Também foi analisado a classificação moral da morte.</p>
<p>PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO: 120 estudantes de medicina por um questionário fechado aplicado em dois grupos (g1: alunos do terceiro ano; g2: alunos do quarto ao sexto ano) na Escola de Medicina de São José do Rio Preto.</p>
<p>RESULTADOS E CONCLUSÕES: Ambos os grupos não mostraram familiaridade pelos tipos morais de morte, o que mostra que cursos curtos de ética e bioética não estão sendo suficientes. Alguns estudantes tiveram dificuldades de diferenciar entre processos sociais e judiciais, além de insegurança ao discutir sobre eutanásia e tratamento médico fútil frente à morte iminente. A maior aceitação da eutanásia entre os terceiros anos mostram que a racionalidade ética muda ao longo do tempo. Isso sugere que o contato com a terminalidade e com os modelos médicos mais velhos influenciam na diminuição da aceitação sobre a eutanásia. A maioria dos estudantes concorda que o paciente terminal deve saber da sua condição terminal, e que devem explicar a percepção médica. A afiliação religiosa não alterou a forma ética de pensar sobre a morte.</p>

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 49 – Resumo A18

CÓDIGO:	A18
TÍTULO:	Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional
AUTOR (ES)	CARDOSO
REVISTA:	Texto e Contexto - Enfermagem
REFERÊNCIA:	CARDOSO, Daniela Habekost et al . Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. Texto e Contexto - Enfermagem , Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400032&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 22 jul. 2020.
ANO:	2013
CARACTERÍSTICA:	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Exploratório e Descritivo
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativo
OBJETIVOS:	Conhecer a vivência de uma equipe multiprofissional no cuidado paliativo no contexto hospitalar.

<p>DELINEAMENTO DE PESQUISA: Após a coleta de dados e o aceite dos participantes, foi realizado a transcrição das entrevistas gravadas e a análise por meio de um agrupamento temático. Por fim, foi realizado uma interpretação por parte dos pesquisadores sobre os resultados.</p>
<p>PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO: Seis membros de uma equipe multiprofissional de saúde no Hospital Escola no Sul do País participaram da aplicação de entrevistas semiestruturadas.</p>
<p>RESULTADOS E CONCLUSÕES: No cuidado paliativo, observou-se a preocupação com o alívio dos sintomas físicos e psicossociais. Todavia, nenhuma relatou a dimensão espiritual. No início, houve dificuldade em aceitar a finitude da vida, marcando as vivências com sentimento de impotência, frustração e angústia. Houve questionamento sobre a atuação profissional pela impossibilidade de evitar a morte. Após o fenômeno da morte se tornar rotina, houve resignificação que permitiram enfrentar o momento e outras áreas da vida. Os participantes destacaram necessidade de qualificação da equipe para lidar com a terminalidade, além de que a relação de trabalho entre a equipe influencia no cuidado (que deve ser a prioridade na situação de terminalidade).</p>

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 50 – Resumo A19

CÓDIGO:	A19
TÍTULO:	O enfrentamento da morte e do Morrer na formação de acadêmicos de medicina.
AUTOR (ES)	AZEREDO; ROCHA; CARVALHO
REVISTA:	Revista brasileira de educação médica
REFERÊNCIA:	AZEREDO, Nára Selaimen Gaertner; ROCHA, Cristiane Famer; CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci. O enfrentamento da morte e do Morrer na formação de acadêmicos de medicina. Revista brasileira de educação médica , v.35, n.1, p.37-43, 2011. Disponível em: < https://lume.ufrgs.br/handle/10183/81182 >. Acesso em 22 jul. 2020.
ANO:	2011
CARACTERÍSTICA:	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Exploratório e Descritivo
NATUREZA DA PESQUISA:	Qualitativo
OBJETIVOS:	Conhecer como os acadêmicos de Medicina percebem que a graduação os prepara para o enfrentamento da morte e seus significados.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Após a coleta de dados, foi realizada análise de Conteúdo de Bardin e formação de categorias temáticas.

<p>PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO: Entrevistas semiestruturadas em cinco internos do curso de medicina no próprio hospital escola.</p>
<p>RESULTADOS E CONCLUSÕES: Segundo os entrevistados, a morte deve ser compreendida como objetiva. Foi percebido o ocultamento da morte nos currículos, pois não é identificado como um saber biológico e considerável para a grade. A morte é negada e o médico foi visto com onipotência, que é quebrada nos contatos com a morte. Isso cria falsas expectativas nos estudantes. Os acadêmicos na formação se comprometem com a vida e não com a morte, a qual traz sentimento de frustração e incapacidade.</p>

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 51 – Resumo A20

CÓDIGO:	A20
TÍTULO:	Percepção da morte para médicos e alunos de medicina
AUTOR (ES)	MEIRELES et al.
REVISTA:	Revista Bioética
REFERÊNCIA:	MEIRELES, Maria Alexandra de Carvalho et al. Percepção da morte para médicos e alunos de medicina. Revista Bioética , Brasília, v. 27, n. 3, p. 500-509, 2019. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422019000300500&lng=en&nrm=iso > Acesso em 22 jul. 2020.
ANO:	2019
CARACTERÍSTICA :	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Descritivo
NATUREZA DA PESQUISA:	Quantitativo
OBJETIVOS:	Analisar a atitude de médicos e a percepção de estudantes de medicina em relação ao fim da vida.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Após a coleta dos dados, foi analisado e organizado em duas categorias: percepção das entrevistas e a influência da experiência médica frente ao óbito dos enfermos.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	Formulário semiestruturado aplicados em 51 alunos e 42 profissionais no centro de Estratégia e Saúde da Família e ambulatório do Sistema Único de Saúde.
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	É possível delinear a evolução do enfrentamento da morte à medida que se adquire experiência profissional, mas reflete lacuna no currículo médico. O principal embate médico se deu pelos princípios éticos. E para atendê-los, o profissional adota distanciamento psicológico.

O estudante de medicina chega ao ambiente de trabalho sem ter adquirido habilidades pessoais e psicológicas para lidar com perdas, o que cria vulnerabilidade de estudantes. A maioria encara a morte com naturalidade, definindo o tempo de cuidado e idade como principal atenuador do incômodo. Já os estudantes colocaram sentimento de estranheza ao perder pacientes. Ambos relataram dificuldades de comunicar notícias ruins. Evidenciou distanciamento entre a vida pessoal e a postura no ambiente de trabalho. Também foi colocado que o estudo e a discussão sobre a morte deveria ser um tema não dissociado da prática e alongado na graduação.

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 52 – Resumo A21

CÓDIGO:	A21
TÍTULO:	Percepção, Atitudes e Ensino sobre a Morte e Terminalidade da Vida no Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre
AUTOR (ES)	MARQUES et al.
REVISTA:	Revista Brasileira de Educação Médica
REFERÊNCIA:	MARQUES, Daniel Teixeira et al. Percepção, Atitudes e Ensino sobre a Morte e Terminalidade da Vida no Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre. Revista Brasileira de Educação Médica [online], v.43, n.3, p.123-133, 2019. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022019000300123&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em 22 jul. 2020.
ANO:	2019
CARACTERÍSTICA:	Artigo
TIPO DE PESQUISA:	Exploratório e Descritivo
NATUREZA DA PESQUISA:	Quantitativo e Qualitativo
OBJETIVOS:	Traçar o perfil de estudantes concluintes do curso de medicina da Ufac perante a morte e como estão preparados para o processo de morte e morrer.
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	Após a coleta de dados foi feita uma análise descritiva dos resultados, colecionando as frequências e médias para a inferência de hipóteses.
PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS, LOCAL DE APLICAÇÃO:	Questionários sociodemográficos e outro sobre ensino sobre a morte em 66 participantes.
RESULTADOS E CONCLUSÕES:	A maioria tem um perfil médico de um olhar naturalizado para a morte, o que pode representar uma forma de defesa, que foi colocado pelos alunos como forma de reduzir o medo da morte. Houve variação do enfrentamento da morte de acordo com a religiosidade, indicando maior medo da morte nos grupos religiosos. Houve uma expressão de levar a morte de forma silenciosa e que isso advém dos médicos já formados. Mas, quando colocados os sentimentos sobre a morte, os pacientes a descrevem como horror, dificuldade, choque e sentimento de impotência.

Fonte: Dados da pesquisa