



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE –  
EDUCAÇÃO MÉDICA

ANA PAULA FERREIRA SILVA SAKAI

**A MORTE NA FORMAÇÃO MÉDICA:**  
OFICINA DE LEITURA LITERÁRIA COMO ESTRATÉGIA HUMANÍSTICA NO  
ENSINO EM SAÚDE

BELÉM  
2020

ANA PAULA FERREIRA SILVA SAKAI

**A MORTE NA FORMAÇÃO MÉDICA:**  
OFICINA DE LEITURA LITERÁRIA COMO ESTRATÉGIA HUMANÍSTICA NO  
ENSINO EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica, do Centro Universitário do Estado do Pará para obtenção do título de Mestre em Educação em saúde.

Área de concentração: Educação em Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Brandão  
Carreira.

BELÉM  
2020

ANA PAULA FERREIRA SILVA SAKAI

**A MORTE NA FORMAÇÃO MÉDICA:**  
OFICINA DE LEITURA LITERÁRIA COMO ESTRATÉGIA HUMANÍSTICA NO  
ENSINO EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica, do Centro Universitário do Estado do Pará, para obtenção do título de Mestre em Educação em saúde sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Brandão Carreira.

**Banca Avaliadora**

---

Profa. Dra. Luciana Brandão Carreira (orientadora)

---

Profa. Dra. Niele Silva de Moraes (titular)

---

Profa. Dra. Elza Ezilda Valente Dantas (titular)

---

Profa. Dra. Ana Emília Vita Carvalho (titular)

---

Profa. Dra. Simone Regina Souza da Silva Conde (suplente)

---

Profa. Dr. Ismaelino Mauro Nunes Magno (suplente)

**Data da aprovação:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

“Medicina não é apenas uma Ciência, é também uma arte.”

Paracelso.

## DEDICATORIA

Esse é um momento de pura alegria e satisfação por mais um dever cumprido!

Dedico essa minha conquista a todos que já estiveram e que estão presentes na minha vida, que me incentivaram e contribuíram para a realização desse Mestrado.

Agradeço a meu pai (*in memorian*) que me deixou uma base sólida, e à minha mãe que não mediu esforços para me dar uma formação digna.

Sou grata à toda a minha família, em especial a minha avó (*in memorian*), uma grande entusiasta e incentivadora da minha carreira. E que de forma muito especial passou por essa vida e me inspirou até no seu processo de morte, pois através deste é que me encorajei para iniciar um trabalho que estava quiescente.

Não posso mensurar a minha gratidão a meu esposo e filhos, que foram compreensivos e pacientes diante dessa minha trajetória.

Agradecimentos à minha orientadora professora Luciana, a qual me inspirou e me ajudou nessa caminhada com um toque de sensibilidade e com grandiosidade para o mundo das artes. Eu que estava em busca de maneiras de tratar o assunto Morte com respeito e com leveza, consegui graças a esse incentivo e orientação.

Carinhosamente, agradeço à professora Elza, que de maneira muito especial me norteou em alguns momentos da pesquisa.

Muito grata aos colegas do mestrado, que foram parceiros e apoiadores dessa jornada.

Agradeço aos acadêmicos que de forma direta e indireta participaram dessa pesquisa e foram fundamentais para a sua efetivação.

Aos funcionários do CESUPA (secretaria, bibliotecárias, apoio) que gentilmente sempre estiveram à disposição para me ajudar.

Finalmente, a minha mais pura gratidão à Deus!

## RESUMO

**Introdução:** A *Morte* e o processo de morrer permeiam o cotidiano de muitos profissionais da saúde, que frequentemente estão em contato com pacientes na fase final da vida e que morrem sob os seus cuidados, configurando uma das experiências clínicas mais desafiadoras. Assim, o exercício reflexivo deve ser estimulado desde a graduação, a fim de que os acadêmicos se tornem médicos capazes de reconhecer suas atitudes e de construir o conhecimento técnico integrado, através de atividades que estimulem os domínios cognitivo, afetivo e psíquico, que conduzam às práticas de humanização. **Objetivos:** Realizar a oficina de leitura literária com acadêmicos de Medicina, enquanto estratégia humanizadora e promotora de mudanças na concepção sobre a *Morte* e o processo de morrer dos pacientes. **Método:** Estudo transversal, observacional, descritivo, com abordagem qualitativa, com a realização da oficina de leitura literária do livro “*A morte é um dia que vale a pena viver*”, de Ana Claudia Quintana Arantes. Para a coleta de dados, utilizou-se entrevistas semiestruturadas, individualmente, antes e após a oficina, gravadas e transcritas para fins de análise. A oficina e as entrevistas aconteceram nas dependências do Curso de Medicina do CESUPA, nos meses de junho a setembro de 2019, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CESUPA. Foram incluídos acadêmicos de medicina cursando o sétimo, nono e décimo primeiro períodos, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tiveram seus nomes preservados por codinomes. **Resultados:** a entrevista antes da oficina definiu seis categorias temáticas (definição de morte, morte digna, preparo durante a graduação para lidar com a morte, arte na formação médica, hábito de leitura e aceite); a entrevista pós-oficina definiu cinco categorias temáticas (definição de morte, morte digna, oficina literária na formação acadêmica, a experiência da oficina, sugestões para a oficina). Correlacionados estes dois momentos, os resultados mais significativos foram: dificuldade em definir a morte, que se deu com maior segurança após a oficina, com mudanças de concepções sobre o tema; sobre dignidade ao morrer (sem sentir dor, sem sofrer da obstinação em prolongar a vida a todo custo, com assistência técnica e humanizada, boa relação médico-paciente, ter autoconhecimento e autocontrole para cuidar do outro, exercer o direito do paciente à informação); quanto ao preparo durante a graduação para lidar com a morte (tema morte é pouco abordado); sobre a contribuição da oficina para a formação acadêmica (percebida como importante, sobretudo pela forma como o livro foi lido: leitura compartilhada); acerca da contribuição da arte para a formação médica (a arte é positiva e colaborativa); quanto ao hábito de leitura (o curso de medicina ocupa muito tempo da vida e a maior parte da leitura é técnica); todos manifestaram desejo pela sua implementação curricular da oficina, com ampliação do tempo para as discussões e roda de conversa. **Conclusão:** a oficina de leitura literária se mostrou uma estratégia metodológica potencialmente promotora da sensibilização dos acadêmicos para a humanização em saúde, no contexto *Morte* e cuidados ao fim da vida.

**Palavras-Chave:** Educação Médica; Morte; Humanização; Literatura.

## ABSTRACT

**Introduction:** Death and the process of dying permeate the daily lives of many health professionals, who are usually in contact with patients at the end of their lives and who die under their care, constituting one of the most challenging clinical experiences. Thus, the reflexive exercise should be stimulated from graduation, so that academics become doctors capable of recognizing their attitudes and building integrated technical knowledge, through activities that stimulate the cognitive, affective and psychic domains, leading to humanization practices. **Objectives:** To carry out the workshop of literary reading with academics of Medicine, as a strategy to humanize and promote changes in the conception about Death and the process of dying of patients. **Method:** A transversal, observational, descriptive study, with a qualitative approach, with the realization of the workshop of literary reading of the book "*Death is a day worth living*", by Ana Claudia Quintana Arantes. For data collection, semi-structured interviews were used, individually, before and after the workshop, recorded and transcribed for analysis purposes. The workshop and the interviews took place at the Medical Course of CESUPA, from June to September of 2019, after the approval of the project by the Research Ethics Committee of CESUPA. Medical scholars attending the seventh, ninth and eleventh periods were included, after signing the Free and Informed Consent Term and their names were preserved by codenames. **Results:** The interview before the workshop defined six thematic categories (definition of death, dignified death, preparation during graduation to deal with death, art in medical training, reading habit and acceptance); the post-workshop interview defined five thematic categories (definition of death, dignified death, literary workshop in academic training, the workshop experience, suggestions for the workshop). Correlated to these two moments, the most significant results were: difficulty in defining death, which occurred more safely after the workshop, with changes in conceptions on the subject; about dignity when dying (without feeling pain, without suffering from obstinacy in prolonging life at all costs, with technical and humanized assistance, good doctor-patient relationship, having self-knowledge and self-control to take care of the other, exercising the patient's right to information); about the preparation during graduation to deal with death (the subject of death is little addressed); about the contribution of the workshop to the academic formation (perceived as important, especially by the way the book was read: shared reading); about the contribution of art to medical formation (art is positive and collaborative); about the habit of reading (the medical course takes up a lot of life time and most of the reading is technical); everyone expressed their desire for its curricular implementation of the workshop, with extension of the time for discussions and conversation wheel. **Conclusion:** the workshop on literary reading proved to be a methodological strategy potentially promoting the sensitization of academics to the humanization in health, in the context of *Death* and end of life care.

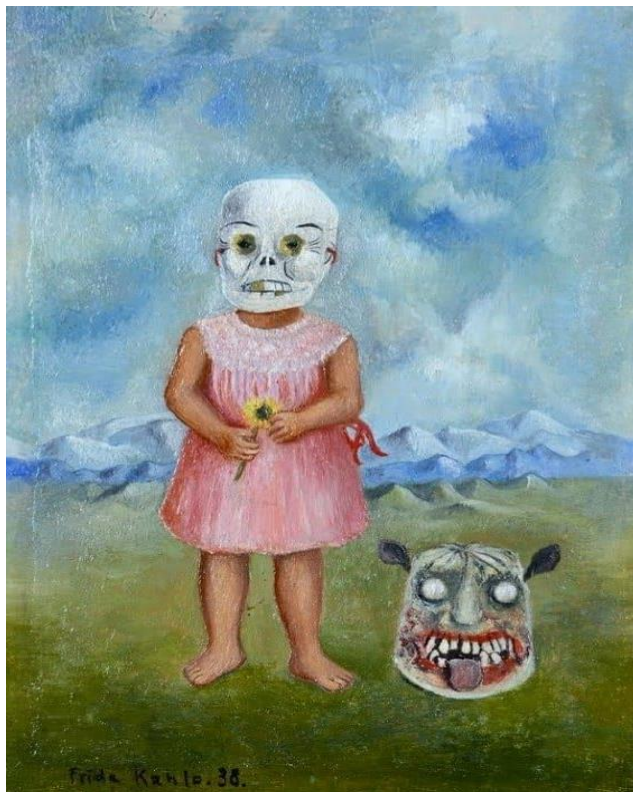
Keywords: Medical Education; Death; Humanization; Literature.

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
2	<b>CONSIDERAÇÕES QUE JUSTIFICAM A PESQUISA.....</b>	<b>12</b>
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
3.1	<b>As Humanidades Médicas como estratégia na formação médica: a experiência da literatura como meio de humanização em saúde.....</b>	<b>16</b>
3.2	<b>Cuidados ao fim da vida e o contexto ético/bioético.....</b>	<b>29</b>
3.3	<b>A assistência e o cuidado humanizados no processo de morrer.....</b>	<b>36</b>
3.4	<b>Os temas morte, finitude humana e terminalidade da vida na formação acadêmica.....</b>	<b>40</b>
3.5	<b>Os significados e as representações da morte e da finitude no contexto histórico sociocultural.....</b>	<b>47</b>
3.6	<b>Envelhecimento e finitude humana: é mais fácil aceitar a morte nessa fase da vida?.....</b>	<b>54</b>
3.7	<b>A Morte e o morrer: propostas de aprendizagem para a formação profissional e para o ensino em saúde.....</b>	<b>59</b>
4	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>72</b>
4.1	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>72</b>
4.2	<b>Objetivos específico.....</b>	<b>72</b>
5	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>73</b>
5.1	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>73</b>
5.2	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>73</b>
5.3	<b>Participantes da pesquisa, critérios de inclusão e exclusão.....</b>	<b>74</b>
5.4	<b>Método.....</b>	<b>74</b>
6	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>79</b>
6.1	<b>A organização por categorias temáticas.....</b>	<b>79</b>
6.2	<b>Resultados obtidos antes da oficina.....</b>	<b>80</b>
6.3	<b>Resultados depois da oficina.....</b>	<b>82</b>
6.4	<b>Considerações sobre os resultados.....</b>	<b>87</b>
7	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>90</b>
8	<b>O PRODUTO.....</b>	<b>112</b>
9	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>114</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>118</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>127</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>135</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Tela "Menina com Máscara da Morte"



Esta obra, intitulada "Menina com Máscara da Morte" (1938), da artista mexicana Frida Kahlo, foi pintada enquanto Frida estava de luto pela perda do próprio bebê, causada por um aborto espontâneo. A morte foi o tema mais íntimo para Kahlo, que sempre viveu em um contexto bem próximo a ela. A ideia tradicional mexicana da morte é refletida em cada detalhe desta pintura. A máscara da morte usada pela menina é um brinquedo do "Dia dos Mortos", uma celebração mexicana, e o cravo-de-defunto na mão dela deve ser oferecido em um túmulo para guiar os espíritos dos mortos. A "máscara de tigre" aos pés da menina é usada como um talismã para proteger as crianças contra o mal. Esta obra encontra-se no Japão, fazendo parte da coleção do *Nagoya City Art Museum*.

**FONTE:** coleção do *Nagoya City Art Museum*, Frida Kahlo (1938)

A *Morte* e o processo de morrer permeiam o cotidiano de muitos profissionais do campo da saúde, que podem frequentemente estar em contato com pacientes na fase final da vida e com pessoas que morrem sob os seus cuidados. Ao passo disso, o conjunto de cuidados dedicados às pessoas que estejam na fase final da vida é cada vez mais frequente nos serviços de saúde, devido ao progressivo envelhecimento da população e ao conseqüente aumento de pacientes com doenças crônico-degenerativas, doenças graves e sem possibilidades de cura (SILVA, 2014).

Dentre as muitas definições da *Morte*, a perspectiva médica a considera como a cessação definitiva da vida e sob o aspecto funcional, como um fenômeno irreversível das funções vitais de um organismo vivo (CALASANS et al, 2014).

Nos séculos passados, a *Morte* consistia em uma certeza quando a pessoa estava acometida por doenças graves. A partir do século XX, com uma clara mudança de paradigma, a *Morte* passou a muitas vezes ser compreendida como um

fracasso no que diz respeito à manutenção da vida, não mais entendida como uma fase da existência do ser humano. Com isso, a sociedade contemporânea, principalmente na cultura ocidental, intensifica-se uma tendência à negação e repressão da mortalidade humana (CALASANS et al, 2014; MARTA et al, 2009).

O profissional médico, durante a sua formação acadêmica tradicional, possui um contato limitado com atividades acadêmicas que abordem a terminalidade da vida. Esta tendência provavelmente o levará muitas vezes à não aceitação e à não compreensão do processo de *Morte*, visto que ele foi treinado a ser o principal responsável técnico a fim de combater e decidir o momento e as circunstâncias do morrer. Além disso, podem se confrontar com situações pessoais de luto, se deparar com a sua própria finitude, tão temida e não pensada, com conseqüente sobrecarga psíquica. Trabalhar com a finitude humana ou com o fim da vida é inerente à profissão médica (CALASANS et al, 2014; MORAES; KAIRALLA, 2010).

Este sutil aspecto frente à *Morte* é frequentemente narrado em obras ficcionais, que traduzem a realidade da subjetividade humana. Como exemplo, segue uma das passagens do livro de Machado de Assis, “Memórias Póstumas de Brás Cubas”, em que o protagonista, ao relatar as suas memórias devido a um risco iminente de vida, declara ao leitor: “... eu que meditava ir ter com a *Morte*, não ousei fitá-la quando ela veio ter comigo” (MACHADO DE ASSIS, 1881, adaptação - 1994).

Percebe-se que a *Morte* desperta vários sentimentos e afetos, seja no paciente que está morrendo (e nos seus familiares), seja nos profissionais que dele cuidam. Assim, adquirir e desenvolver habilidades para lidar com a *Morte* tornam menores as chances de frustrações ou condutas desumanizadas por parte dos profissionais da saúde (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011).

Durante a pesquisa bibliográfica sobre o tema da *Morte* na formação médica, realizada para o presente estudo, surge a informação de que tanto os acadêmicos quanto os profissionais da área de saúde com frequência sentem-se pouco preparados e inseguros, e relatam a escassez do tema durante as suas respectivas graduações. Também admitem a dificuldade no que diz respeito à abordagem da *Morte* e do acompanhamento do processo de morrer dos seus pacientes (POLLETO; SANTIN; BETTINELLI, 2013; SAARTORI; BATTISTEL, 2017; CAMARGO et al, 2015).

Durante a graduação, o estudante se depara com inúmeros desafios, inerentes ao processo de aprendizagem, que se deve em parte às exigências do curso, e parte pelas exigências pessoais, as quais podem ser vividas subjetivamente como fonte de desprazer e gerando mecanismos de defesa (negação, racionalização, repressão, impessoalidade, dentre outros). Por esse motivo, o exercício reflexivo que leva à elaboração das reações e das emoções deve ser estimulado desde a graduação, a fim de que os acadêmicos se tornem médicos capazes de reconhecer as suas atitudes, contribuindo dessa forma para a construção do conhecimento (SOUSA, 2018).

No que tange ao percurso da graduação médica, além de procedimentos e técnicas, os temas relacionados ao processo de morte-morrer e relação médico-paciente precisam ser abordados com o objetivo de instrumentalizar estes futuros profissionais para a construção de bons vínculos com os seus pacientes, para as tomadas de decisões mais delicadas, visando uma condução ética e humanizada desse processo (POLLETO; SANTIN; BETTINELLI, 2013).

A revisão dos currículos dos cursos de graduação em medicina é uma necessidade constante. Apesar de algumas matrizes curriculares já incluírem esse tema em seus conteúdos pedagógicos, é importante a adoção de metodologias diversificadas que possam abordar o tema em sua complexidade e possam aprimorar as competências e habilidades dos acadêmicos para a vivência da finitude humana (POLLETO; SANTIN; BETTINELLI, 2013). Algumas leis, resoluções e diretrizes foram e estão sendo estabelecidas em prol de uma formação acadêmica mais integralizada e humanizada, como a lei da humanização da atenção e da gestão, de 2001, que tornou necessário verificar se os futuros profissionais de saúde estão se preparando adequadamente para o seu cumprimento (MORAES; KAIRALLA, 2010). Para além destas leis, o Conselho Federal de Medicina (CFM) trabalha para ampliar a abordagem de cuidados paliativos, inclusive como disciplina nas universidades brasileiras, respaldado pela resolução do CFM - 1.805/2006, sobre terminalidade de vida.

Durante as discussões promovidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM/2017), foi sugerido que, para que se possa resgatar o lado humano da ciência médica, é necessário aproximar os acadêmicos de *Medicina à Arte*, adotando-a

como importante instrumento, capaz de trazer à tona, reflexões sobre alguns dilemas, dentre estes, a conduta diante do processo de morte-morrer do paciente.

A seguir, o presente estudo apresentará os resultados de uma pesquisa do programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde e Educação Médica (ESEM) do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), realizada no período de junho à outubro de 2019, que demonstrou (e analisou) a interferência de uma estratégia inovadora no âmbito da formação médica: a Oficina de Leitura Literária.

A atividade realizada com estes acadêmicos de Medicina, através da oficina, promoveu uma dinâmica através da qual foi possível a análise qualitativa das contribuições que a literatura não-médica pode proporcionar à formação humanística de acadêmicos de Medicina; a percepção das mudanças na concepção sobre a temática *Morte* e do processo de morrer, além de ser uma estratégia metodológica potencialmente promotora de sensibilização, no contexto *Morte* e dos cuidados ao fim da vida.

Tela "A criação do homem" (gravura 2)



"Tudo quanto vive, vive porque muda; muda porque passa; e, porque passa, morre. Tudo quanto vive perpetuamente se torna outra coisa, constantemente se nega, se furta à vida"

Frase do escritor Fernando Pessoa

**FONTE:** Instituto Cultural Judaico Marc Chagall. Marc Chagall (1958)

## 2 CONSIDERAÇÕES QUE JUSTIFICAM A PESQUISA

Em minha trajetória acadêmica e profissional, deparei-me com situações médicas que despertaram o meu interesse em aprofundar o conhecimento sobre a finitude humana, movendo-me na direção de uma incessante busca: a de que eu continuamente me capacitasse, por meio de estratégias que permitissem que eu superasse algumas das minhas dificuldades, tais como lidar com pacientes cujas doenças estão fora das possibilidades de cura – ou a habilidade de comunicar essa situação para o paciente e seus respectivos familiares –, para melhor acompanhar o processo de morte-morrer do paciente e o luto daqueles que o perdem. Inicialmente, busquei pelos meios que favorecessem meu equilíbrio emocional e racional, que aprimorassem as minhas habilidades para melhor vivenciar a terminalidade e despedida dos meus pacientes.

Quando acadêmica, eu e meus colegas de turma não nos sentíamos preparados para a experiência clínica inerente ao processo de morte-morrer dos pacientes, porque não tínhamos tido de fato um preparo suficiente para tanto. E durante esse percurso, algumas indagações foram surgindo, tais como: Os pacientes, na sua fase final da vida, estavam morrendo de forma digna?

A cada tentativa de responder aos meus crescentes questionamentos, tal inquietude permaneceu, uma vez que a minha área de atuação se vocacionou pela Geriatria, campo onde inevitavelmente nos deparamos com o envelhecimento sob diversos prismas – desde a senescência até a senilidade – e, inevitavelmente, com a morte.

Na prática clínica, são perceptíveis as limitações dos profissionais quanto aos cuidados que precisam desempenhar diante do fim da vida de seus pacientes, pois inúmeras são as dificuldades que não raramente surgem nas relações médico-paciente-família-equipe multiprofissional, as quais podem desembocar em posturas e atitudes não propícias e ao distanciamento da situação.

Durante o curto período em que tive a oportunidade de atuar na docência, foi possível perceber que a minha dificuldade quando acadêmica, descrita há algumas linhas, também era a dificuldade vivida por muitos dos meus alunos: a dificuldade em se dar palavras ao processo, em se narrar e em se discutir sobre os aspectos objetivos e subjetivos do processo de *Morte* dos pacientes. Muitas vezes, os alunos

apresentavam como justificativa o fato de nunca terem sequer pensado no tema, de não terem o hábito de falar sobre o assunto nem mesmo no ambiente familiar, o receio de pensarem na própria finitude, ou o fato de não haverem presenciado esse processo na prática acadêmica ou profissional – além do pouco contato teórico com o tema *Morte* e o processo de morrer dos pacientes.

Tais observações são corroboradas por alguns estudos, que apontam, através dos relatos de estudantes e de profissionais na área da saúde, que a abordagem sobre a temática é superficial e precária durante a formação acadêmica, com caráter predominantemente teórico, pouca vivência com pacientes terminais e um preparo insuficiente para a vivência clínica do processo de morte-morrer.

Diante disso, indagações foram gradativamente surgindo: Como os cuidados ao fim da vida são abordados na graduação na atualidade? Existe uma preconceção sobre a morte e a compreensão de como promovê-la com dignidade? Os egressos da atualidade estão sendo sensibilizados para melhor acolherem o processo de morte e do morrer das pessoas envolvidas nesse contexto? Nesse limite de minhas elaborações, tais preocupações me motivaram para a realização da pesquisa apresentada.

As barreiras, os embargos, os dilemas, as inseguranças e/ou a falta de conhecimento que ainda permeiam o universo da graduação médica frente ao processo de morte, – somados à valorização da relação médico-paciente no tocante à terminalidade da vida –, vem gerando discussões sobre a implementação de uma cultura de humanidades na formação médica, cuja proposta foi amplamente debatida no VI Congresso Brasileiro de Humanidades Médicas, promovido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2017. Neste fórum de discussão, enfatizou-se que, em paralelo aos avanços tecnológicos, é de suma importância o aprimoramento do lado humano da ciência médica, aproximando os acadêmicos de Medicina à *Arte*, com o objetivo de desenvolver habilidades, competências, sensibilidade e relação empática com o outro. Foi nesse âmbito, aliás, que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Medicina foram preconizadas, em 2014.

A introdução da *Arte* no meio acadêmico pode se dar de diversas maneiras. A leitura de obras literárias (de livros não-técnicos), com a intenção de despertar reflexões sobre determinados assuntos, parece ser uma estratégia benéfica, como

têm demonstrado certos estudos; além de agregarem conhecimentos da cultura geral na formação médica, visto que os acadêmicos de Medicina não estão habituados à leitura, principalmente quando se trata de obras não-obrigatórias que retratem a realidade humana.

Diante de tais constatações, fui motivada pela proposição de uma estratégia educativa metodologicamente pertinente, que fosse capaz de modificar (positivamente) o cenário da relação médico-paciente, sobretudo frente ao complexo processo de *morte-morrer*, visando o melhor estabelecimento do contato entre os acadêmicos e a *Morte*.

Em busca de artigos que abordassem instrumentos de humanização em saúde como referencial teórico, elegi particularmente aqueles com os quais me identifiquei, cujas propostas metodológicas vinham ao encontro das minhas reflexões e que, por sua vez, colaboraram para que eu mantivesse a minha hipótese inicial, qual seja, a de que oficinas de leitura literária executadas no decorrer da graduação de Medicina, enquanto estratégia metodológica, podem contribuir não só para a formação humanística dos acadêmicos como também para a educação continuada dos médicos-professores, ao promoverem um espaço de fala (competência narrativa), a sensibilização para si e para o outro (educação emocional) e o conseqüente maior preparo de todos os envolvidos para as vivências desafiadoras que tangem o processo de morte e morrer dos pacientes.

Foi neste contexto de minha experiência clínica que o projeto inicial de pesquisa foi viabilizado, culminando com a presente pesquisa, que é o início de mais uma etapa da minha vida, e por que não dizer, início da realização de um sonho. Sonho este, que idealizei e que de maneira muito surpreendente está acontecendo e será apresentado através dessa pesquisa, que identificou e descreveu a vivência e a concepção sobre a *Morte* e o processo de morte-morrer, antes e após um laboratório de *Arte* com acadêmicos de Medicina do CESUPA, mais especificamente oficina de leitura de literatura, que teve como um dos objetivos, contribuir para uma capacitação mais humanística dos futuros profissionais médicos.

Tela "O sonho" (gravura 3)



“Ainda bem que sempre existe outro dia. E outros sonhos. E outros risos. E outras pessoas. E outras coisas...”  
Frase de Clarice Lispector

**FONTE:** Coleção Fundação Dolores Olmedo (México). Frida Kahlo (1940)

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 As Humanidades Médicas como estratégia na formação médica: a experiência da literatura como meio de humanização em saúde.

As humanidades médicas nasceram de movimentos das ciências humanas e humanidades na área da saúde, trata-se de campos de conhecimentos com interfaces e conexões, mas também diferenças que traçam perfis distintos para cada qual. Ambos abordam temas humanísticos que devem fazer parte da formação médica, mas com ênfases diferentes: as humanidades médicas estão mais voltadas às relações humanas no âmbito da intersubjetividade, e as ciências humanas e sociais em saúde, às relações no âmbito da sociedade (RIOS, 2016).

As Humanidades têm papel fundamental no exercício da medicina e na educação médica. Este campo liberta a mente e a imaginação, estimula a criatividade e proporciona a apreciação da complexidade da condição humana. Nos séculos XVII e XVIII, por influência do Iluminismo, as ciências e as humanidades/artes seguiram rumos diferentes. Nesse período, a medicina passou a ser considerada uma ciência pelo mundo acadêmico, marcadamente cartesiano, o que contribuiu para os avanços dos conhecimentos empíricos, através da valorização de um modelo biomédico ou biomecânico, com foco na racionalidade científica, objetiva, em detrimento à visão holística, subjetiva, antropológica ou biopsicossocial (PELLEGRINO, 1984).

Em contrapartida, Edmund Pellegrino, defensor do ensino das humanidades, afirma que a medicina tem claramente um componente científico, que utiliza metodologia das ciências na prossecução dos seus fins, mas tem igualmente um componente humanístico, que valoriza todas as dimensões da vida humana. E considera ser a medicina, a área do conhecimento que reúne as melhores condições para ser o elo entre a cultura científica e a humanística (PELLEGRINO, 1984).

Abraham Flexner, em 1910, conduziu uma pesquisa nos Estados Unidos e Canadá, diante da percepção de que não havia rigor suficiente no ensino médico. Seu trabalho mostrou taxas muito ruins de avaliação e levou ao fechamento de inúmeras escolas médicas. Ele sempre julgou fundamental o ensino das

humanidades e presumia que os estudantes já saíam capacitados neste tema, porém não explicitou essa ideia na época (DOUKAS; McCULLOUGH, 2010).

O relatório de Flexner, por sua vez, estimulou muitas escolas médicas ao redor do mundo a integrarem o ensino das humanidades em seus currículos. Na década de 1970, as Humanidades Médicas tornaram-se uma tendência crescente nos Estados Unidos e Reino Unido, e de forma complementar foram instituídas na educação superior, através de diversas áreas do conhecimento, incluindo Literatura, Artes, Poesia, Teatro, Cinema, Música, Filosofia, Ética, Antropologia e História, na busca das metas educacionais médicas, e com o objetivo de resgatar o “good doctor” (“bom médico”), para a prática clínica. (JANAUDIS; VACHI; BLASCO 2018; SOUSA; GALIAN; MACIEL 2012).

Especialistas definem o “bom médico” como aquele que adquire a habilidade de compreensão científica e domina as técnicas, e por outro lado, por meio da educação pelas Artes e Humanidades, desenvolvem capacidades de reflexão crítica, de ouvir e ler de forma inteligente, de tomar decisões éticas, de apreciar a *Arte*, além de desenvolver percepções de adaptabilidade, desenvolvimento pessoal e perspectiva ampla diante de alguma situação (PELLEGRINO, 1984; SOUSA; GALIAN; MACIEL, 2012).

Porém ainda há uma forte tendência na educação médica em insistir que qualquer atividade de aprendizado deva contribuir para o desenvolvimento do estudante em competências mensuráveis e concretas, habilidades, conhecimentos e atitudes. O que torna as Humanidades Médicas um tema desafiador entre os estudiosos da área de Educação Médica, pois também não há um consenso sobre seus objetivos e formas de implementação para estudantes de Medicina por todo o mundo. E dessa forma, tal prática de ensino exige cautela, pois não se pode simplesmente seguir em frente com o plano de educar de maneira padronizada os atributos do “bom médico”, e mais uma vez mecanizando o ensino, o que se assemelharia ao treinamento atual de competências técnicas (EVANS, 2008; JANAUDIS; VACHI; BLASCO 2018; RIOS, 2016).

O currículo da escola de medicina já fornece ensino de ciências clinicamente relevantes, entretanto percebe-se a necessidade de uma uniformização curricular nas universidades, no contexto das exigências educacionais contemporâneas. Dessa forma, algumas propostas na área da Educação em Saúde, inspiradas nos

princípios de Flexner, foram elaboradas no PRIME (Projeto para Reequilibrar e Integrar Educação Médica), a favor da inclusão do ensino de ética e humanidades, também clinicamente relevantes, assim como a integração de outras áreas convencionais na educação das escolas médicas americanas, para treinar estudantes de medicina e residentes de maneira abrangente, com o objetivo de aprimorar as habilidades das condutas profissionais e o atendimento humanizado aos pacientes (DOUKAS; McCULLOUGH, 2010).

Os estudos conduzidos neste campo devem ser menos ambivalentes, e um consenso estabelecido, para que as Humanidades Médicas e as áreas do conhecimento que poderão integrá-las, sejam elas Literatura, Artes, Música, Teatro, Cinema, Ética, História, Filosofia, Teologia, Antropologia, Pedagogia, Sociologia, Direito, Psicologia ou Bioética passem a ter mais visibilidade por educadores na área da Saúde (DOUKAS; McCULLOUGH, 2010; SOUSA; GALIAN; MACIEL, 2012).

As fortes mudanças ocorridas no setor saúde, as mudanças curriculares para atender as novas diretrizes, assim como as políticas indutoras do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC), deram condições de criar um novo cenário na graduação e a possibilidade de um repensar sobre a formação dos novos profissionais da área da saúde.

A exemplo disso, o conceito e a aplicação de transversalidade surgiram no contexto dos movimentos de renovação pedagógica, onde passou-se a redefinir o processo de aprendizagem e repensar os conteúdos que se ensinam aos alunos. Na educação, o termo transversalidade é entendido como uma forma de organizar o trabalho didático na qual alguns temas são integrados nas áreas convencionais de forma a estarem presentes em todas elas. De acordo com os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) a transversalidade diz respeito à possibilidade de se estabelecer, na prática educativa, uma relação entre aprender conhecimentos teoricamente sistematizados (aprender sobre a realidade) e as questões da vida real e de sua transformação (aprender na realidade e da realidade). Não se trata de trabalhá-los paralelamente, mas de trazer para os conteúdos e para a metodologia da área a perspectiva dos temas. Dessa forma, os PCNs sugerem alguns “temas transversais”, importantes, urgentes e presentes na vida cotidiana, como Ética, Saúde, dentre outras (MENEZES, 2001). Assim, também, como exemplo, têm-se a integralidade que é um dos princípios do SUS e envolve outros conceitos, tais como

universalidade e equidade que traduzem os ideais da Reforma Sanitária Brasileira. Porém, a integralidade se tornou mais do que uma diretriz do SUS, ela está relacionada às características desejáveis do sistema de saúde brasileiro, e como tal, também precisa ser consolidada como princípio pedagógico, o qual orienta a formação do profissional de saúde, que se traduz em ações cotidianas, estabelecidas mediante relações dialógicas entre os sujeitos que ensinam e aprendem e aprendem ensinando (LIMA et al, 2013; GONZE; SILVA, 2011).

Nesse contexto, a formação é um dos pilares que alicerça a construção coletiva, oportuniza a vivência da prática acadêmica e reflexão sobre a realidade, o que pode ser favorecido pelo modelo pedagógico fundamentado na integralidade. (LIMA et al, 2013; GONZE; SILVA, 2011).

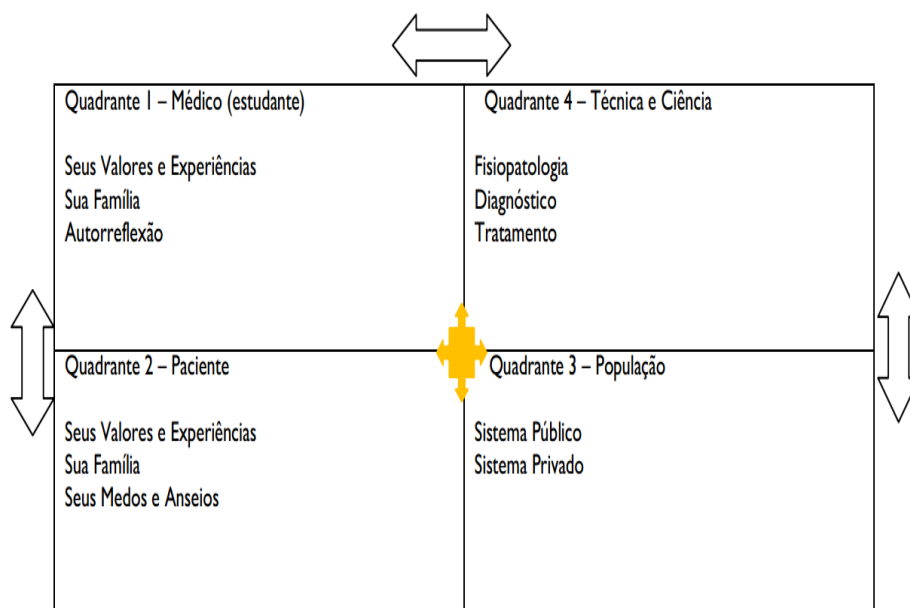
A humanização da assistência será mais significativa se pensarmos na humanização do ensino, das relações estabelecidas durante o processo de formação, onde os educadores deverão ser facilitadores do processo de aprendizagem e centrar o ensino no aluno, considerando, não somente a competência técnica e racional do acadêmico, mas a sua totalidade. Torna-se fundamental a busca pelo ser integral e integrado naquilo que faz. Sendo assim, a integralidade passa a ser defendida como um valor a ser sustentado e preservado nas práticas dos profissionais de saúde, as quais se expressam na forma como os profissionais respondem aos sujeitos que os procuram. (ESPERIDIÃO; MUNARI, 2004; LIMA et al, 2013; MATTOS, 2004).

O desafio da busca pelas melhores técnicas de ensino é tão antigo quanto a evolução das gerações de estudantes. E mesmo quando se tenta se aproximar de um bom modelo de ensino, este pode se tornar obsoleto em curto espaço de tempo, pois os avanços tecnológicos bem como as características daquela geração já se modificaram, o que demonstra a necessidade contínua de revisão dos métodos, a fim de adotar um modelo que consiga agregar o conhecimento objetivo da Medicina, que é científico e valioso, às informações subjetivas do aluno em formação (JANAUDIS; VACHI; BLASCO 2018).

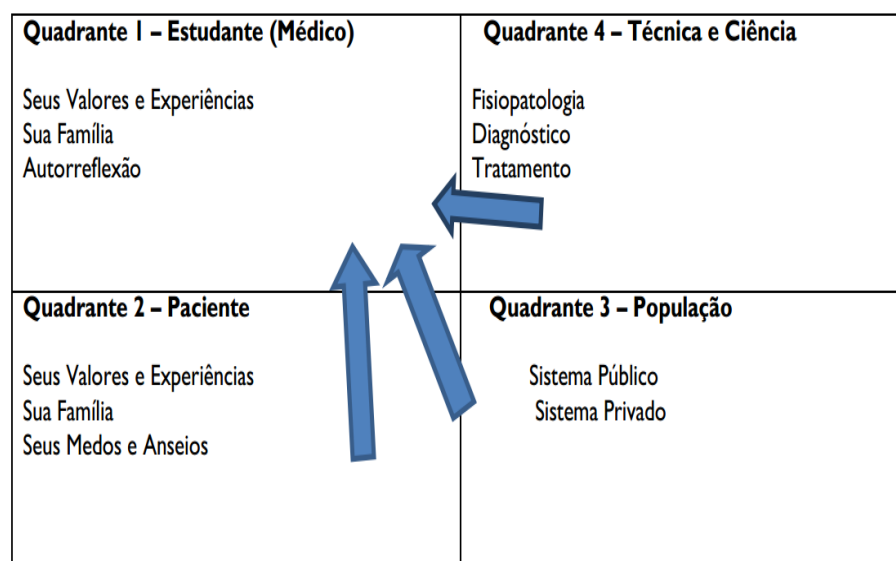
Apesar dos avanços tecnológicos imprescindíveis para a medicina moderna, o século XX foi o século da especialização e formação fragmentada dos professores e estudantes, que resultou na perda da visão integral do paciente. Após essa fragmentação dos saberes ocorrida no século XX, novos modelos de ensino vêm

surgindo no século XXI, como a educação dos sentidos, com o objetivo de fazer o professor compreender o sentido de educar como uma atitude intencional da prática pedagógica, ou seja, promover uma ressignificação nos sentidos do ato de educar, fundamental na formação médica que é delicada, complexa e dinâmica (JANAUDIS; VACHI; BLASCO 2018).

O modelo dos quatro quadrantes do conhecimento médico, apresentado e reformulado por Stange e McWhinney (2000), onde o quadrantes 1 (médico), 2 (paciente), 3 (sistema de saúde) e 4 (técnica), de forma isolada, representam a medicina moderna, cujo tempo está destinado a manutenção e atualização científico-tecnológica (Quadrantes 3 e 4), enquanto o desenvolvimento da subjetividade, consciência mais crítica e autônoma (quadrantes 1 e 2) não são tão valorizadas, vem demonstrar que é no centro desses quadrantes, que se encontra a integração do conhecimento médico. Esse modelo foi adaptado para um estudo realizado com acadêmicos no quinto ano da Faculdade de Medicina de Jundiaí, cujo objetivo foi identificar o quanto eles se dedicavam para cada quadrante, e foi constatado que 98% do tempo dispendido era para os quadrantes 3 e 4, demonstrando que o foco principal de aprendizado e que corresponde ao eixo principal da grade curricular, são os avanços científicos, que fazem aumentar o conhecimento técnico. Enquanto a subjetividade do acadêmico e futuro profissional, o modo como interage com o mundo a sua volta, assim como o aprendizado para relacionar com o paciente, não são campos de aprendizado formal da Universidade (JANAUDIS; VACHI; BLASCO 2018).

**FIGURA 1** - Modelo dos quatro quadrantes do conhecimento médico

**FONTE:** Stange e McWhinney (2000) apud JANAUDIS; VACHI; BLASCO (2018)

**FIGURA 2** - Modelo dos quatro quadrantes do conhecimento médico adaptado

**FONTE:** JANAUDIS; VACHI; BLASCO (2018)

Historicamente, a humanidade sempre recorreu às artes como forma de registro material e de elaboração psíquica dos fatos ocorridos e das experiências vividas. Através das criações artísticas, diversas e únicas, as obras de arte passam a ser uma importante representatividade da vida humana, que ao mesmo tempo é singular e universal.

Pesquisadores no campo das Humanidades Médicas tentam demonstrar a maneira pela qual a Medicina, as Artes e as Humanidades se entrelaçam – o modo como elas têm sido historicamente interrelacionadas e como são, em alguns aspectos, inseparáveis. Basta que sejam rapidamente evocados alguns estudos de Anatomia Humana realizados por certos artistas, tais como os de Leonardo da Vinci e de Andreas Vesalius, para que a intensidade dessa interface seja percebida. Além dela, surgem ainda centenas de obras literárias, fortunas da literatura universal tais como “A Morte de Ivan Ilitch” de Tolstói ou “Admirável Mundo Novo”, de Aldous Huxley; ou até mesmo certas obras da dramaturgia, dentre as quais, algumas peças de teatro de Shakespeare – ou, ainda, obras cinematográficas como “Gattaca”, dentre as várias capazes de ilustrar como a Ciência têm proporcionado inspiração às Artes e vice-versa (GIORDANO, 2010).

Alguns autores enfatizam o valor de discussões, dedicadamente guiadas por tutores, sobre uma obra de arte ou da literatura universal, que se concentrem sobre questões médicas humanamente relevantes. Esta discussão pode ser útil aos estudantes, auxiliando-os em suas melhorias para a rotina diária futura, e demonstra como estudantes distintos trabalham de maneira cooperativa com colegas profissionais da área de saúde, em simulações realísticas, por exemplo, e também em apresentações teatrais, onde é possível trabalhar uma equipe de saúde frente à dilemas psicossociais, como uma doença terminal. Além de promover o entendimento sobre o potencial das artes como uma maneira de expressar as emoções (SOUSA; GALIAN; MACIEL, 2012).

Estudos como os que foram desenvolvidos na Escola Paulista de Medicina e Universidade Estadual de São Paulo (EPM-UNIFESP) - Laboratório de Humanidades (LabHum) -, demonstrou como a utilização de um recurso, no caso, leitura e discussão de clássicos da literatura universal pode contribuir para o processo de formação humanística e humanização de futuros médicos e profissionais da saúde em geral. O impacto da experiência em cada participante atingiu níveis e dimensões distintas, apresentando-se, como uma primeira oportunidade de encontro com as humanidades ou, então, de reencontro, reforçando e ampliando uma experiência já vivenciada (BITTAR; SOUSA; GALLIAN, 2013).

Os estudantes de Medicina em Liverpool, após assistirem ao novo Módulo de Estudos Especiais (MEE, onde evolve diferentes formas de artes e/ou

Humanidades Médicas), também perceberam que suas habilidades de apresentação e comunicação melhoraram e consideraram interessante os cursos baseados nas Artes e Literatura, como forma de sair da rotina tradicional. (SOUSA; GALIAN; MACIEL, 2012).

Fundamentado na perspectiva teórica das humanidades e o fenômeno educacional, estes estudos apontaram a experiência estética e reflexiva a partir da literatura como forma privilegiada de promover a humanização no contexto educacional e da saúde (BITTAR; SOUSA; GALLIAN, 2013; SOUSA; GALIAN; MACIEL, 2012). No Reino Unido, no final dos anos 1990, surgiu o Narrative Based Medicine (Greenhalgh, Hurwitz, 1998), que deu origem a uma série de artigos, posteriormente publicados no British Medical Journal, que ilustravam a importância de se estudar narrativa em relação à prática médica através de vários exemplos e situações:

“O processo de ficar doente, de estar doente, melhorar (ou piorar) e lidar (ou não conseguir lidar) com a doença pode ser pensado como uma narrativa organizada no interior das narrativas (histórias) mais abrangentes de vida das pessoas” (Greenhalgh e Hurwitz, 1999, p.48)

Assim como, “considerar uma história é um ato interpretativo, em que o discernimento do significado é central para a análise de narrativas (na crítica literária, por exemplo)”. Do ponto de vista clínico, portanto, poderíamos supor que a construção de uma narrativa sobre a doença do paciente (ou sobre o que o paciente narra), acontece segundo o poder de escolha daquele que a conta, pois segundo Greenhalgh e Hurwitz (1999, p.48): “a escolha do que contar e do que omitir cabe inteiramente ao narrador [...]”. A partir da narrativa elaborada, essa história poderá ou não, ser considerada para o raciocínio médico (apud CARELLI; POMPILIO, 2013, p. 678).

A *Arte* também pode, portanto, possibilitar a curiosidade do estudante e ampliar a compreensão das histórias das doenças e dos pacientes, em que poderia exercer o cuidado de forma mais humana e não apenas através do tecnicismo das diretrizes clínicas, e dessa maneira que o personagem Dr. Rieux se comporta ao longo da narrativa, em “A Peste”, do autor Albert Camus (1947, p. 26 e 50), demonstrando que “... o essencial era cumprir o seu dever...” e “... o mais importante era fazer o seu trabalho como ele deveria ser feito” (apud SKELTON, 2000).

O projeto “Medicina e arte: literatura e narrativas médicas” dentro do curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro, promove um espaço onde o imaginário e a compreensão dos alunos podem ser ampliados, através de estudo de textos literários e das narrativas médicas. Os encontros de acadêmicos de Medicina e professores acontecem de forma a discutirem os livros e textos lidos, e posteriormente os acadêmicos escrevem seus próprios textos baseado nas leituras, nos casos médicos vividos nos cenários hospitalares ao longo do curso (MALLET; ANDRADE; PEREIRA, 2014). Essa atividade complementar de leitura amplia os conhecimentos gerais dos alunos, preenchendo algumas lacunas, como a dificuldade na comunicação. E como a comunicação médica compõe o item III do artigo 4º das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, durante o projeto foi considerado importante discutir com os alunos essa relação entre o médico e seu paciente. (MALLET; ANDRADE; PEREIRA, 2014; BRASIL, 2014).

Esse primoroso projeto *Literatura e Medicina*, coordenado pela professora Ana Luísa Mallet na Universidade Estácio de Sá, no Rio de Janeiro, representa a possibilidade de transformar a realidade dos cursos de medicina em experiências produtivas e produtoras de significado. Dentre os livros usados para discussão da narrativa médica nesse projeto, (e para as resenhas dos alunos) encontramos alguns clássicos da literatura universal: *A morte de Ivan Ilitch*, de Leon Tolstói; *Enfermaria n. 6*, de Anton Tchekhov; *O alienista*, de Machado de Assis; *Todo paciente tem uma história para contar*, de Lisa Sanders; *Um antropólogo em Marte*, de Oliver Sacks, etc. Ainda como parte das atividades propostas no projeto, o grupo assiste a filmes com temas médicos, apresenta casos clínicos e participa de atividades lúdicas, como a montagem de quebra-cabeça confeccionado pela própria equipe, a produção de peças cênicas e de teatro de sombras (MALLET; ANDRADE; PEREIRA, 2014).

Com o objetivo de contribuir para a formação ética, o ensino das humanidades médicas durante a graduação de Medicina é amplamente fomentado, através de estratégias em que os docentes estimulem a integração, através de oficinas pedagógicas, por exemplo, a fim de promover a discussão sobre os saberes e o desenvolvimento de competências e habilidades que contribuirão para a reflexão sobre o exercício da medicina (SANTOS, 2015; SOUSA; GALLIAN; MACIEL, 2012).

Como Edmund Pellegrino (1984), há mais de três décadas salientou que a literatura tem provado ser uma forma eficaz de ensinar o cuidado e a compaixão pelos pacientes, por aqueles que sofrem e pelos que estão a morrer, pois, para além de um ensino pragmático e formal, pretende-se que os estudantes tenham a oportunidade de refletir, de modo crítico e construtivo, acerca da abordagem singular de cada caso, sobre os dilemas éticos específicos encontrados na prática clínica.

As reflexões e interpretações dos alunos quando expostos à *Arte*, podem ser diversas e certamente serão únicas, o que representa uma contribuição positiva para a aprendizagem singular e para a formação pessoal e profissional de cada um desses estudantes. A literatura de ficção (assim como a literatura confessional) constitui um recurso didático que segue a linha da metodologia ativa. Ela permite a reflexão do sujeito, tanto sobre si, quanto sobre o outro. Assim, ela favorece a elaboração de emoções e reações, o exercício da empatia, o debate e o confronto de ideias o encontro com as diferenças, ajudando no desenvolvimento de atributos éticos como o respeito ao outro, a lealdade, a confiança, a dignidade. Tais afirmativas têm sido observadas em alguns estudos, dentre os quais, os empreendidos com os alunos no componente curricular Ética e Bioética da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), que participaram de leitura de obras literárias ficcionais (BALBI; LINS; MENEZES 2017; SANTOS; LINS; MENEZES, 2018).

A capacidade que a obra literária possui em contribuir para a formação humanística também foi percebida em outros estudos, a exemplo do que é desenvolvido no Laboratório de Humanidades (LabHum) na Escola Paulista de Medicina e Universidade Estadual de São Paulo (BITTAR; SOUSA; GALLIAN, 2013). O trabalho desenvolvido com alunos de graduação e pós-graduação da Escola Paulista de Medicina e Universidade Estadual de São Paulo (EPM-UNIFESP), no Laboratório de Humanidades (LabHum), parte das narrativas produzidas pelos participantes do laboratório de humanidades – atividade acadêmica desenvolvida na Escola Paulista de Medicina da Unifesp que se fundamenta na leitura e discussão de obras clássicas da literatura universal – como exemplo deste método, referencia-se o artigo “ Um experimento com Tolstói: a “fenomenologia do amor” em *Ana Karenina*”, em que o autor procura mostrar como, na busca por contribuir para a formação humanística e a humanização na área da

saúde, um experimento com essa obra literária possibilitou a reflexão sobre questões essenciais da existência humana, em especial sobre a temática do amor e seus desdobramentos nas relações humanas (GALLIAN, 2016).

Nesse âmbito e contexto, sublinha-se, ainda, a implementação da disciplina *Literatura, Narrativa e Medicina*, oferecida em 2015 pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, em conjunto com a Faculdade de Medicina da mesma universidade; bem como o trabalho desenvolvido na Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), com as contribuições da literatura na formação humanística do estudante de Medicina. Outro exemplo é o trabalho desenvolvido no GENAM (Grupo de Estudos e Pesquisa Literatura, Narrativa e Medicina). Trata-se de um projeto da faculdade de medicina da USP, coordenado pela pesquisadora Fabiana Buitor Carelli (2016), mediante uma abordagem interdisciplinar ainda rara no Brasil: o entrelaçamento entre os campos da teoria literária e dos estudos da linguagem com o campo das ciências médicas. Isto porque a relação entre esses campos permite o aprimoramento de algumas competências essenciais para a prática clínica, como a prática da escuta ativa, a possibilidade interpretativa do material (texto) narrado pelo paciente de modo mais abrangente, singular e integrado.

No que diz respeito ao norte do país, o Laboratório de Artes e Humanidades Médicas da Universidade do Estado do Pará (UEPA) foi fundado em dezembro de 2018, proposto como um projeto de extensão coordenado e executado pela professora Luciana Brandão Carreira. Espaço em contínua construção, apresenta-se como uma das possibilidades de atividade extracurricular, destinado aos acadêmicos interessados, sob demanda espontânea, dos mais diversos períodos do curso de medicina, acolhendo os de outras instituições de curso superior, além dos alunos da própria UEPA. Sua proposta consiste em promover o encontro do aluno do curso de medicina com as Artes, através da leitura compartilhada de obras da literatura universal e da recepção de obras cinematográficas. A partir dos efeitos desse encontro, para além do debate ou da roda de conversa que o sucede, os alunos são estimulados à criação de produtos autorais, isto é, narrativas textuais, expressões nas artes plásticas, interpretações teatrais, produtos audiovisuais de curtíssima duração (cinema experimental), composição de músicas, leituras interpretativas e outros. O aluno participa do processo de conhecimento ativamente,

gerando produtos artísticos que são a base para a produção original do Laboratório, com a adesão, na atualidade, de mais de sessenta alunos e de quatro profissionais médicos já formados. O Laboratório, em sua natureza extensionista, promoveu duas oficinas de cinema experimental em 2019, a primeira delas com 40 horas/aula (gratuita e aberta à comunidade da cidade, na Casa das Artes) e a segunda, no 57 Congresso Brasileiro de Educação Médica, com a duração de 04/h. Neste mesmo congresso, o Laboratório foi o principal responsável pela criação, concepção e execução da programação cultural, constituída predominantemente por alunos, intervenção ainda inédita nas edições anteriores deste congresso. Vários destes produtos foram exibidos em outros espaços, com a geração de pesquisas na área, apresentações de trabalho em congressos, a maioria como relato de experiência, algumas com destaque<sup>1</sup>. Este dado mostra a fecundidade de tal metodologia, em que o tripé *ensino-pesquisa-extensão*, tão almejado, demonstra-se possível e determina a sua pertinência e a ligação com a sociedade.

É importante mencionar que a leitura, ou outra forma de arte, não conduz à uma aprendizagem uniforme. Ela tem um caráter individual e imprevisível quanto à assimilação do conteúdo transmitido e aos efeitos emocionais despertados. Ela contribui para o crescimento e aprendizagem significativa daqueles que vivenciam essa experiência, no ensino das humanidades, pois gera reflexões, desenvolve conclusões críticas importantes, promove autoconhecimento, conforme idealizado pelas diretrizes para a formação médica. Portanto, poderia ser introduzida no currículo de educação em saúde (BALBI; LINS; MENEZES 2017; SANTOS; LINS; MENEZES, 2018). Seria uma forma de suprir as lacunas observadas entre acadêmicos de Medicina que, de maneira geral, modificam o hábito de leitura.

O estudo realizado na graduação de Medicina da Escola Médica de Newcastle, Reino Unido revelaram as justificativas para a mudança desse hábito: o novo ambiente social (existência de uma grande variedade de atividades a realizar, tais como esportes ou socialização no geral, passar mais tempo com os amigos); falta de dinheiro ou de orientação para comprar novos livros de literatura; por fim, alguns

---

<sup>1</sup> Essas considerações são descritas a partir do resultado de vários trabalhos gerados como relato de experiência, gentilmente cedido pela autora do projeto, professora Luciana Brandão Carreira.

estudantes de Medicina reportaram simplesmente que ler não era mais possível devido às longas horas necessárias para o estudo de livros de textos técnicos (HODGSON; THOMSON, 2000).

Os pesquisadores Cunningham e Stanovich (2001), da Universidade de Toronto, realizaram uma pesquisa em que os efeitos da leitura no desenvolvimento da inteligência verbal do indivíduo foram comprovados, o que os levou a concluir que o ato de ler aumenta a capacidade de decodificação do cérebro, melhora as habilidades linguísticas e expõe leitores a conceitos que os ajudam a construir a base de seu conhecimento, fato que amplia a capacidade de compreensão e resolução de problemas. Tais pesquisadores também argumentam que a ficção é muito poderosa, no sentido de ser capaz de transformar as pessoas, mas não afirma que a literatura seja totalmente boa, a depender das interpretações e das mensagens que serão propagadas pelas pessoas a partir da narrativa.

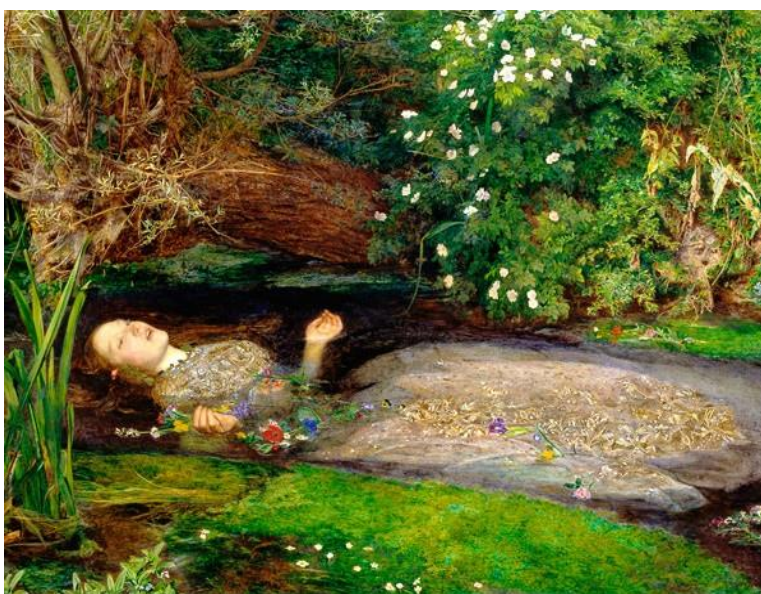
Estudos diversos indicam que as pessoas que leem mais são mais bem-sucedidas em diversas tarefas, e que ampliam a empatia. Um exemplo é a pesquisa conduzida pela professora da Universidade de Kentucky, Lisa Zunshine (2012), que investigou como estudantes universitários processavam a leitura. O estudo usou equipamentos de ressonância magnética funcional para observar em tempo real a atividade cerebral: dessa forma, constatou-se a ativação, no ato da leitura, de áreas cerebrais que melhoram vários níveis da cognição.

Há algumas décadas, Downie (1991) descreveu as propriedades da literatura para habilidades da prática clínica: 1) desenvolvimento da empatia; 2) auxílio para conciliar emoções e conflitos envolvidos no processo de adoecimento e perdas; 3) geração de questionamentos morais sobre o significado da vida, sobre relacionamentos humanos, que devem ser discutidos no ambiente acadêmico; 4) ter ciência que mesmo aspectos cientificamente tipificados se manifestam de forma única em pacientes individuais. Sendo assim, romances, peças, poemas e filmes podem causar grande impacto em estudante ou médico, auxiliando no desenvolvimento de sua compreensão intuitiva.

Para DELEUZE (2016, p.222), entender a vida como obra de arte nos ajuda a buscar em outro lugar aquilo que ainda não vimos, aquilo que ainda não foi dito. As metodologias ativas, em especial a ferramenta de literatura, permitem que acadêmico e/ou profissional médico ampliem os domínios da ciência para além de

uma técnica eficiente. Isto significa que tais metodologias abrem-se às possibilidades de novas habilidades serem adquiridas, pois a Medicina é permeada por incertezas, limites e indeterminações, e o profissional deve ter hábitos essenciais, como observação, análise, empatia e autorreflexão para estar apto para o cuidado do outro, no sentido de curar e/ou aliviar o sofrimento do paciente e dos familiares que acolhe, frente às fragilidades provocadas pela doença, às vezes diante da terminalidade e da despedida da vida (SOUSA; GALLIAN; MACIEL, 2012). Através de um modelo pedagógico baseado na integralidade, é possível integrar a arte aos conhecimentos médicos, de forma a que sejam abordados temas considerados transversais, como a *Morte*, presente no cotidiano das pessoas.

Tela “Ophelia” (gravura 4)



“Tolo seria viver quando viver é um tormento. Temos, além disso, uma prescrição para morrer quando a morte é nosso médico”

Frase de William Shakespeare

**FONTE:** Acervo da Tate Gallery (Londres). Everett Millais (1851-1852)

### **3.2 Cuidados ao fim da vida e o contexto ético/bioético**

O aumento da expectativa de vida é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma conquista da humanidade. Todavia, a transformação sociodemográfica que vem ocorrendo nas últimas décadas, relacionada ao aumento do envelhecimento, acarreta uma sobrecarga para sociedade, paralelamente há um aumento do número de doenças crônico-degenerativas, progressivas, graves e sem possibilidades de cura. Com isso, se faz necessário um sistema de saúde eficiente e profissionais capacitados para atender as demandas da população idosa, para que a

mesma tenha uma assistência ideal à saúde e aos cuidados ao fim da vida, e um processo de morte digna. O mesmo se espera para pacientes na terminalidade da vida independentemente da idade, pois a dignidade é um valor que deve ser preservado e garantido a todos sem exceção, segundo os princípios constitucionais e da bioética (SILVA, 2014; GUTIERREZ; BARROS, 2012; GODINHO et al, 2017).

O desafio é considerar a dignidade humana diante da proximidade da *Morte* para além da dimensão físico-biológica e da perspectiva médico-hospitalar, porém a *Morte* é fenômeno complexo e implica dilemas éticos e impasses de natureza jurídica, fazendo com que não só os profissionais de saúde, mas também os estudiosos de diversas áreas, e até mesmo o público leigo, reflitam de forma crítica a respeito da conduta mais adequada ante a terminalidade da vida humana, cujo objetivo é respeitar a singularidade de cada indivíduo, seus aspectos biopsicossociais e sua autonomia, além do apoio à família diante da iminência da perda e do período do luto (PAIVA; ALMEIDA JUNIOR; DAMASIO, 2014; SANTOS; LINS; MENEZES, 2018; KOVÁCS, 2003).

Ignorar a *Morte* como processo natural da vida, pode gerar tratamentos obstinados, sem possibilidades de cura, para pacientes terminais, além de alimentar falsas esperanças para pacientes e familiares. Além disso, o avanço técnico-científico a fim de encontrar a cura de doenças e, conseqüentemente, prolongar a vida do paciente, mesmo quando sobreviver não significa ter qualidade de vida, confronta com os princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (SANTOS; LINS; MENEZES, 2018; KOVÁCS, 2003).

Esses princípios, fundamentais para o exercício da Bioética, foram propostos primeiramente para orientar as pesquisas com seres humanos e, estenderam a utilização deles para a prática médica, ou seja, para todos aqueles que se ocupam da saúde das pessoas e que devam prezar pela dignidade da pessoa humana (KOVÁCS, 2003).

A Bioética passou a tratar das relações humanas, da prevenção e solução de conflitos, da atenção à saúde e à vida. No âmbito da medicina, a bioética clínica – uma das áreas de aplicação desse método científico – busca o resgate de um caráter humanista e humanitário, do crédito e respeito entre o médico e o paciente, e proporciona, hoje, a oportunidade de reflexão e avaliação do melhor percurso profissional, pois com o avanço biotecnológico, corre-se o risco de perder o bom

senso diante de um paciente com um quadro irreversível e, em vez de se proporcionar a vida, prolonga-se o processo de morrer, gerando conflitos éticos e discussões sobre algumas práticas como a eutanásia, distanásia e ortotanásia (PAIVA; ALMEIDA JUNIOR; DAMASIO, 2014; SANTOS; LINS; MENEZES, 2018; KOVÁCS, 2003).

A palavra “eutanásia” é de origem grega e significa boa morte (*eu* = boa; *thanatos* = morte) e equivale à ação médica destinada a abreviar a vida de pessoas em estado de grave sofrimento proveniente de doença incurável e sem perspectivas de melhora, estando o paciente condenado à *Morte* progressiva. A eutanásia tem por finalidade levar à retirada da vida do indivíduo por considerações tidas como humanísticas; todavia, é infração ética e conduta ilegal pela legislação brasileira (PAIVA; ALMEIDA JUNIOR; DAMASIO, 2014; KOVÁCS, 2003).

A “distanásia” (*dis* = dificuldade, privação; *thanatos* = morte), é a *Morte* lenta, ansiosa e com muito sofrimento, pelo prolongamento exagerado da vida quando não há possibilidade de cura ou melhora do paciente, resultado de uma determinada ação ou intervenção médica, que diante das realidades tecnológicas existentes, ocasiona a chamada obstinação terapêutica (na Europa) ou futilidade médica (nos Estados Unidos). O tratamento fútil e sem benefícios para o paciente terminal pode ser considerado agressão à dignidade da pessoa, comprometendo a qualidade de vida do enfermo e de sua família (PAIVA; ALMEIDA JUNIOR; DAMASIO, 2014; KOVÁCS, 2003).

O termo “ortotanásia” (*orthos* = certo, correto; *thanatos* = morte), significa o não prolongamento artificial do processo natural da *Morte*, ou seja, essa prática não acelera nem posterga a *Morte* do indivíduo, pois respeita o tempo de sobrevivência do paciente em fase terminal. É uma postura médica diante da *Morte* iminente e não evitável, com suspensão de métodos que mantêm a vida e que levariam ao tratamento inútil e ao sofrimento desnecessário. Na ortotanásia passa-se a oferecer ao doente os cuidados paliativos adequados para que venha a morrer com dignidade. Portanto, é considerada uma *Morte* desejável (PAIVA; ALMEIDA JUNIOR; DAMASIO, 2014; KOVÁCS, 2003).

Para o Conselho Federal de Medicina (CFM/2006), a ortotanásia é a abordagem apropriada diante de paciente que está em fase final de vida e a sua prática foi regulamentada, através da aprovação da resolução 1.805/2006 que rege:

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. (Conselho Federal de Medicina, 2006, p.269-70).

Essa resolução que regulamenta a prática da ortotanásia, significa também adotar os cuidados que promovam alívio do sofrimento e interfira positivamente no curso da doença, sem postergá-la com sofrimento (distanásia), sem interrompê-la e sem abreviar a vida (eutanásia), que são práticas ilegais pelo Código Penal Brasileiro e pelo Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009; PAIVA; ALMEIDA JUNIOR; DAMASIO, 2014).

A judicialização da saúde e do recurso aos tribunais tem sido um meio de garantir o exercício de direitos fundamentais, nomeadamente no contexto da *Morte* assistida (GODINHO et al, 2017).

A reflexão bioética latino-americana, e especialmente a brasileira, ao lidar eticamente com as questões de final de vida, utiliza na discussão ética basicamente os três conceitos já mencionados: eutanásia, distanásia e ortotanásia.

Entretanto, ao levar em conta os serviços de saúde pública nacional, percebe-se a impossibilidade de se morrer sem sofrimento, ou seja, percebe-se a dificuldade de se morrer com dignidade, pois há falta de acesso aos meios que propiciam a saúde humana e os recursos destinados à saúde raramente contemplam as necessidades dos cidadãos. Diante dessa realidade, criou-se o termo *mistanásia* (mys = infeliz; thanathos = morte) significando *Morte* infeliz, miserável, precoce e evitável em nível social (RICCI, 2017; KOVÁCS, 2003).

Esse termo foi abordado no XI Congresso Brasileiro de Bioética (2015), cujo tema foi Bioética e desigualdades, onde a mesa redonda, “Desigualdade e questões éticas de fim de vida”, com abordagem transdisciplinar, teve como apresentação de destaque a *Mistanásia* - vulnerabilidade humana frente às desigualdades sociais. Esta discussão é fundamental em um país tão marcado pelas desigualdades, com poucos recursos, exigindo a responsabilidade coletiva sobre assistência de saúde (apud RICCI, 2017).

A grande questão que se coloca é como atender a cada pessoa, segundo as suas necessidades, de forma justa, como preza um dos princípios da Bioética? Pois não se trata da *Morte* de alguém apenas, mas da *Morte* de muitos que, antes de sua

*Morte* física, praticamente já estão mortos numa sociedade que descarta as pessoas, principalmente as mais vulneráveis – do ponto de vista social (RICCI, 2017; KOVÁCS, 2003).

Na América Latina, de modo geral, a forma mais comum de mistanásia é a omissão de socorro estrutural que atinge milhões de doentes durante sua vida inteira, e não apenas nas fases avançadas e terminais de suas enfermidades. Na verdade, muito do sofrimento humano, que poderia ser evitável, no que tange à vida e à *Morte*, relaciona-se diretamente a questões de políticas públicas (KOVÁCS, 2003).

Segundo a Economist Intelligence Unit, uma consultoria britânica, cuja pesquisa resultou no Índice de Qualidade de Morte 2015 (Death Quality Index 2015), divulgou um relatório que classifica países em relação aos cuidados paliativos oferecidos à sua população segundo critérios como ambiente de saúde e cuidados paliativos, recursos humanos, formação de profissionais, qualidade de cuidado e engajamento da comunidade. E para organização do ranking foram utilizados dados oficiais, pesquisas e entrevistas com profissionais da área.

Dos 80 países avaliados, o Brasil ficou na 42ª posição, segundo o Índice de Qualidade de Morte. Na América Latina, o Chile ficou em 27º lugar, a Argentina em 32º, o Uruguai em 39º e o Equador em 40º. Outras conclusões apresentadas pelo relatório foram: países ricos apresentam melhor qualidade de *Morte* de todo o ranking, como Reino Unido que está em primeiro lugar, seguido pela Austrália e Nova Zelândia; e compartilham de características semelhantes, como uma política nacional de cuidados paliativos, altos gastos públicos em serviços de saúde, treinamento extensivo para os profissionais envolvidos e forte consciência pública sobre cuidados paliativos (Economist Intelligence Unit, 2015).

O entendimento desta questão vem se modificando e é perceptível o aumento da prática dos cuidados ao fim da vida baseado nos princípios dos Cuidados Paliativos, em países em desenvolvimento. De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) apud The Economist Intelligence Unit (2015), a situação no país, apesar de estar muito aquém do ideal, melhorou desde o último índice, divulgado em 2010, que colocava o Brasil em 38º posição numa lista de 40 países avaliados. Graças ao crescimento do movimento paliativista e a

consciência da necessidade de uma nova postura frente aos cuidados de final de vida.

Desde 2002, os Cuidados Paliativos passaram a ter a seguinte definição pela Organização Mundial da Saúde (OMS):

Conjunto de medidas capazes de prover uma melhor qualidade de vida ao doente portador de uma doença que ameace a continuidade da vida e seus familiares através do alívio da dor e dos sintomas estressantes, utilizando uma abordagem que inclui o suporte emocional, social e espiritual aos doentes e seus familiares desde o diagnóstico da doença ao final da vida e estendendo-se ao período de luto (WHO, 2002).

O cuidado paliativo afirma a vida e considera a *Morte* como um processo natural. Através da equipe multiprofissional, visa assegurar autonomia e dignidade ao paciente através de decisões compartilhadas, além de promover apoio aos familiares que compartilham com o enfermo todo o processo de fase final da vida, oferecendo qualidade para o curso da doença e o acompanhamento do luto (MORAES; KAIRALLA, 2010; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006). Nessa perspectiva, é necessário compreender que a autonomia do paciente, não destitui a autonomia do médico, mas com objetivo de assegurar essa autonomia e ortotanásia dos pacientes, respeitando os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e baseado nos princípios do Código de Ética Médica de 2009, o CFM editou a resolução 1955/2012 que dispõe sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) dos pacientes ou Testamento vital, e cujo artigo primeiro dessa resolução expressa:

definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar livre e autonomamente, sua vontade (Conselho Federal de Medicina, 2012, p.269-70).

O entendimento do Código de Ética Médica merece uma aplicação prática, para transportar o conteúdo para o aprendizado acadêmico, o que determinaria uma visão mais global sobre o assunto.

Mesmo diante do desenvolvimento tecnológico, a *Morte* não se modificou em termos de qualidade e não aparentou ter maior dignidade. Diante desse relativo avanço, onde o lugar da *Morte* se concentrou no hospital, os profissionais passaram

a lidar frequentemente com o processo de morrer e com questões anteriormente não discutidas ou vivenciadas.

Porém, há duas décadas, vem ocorrendo uma transição, em que se percebe a necessidade de mudanças das atitudes frente à *Morte*. As profissões da saúde estão rompendo com o modelo biomédico e hospitalocêntrico em prol da integralidade das ações em saúde. Essa mudança reflete-se tanto no campo de atuação dos profissionais em saúde como naquele dos valores morais envolvidos (práticas em biomedicina, debate no campo da ética e da bioética). Decidir sobre o “fim de vida” tornou-se um direito fundamental da pessoa que, estando em plena saúde ou em processo de morte, mas ainda competente, poderá fazer o seu testamento vital e decidir não somente sobre sua qualidade de vida, mas também sobre a qualidade de seu morrer (SCHRAMM, 2012; KÜBLER-ROSS, 2008).

Proporcionar uma *Morte* digna, enfrentá-la com serenidade e com a sensação de missão cumprida, parecem ser as formas éticas e moralmente aceitáveis. Porém alguns visualizam o aprendizado sobre terminalidade da vida e *Morte* com um olhar filosófico e cultural, entretanto, é fundamental que também seja discutida dentro de um contexto bioético (POLLETO; SANTIN; BETTINELLI, 2013; GODINHO, 2017).

Tela “Morte e Vida” (gravura 5)



FONTE: acervo da Galeria Belvedere (Viena). Gustav Klimt.(1916)

“Os homens têm tal apego à própria miserável vida que aceitam as mais duras condições para conservá-la”

Frase do escritor Montaigne

### 3.3 A assistência e o cuidado humanizados no processo de morte-morrer

A educação médica precisa direcionar os profissionais durante a sua formação para uma atenção menos fragmentada e comprometida com a ética do cuidado, cujo contexto deveria estar inserido no enfrentamento do processo de morte e morrer. Sem essas premissas básicas, não é possível falar em cuidado integral e humanização do cuidado. Para tanto, algumas iniciativas estão sendo realizadas com tal objetivo (SILVA; AYRES, 2010).

A assistência humanizada deve ser proporcionada não somente na hora da *Morte*, mas sim, durante o período da vida ou no processo da morte em que se almeja uma qualidade, através de habilidades e competências aprimoradas durante o período acadêmico. Assim, requer dos profissionais da saúde conhecimento, disposição, interesse ativo, afetividade, flexibilidade, busca por aprimorar o cuidar, responsabilidade, sensibilidade, empatia, capacidade de escutar oportunizando a expressão de sentimentos sem pré-julgamentos ou censuras e uma boa comunicação com as pessoas envolvidas (LIMA et al, 2012).

Atualmente discute-se a necessidade de humanizar o cuidado e a relação com o usuário do serviço de saúde. Dessa forma, o desafio do Brasil é oferecer suporte de qualidade de vida aos diferentes sujeitos implicados nesse sistema de saúde. Portanto, se torna necessário repensar as políticas e práticas de assistência e cuidados para os pacientes fora de recursos terapêuticos de cura, além de pensar na assistência que deva ser dada à população de idosos que vem crescendo exponencialmente, e que diante da trajetória de vida, necessitará de um acolhimento diferenciado e humanizado, visto que inevitavelmente estarão mais próximo do processo de morte (BIFULCO; IOCHIDA, 2009; LIMA et al, 2010).

No estudo realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), cujo objetivo foi conhecer como o manejo da *Morte* é inserido no processo de formação dos médicos, assim como os desejos, dificuldades e sugestões de estudantes e residentes de Medicina em relação a tal aprendizado, foi possível detectar, através da pesquisa, o desejo dos mesmos em ter possibilidades de assistir de forma humana os pacientes na terminalidade da vida (SILVA; AYRES, 2010).

No Brasil, é crítica a qualidade de vida de uma pessoa com doença grave sem possibilidades de cura. Mais de 70% desses pacientes dão entrada em atendimentos com dores e fragilizados, e 50% deles morrem sentindo dor, além da

falta de assistência interdisciplinar que deveriam ser destinadas a outros sintomas físicos e psicossociais. Consequência de políticas públicas ineficientes, falta de investimentos na Medicina Paliativa e de escassez de informação da sociedade e da educação médica específica (MORAES; KAIRALLA, 2010).

É consenso, entre os pesquisadores da área, que os serviços de Cuidados Paliativos são essenciais em locais em que a possibilidade de *Morte* se faz presente, como oncologia, geriatria, e áreas afins. E o profissional da saúde, sobretudo os que trabalham nesses locais, precisam ter uma sensibilidade e atitudes modificadas, de forma a terem, além da racionalidade, o lado humanizado aperfeiçoado, a fim de melhor lidarem com as emoções, sentimentos, dores, afetos, crenças e valores de pacientes que estão próximos da terminalidade de suas vidas. Tais profissionais também precisam, para melhor cuidarem do outro, serem preparados para lidarem com seus próprios anseios e sentimentos, sejam eles manifestos ou não (SARTORI; BATTISTEL, 2017; GUTIERREZ; BARROS, 2012).

Observa-se que a perda da humanização e da integralidade deixa transparecer a dicotomia entre saúde e doença, entre prevenção e assistência. A dor, a aflição, o sofrimento e a *Morte* não se incluem na detecção das patologias e em sua prevenção, exceto pelo olhar biológico do corpo humano e parece não ser um foco central na formação dos profissionais da saúde. É necessário integrar o cuidado com a saúde, seja física ou mental, em todos os níveis de atenção, além do acompanhamento do processo de morte (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011; SILVA; AYRES, 2010).

O ensinamento clássico que reconhece como função do médico “curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre”, parece esquecido. A maioria das escolas de Medicina ainda preparam os futuros médicos para o mecanicismo da ciência, em detrimento dos aspectos emocionais, espirituais e sociais do ser humano. Muito pouco se ensina sobre a *Arte* de ser médico. E diante da evolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do morrer, pouco se aprende a lidar com a *Morte*. Porém, essa deficiência já vem sendo demonstrada em alguns estudos e apontada por profissionais e acadêmicos que afirmam a real necessidade da abordagem do tema, discussões éticas e práticas quanto ao enfrentamento da *Morte*, durante a graduação (MORAES; KARAILLA,

2010; POLLETO; SANTIN; BETTINELLI, 2013; BIFULCO; IOCHIDA, 2009; SANTOS, 2009).

Em contrapartida, estudos de Dickinson (2006), já demonstravam, que das 122 escolas médicas nos Estados Unidos, 100% já ofereciam aulas sobre *Morte* e morrer e 94%, sobre cuidados paliativos. O que demonstra discrepâncias no padrão curricular das faculdades médicas em diferentes países, não somente quanto à abordagem do tema, mas também pela forma como o conteúdo é transmitido.

A interação social, que deve ocorrer no ensino e que leva à aprendizagem deve ocorrer dentro daquilo que Vygotsky (1998) apud Sousa (2018), chama de zona de desenvolvimento proximal<sup>2</sup>. O bom ensino, independentemente do tema abordado, é aquele que está à frente do desenvolvimento cognitivo e o dirige. Analogamente, a boa aprendizagem é aquela que está avançada em relação ao desenvolvimento.

Ao considerar que no ensino, o professor é o participante que já internalizou significados socialmente compartilhados para os materiais educativos do currículo e procura fazer com que o aprendiz também venha a compartilhá-los, é provável que o potencial para aquisição de conhecimento passa a ser maior (SOUSA, 2018). E quando se permite uma interação social, com trocas de experiências é possível promover uma empatia e contribuir para uma formação mais reflexiva e mais humanizada.

Refletindo sobre o ensino médico e sobretudo sobre o ensinamento da *Morte* e do morrer, alguns autores fazem referência ao que chamam de “aprendizagem experiencial”, um modelo de aprendizagem em que a pessoa está envolvida em um processo ativo, elabora o conhecimento e, portanto, os efeitos apreendidos serão mais duradouros. Este processo de aprendizagem essencial e elementar, a teoria da aprendizagem experiencial, consiste em uma abordagem sobre o desenvolvimento do adulto, em especial, do profissional. Foi estruturado por vários teóricos nas últimas décadas (KOVÁCS, 2008; PIMENTEL, 2007).

---

<sup>2</sup> a distância entre o nível de desenvolvimento cognitivo real do indivíduo, tal como poderia ser medido por sua capacidade de resolver problemas sozinho e seu nível de desenvolvimento potencial, tal como seria medido por sua capacidade de resolver problemas sob orientação ou em colaboração com companheiros mais capazes.

Dentre esses teóricos, está o americano David Kolb, cuja teoria kolbiana (1984, p. 132) se inspira em princípios e conceitos de Vygotsky, como a da zona de desenvolvimento proximal, e afirma que “aprendizagem é o processo por onde o desenvolvimento ocorre” e resulta da ação humana sobre o ambiente e implica um processo reflexivo pelo qual a profissionalidade se desenvolve. Considerando que a educação para a *Morte* está ligada estritamente ao contexto interpessoal no qual ela ocorre, quando se utiliza o modelo de aprendizagem experiencial, ou seja, quando se possibilita vivenciar e discutir o tema, o indivíduo passa a fazer a reflexão sobre perdas e o processo vital, e dessa forma, as dificuldades podem ser amenizadas e a compreensão facilitada (KOLB apud KOVÁCS, 2008).

A experimentação é vital para se estabelecer relações entre prática e teoria, além de vivenciar a realidade, o que possibilita executar ou aprimorar um atendimento humanizado e promover o desenvolvimento profissional. E como já dizia o provérbio chinês: “Diga-me e eu esquecerei. Mostre-me e eu posso lembrar. Envolve-me e eu vou entender.”

É fundamental mudar o “paradigma biotecnocientífico” no campo do saber-fazer dos profissionais de saúde, onde prevalece a intervenção nos processos vitais, para atitudes onde haja o reconhecimento da fragilidade na atenção à saúde dos pacientes sem possibilidades de cura, o manejo adequado a estes pacientes e seus familiares, bem como oferecer suporte técnico e emocional aos profissionais que atuam com a terminalidade da vida. A compreensão da fase terminal da vida, além das decisões e estratégias compartilhadas junto ao paciente, familiares e equipe de saúde, seria uma forma mais humana de se trabalhar (SARTORI; BATTISTEL, 2017; SCHRAMM, 2012).

Humanizar o processo de morrer seria atender as demandas da pessoa que passa por esse processo com dignidade, valorizar suas crenças e culturas, evitar a obstinação terapêutica, promover ortotanásia, ou seja, seria conhecer e seguir os preceitos dos Cuidados Paliativos, que é uma tecnologia e modalidade de atenção à saúde, fundamentais para uma formação médica, além dos treinamentos de habilidades e competências que podem ocorrer através de outros recursos e estratégias metodológicas durante a graduação para enfrentar essa temática (SARTORI; BATTISTEL, 2017; SCHRAMM, 2012).

Tela “a menina doente” (gravura 6)



“Diga-me e eu esquecerei.  
Mostre-me e eu posso lembrar.  
Envolve-me e eu vou entender.”  
Provérbio chinês

**FONTE:** Acervo do MoMa (Nova York). Edvard Munch (1886)

### **3.4 Os temas morte, finitude humana e terminalidade da vida na formação acadêmica**

A definição e o entendimento sobre a *Morte* compreendem diversas interpretações a depender do contexto; o mesmo acontece no que diz respeito à finitude e à terminalidade da vida. A finitude humana, como parte do ciclo da vida, pode ser entendida como uma condição limitada, ou seja, que tem fim (SCHRAMM, 2012). Já a terminalidade (que origina do vocábulo “terminal”), que possui muitos significados, pode se referir ao doente que se encontra na etapa final de uma doença, estando este, portanto, próximo da *Morte* (PAIVA; ALMEIDA JUNIOR; DAMASIO, 2014).

No cotidiano de uma sociedade, a *Morte* faz parte do desenvolvimento cultural. É um evento inerente da profissão médica, e não deve ser entendida como falha da medicina. Entretanto, o ser humano, desprovido de poder sobre a *Morte*, não conseguiu aprender a lidar com os limites de sua almejada onipotência (DICKINSON, 2006; CAMARGO et al 2015).

Ao final do século XX, o tema *Morte* e as condições do processo de morrer passou a ter mais destaque entre os profissionais da área de saúde, que passou a se preocupar com a condução dos casos de pacientes no fim da vida; e também durante a formação acadêmica, quando gradativamente se percebeu a carência na abordagem sobre o tema.

As experiências de ensino-aprendizagem em relação a lidar com o paciente perante a *Morte* são bastante escassas, tanto em virtude da estrutura do curso que, muitas vezes, não possibilita contato com os pacientes desde o início e apresenta dificuldades de promover um treinamento de habilidades nessa direção, quanto pelas marcas culturais de negação da *Morte* que caracterizam o homem ocidental ainda neste século (SILVA; AYRES, 2010).

A pesquisa bibliográfica realizada, buscou estudos dos últimos 20 anos na plataforma de dados disponíveis, dentre outras fontes que abordassem o tema *Morte* na graduação médica, e teve por objetivo analisar estudos condizentes com o tema abordado, dentre os quais: os aspectos psicossociais da formação médica, a reflexão por parte dos acadêmicos de medicina diante do processo de morte e morrer, as questões sobre a relação médico-paciente perante esse processo, as discussões sobre o papel da educação médica na preparação dos alunos para enfrentar essas situações.

Estudos realizados, com acadêmicos da área da saúde, demonstraram que a maioria dos alunos não estavam preparados para encarar a *Morte* de um paciente, mas afirmavam não associar tal experiência à derrota, perda ou frustração. Talvez por ainda não estarem formados, não tomam para si a responsabilidade pela *Morte* de um paciente que acompanham (MORAES; KAIRALLA, 2010).

Outros estudos mostravam a necessidade de um suporte para os alunos em suas primeiras vivências com a *Morte*, para que pudessem elaborar os próprios sentimentos e, a partir de seus mecanismos, se posicionarem em relação ao assunto, além de instrumentalizá-los e sensibilizá-los em relação ao impacto que a *Morte* exercerá na prática profissional (SARTORI; BATTISTEL, 2017; BERNIERI; HIRDES, 2007).

Na pesquisa com estudantes de Medicina da UFRN, identificou-se que não só o tema *Morte* é evitado ou pouco abordado, como também a experiência do estudante com a *Morte* de um paciente, quando ocorre na graduação, é presenciada de forma acidental. A maioria dos alunos, até a residência, não acompanhou o processo de morte de um paciente. Somente a partir do quinto ano foram relatadas experiências em estágios extracurriculares e curriculares. Ou seja, apenas no internato e na residência surgem as primeiras experiências de fato com a *Morte* de um paciente (SILVA; AYRES, 2010).

Um estudo realizado por Azeredo, Rocha e Carvalho (2011) com o propósito de analisar o quanto a graduação prepara os acadêmicos de medicina para lidar com a *Morte*, explicitou que apesar da abordagem teórica sobre a *Morte* ser tema discutido na formação, a maneira como esse conhecimento é transmitido não é suficiente para despertar interesse pelo assunto. Essa afirmação pode ser corroborada pelo estudo, conduzido na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), onde após introdução da literatura sobre o referido tema, como maneira de fomentar discussões e aprofundar o assunto, os acadêmicos deram respostas e argumentações que dificilmente seriam atingidas com aulas tradicionais teóricas (SANTOS; LINS; MENEZES, 2018). Diante dessas constatações, supõe-se que ainda há carência de métodos efetivos capazes de suprir a necessidade de desenvolvimento cognitivo do estudante sobre esse conteúdo.

Em algumas pesquisas, os próprios alunos reconheciam a precariedade do ensino médico em relação a tal aspecto e a maioria dos egressos apresentavam dificuldades ante o óbito de um paciente. Essa condição reafirma a necessidade de abertura de espaços para discussão desse tema na formação dos profissionais da área da saúde, tendo em vista que estes irão se confrontar com essa situação em suas atividades cotidianas (MORAES; KAIRALLA, 2010; BIFULCO; IOCHIDA, 2009).

Entretanto, a sensibilização dos acadêmicos, que pode ser acionada através de algumas ferramentas e métodos de ensino, como a *Arte*, poderá promover um aprendizado que atingirá as faculdades cognitivas.

Quando se está em processo formativo, o indivíduo tende a se preocupar principalmente com o aprendizado de técnicas e formas de tratamento e manipulação, em detrimento de funções essencialmente entendidas como secundárias (como os aspectos emocionais, espirituais e sociais do ser humano), evidenciando assim que o ensino é voltado para os procedimentos, e em geral os futuros profissionais são preparados para a excelência no controle da cura, promoção da vida e, conseqüentemente, negação da *Morte*. Raramente são preparados para cuidar do processo de morte e morrer, como relatado em alguns estudos; mesmo assim, precisam cuidar da vida e também do morrer (SARTORI; BATTISTEL, 2017; BIFULCO; IOCHIDA, 2009).

Por esta razão, identificar o significado da *Morte* e do morrer, bem como a maneira pelo qual o acadêmico de Medicina elaborará a sua relação com o limite terapêutico, parece ser uma necessidade.

O estudo, já citado, conduzido na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), demonstrou através dos relatos dos alunos de Medicina, a importância e real necessidade de se fazer reflexões pertinentes a finitude humana, entender que a morte pode ser encarada com naturalidade e conduzida de forma ética e humanizada e que, evitar a morte a qualquer custo temendo o fracasso ou evitar discutir o tema, pode diminuir a qualidade do atendimento prestado, além de provocar no profissional, adoecimento psíquico e psicossomático, solidão, isolamento e outros males. É necessário admitir que a *Morte* poder ser “a cura”. A aceitação dessa condição pode promover alívio de sofrimentos, fundamental na abordagem dos cuidados paliativos (SANTOS; LINS; MENEZES, 2018).

Esse frágil preparo, somado às dificuldades encontradas diante de tal cenário, promovem consequências negativas, tais como o sofrimento psíquico, em suas várias formas de manifestação, síndrome de Burnout, entre outros, relatados por profissionais em diferentes publicações nos anos mais recentes (KOVÁCS, 2008; DELL’ACQUA; TOME; POPIM, 2011; OLIVEIRA et al, 2013; RODRIGUES; LABATE, 2012).

A Associação Médica Americana, considera os médicos residentes como um grupo de risco para condições emocionais frente às dificuldades, visto que, durante a residência médica são observados diversos transtornos, que incluem estados depressivos com ideação suicida, consumo excessivo de álcool e drogas, raiva crônica e o desenvolvimento de um amargo ceticismo, provenientes da privação do sono, excessiva carga de trabalho e responsabilidade profissional. Esses profissionais são tratados como imortais e infalíveis, e são corpos objetivados, como os dos pacientes por eles tratados (De MARCO et al, 2012).

Tal situação é comumente vista nesse modelo biomédico, vivenciado nas últimas décadas, onde os recém-formados ou futuros egressos estão preocupados tecnicamente em manter a vida dos pacientes, mas quando se deparam com situações conflituosas, para as quais não foram preparados de forma suficiente, por exemplo, com a *Morte*, dentro dos hospitais, passam a vivenciar frustrações ou

apresentar comportamentos e tomadas de decisões que não satisfazem os pacientes e familiares (De MARCO et al, 2012).

Dessa forma, é importante que o acadêmico já entenda durante a sua formação que as decisões médicas, que há poucas décadas eram tomadas exclusivamente pelos médicos, vem se modificando. Atualmente, a tomada de decisões deve ser compartilhada com a equipe de saúde, com os familiares e principalmente com o paciente.

Cada vez mais são incentivados os trabalhos interdisciplinares voltados para um ensino que destaque o paciente não como um ser doente, mas como personagem central no seu cenário de *Morte* (KÜBLER-ROSS, 2008).

Na obra de Tolstói, “A morte de Ivan Ilitch e outras histórias”, o personagem Ivan Ilitch, no seu processo de fim da vida, deseja muito morrer: “porque será o término da sua dor e da vida de mentiras em que acredita viver, mas o seu instinto de sobrevivência insiste em fazê-lo lutar pela vida, e ele interroga-se: que tipo de vida quer ter?”. O personagem inicia, então, um longo processo de busca pelo sentido da vida, durante o qual percebe terem sido poucos os momentos da sua existência que tiveram significado. Decisões, buscas, gestos, palavras, todas as respostas e necessidades impostas pelo meio social em que nasceu. Após tentar compreender sua vida e quando está prestes a morrer, ele pede perdão, despede-se da família e “abraça a morte com alegria” (TOLSTÓI, 2005, p. 38-44).

O adoecimento causa uma ruptura brusca no cotidiano e está associado ao sofrimento físico e emocional que necessitam de adaptação a um novo processo de viver, que muitas vezes não ocorre facilmente. Entretanto, a experiência humana de *Morte*, não se restringe apenas à perda dos sinais vitais. É esperado que a pessoa, no seu processo de morte, consiga ressignificar a sua vida, seja de forma pessoal e espontânea ou através do auxílio de profissionais competentes (SARTORI, BATTISTEL, 2017).

A obra de José Saramago (2005), “As Intermittências da Morte”, permite uma reflexão sobre a insistência da vida e existência da *Morte*. O enredo inicial trata da ausência do fim, porque a Morte entra em greve; ou seja, os personagens param de morrer e ocorre um colapso das estruturas políticas, sociais, culturais e religiosas. O retorno da *Morte* às atividades, porém, torna as pessoas inquietas, porque elas não sabem lidar com a presença dessa realidade, a qual estão sujeitas. Outra reflexão é

sobre o respeito à vida, permitindo a compreensão de que se deva admitir os seus limites, evitando medidas obstinadas para preservar a vida a qualquer custo (SARAMAGO *apud* SANTOS; LINS; MENEZES, 2018).

Essa obra literária utilizada no estudo da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) com alunos de medicina, permitiu abordagem dos temas tais como a finitude humana, o temor da *Morte* pelo estudante de medicina, as implicações sociais, culturais e econômicas diante da perspectiva da ausência da *Morte* na sociedade, os avanços técnico-científicos e uso da tecnologia a favor da vida, os cuidados paliativos e questões conflituosas acerca da eutanásia, ortotanásia e distanásia, bem como sobre a importância da temática na formação médica (SANTOS; LINS; MENEZES, 2018).

Da mesma forma, a reflexão sobre finitude e a concepção de *Morte* como processo natural e biológico foi observada em outros estudos, assim como o que foi realizado com profissionais e acadêmicos de Medicina, Enfermagem e Terapia Ocupacional. Em suas narrativas apareceu a naturalidade com que se lida com a *Morte*, vista como um acontecimento inevitável e que faz parte de um ciclo natural da vida. Referiram não haver treinamento e nem suporte dos docentes nas questões angustiantes na condução da *Morte*. E como estratégia para aprender a lidar com essa temática, alguns acadêmicos observaram outros profissionais, buscaram leituras, programas extracurriculares, tais como estágios ou vivências, que pudessem trazer novas experiências para serem refletidas (SARTORI; BATTISTEL, 2017). Essa busca por uma identificação também foi constatada na pesquisa realizada com estudantes de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), onde ficou evidenciado que essa necessidade é proporcional ao despreparo de partes dos professores em lidar com o tema (SILVA; AYRES, 2010).

Através dos relatos de acadêmicos e profissionais da área de saúde, também foi possível constatar, que durante a formação médica, a abordagem e discussões sobre a morte e o morrer é superficial e precária, com caráter mais teórico e pouca contribuição prática, ou seja, com pouca assistência e orientação dos docentes e preceptores, falta de treinamento para enfrentar a finitude humana (POLETTI; SANTIN; BETTINELLI, 2013; SARTORI; BATTISTEL, 2017; CAMARGO *et al*, 2015).

É necessário incluir a temática no debate técnico e bioético dentro da formação médica, e promover adequações curriculares segundo leis, diretrizes e resoluções que tratam do assunto. A lei da humanização (2001) da atenção e da gestão, teve como um dos objetivos garantir e valorizar a formação educacional dos profissionais de saúde a fim de possibilitar a incorporação de valores e atitudes de respeito à vida humana, cuja proposta converge com as de outros programas. Pautado nesse objetivo, o Conselho Nacional de Educação (Resolução CNE/CES 4/2001) resolve em seu artigo 3º:

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001).

Considerando que para um profissional enfrentar a finitude humana e o processo de morte dos pacientes de forma adequada é necessário que seja qualificado, como a lei da humanização menciona e também como as Diretrizes Nacionais para o curso de Medicina, instituídas pelo Ministério da Educação preconizam.

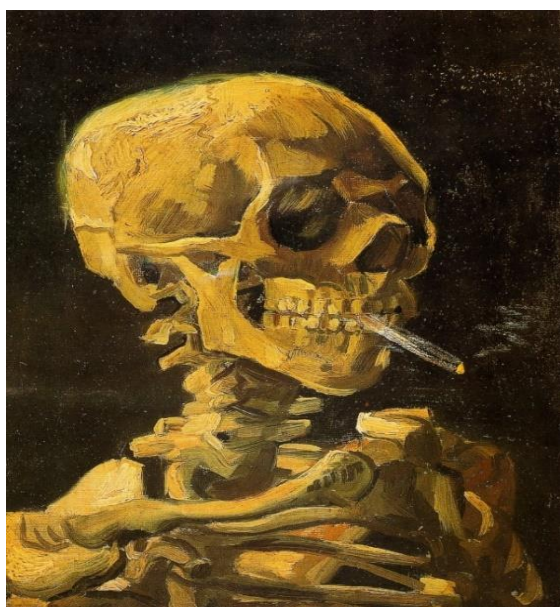
As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, homologadas pelo Conselho Nacional de Educação, através da resolução CNE/CES nº 4 / 2001, oficializaram o acompanhamento da *Morte* como uma habilidade a ser desenvolvida no ensino médico, com formação de profissional capacitado, assim como item XIII do 5º artigo define : “atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte” (BRASIL, 2001).

A mais recente atualização dessas Diretrizes, realizada em 2014, menciona no capítulo 3, artigo 23, parágrafo VI: “A promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos deve ocorrer desde a gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte [...]” (BRASIL, 2014). A Morte, enquanto tema, deveria fazer parte da educação médica de maneira mais abrangente e transversal; porém, são poucas as escolas que dispõem de

disciplinas ou de espaços que metodologicamente se dediquem à especificidade e complexidade deste tema.

Essas diretrizes propõem adequações/transformações curriculares e metodológicas no curso de medicina, para que se diminuam as lacunas de conhecimentos na formação médica, e para que o futuro profissional adquira requisitos fundamentais para se tornar apto a lidar com situações dilemáticas, como certamente o é, a terminalidade da vida.

Tela “caveira com o cigarro aceso” (gravura 7)



Ninguém crê em sua própria morte. Inconscientemente, estamos convencidos de nossa própria imortalidade”

Frase de Sigmund Freud (1917)

**FONTE:** Museu Van Gogh (Amsterdã). Vincent Van Gogh (1886)

### **3.5 Os significados e as representações da morte e da finitude no contexto histórico sociocultural**

A *Morte* é um dos temas mais delicados e controversos da história cultural da humanidade. Para que se possa enfrentar e lidar com a finitude humana e a *Morte*, é necessário percorrer alguns de seus significados a partir do seu processo histórico.

O substantivo finitude é um neologismo surgido inicialmente na língua inglesa durante o Século XVII, com o sentido de “caráter daquilo que é finito”. Indica uma propriedade daquilo que é limitado no tempo e no espaço da vida; de maneira

específica, é a condição humana entendida como limitada ou finita, ou seja, que tem fim (SCHRAMM, 2012).

A *Morte* é um fenômeno que pode ganhar múltiplas interpretações. Devido ao fato de ser sinônimo de perda, separação, sofrimento e dor, é muito comum ocorrer uma visão negativa sobre ela, bem como o medo de seu enfrentamento, embora ela seja a única certeza da existência, um fenômeno que ocorrerá, cedo ou tarde, para todos os seres vivos. Alguns autores descrevem a interpretação da *Morte* como um castigo, uma punição frente à uma má ação, que gera desconforto diante da ideia de imprevisibilidade e inevitabilidade. Nesse contexto é comum a negação do tema, através do mecanismo da fuga, para evitar o confronto com a dura realidade (SCHRAMM, 2012; KÜBLER-ROSS, 2008; MORITIZ, 2005).

O conceito de *Morte* se modifica em função da evolução da ciência e da história. A própria história da medicina aponta para o fato de que, na Idade Média, os cadáveres não podiam ser dissecados, pois o corpo sagrado era propriedade da Igreja. E o critério que estabelecia morte, era a putrefação do corpo (De Marco et al, 2012).

Definir o marco da *Morte* quando o coração para de bater foi instituído no século XIX. Atualmente, a *Morte* médica tornou-se a *Morte* social, em que a perda da identidade, por meio da *Morte* cerebral, transforma o corpo em um complexo mecânico, cujas partes podem ser objetivadas. A partir desse contexto surgem os conceitos de *Morte* encefálica<sup>3</sup> e transplante de órgãos, com suas respectivas legislações (Resolução do CFM 1480 / 1997 apud De Marco et al, 2012).

A representação social da *Morte* é perpassada por crenças, religiões e espiritualidade, desde a Idade Média, quando os conceitos de céu, inferno e juízo final, introduzidos pela igreja cristã, reforçou o medo do desconhecido. Por outro lado, há estudos que mostram que a religiosidade e espiritualidade podem ser recursos de enfrentamento para algumas pessoas frente às adversidades da vida, inclusive a *Morte* (SOARES et al, 2009).

---

<sup>3</sup> A Morte Encefálica é estabelecida pela perda definitiva e irreversível de todas as funções do tronco cerebral, quando todos os comandos da vida (biológica) se interrompem; Sinônimo de morte encefálica: caracterizada por uma série de parâmetros clínicos e complementares, durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.480, de 22 de agosto de 1997.

Há diversas interpretações de romances e obras de arte acerca da negação da *Morte*, que salientam que para afirmar a vida, é necessário integrá-la à *Morte*. Paradoxalmente, recusar a *Morte* pode significar “gostar de viver” (SANTOS; LINS; MENEZES, 2018).

O confronto com a *Morte* é simbolizado de maneiras distintas a cada período. O comportamento da cultura ocidental frente à *Morte*, foi descrito pelo historiador francês Philippe Áries (1974), cujo estudo constatou que nos tempos antigos, assim como na época medieval, havia um sentimento de familiaridade com a *Morte*, isento de medo, pois ela era mais previsível diante das guerras e de doenças da época. Era comum as pessoas fazerem despedidas, ao pressentirem a *Morte*, e comumente morria-se em casa, sem que tal experiência fosse algo atemorizante. A cerimônia era pública e tão importante quanto o funeral e luto.

A partir da Idade Média, esses costumes foram se modificando, e a *Morte* deixou de ser aceita como um destino coletivo e passou a ser mais individualizada. Mesmo com a aparente continuidade dos rituais, na Era Moderna, a *Morte* passa a ser inaceitável, a real condição do moribundo ocultada, como maneira de proteger não somente ele, como também os familiares da insuportável emoção gerada por ela, que assume uma forma mais distante e dramática (SOARES et al, 2009; ARIÈS, 1974).

Entre 1930 e 1950, as pessoas passam a morrer escondidas e caladas entre as paredes de um hospital e imediatamente esquecidas. Tornando-se, de acordo com o sociólogo inglês Geoffrey Gorer (1955), uma espécie de “pornografia da morte”, pois passou a ser tratada com o mesmo pudor que a sexualidade. Em um passado recente que se confunde com o presente, a *Morte* era vista como “prematura, imprevista, breve e não prorrogável” (GORER apud ARIÈS, 1974).

Diante do tabu, a sociedade não encontra maneiras de expressar a *Morte*, que se torna inominável e, portanto, muito difícil de ser elaborada psiquicamente. As pessoas não se consideram mortais, e a *Morte* passa a ser uma decisão do médico e dos familiares, passa a ser, de forma ilusória, controlável.

Essa mudança do olhar sobre a *Morte* consolidada no século XX já podia ser detectada, no final do século XIX, na pequena obra-prima de Tolstói, já citada, “A morte de Ivan Ilitch”: “... ninguém quer falar sobre o que está acontecendo com o doente, nem ele próprio, que sofre, geme, mas nada diz. Os familiares também

sofrem, não sabem o que fazer, mas fingem que está tudo bem...”. Apesar de todos tentarem banalizar o acontecimento, transformando-o num não acontecimento, o doente, embora nada diga, sabe o que vive”. Assim, o personagem Ivan Ilitch, sabendo que estava no fim da vida, se atormentava diante do fingimento e da farsa encenados por todos, achando que estavam fazendo o bem a ele, que por vezes ficava com vontade de gritar: “- Parem de mentir! Vocês sabem, eu sei e vocês sabem que eu sei que estou morrendo....”, mas nunca teve coragem para isso. (TOLSTÓI, 2005, p.30-31).

Nos dias atuais, a *Morte* se faz mais presente em nosso cotidiano diante da telecomunicação e muitas vezes através de violentas cenas e acidentes. E mesmo tão próxima, ainda há uma nuance velada na comunicação, denominada conspiração do silêncio (SOARES et al, 2009). Ao longo dos séculos, morria-se em casa, junto aos familiares e amigos. As vontades eram respeitadas e dificilmente o enfermo era encaminhado ao hospital. Com o passar do tempo, a *Morte* passou a ser um ato solitário, vinculado à assistência hospitalar, em que a pessoa que se encontra na fase final da vida, muitas vezes não consegue expressar suas vontades, não consegue fazer suas despedidas, está longe dos entes queridos e essa solidão aumenta a sua angústia (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011).

Assim sendo, a *Morte* passa a ser tratada como um evento não natural da vida e que, portanto, deve ser veementemente evitada, utilizando da falsa premissa de que a *Morte* de um paciente deve ser sempre combatida no meio médico. Embora essa luta contra a *Morte* indique um grande avanço tecnológico, fica o questionamento quanto à qualidade de vida nos últimos instantes: “a sobrevivência a qualquer custo pode ser considerada vida?”. A tecnologia ajuda a prolongar a existência dos doentes, porém não os ajuda a vivenciar o processo de morrer de forma qualificada (SARTORI; BATTISTEL, 2017; CAMARGO et al, 2015).

Alguns estudos que observam a *Morte* ocorrida no hospital, indicam insatisfação de pacientes e familiares quanto à atenção a necessidades físicas, sociais e emocionais. Revelam que a maior parte das pessoas preferiria morrer em casa, e 60% de todas as mortes acontecem na instituição. E mesmo nos hospitais, poucos profissionais ficam em contato com pacientes terminais e acompanham seu processo de morte (De MARCO, 2012).

Muitos desses profissionais estão preocupados em desafiar a *Morte* desenvolvendo a cura de diversas doenças, criando formas de preveni-las ou tratá-las, sem jamais conseguir evitar a finitude, que representa uma limitação à medicina, à ciência (KOVÁCS, 2008).

Percebe-se uma relação contraditória em face à finitude humana ao realizar “obstinação terapêutica”, que pela expressão, consiste em repetir “obstinadamente” comportamentos que não resultarão necessariamente no alívio de quem sofre e, sim, na postergação da *Morte* com a manutenção da vida, embora com a redução da qualidade do morrer (SCHRAMM, 2012).

Parece antagônico investir em qualidade de *Morte* diante de avanços biotecnocientíficos e diante da almejada qualidade de vida, porém há que se considerar sempre, o princípio da dignidade humana.

A partir dos anos 1970, o pensamento hegemônico sobre tal questão era de “tentar acrescentar vida aos anos”; pois, a partir de um determinado estágio de adoecimento, esforços razoáveis deveriam ser aqueles que permitissem à pessoa viver as fases finais da vida da melhor maneira possível”, visto que mesmo quando não é mais possível curar o paciente, mantém-se um amplo espaço para o cuidado e uma assistência para uma “boa morte” (SCHRAMM, 2012).

A expressão “boa morte” se origina de outras expressões, como eutanásia (eu = boa; *thánatos* = morte), a kalotanásia (*kalós* = boa, bela; *thánatos* = morte), a morte boa, bela e exemplar, que origina a expressão Kalotanásia. Ambas têm uma relação complexa, por se tratar de fenômenos corporais e simbólicos. O conceito de “boa morte”, seria aquela *Morte* apropriada, digna, e podendo ser considerada morte natural e ortotanásia (*ortho* = reta, certa; *thánatos* = morte) (FREITAS et al, 2016; KELLEHEAR, 2007).

De acordo com cada cultura as definições se alteram, porém, o elemento definidor da “boa morte”, diz respeito “ao morrer que permite a cada um preparar-se para a *Morte* com a cooperação da família e comunidade” (KELLEHEAR, 2007, p. 86). E assim acontece em várias sociedades em que há uma forte valorização do processo de preparo da *Morte*, a qual é ritualizada coletivamente, assim como era na Grécia antiga (FREITAS et al, 2016).

Esse ritual de *Morte* foi belamente narrado por Tolstói no conto *Senhor e servo*, através do testemunho de seu protagonista, um camponês russo do final do século XIX:

Nikita acabou morrendo em casa, como desejava, sob as imagens dos santos e com uma vela de cera acesa na mão. Antes de morrer, pediu perdão à sua velha e, por sua vez, a perdoou pelo toneleiro. Despediu-se também do filho e dos netinhos, e morreu sinceramente feliz.... (TOLSTÓI, 1991, p. 66)

Quando relacionada aos cuidados ao fim da vida, a “boa morte” é aquela que ocorre sem dor ou sofrimento para o paciente e para os seus familiares/cuidadores, compatível com os padrões clínicos, culturais e éticos ideais, definição fortemente influenciada pelo desenvolvimento do moderno movimento *hospice*<sup>4</sup>.

Definir o período entendido como “o final da vida” é difícil; porém, necessário. Não há uma uniformidade nesta definição. O começo da fase terminal pode ser determinado pelo período em que as metas estabelecidas primariamente para o tratamento e controle da doença precisam ser redefinidas para o apaziguamento de sintomas, com ênfase na qualidade de vida, além de outras três condições que precisam ser conhecidas: confirmação diagnóstica de doença progressiva sem possibilidade de cura, reconhecimento de aproximação da *Morte* e a exaustão de todas as alternativas terapêuticas possíveis (MORAES, KAIRALLA, 2010).

De maneira geral, a “boa morte” pode ser considerada como um conjunto de características peculiares despertadas diante do processo que acompanha a *Morte de alguém*; características estas de ordem técnico-científico, biopsicossocial e espiritual, com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade ao processo do morrer de uma pessoa humana.

Alguns estudos descrevem tais características, na tentativa de se construir um conceito de boa morte mais assertivo. As características mais citadas foram: possibilidade de dizer adeus (94%); morrer com dignidade (92%); ser capaz de decidir acerca do tratamento no fim da vida (88%); morrer sem dor (87%); a

---

<sup>4</sup> amplo movimento social de assistência no fim da vida, que surgiu no final da década de 60, na Inglaterra, e que contempla os cuidados paliativos e o cuidado *hospice*.

possibilidade de morrer no domicílio cercado pelas pessoas queridas, com uma abordagem psicológica de conforto; a possibilidade de morrer com a resolução dos negócios pendentes e com a possibilidade, também, de reconciliação com os desafetos (FREITAS et al, 2016).

O paciente em terminalidade da vida merece ter a oportunidade de viver esse momento, ressignificado e qualificado. Para tanto, é imprescindível reorganizar junto a ele o seu cotidiano, para que ele viva ativamente até quando lhe for possível. Por meio de atividades e diálogos fundamentais, o profissional auxilia o paciente a desmistificar este momento socialmente visto como negativo e traumático (SARTORI; BATTISTEL, 2017; De CARLO; QUEIROZ, 2007).

As pessoas, de maneira geral, estão despreparadas para falarem sobre o assunto com naturalidade, têm dificuldade em aceitar a morte, principalmente quando se trata da própria finitude. Assim, constrói-se uma visão social que faz a *Morte* representar o desconhecido, experiência que passa a ser rejeitada pela grande maioria das pessoas, mesmo que de forma inconsciente (SARTORI; BATTISTEL, 2017).

Tela “A cama da morte de Madame Bovary” (gravura 8)



“Eu acredito que somente podemos aceitar a morte se vivermos plenamente”  
Frase de Edgar Morin.

**FONTE:** Acervo Família Malta Campos. Albert Auguste Fourie (antes de 1889)

### **3.6 Envelhecimento e finitude humana: é mais fácil aceitar a morte nessa fase da vida?**

A Medicina, através das intervenções tecnológicas, com a intenção de trabalhar com a vida e com a cura das doenças, tornou-se responsável pela redução de algumas taxas de mortalidade e pelo aumento da expectativa de vida da população (SARTORI; BATTISTEL, 2017; HAYASIDA, 2014). Desde o início da vida, o ser humano está sujeito à supressão de sua existência, pois o homem é um ser destinado a morrer. Essa situação desperta diversas formas de enfrentamento, que variam de um ser para outro. O significado do envelhecimento e do processo de morrer, assim como o comportamento dos indivíduos e do coletivo frente a essas questões, são regulados pelo padrão sociocultural em cada época e lugar (SOARES et al, 2009).

É notável a transição epidemiológica e demográfica da população idosa, que inevitavelmente irá morrer. Esse envelhecimento humano poderá ser bem-sucedido ou malsucedido a depender da trajetória de cada indivíduo, da maneira como esse idoso é assistido e de como a sua finitude está sendo trabalhada ou cuidada. E muitas vezes diante de uma doença sem possibilidades de cura ou diante de um diagnóstico de doença crônico-degenerativa é fundamental a assistência paliativa (FREITAS et al, 2016).

Percebe-se então, as interfaces do processo do envelhecimento com os Cuidados Paliativos, finitude humana e morte.

Essas relações deveriam ser vivenciadas pelos acadêmicos, através do contato com o tema “envelhecimento humano” e a compreensão de que essa fase da vida, é progressiva, irreversível e inexorável. Dessa forma, quando, o futuro profissional se torna qualificado para enfrentar questões referentes ao envelhecimento populacional, conseqüentemente se encontra com maior aptidão para enfrentar o processo da finitude humana. E por outro lado, é necessário que a própria pessoa aceite a sua velhice, reconheça suas restrições, compreenda a vida e reveja seus valores. O envelhecimento não tem um início definido; porém, diante das alterações inerentes a esse processo, possui um fim estabelecido: a *Morte* (KOVÁCS, 2011; SOARES et al, 2009). O significado da *Morte* para alguns idosos, como mostrado em algumas pesquisas, não é de profunda aceitação, gera

incomodo, preocupação e tristeza. Ou seja, ainda não se sentem preparados para consenti-la, seja por problemas ou pendências de ordem sócio-econômica-afetiva. E por outro lado, há aqueles que por não ver sentido na vida, enxergam a *Morte* como um modo de eliminar a solidão e angústia. Mas, como o ato de eliminar a própria vida, é rejeitado, os atos de autodestruição e autonegligência passam a ser recursos para abreviar a vida (FREITAS et al, 2016; SOARES et al, 2009).

A heterogeneidade do comportamento do ser humano dificulta um olhar geral sobre o processo do envelhecer. É necessária uma intensa atenção às particularidades e atipias próprias dessa faixa etária, no sentido de vir a atender algumas de suas demandas e de detectar precocemente as possíveis alterações deletérias, com o objetivo de proporcionar uma velhice digna, além de preparar para a “boa morte”. O autoconhecimento e a autopercepção auxiliam neste processo; entretanto, tais atributos pessoais podem esbarrar em um limite e não serem suficientes, impondo a necessidade de um olhar a mais, de um familiar ou pessoa próxima, além de um acompanhamento por equipe de saúde capacitada.

Em outro estudo, no qual se entrevistou idosos institucionalizados sobre sua compreensão da velhice, somente a minoria demonstrou entender a *Morte* com naturalidade, a maioria considerou a velhice sinônimo de tristeza pela dependência para realizar tarefas e pela sensação de inutilidade, também significando a chegada próxima da morte (SOARES et al, 2009). Enquanto para os mais jovens a morte é uma ideia remota, que pode acontecer um dia, em um futuro distante, para os velhos ela é vivida como algo que pode vir amanhã. Jung (1964) citado por Vianna, Loureiro e Alves (2012) afirmou que “são os mesmos jovens que têm medo da vida, que mais tarde terão medo da morte”.

A velhice como sinônimo de *Morte* é um mito a ser rompido, embora ambas sejam universais e democráticas, pois não escolhem raça, gênero, idade ou classe social, não estão condicionadas uma à outra (SOARES et al, 2009).

O conhecimento da própria finitude mobiliza alguns sentimentos e está presente no psiquismo humano. Desse modo, visando garantir a sobrevivência, o aparelho psíquico sabiamente efetua a repressão/recalque do sentimento que o atormenta (o pavor da aniquilação, o medo da *Morte*) e o “expulsa” da consciência, recalçando-o. Quando, porém, a consciência o desperta, diante de algum fato ou elemento do cotidiano ao qual este afeto esteja ligado, vive-se uma experiência que

para alguns se caracteriza pelo desamparo, para outros, como terror, como se jamais o ser humano pudesse ter garantias de que estaremos em absoluta segurança. O temor da *Morte*, assim, pode irromper até sob a forma de fobias e surtos psicóticos, também como dissociações ideofetivas ou somatizações (SANTOS, 2009; VIANNA; LOUREIRO; ALVES, 2012).

O luto e suas fases descritas por Kübler-Ross (2008), principalmente as de revolta e negação, mostra-se presente em experiências de perda que vão desde a infância até a velhice. Vale assim precisar que a experiência subjetiva de luto não decorre somente da *Morte* propriamente dita. Tal experiência pode estar relacionada às perdas e às separações inerentes a cada momento da vida pelas quais todo ser humano atravessa, seja pela perda do corpo jovem, pela perda da saúde, pelas perdas materiais, pelos rompimentos de laços e por outras formas de ruptura que precisariam ser elaboradas psiquicamente com maior eficácia simbólica ou resiliência, o que diminuiria o surgimento de mecanismos de defesa do ego arcaicos em primazia, tais como a infantilização, a negação ou a racionalização. Afinal, são estes mecanismos de defesa que aparelham o psiquismo que, em outras palavras, muitas vezes alimentam a dificuldade das pessoas em “entenderem” e em “aceitarem” a *Morte* com naturalidade (BERNIERI; HIRDES, 2007).

Há autores que defendem que a fuga do tema caracteriza uma tendência social em se fugir da velhice e do sofrimento a ela relacionado, nuance que coloca os profissionais que tratam de idosos em uma situação ainda mais complexa. Se por um lado alguns desses profissionais cogitam discutir e participar do processo da morte de seus pacientes, por outro lado, alguns profissionais interditam o assunto, não permitem qualquer que seja a discussão dessa temática junto aos idosos, tal como se tem observado em trabalhos realizados em instituições de longa permanência para idosos, o que sem dúvida fragiliza a relação médico-paciente (OLIVEIRA et al, 2013; RODRIGUES; LABATE, 2012; KOVÁCS, 2011).

Embora muitas pessoas morram cedo, considera-se a velhice como a última etapa do curso natural da vida. Antes de morrer, espera-se que toda a pessoa atravesse a velhice. Porém, uma vez que a experiência humana nem sempre obedece às leis naturais, e uma vez que todo ser humano é finito, é importante se ressaltar que a *Morte* é um acontecimento que poderá estar presente em qualquer fase da vida e que, uma vez deflagrada, promoverá reações distintas nos familiares

e nos profissionais da saúde, a depender da idade e das circunstâncias da *Morte* e, sobretudo, pelo grau de envolvimento com o paciente. Embora a *Morte* faça parte do contexto da vida e da rotina do ambiente hospitalar, os integrantes da equipe multiprofissional de saúde, em geral, estão pouco preparados para lidar com a perda de seus pacientes. Somente os indivíduos emocionalmente seguros em relação aos seus sentimentos para com a existência parecem sustentar atitudes naturalmente adequadas diante da vida e da *Morte*, nuance que lhes outorga a capacidade de compreensão para auxiliar a terceiros nesta experiência para muitos traumática (RODRIGUES; LABATE, 2012; PAIVA; ALMEIDA JUNIOR; DAMASIO, 2014).

A *Morte* de uma criança frequentemente é uma experiência emocional mais intensa do que a de um adulto. Também a *Morte* súbita é mais traumática do que a causada por doença prolongada, pois nesta última pode ocorrer tristeza antecipatória e elaboração. Um estudo demonstrou que os profissionais manifestaram que, quando a *Morte* acontece abruptamente, como em casos de acidentes e suicídio, a família percebe-se desorganizada, pois tem de estruturar o cotidiano de forma inteiramente nova e desconhecida (MEDEIROS; LUSTOSA, 2011; DELL'ACQUA; TOME; POPIM, 2011).

Com relação ao sofrimento e ao modo como a equipe de saúde elabora a perda, após a *Morte* de paciente infantil, um estudo demonstrou que os profissionais apresentavam as mesmas dificuldades já relatadas para lidar com os sentimentos, de um idoso, porém com um grau de sofrimento mais marcante (PLANTE; CYR, 2011). Narrada também foi a frustração diante da morte de um adulto jovem, no auge do seu desenvolvimento e vida produtiva (HOHENDORFF; MELO, 2009).

Em se tratando do processo de morte em idosos, há como exemplo, a morte da pessoa em processo de demência, com maior prevalência nessa faixa etária, o que resulta em perda significativa relacional antes mesmo de sua ocorrência, pois, de forma gradativa, os familiares experimentam uma forma diferente de luto - o luto complicado: sobrecarga, falta de recursos pessoais e materiais, delegação de cuidados, sentimentos complexos, como a culpa e pendências. E por outro lado, a equipe de saúde que acompanha esse paciente também pode apresentar sobrecargas emocionais e maior demanda de trabalho que a situação exige. Dessa forma, intervenções precoces junto à família, para enfrentar esse luto antecipatório,

assim como o apoio para a equipe assistente é fundamental (HAYASIDA et al, 2014).

Estudos sobre a eficácia das intervenções no processo de luto ganham maior destaque no Reino Unido, no Canadá e nos Estados Unidos. Essas intervenções evidenciam o aconselhamento psicológico ou o trabalho realizado, que requer readaptação rápida e complexa, em que é proposto aos familiares e à equipe assistente que seja feito uma reflexão sobre “a expressão de sentimentos, a aceitação da perda e a elaboração do luto”, em uma atitude contrária à interdição da *Morte*; ou seja: estimula-se o exercício da palavra, a narrativa oral, o ato de falar sobre a *Morte* em qualquer fase da vida da pessoa: infância, vida adulta ou senil (HAYASIDA et al, 2014; GOMES et al, 2013).

A percepção da *Morte* na visão do paciente terminal é diferente em cada fase do ciclo de vida. Segundo os autores, na infância, a *Morte* pode ser representada conforme se modificam o pensamento e a linguagem. Para o adulto, a *Morte* pode depender da experiência física e psicológica pela qual se está passando. Já, para o idoso, a *Morte* pode ser configurada em uma perspectiva de maior resignação (PAIVA; ALMEIDA JUNIOR; DAMASIO, 2014).

Não há, portanto, uma fórmula estabelecida ou um caminho ideal a ser seguido, para que as pessoas entendam a sua própria *Morte* independentemente da idade. Também não se tem critérios ou diretrizes definidas para aceitação da velhice e das perdas, embora seja um direcionamento, debates sobre o assunto nos quais os profissionais de saúde abordem à questão nos atendimentos e abram espaço para que pessoas de todas as faixas etárias que estejam vulneráveis possam expressar seus medos e fantasias e, assim se prepararem para uma *Morte* com qualidade (VIANNA; LOUREIRO; ALVES, 2012).

Não obstante, independentemente da fase da vida em que o ser humano se encontre, o medo da morte ou a falta de aceitação da finitude é francamente presente em nossa sociedade.

Tela “A mãe morta e a criança” (gravura 9)



“... a velhice e a morte estão inscritas na herança genética humana e são coisas normais e naturais, porque são universais e não sofrem qualquer exceção entre os mortais”

Frase de Edgard Morin

**FONTE:** Acervo do Munchmuseet ou Museu Munch (Oslo). Edvard Munch (1899).

### **3.7 A Morte e o morrer: propostas de aprendizagem para a formação profissional e para o ensino em saúde**

Ao longo da formação dos profissionais da área de saúde, encontramos muitas evidências da precária abordagem durante o processo de morte e morrer, relatadas por acadêmicos e profissionais em vários estudos e pesquisas. Diante dessa fragilidade, muitas estratégias podem ser cogitadas a fim de que uma melhor e mais adequada abordagem do tema se implemente, seja para as pessoas que estão nesse processo, seja para os familiares e para os profissionais que precisam acompanhar esses casos.

A metodologia ativa de ensino tem ganhado cada vez mais importância no cenário da formação médica, por reunir uma gama de ferramentas diferenciadas, em um processo amplo e singularizado, em que se busca a participação ativa de todos os envolvidos nas experiências clínicas vividas. Possui como principal característica a inserção do aluno como o protagonista responsável pela aprendizagem, intermediado pelo profissional facilitador, o tutor, preceptor ou docente. As metodologias ativas têm provocado mudanças nas práticas em sala de aula que estão, muitas vezes, desfavoravelmente arraigadas ao modelo tradicional de ensino. Além disso, as metodologias ativas reconhecidamente promovem a experiência

coletiva de reflexão e expressão narrativa que, somada à reflexão pessoal, à personalidade e à biografia do aluno, permite que este desenvolva em si as melhores condições para tomar atitudes e realizar ações, frente à realidade vivenciada (SANTOS, 2015; MINAYO, 2012).

A reflexão sobre os diferentes aspectos envolvidos no ensino da *Morte* no âmbito da formação médica tem sido estimulada por diversos autores. Contudo, é inegável que as escolas médicas ainda enfrentam sérias dificuldades em relação a abordagem dessa temática. Poucas oferecem disciplinas que tratem desse assunto, por exemplo (SADALA; SILVA, 2008). Tanto os docentes quanto os discentes percebem o seu despreparo para discutirem e se posicionarem em cenários onde a morte é a protagonista, pois comumente eles ainda têm a percepção da finitude do paciente como um fracasso de seu cuidado, talvez porque a *Morte* ainda seja predominantemente trabalhada na esfera biológica, como um evento vital oposto à vida, não sendo suficientemente trabalhada de modo multifatorial, em que se leva igualmente em conta os aspectos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e espirituais. Espera-se ser competência do educador a sua não limitação a um desses fatores, em detrimento dos outros aspectos mencionados. Para o acolhimento clínico da vida dos pacientes, espera-se de um educador que seja capaz de encaminhar o educando para a descoberta e para a prática de certos valores existenciais, éticos e bioéticos, por intermédio dos quais a educação ganha sentido e o educando assim se realiza, enquanto sujeito ativo de suas próprias ações (BIFULCO; IOCHIDA, 2009; LIMA et al, 2012).

Ao se deparar com a *Morte*, é possível que o indivíduo humano reflita sobre a fragilidade da sua própria vida, muitas vezes ressignificando-a; além de manifestar as mais variadas expressões afetivas, como a angústia, o medo, o desamparo e o fracasso. Diante dos temores, os estudantes de medicina (e os profissionais da área) constroem vários mecanismos de defesa, sutilmente incorporados durante a formação médica, no sentido de evitar o sofrimento com o qual se lida, através por exemplo do distanciamento do paciente ou da dissociação entre a doença e o indivíduo, com o humor por vezes alterado e a banalização da *Morte* colocada em evidência, ainda que sobre isso ele não tenha autocrítica (SANTOS; LINS; MENEZES, 2018; CAMARGO et al, 2015).

Outros mecanismos de defesa do ego, como a negação e a repressão (recalque) da morte, – presentes sobretudo na sociedade contemporânea, principalmente na ocidental –, refletem negativamente sobre a educação oferecida aos acadêmicos da saúde, que apresentam dificuldades (inabilidades) e que frequentemente não sabem como agir frente às famílias dos doentes terminais e nas dos pacientes que vêm a morrer (CALASANS et al, 2014; MARTA et al, 2009).

O discente, para o desejado desenvolvimento das suas habilidades clínicas mais sofisticadas (como por exemplo a competência emocional), precisa realizar um trabalho subjetivo/psíquico de análise e revisão, a fim de que os conhecimentos sejam realmente significativos e propiciem um nível mais elevado de competência humanística, técnica e clínica.

Salienta-se ainda que a influência do docente e a sua intervenção pedagógica, diante do tema *Morte*, é o importante fator que determinará a base de formação profissional acadêmica (LIMA et al, 2012). Em contrapartida, estudos mostram que o docente adota mais comumente a postura da impessoalidade, ao não conseguir ter um encontro empático sensível, que o permita apreender o existir humano em sua totalidade. Ao utilizar o mecanismo de defesa de não falar e não refletir sobre o tema, negando-o, o aluno (ou profissional) acaba por criar para si uma espécie de armadura protetora, frequentemente devido à sua insegurança ou despreparo, e que pode ser interpretado como insensibilidade, frieza ou falta de interesse. Como consequência, o desenvolvimento do educando é prejudicado, dificultando-o de crescer humana e profissionalmente (LIMA et al, 2012; CARVALHO; VALLE, 2006).

Na relação educando-educador, a figura deste último se reveste de um caráter de grande responsabilidade, de modo a estabelecer uma convivência eficaz com os alunos, que proporcione uma genuína ação educativa, na qual seja possível o desenvolvimento das competências narrativas e emocionais, portanto, humanísticas. Estas competências, uma vez desenvolvidas, são capazes de prevenir a negação das emoções, seja através de discussões e estratégias que permitam a autorreflexão, seja através da capacitação e sensibilização para outro (LIMA et al, 2012; CARVALHO; VALLE, 2006).

Na pesquisa realizada na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), os alunos e os residentes do curso de Medicina tornaram explícito que o

tema *Morte* é pouco abordado na formação, e ofereceram sugestões para a superação deste problema, dentre as quais, a educação continuada sobre o tema, com maior ênfase nas disciplinas humanistas (SILVA; AYRES, 2010).

Outros estudos também propõem uma educação formal sobre o morrer e a *Morte*, a fim de mitigar a dificuldade em se vivenciar a terminalidade da vida. Como? Através de disciplinas que abordem esses temas e que permitam espaços para reflexão mediados por professores, psicólogos ou médicos, com estratégias diferentes das atuais metodologias tradicionais, que pouco contribuem para uma formação adequada nestes casos. Na pesquisa realizada com estudantes do último semestre do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, as disciplinas sugeridas, que poderiam auxiliar nesse aspecto, foram a psicologia médica, a psiquiatria, a semiologia e a pediatria preventiva e social. Em outras pesquisas, foram descritas a presença de disciplinas que abordam a temática *Morte*, como a psicologia médica, a tanatologia e a medicina paliativa, porém, na forma como são abordadas (aula expositiva), os alunos se referem a elas como método que pouco contribui para uma formação adequada (SILVA; AYRES, 2010; PINHEIRO; BENEDETTO; BLASCO, 2011; ALMEIDA; FALCÃO, 2013).

Da revisão bibliográfica feita sobre o ensino da morte e do morrer na graduação médica brasileira, conclui-se que a formação médica pouco avançou na preparação dos estudantes para lidarem com situações que envolvam a vivência da *Morte*, e são poucas as escolas que oferecem uma abordagem dessa temática de forma inovadora, em seu currículo. Há uma grande ênfase em disciplinas que instrumentalizam o profissional no cuidado para a preservação da vida ou cura das doenças, mas pouco ou nenhum respaldo oferecem para abordar o cuidado às pessoas que vivenciam a terminalidade. A psicologia médica, a tanatologia e os cuidados paliativos, consideradas áreas do conhecimento que poderiam abordar a morte e o morrer, o faz ainda de forma escassa, superficial e teórica, pouco se valendo no contexto da prática médica (CAMARGO et al, 2015).

A Tanatologia tem sua etimologia no grego *tanathos* (o deus da morte) e *logia* (ciência), ou seja, ciência que estuda a teoria, filosofia e doutrina da *Morte*, analisando seus aspectos biológicos, sociais, psicológicos, emocionais, legais e éticos. É uma disciplina que nasceu nos Estados Unidos como uma ciência interdisciplinar focalizada no estudo da morte e do morrer de forma holística e com

objetivo da humanização na assistência ao paciente em fase terminal de vida (LIMA et al, 2012).

A Psicologia Médica, foi sugerida na pesquisa realizada com estudantes de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), como uma disciplina de suporte para auxiliar nos aspectos práticos da relação médico-paciente perante a *Morte*, e principalmente na assistência psicológica aos estudantes, considerando os componentes emocionais que o contato com a doença, o sofrimento e a *Morte* gera no estudante, além dos conflitos gerados pelas dificuldades próprias do curso médico (MEDEIROS; LUSTOSA, 2011, SILVA; AYRES, 2010).

Segundo Pinheiro (2010), ao se analisar os aspectos de ensino-aprendizagem de cuidados paliativos, que raramente é encontrada presente nos cursos de graduação, percebe-se não ser satisfatório, como constatado no trabalho realizado por esse autor, com acadêmicos do quinto e sexto anos de medicina, em que 61% dos alunos não conheciam a definição de Cuidados Paliativos da Organização Mundial de Saúde e 83% afirmaram não terem recebido informação suficiente sobre o cuidado de pacientes em situação terminal. Tal constatação é corroborada pela pesquisa realizada por Bifulco e Lochida (2009) com a equipe de Cuidados Paliativos da Unifesp-EPM, onde a maioria dos profissionais não tiveram na graduação qualquer formação para atender pacientes terminais.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) trabalha para ampliar a abordagem na área de Cuidados Paliativos, com o objetivo de torná-los uma disciplina nas universidades brasileiras, do mesmo modo que o tratamento de doenças é ensinado.

O ensino de Cuidados Paliativos trabalha habilidades de comunicação e de postura médica ao se transmitir notícias sobre o estado de saúde aos pacientes e familiares; aspectos comportamentais e humanísticos ao se enfrentar essas situações, o que é vantajoso para os alunos, pois aqueles que tiveram contato com essa área, além de se sentirem mais confortáveis em trabalhar com pacientes terminais, também relataram melhorias nas suas performances em outras áreas da medicina menos complexas. Porém, diante de uma medicina, cujo objetivo é alcançar a cura, a construção de uma identidade paliativista nos alunos se torna difícil, pois o conhecimento técnico não é condição suficiente para a construção de uma identidade profissional. Afirmação esta, feita por profissionais de uma equipe

multiprofissional de Cuidados Paliativos que participaram de um estudo (PINHEIRO, 2010; BIFULCO; IOCHIDA, 2009).

Em se tratando do tema *Morte* de maneira geral, para desmistificá-la, alguns instrumentos de educação podem ser elaborados, como: 1) o aumento das discussões sobre morte/luto nas universidades por meio de palestras, projetos, vivências e rodas de conversa, laboratórios de humanidades, atividades de tutoria com abordagem total do ser humano, não apenas no aspecto físico e biológico mas também nas dimensões emocional, social e espiritual; 2) experiência prática com pacientes terminais; o aprofundamento do contato com quem está morrendo, bem como o espaço para a elaboração dos medos, as alegrias, as dores e as necessidades do paciente; 3) uma maior divulgação dos trabalhos realizados na área da tanatologia, não só para os profissionais da saúde, como também para toda a sociedade (HAYASIDA, et al, 2014; MEDEIROS; LUSTOSA, 2011).

Explorar o autoconhecimento e antecipar situações que auxiliem na expressão dos afetos experimentados pelos alunos fazem parte do repertório de objetivos que norteiam as metodologias ativas, que poderão facilitar a discussão sobre a *Morte* nas escolas médicas. Várias propostas de criação de cursos para educadores vêm surgindo, conduzidas por estratégias como role-playing, workshops, grupos de reflexão, cinema, psicodrama, medicina narrativa, dentre outras, sempre buscando retirar a impessoalidade do tema, desenvolver competências comunicativas, encorajar o aluno a lidar com os próprios sentimentos (educação emocional), bem como ajudá-lo na construção da sua própria identidade médica (ALMEIDA et al, 2005; SILVA; AYRES, 2010).

Algumas estratégias já vêm sendo difundidas em algumas universidades brasileiras, como na Escola Superior de Ciências de Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (ESCS) do Rio de Janeiro, onde a medicina narrativa vem sendo utilizada na terceira série do curso de Medicina, como estratégia para o desenvolvimento das competências narrativas e de comunicação. Os treinamentos estimulam os estudantes a escreverem sobre os seus pacientes em linguagem não-técnica, ajudando-os a descobrirem e a elaborarem psicologicamente os seus próprios sentimentos acerca dos pacientes. Esse programa fornece um treinamento através da leitura de textos literários, pois o conhecimento de tais obras

da literatura pode ajudar o futuro médico a conhecer a si e o outro, potencializando a sua habilidade empática (ALMEIDA *et al*, 2005).

Na pesquisa que envolve estudantes de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), alguns alunos sugeriram uma disciplina ou projeto de extensão para se trabalhar apenas a relação do médico com a *Morte*, como grupos de reflexão, por meio de disciplinas humanísticas que permitam discussões das vulnerabilidades pessoais e profissionais, das limitações da prática médica, caracterizando, portanto, um espaço de cuidado do sofrimento dos profissionais da medicina (SILVA; AYRES, 2010).

Essas estratégias consistem na formação de grupos de reflexão também para a equipe de saúde, centrados na discussão de casos com abordagem de aspectos pessoais, familiares e institucionais, em uma vertente metodológica que se assenta nas propostas baseados na metodologia de Balint, ou seja, que pressupõe a discussão de casos para a obtenção de um melhor entendimento das questões emocionais que os médicos encontram na sua prática diária, como estratégia para diminuir a ansiedade da equipe frente à situações conflituosas. (ALMEIDA; FALCÃO, 2013; MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009).

É difícil afirmar se, mesmo diante de inovações metodológicas e por maior que seja o contato com a *Morte* durante a graduação, os sentimentos perturbadores podem deixar de existir ou serem atenuados, pois a *Morte* detém características que estimulam distintas respostas em face a ela. Ainda assim, ao serem analisadas as respostas do grupo de acadêmicos diante das situações em que a *Morte* esteve presente, nos estudos revisados por Camargo (2015), houve o testemunho de uma certa percepção da experiência em que a angústia e ansiedade, embora sempre estivessem presentes, passaram a diminuir no decorrer de uma maior convivência com tais situações aflitivas, em comparação com as experiências anteriores, mais intensas.

Essa transformação da expressão dos sentimentos dos alunos frente à *Morte* também foi relacionada ao tempo ou fase do curso, cujo resultado foi mais negativo nas séries iniciais e mais conflitantes ao final deste, evidenciando que, intencionalmente ou não, a graduação médica promove modificações humanísticas nos estudantes, ainda que a forma como isto ocorre não esteja francamente definida ou seja definitiva (CAMARGO *et al*, 2015).

Ao se relacionarem com o paciente suas respectivas famílias, poucos são os estudantes que se julgam aptos para lidarem com eles se o processo em questão é a morte (MARTA et al, 2009; CAMARGO et al, 2015).

De acordo com a contribuição de alguns autores, é importante haver um serviço de assistência ao ensino e à saúde psicológica dos estudantes, oferecido no seio das instituições onde estes estudem, que oportunize experiências de contato com tecnologias mais simples, que envolvem atitudes como compaixão, respeito, diálogo e comunicação, bem como a possibilidade de práticas psicoterapêuticas gratuitas ou de baixo custo. Paralelamente, um serviço assim caracterizado também será útil para os pacientes e suas famílias, por vezes para o manejo clínico da dor e de outros sintomas, juntamente com a família e o próprio paciente terminal (LIMA et al, 2012; CARVALHO; VALLE, 2006).

Nas pesquisas com estudantes de Medicina da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP) e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) os entrevistados avaliaram sua experiência prática com paciente terminal como escassa e dificultada pela existência de um número grande de alunos nesses momentos e por não terem um preparo adequado, e solicitaram mais experiências, a exemplo, das escolas médicas nos Estados Unidos, que em 2006, um quarto das 122 faculdades já ofereciam aos alunos a oportunidade de ter um relacionamento contínuo por várias semanas com pacientes terminais. E como sugestão, que o contato com esses pacientes ocorresse mediante acompanhamento e supervisão de médicos e do serviço de psicologia hospitalar (DICKINSON, 2006; SADALA; SILVA, 2008; SILVA; AYRES, 2010).

Considerando dificuldades similares relatadas em outros estudos e que o médico tem o compromisso de se aproximar de quem sofre, algumas propostas reforçam uma orientação teórico-prática voltada para a relação médico-paciente-família, com abertura à compreensão da finitude humana e as fases do luto, com um trabalho multiprofissional e interdisciplinar de apoio, além de treinamento de habilidades e competências durante formação acadêmica, o que facilitaria a compreensão das relações humanas e aprimoraria a comunicação. Assim, a relação médico-paciente passaria a ser utilizada como recurso terapêutico (MARTA et al, 2017; POLETTO; SANTIN; BETTINELLI, 2013).

A escassez de abordagens sobre o tema durante a graduação pode ser constatada em várias pesquisas, como a empreendida com estudantes do último semestre do curso de Medicina da Universidade Federal do Sul do Brasil, que considerou as aulas sobre o tema da Morte um recurso didaticamente insuficiente, com o relato, por parte dos alunos, deles terem adquirido o conhecimento sobre a relação médico-paciente durante o processo de ensino-aprendizagem apenas através da percepção dos bons e dos maus modelos, por meio dos atendimentos realizados no dia-a-dia e dos relacionamentos interpessoais. A forma como o contato dos alunos com o tema é propiciada pode determinar a sua motivação. Os professores e preceptores influenciam os seus alunos, tendo consciência disso ou não; por esse motivo, solicita-se que eles sejam mais empáticos com seus pacientes, mais hábeis no sentir e em verbalizar suas experiências, oferecendo ao acadêmico uma vivência mais saudável, mesmo que diante de uma frágil situação. Além disso, é primordial que haja acesso do acadêmico à convivência direta com médicos e preceptores do próprio curso, para que se possibilite a formação de um modelo identificatório (GROSSEMANL; STOLL, 2008; ALMEIDA et al, 2005).

A necessidade de reformulação curricular na graduação também foi relatada em estudos, como o realizado com médicos intensivistas, que dentre as soluções descritas estavam a importância de realizar debates acadêmicos sobre a *Morte* e a valorização da relação médico-paciente para os estudantes. E na pesquisa realizada na UFRN, 60% dos acadêmicos gostariam de aprender mais sobre a relação médico-paciente durante o curso, através de treinamento em habilidades de comunicação (GROSSEMANL; STOLL, 2008; ALMEIDA; FALCÃO, 2009).

Ainda sobre as dificuldades relatadas, sugere-se também um treinamento sobre comunicação de “más notícias” (competência narrativa), em que a informação transmitida ao paciente ou a seus familiares implique, direta ou indiretamente, em alguma alteração negativa na vida destes. A comunicação do diagnóstico e prognóstico ao paciente fora de condições terapêuticas é tarefa difícil e comum na equipe de saúde; mais difícil se torna dentre as equipes que não tiveram experiências com esses fatos, nem a preparação orientada por um preceptor e, portanto, não foi capacitada para transmiti-la ao paciente ou familiares deste (POLETTTO; SANTIN; BETTINELLI, 2013; LINO et al, 2011).

A relação médico-paciente abrange as dimensões técnica, humanística e ética da prática médica, e a fragilidade dessa relação acarreta diversas consequências, motivo pelo qual tal vínculo ser um tema amplamente debatido em diferentes âmbitos da sociedade no mundo inteiro (SOUSA; GALIAN; MACIEL, 2012). Deve-se a isso a necessidade por se elaborar estratégias pedagógicas que potencializem as oportunidades de vivências interprofissionais, para qualificar a formação em saúde. Considerada um princípio inerente ao exercício da medicina, a relação médico-paciente apresenta características peculiares quanto à *Morte*. Diante da influência dos avanços técnicos e científicos que conduzem a Medicina na atualidade, torna-se notável o distanciamento das dimensões psicossociais ao deixar de tratar o paciente como um todo (CAMARGO et al, 2015).

Nesse sentido, Edmund Pellegrino (1920- 2013), considerado um dos pais da Bioética, citado pelo Conselho Federal de Medicina (2017), deixou ensinamentos que orienta reflexões sobre a relação médico-paciente nos dias de hoje, pois na década de 70 ele já dizia que a *Arte* médica “corria o perigo de ser engolfada pelo aparato tecnológico”.

É possível observar, em estudos, que há pouco ou nenhum estímulo para que os alunos desenvolvam habilidades para se relacionarem com o processo de morte, visto não estarem presentes nos currículos os debates, o preparo prático através da vivência com pacientes terminais, algumas disciplinas específicas como por exemplo a de cuidados paliativos. Muitas escolas médicas ainda não oferecem acompanhamento psicológico aos seus alunos, e o fato da formação ser voltada para salvar a vida e o conhecimento adquirido sobre o tema terminalidade da vida ser insuficiente, é fonte certa de vulnerabilidade psíquica para alguns estudantes (MARTA et al, 2009; AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011; CAMARGO et al, 2015).

Um grande empenho na área da Educação Médica tem sido dedicado à valorização dos atributos que caracterizam o médico humanista, para que as novas gerações vejam o paciente com um ser complexo, repleto de contradições e indeterminações, único e indissociável de sua cultura – e não apenas cuidem da doença que o aflige. Estes atributos foram vivamente debatidos no VI Congresso Brasileiro de Humanidades Médicas, promovido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM/2017), em Brasília. Ao anunciar a primeira conferência, o presidente do CFM,

Carlos Vital, afirmou ser constante a luta pela humanização da prática médica e lembrou que "apesar dos avanços científicos, o médico será sempre um cuidador de homens". Os docentes convidados a participarem desse Congresso compartilharam as suas experiências sobre humanidades médicas, empregadas em sala de aula, bem como as estratégias utilizadas a fim de sensibilizar os futuros profissionais, no sentido de trazer à tona reflexões sobre temas como a *Morte*. Dentre algumas estratégias mencionadas, tiveram destaque os livros (arte literária), filmes (arte cinematográfica), artes visuais e artes plásticas, no tocante de que elas ajudam a pensar a finitude da vida e a atitude humanizadora diante do paciente.

Pressupondo que o indivíduo está em constante desenvolvimento durante o ensino, é importante considerar a teoria de Vygotsky de que o desenvolvimento do indivíduo está diretamente ligado às interações entre o homem e a sociedade, cultura e sua história de vida, fator que inclui as situações de aprendizagem, as oportunidades e as várias influências externas ao indivíduo. E dessa forma propõe uma adequação aos métodos utilizados pelos professores no processo de ensino-aprendizagem, adequando-se às novas condições do contexto social. Pois, assim como o contexto, o professor no papel de mediador também interfere diretamente no desenvolvimento profissional do indivíduo (SANTOS, 2015; SOUSA, 2018).

A aprendizagem significativa, proposta por Ausubel, cujo conceito é de ampliar e sintetizar ideias já existentes na mente e relacioná-las com novos conteúdos, considerando história do sujeito, através dos docentes como facilitadores, vem de encontro com as novas metodologias de ensino e são compatíveis com outras teorias como a do desenvolvimento cognitivo de Jean Piaget e da Sociointeracionista de Lev Vygotsky (SOUSA, 2018).

A adaptação às novas metodologias de ensino que viabilize uma interação mais efetiva entre alunos e professores é necessária para que se promova reflexão e construção do conhecimento em todas as áreas, e principalmente possa oportunizar debates e compreensões acerca de assuntos considerados polêmicos e difíceis de enfrentar.

A Bioética, também foi sugerida como norteadora de algumas decisões, principalmente diante de temas polêmicos, tratados no Código de Ética Médica (como exemplos: Eutanásia, Distanásia e Ortotonásia), que traz conflitos e opiniões divergentes entre muitos alunos, como constatado em um estudo realizado com

estudante de Medicina e residentes da Faculdade de Medicina de Sorocaba (MARTA et al, 2009).

A finitude humana, cuidados paliativos, processo do envelhecimento e a relação entre eles, deve ser inserida nos conteúdos e práticas na formação de profissionais de saúde, através de disciplinas específicas como Geriatria e Gerontologia, em outras disciplinas ao longo do curso, e ainda por meio de projetos de pesquisa ou de extensão (CARVALHO; HENNINGTON, 2015).

Entretanto, a presença de disciplinas específicas, não é uma garantia de que esses temas serão abordados de forma eficiente. É necessário, que ao longo do curso, haja uma organização por unidades temáticas transversais e áreas do conhecimento que oportunizem discussões sobre temas cotidianos que são fundamentais para formação em saúde, como o tema *Morte*.

Diante das exigências para o bom desempenho do papel profissional, deve-se destacar a importância de viabilizar a humanização da assistência a partir da humanização do ensino, por meio das experiências adquiridas ainda na graduação, no estudo centrado no aluno e não apenas na técnica a ser ensinada (SARTORI; BATTISTEL, 2017). Seguindo esse raciocínio, a graduação com metodologias ativas ou com estratégias pedagógicas humanísticas auxilia nessa formação. E deve ser considerado que a educação para lidar com a *Morte* deveria ser um dos objetivos desses cursos, compreendendo temáticas elaboradas e planejadas, como significado da *Morte*, os processos de morrer e o pesar do luto, da mesma forma que outras disciplinas ou programas de saúde (BIFULCO; IOCHIDA, 2009).

Observa-se, que existem muitas estratégias a serem utilizadas que ajudariam na formação de um profissional, pois há evidências de que o modelo de educação médica atual não está contribuindo de forma satisfatória no preparo dos graduandos frente ao processo de morte e morrer. Esse fato pode ser analisado diante da demanda e de revelações de estudantes e médicos formados em alguns estudos, que afirmaram não ter recebido formação teórico-prática suficiente durante a graduação para lidar com pacientes em fase terminal e não se sentem preparados para lidar com a *Morte*, e que, portanto, careciam de uma abordagem mais adequada. (MARTA et al, 2009; CAMARGO et al, 2015).

Portanto, diante do exposto, vê-se uma necessidade de reformulação curricular, com metodologias inovadoras, as quais podem ser aplicadas utilizando-se

de vários recursos já mencionados, que vão desde rodas de conversas, até intervenções por meio das artes, através das Humanidades Médicas, sobre o tema a ser discutido, a fim de superar alguns desafios e tornar os futuros profissionais mais preparados.

Tela “Duas meninas lendo” (gravura 10)



“A medicina é a arte de acompanhar com palavras gregas até à extrema morada”.

Frase do escritor italiano Dino Segre (Pitigrilli)

**FONTE:** Acervo do Instituto de Arte de Chicago. Pablo Picasso (1934)

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo geral:

► Realizar a oficina de leitura literária com acadêmicos de Medicina, enquanto estratégia metodológica humanizadora e potencialmente promotora de mudanças na concepção sobre a *Morte* e o processo de morrer dos pacientes.

### 4.2 Objetivos específicos:

- Descrever os conhecimentos e percepção dos acadêmicos sobre a *Morte* e o processo de morrer;
- Identificar através dos relatos dos acadêmicos, se a abordagem do tema finitude humana e *Morte*, durante o curso, é por eles percebido como satisfatório;
- Interpretar o efeito da oficina de leitura literária sobre os alunos a respeito das concepções acerca da morte;
- Sensibilizar os acadêmicos para o tema *Morte* e cuidados ao fim da vida, na prática médica, com a oficina de leitura literária;

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Aspectos éticos

Todos os participantes da pesquisa foram estudados segundo os preceitos da Declaração de Helsinki e do Código de Nuremberg, após a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). O projeto de pesquisa foi desenvolvido mediante a assinatura do documento de aceite da orientadora e da instituição onde a pesquisa foi realizada, de acordo com as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 466/2012) do Conselho Nacional de Saúde, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CESUPA e parecer: 3.302.649, por meio de cadastramento na Plataforma Brasil, CAAE: 09843619.9.0000.5169, em 04 de maio de 2019. Os participantes tiveram seus nomes preservados através de codinomes.

### 5.2 Tipo de estudo

Estudo transversal, observacional, descritivo, com abordagem qualitativa, onde se interpretou as concepções e vivências de alguns acadêmicos de Medicina do CESUPA, sobre a *Morte* e o processo de morrer, e também se analisou as contribuições do uso da arte da literatura para a formação humanística dos alunos, com a realização de uma oficina de leitura literária, através do livro “*A morte é um dia que vale a pena viver*”, de Ana Claudia Quintana Arantes. (ARANTES, 2016)

Para a coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, confeccionadas pelas autoras do trabalho e aplicadas individualmente, antes e após a oficina, com a adoção de dois roteiros distintos (APÊNDICE B e C). As entrevistas foram gravadas em meio eletrônico de áudio e transcritas para fins de análise dos dados obtidos, segundo as teorias da análise do conteúdo do tipo categoria temática. (BARDIN, 2011; MINAYO, 2012)

A oficina e as entrevistas aconteceram nas dependências do Curso de Medicina do CESUPA, nos meses de junho, agosto e setembro de 2019

### 5.3 Participantes da pesquisa, critérios de inclusão e exclusão

A seleção dos participantes se deu segundo o critério organizacional do curso de medicina do CESUPA, em que as turmas são classificadas de acordo com o semestre vigente e subdivididas conforme o módulo temático em curso.

Foram adotados, como critérios de inclusão, a seleção de acadêmicos de medicina que estivessem matriculados e cursando o sétimo (MD7), o nono (MD9) e o décimo primeiro (MD11) períodos da graduação médica. A escolha por esses períodos foi aleatória, porém, com a intenção de alcançar os acadêmicos que já tivessem cursado mais da metade da graduação e visando a investigação de como a temática estudada foi a eles transmitida durante o período de formação até o momento em que a pesquisa foi empreendida; o tema de estudo foi a *Morte* e o processo de morrer dos pacientes, a partir da percepção dos acadêmicos envolvidos quanto ao assunto.

A participação inicial ocorreu com 12 discentes, formado por um grupo heterogêneo, do MD7, MD9 e MD11. Destes, cinco participaram da oficina (com dois acadêmicos do MD 12 – que em junho de 2019 estavam na MD11, quando foram abordados e aceitaram participar da oficina; e com três acadêmicos do MD9, que foram abordados em agosto e aceitaram participar da oficina). Foram excluídos do trabalho todos aqueles alunos que não aceitaram participar da pesquisa ou que não estavam matriculados no ano de 2019.

### 5.4 Método

Primeiramente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, com busca de artigos nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline), além de em outras fontes, com os seguintes descritores: Educação Médica; Morte; Humanização; Literatura, em suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol nos últimos 20 anos e que retratassem a temática *Morte* na graduação médica. Durante essa revisão da literatura, foram selecionados 46 artigos condizentes com o tema abordado na pesquisa.

O tempo compreendido para a realização de todos os passos previstos para a oficina e para a obtenção do conteúdo inerente aos discursos dos entrevistados (alunos participantes) foi de aproximadamente 3 meses.

Metodologicamente, a pesquisa cumpriu três passos:

**Passo número 1:** realização da entrevista semiestruturada antes da oficina.

Realizado um convite para que os alunos interessados em participar da pesquisa viessem a uma reunião preliminar, em que se apresentaria a metodologia e os objetivos do estudo. Tal convite se deu por meio de cartazes esteticamente confeccionados pelas autoras, divulgados através dos meios de comunicação da própria instituição (plataforma do aluno on-line), do aplicativo da rede de interação social (whatsApp) (APENDICES E, F). Foram realizadas duas reuniões preliminares, com o caráter sensibilizador à participação na pesquisa. Dos doze acadêmicos que compareceram nesses dois momentos, seis demonstraram interesse e aceitaram participar da oficina, preencheram uma ficha de cadastro e assinaram o TCLE. Desses, cinco participaram de todas as etapas que serão a seguir demonstradas. O cadastro do candidato que assinou o TCLE e não participou da oficina foi devidamente destruído. Os acadêmicos que desistiram não foram substituídos nesse início da pesquisa, por não haver cadastro reserva, como se presumia.

Após o primeiro encontro, combinamos uma data com cada participante que compareceram para a realização de uma entrevista antes da oficina acontecer (Apêndice B). Desta entrevista se resultou uma gravação em aparelho celular, cuja senha permaneceu de uso e conhecimento exclusivo dos pesquisadores.

A finalidade dessa entrevista foi realizar uma análise diagnóstica quanto: ao conhecimento dos alunos sobre a *Morte*; a percepção desses acadêmicos sobre a contribuição da graduação no preparo para a vivência da temática da morte; qual a relação dos acadêmicos com as artes (sobretudo as artes literárias). A autoria de tais entrevistas semiestruturadas é dos autores da pesquisa. (Apêndice B).

Foi adotado um sistema de codinomes para fins de catalogação e de preservação da identidade dos participantes, durante toda a pesquisa. Cada participante escolheu seu codinome, que foi representado por nomes de médicos escritores e literariamente de grande prestígio, como: Augusto Cury, Lair Ribeiro,

Amélia dos Santos, Nise da Silveira e Zugaib. Essa designação adotada foi seguida pela distinção através da letra “**a**” (para sinalizar fala gravada **antes** da oficina) ou pela utilização da letra “**d**” (para especificar a fala gravada **depois** da oficina), gerando como exemplo: Augusto Cury (**a**), ou Augusto Cury (**d**).

Após a entrevista, os participantes receberam as datas e horários em que a oficina de leitura literária se realizaria. Nessa ocasião, também foi ofertado a cada participante um exemplar do livro “**A morte é um dia que vale a pena viver**”, de Ana Claudia Quintana Arantes (2016)<sup>5</sup>, utilizado na oficina, com a advertência de que ele não deveria obrigatoriamente ser lido antes da oficina, pois a sua leitura seria compartilhada pelo grupo, no transcurso da oficina propriamente dita.

## **Passo número 2: a oficina.**

Os autores da pesquisa se reuniram com o grupo formado pelos acadêmicos, participantes da pesquisa, nas dependências do curso de Medicina (CESUPA), onde ocorreram os encontros inerentes à oficina (dias 17 e 21 de setembro de 2019, com 3 horas de duração cada um deles), cuja ênfase foi a leitura compartilhada<sup>6</sup> da obra supracitada.

Partimos da premissa que a literatura de ficção ou até mesmo uma obra confessional (desde que se trate de um livro não-técnico), constitui um importante recurso didático para o desenvolvimento de algumas das habilidades clínicas do estudante, motivo pelo qual termos eleito a obra já mencionada que, apesar de não

---

<sup>5</sup> Tal obra narra a experiência de uma médica geriatra especialista em cuidados paliativos, favorecendo a reflexão sobre alguns aspectos inerentes à qualidade das relações humanas e sobre as reações frente à morte e ao morrer, incluindo a saúde psíquica do médico e a valorização da vida. Importante destacar que a referida obra toca na necessidade crescente do futuro médico estar preparado para lidar com alguns conflitos presentes no cotidiano da área da saúde, dentre os quais, a finitude.

<sup>6</sup>A leitura compartilhada é aquela em que alunos e professor leem juntos um mesmo texto e apresentam suas ideias e impressões acerca do que foi lido (BRAKLING, 2004). Essa prática pedagógica, segundo Ângelo e Menegassi (2016), tem como características, promover ao leitor: aprendizagem cooperativa, motivação e subsídios para uma ação reflexiva e crítica, reconstituir o fluxo textual e identificar informações textuais, construir inferências e interpretação. A leitura compartilhada parece ter um papel fundamental para promover o partilhar, o construir e reconstruir sentidos.

ser considerada exatamente um clássico da literatura, constitui uma narrativa bem elaborada.

Oferecemos um livro para cada membro da pesquisa e neste momento, aconteceu apenas a leitura compartilhada do livro.

No segundo encontro, continuou-se com a leitura, assim como no primeiro encontro, até o término da obra. Concedemos uma breve abertura para a fala espontânea dos participantes sobre a experiência vivenciada com a leitura, além de ter sido oportunizado um momento onde cada um(a) destacou e comentou os trechos considerados mais relevantes.

**Passo número 3:** realização da entrevista semiestruturada após a oficina.

Após os dois encontros que permitiram a realização da oficina, a percepção dos alunos sobre a *Morte* e o morrer foi novamente investigada, através da realização de outra entrevista semiestruturada (Apêndice C), com o objetivo de analisarmos o efeito da oficina sobre osicineiros.

Objetivamos, com esse passo, estabelecer as correlações com as respostas obtidas inicialmente com a aplicação do Apêndice B. Além disso, esse passo metodológico permitiu com que destacássemos, dessas respostas, os temas e as categorias principais acionados pela leitura, uma vez que os instrumentos que elaboramos (Apêndices B e C) permitiram que os alunos respondessem a uma avaliação processual.

Os dados coletados, através das entrevistas semiestruturadas, tiveram os seus conteúdos protegidos e resguardados, transcritos e armazenados em armário trancado, portanto, em local seguro, com acesso limitado por nós pesquisadoras, únicas portadoras das chaves que lhes dão acesso.

Realizamos a análise dos dados alcançados pela técnica de análise de conteúdo temática segundo Bardin (2009, p.117), que consistiu em três fases: 1. pré-análise: em que tivemos o primeiro contato com as observações anotadas e com as gravações, com a organização das falas transcritas selecionadas a partir das informações relevantes e pertinentes aos objetivos do trabalho; 2. exploração do material: codificamos o material por temas para a representação do conteúdo, classificamos e categorizamos; 3. tratamento dos resultados e interpretação:

realizamos, a partir dos dados da teoria escolhida, de natureza holística, a revelação de um conteúdo significativo, por meio de características dos fenômenos analisados.

Os dados obtidos através da análise de conteúdo temática serão apresentados nos resultados dessa pesquisa. A divulgação deles, através dessa dissertação de mestrado e posteriormente através de comunicações e publicações científicas, sempre se dará com a preservação da privacidade dos participantes e de seu anonimato.

## **6 RESULTADOS**

### **6.1 A organização por categorias temáticas**

Analizamos os dados coletados nas entrevistas segundo as teorias da análise de conteúdo do tipo categoria temática de Bardin (2011), através da qual formulamos, a partir de tais dados, inferências reproduzíveis e válidas por pessoas diferentes em um mesmo contexto, com a classificação em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos.

Considerando os objetivos, a interpretação das transcrições revelou 6 categorias temáticas antes da oficina e 5 categorias temáticas depois da oficina e as suas respectivas unidades de registro, a partir de dados que mais se repetiram ao longo dos discursos dos participantes da pesquisa, e que serão representadas por trechos das entrevistas. Os participantes foram identificados pelos seus respectivos codinomes seguidos por **a** (antes da oficina) e **d** (depois da oficina), artifício que nos servirá de base para a apresentação de resultados, os quais apresentaremos nas tabelas a seguir.

## 6.2 Resultados obtidos antes da oficina

Quadro 1 - RESULTADOS ANTES DA OFICINA

CATEGORIA TEMÁTICA	UNIDADES DE REGISTRO	CITAÇÕES
1.DEFINIÇÃO DE MORTE	PROCESSO NATURAL	"A morte é um processo natural e todos vão chegar a esse fim" (Amélia dos Santos a)
		"... em vários aspectos que tu podes olhar a morte né? Primeiro por um processo natural...." (Nise da Silveira a)
		"morte é uma etapa da vida... é um ciclo que a gente acaba, que querendo ou não vai acontecer. É... inexorável... A gente nasce, cresce, vai morrer... É mais uma fase da vida que a gente tem que encarar com naturalidade"(Lair Ribeiro a)
	PROCESSO ESPIRITUAL	"é como uma passagem de um plano material pra um plano espiritual ... eternidade" (Augusto Cury a)
		"Eu tenho uma visão um pouco assim... espiritual .... Então eu creio que pra mim é o fim da missão que ele veio cumprir na terra..." (Nise da Silveira a)
	DEPENDENTE AO ESTILO DE VIDA	"eu sou cristã, eu me baseio na bíblia .... a gente tem uma vida eterna depois dessa..." (Zugaib a)
"cada um vai ter as suas particularidades de como isso vai acontecer ... isso reflete muito a forma como cada um viveu a sua vida, ou outros determinantes" (Amélia dos Santos a)		
"é uma passagem .... ficam as lembranças e... a memória que tu viveu aqui na terra" (Augusto Cury a)		
2. MORTE DIGNA	SIGNIFICA CONFORTO / CUIDADO	"a morte vai ser boa, ou ela vai ser ruim... vai depender do que a gente fizer nessa vida." (Zugaib a)
		"é você poder oferecer para a pessoa que está morrendo, todos os cuidados que ela precisa." (Amélia dos Santos a)
		"seria proporcionar o maior conforto possível pra ela, por exemplo, deixá-la perto das pessoas que ela gosta" (Nise da Silveira a)
	SIGNIFICA EVITAR PROLONGAMENTO DA VIDA/ EVITAR SOFRIMENTO	"levar ao indivíduo sem perspectiva de vida, todo o conforto naquele momento final" (Augusto Cury a)
		"cuidar da doença, minimizar as dores." (Amélia dos Santos a)
		"minimizar os efeitos adversos da medicação." (Amélia dos Santos a)
	SIGNIFICA SUPORTE (técnico e humanizado)	"sentir menos dor..." (Nise da Silveira a)
		"oferecer cuidados .... levando em consideração a pessoa, o ser humano, muito mais do que a doença, e, logicamente, de forma profissional ..." (Amélia dos Santos a)
		"mais importante do que ter todo o aparato tecnológico, estar em uma cama de hospital sem o apoio adequado, seria proporcionar dignidade pra pessoa até o momento de morrer." (Nise da Silveira a)
		"... oferecer tranquilidade para ter o momento final com conforto... vamos dizer assim, dar uma maior segurança. Seria mesmo, apoiar". (Augusto Cury a)

Quadro 1 (Cont.)

3. PREPARO PARA A MORTE NA GRADUAÇÃO	PERCEPÇÃO DE INSUFICIÊNCIA OU FRAGILIDADE	"até o momento, eu vejo que ainda é algo que a faculdade tem deixado a desejar." (Amélia dos Santos a)
		"a gente tem uma matéria chamada humanidades médicas, onde trata um pouco disso, mas infelizmente é bem no início." (Amélia dos Santos a)
		"Somente nos primeiros dois semestres fala-se algo pontualmente ... durante a formação, a gente não vê absolutamente nada, não discute sobre isso, não fala sobre isso, e até o momento onde eu já me encontro no internato". (Amélia dos Santos a)
	PERCEPÇÃO DE INSEGURANÇA	"Talvez não esteja preparada, principalmente diante de algo que a gente não espera, né? por exemplo, como lidar diante da morte de uma criança, né? Ou de algum paciente que tu acompanhou, tu conversou, tu viu que tava estável, tava bem, no outro dia se desestabiliza e morre, né?" (Nise da Silveira a)
"a gente acaba ficando um pouco instável... a gente se deixa afetar um pouco... eu, particularmente... a maioria das vezes eu não me sinto preparada, sabe?" (Nise da Silveira a)		
PERCEPÇÃO DE DESPREPARO DOS DOCENTES/PRECEPTORES	"o primeiro paciente que eu vim a perder, que eu estava acompanhando ... foi um abalo emocional muito grande, a ponto de me prejudicar... eu me senti fragilizada" (Augusto Cury a)	
	"eu acho que é um treinamento contínuo... o aprendizado deve ser contínuo" (Nise da Silveira a)	
4. ARTE NA FORMAÇÃO MÉDICA	CONTRIBUIÇÃO INSATISFATORIA	"Pelo menos aqui na... na faculdade a gente não tem esse contato... De ter alguma atividade que envolva arte, literatura, como maneira de expressão, de entender a questão do morrer" (Nise da Silveira a)
		"... dentro da faculdade não há estímulo... teve algo pontual como dar más notícias" (Nise da Silveira a)
		"eu, particularmente, eu não tive, dentro da faculdade, esse contato .... Dentro da instituição CESUPA esse contato ... eu tive mais em relação a ver filmes em casa mesmo" (Nise da Silveira a)
	ARTE POUCO VALORIZADA	"nem todo mundo hoje em dia dá aquele valor para as artes" (Nise da Silveira a)
		"a arte é como parte de um degrau a mais para a formação do ser humano, seja na literatura, pintura, enferm... todos os tipos de arte são importantes, porém muito relegadas a segundo plano". (Lair Ribeiro a)
	APRIMORAMENTO DE HABILIDADES	"tudo que eu entendo sobre morte, justamente, é pela literatura" (Amélia dos Santos a)
		"crucial para sensibilizar para o tema" (Amélia dos Santos a)
		"Às vezes me ajuda a refletir um pouco...me transporto para a leitura... de repente... se fosse eu naquela situação." (Nise da Silveira a)
	MELHORA RACIOCÍNIO E MODO DE AGIR	"ler me faz entender, me faz raciocinar de uma forma muito diferente" (Amélia dos Santos a)
		"Ajuda a raciocinar um pouco mais... diante das situações que podem ocorrer comigo... eu acho que a arte, ela é muito boa nesse aspecto" (Nise da Silveira a)
"Faz refletir um pouco mais e quem sabe ter um outro tipo de atuação diante de uma situação". (Nise da Silveira a)		
5. HABITO DE LEITURA	RUIM (0) REGULAR (2) BOM (2) MUITO BOM (0) EXCELENTE (1)	"Leituras fora da medicina considero regular, porque enfim, a faculdade de medicina preenche muito meu tempo." (Nise da Silveira a)
		"já foi muito bom, hoje é bom, eu lia muito mais, hoje em dia eu leio menos do que gostaria." (Lair Ribeiro a)
		"eu gosto de ler, mas eu gosto de ler aquilo que construa algo que me faça crescer... eu não gosto de perder tempo. A gente já tem um tempo tão corrido na faculdade." (Zugaib a)
6. ACEITAÇÃO PARA PARTICIPAR DA OFICINA	SIM (5) NÃO (0)	

FONTE: do autor da dissertação.

### 6.3 Resultados depois da oficina

Quadro 1 - RESULTADOS ANTES DA OFICINA

CATEGORIA TEMÁTICA	UNIDADES DE REGISTRO	CITAÇÕES
1.DEFINIÇÃO DE MORTE	PROCESSO NATURAL	"A morte é um processo natural e todos vão chegar a esse fim" (Amélia dos Santos a)
		"... em vários aspectos que tu podes olhar a morte né? Primeiro por um processo natural...." (Nise da Silveira a)
		"morte é uma etapa da vida... é um ciclo que a gente acaba, que querendo ou não vai acontecer. É... inexorável... A gente nasce, cresce, vai morrer... É mais uma fase da vida que a gente tem que encarar com naturalidade"(Lair Ribeiro a)
	PROCESSO ESPIRITUAL	"é como uma passagem de um plano material pra um plano espiritual ... eternidade" (Augusto Cury a)
		"Eu tenho uma visão um pouco assim... espiritual .... Então eu creio que pra mim é o fim da missão que ele veio cumprir na terra..." (Nise da Silveira a)
	DEPENDENTE AO ESTILO DE VIDA	"eu sou cristã, eu me baseio na bíblia .... a gente tem uma vida eterna depois dessa..." (Zugaib a)
"cada um vai ter as suas particularidades de como isso vai acontecer ... isso reflete muito a forma como cada um viveu a sua vida, ou outros determinantes" (Amelia dos Santos a)		
"é uma passagem .... ficam as lembranças e... a memória que tu viveu aqui na terra" (Augusto Cury a)		
2. MORTE DIGNA	SIGNIFICA CONFORTO / CUIDADO	"a morte vai ser boa, ou ela vai ser ruim... vai depender do que a gente fizer nessa vida." (Zugaib a)
		"é você poder oferecer para a pessoa que está morrendo, todos os cuidados que ela precisa." (Amélia dos Santos a)
		"seria proporcionar o maior conforto possível pra ela, por exemplo, deixá-la perto das pessoas que ela gosta" (Nise da Silveira a)
	SIGNIFICA EVITAR PROLONGAMENTO DA VIDA/ EVITAR SOFRIMENTO	"levar ao indivíduo sem perspectiva de vida, todo o conforto naquele momento final" (Augusto Cury a)
		"cuidar da doença, minimizar as dores." (Amélia dos Santos a)
		"minimizar os efeitos adversos da medicação." (Amélia dos Santos a)
	SIGNIFICA SUPORTE (técnico e humanizado)	"sentir menos dor..." (Nise da Silveira a)
		"oferecer cuidados .... levando em consideração a pessoa, o ser humano, muito mais do que a doença, e, logicamente, de forma profissional ..." (Amélia dos Santos a)
		"mais importante do que ter todo o aparato tecnológico, estar em uma cama de hospital sem o apoio adequado, seria proporcionar dignidade pra pessoa até o momento de morrer." (Nise da Silveira a)
		"... oferecer tranquilidade para ter o momento final com conforto... vamos dizer assim, dar uma maior segurança. Seria mesmo, apoiar". (Augusto Cury a)

Quadro 2 - RESULTADOS APÓS A OFICINA

CATEGORIA TEMÁTICA	UNIDADES DE REGISTRO	CITAÇÕES
1.DEFINIÇÃO DE MORTE	PROCESSO NATURAL	"uma etapa que todos nós vamos passar" (Zugaib d)
		"eu não lembro de quando a gente conversou da primeira vez, mas... não sei se a resposta vai ser semelhante, mas... eu acho que a morte continua sendo mais uma etapa da vida. E tem que encará-la de forma muito natural." (Lair Ribeiro d)
		"a morte é um processo natural, em que... a humanidade, de uma forma geral, não sabe lidar com esse processo." (Amélia dos Santos d)
	PROCESSO ESPIRITUAL	"uma passagem para outra vida" (Zugaib d)
		"A morte é um momento que a pessoa precisa se encontrar e ter paz espiritual, para que possa descansar, de fato, em paz..." (Amélia dos Santos d)
	DEPENDENTE AO ESTILO DE VIDA	o que a gente faz aqui é o que vai decidir o que vai ser após a morte" (Zugaib d)
		"muitos de nós passamos a maior parte do tempo vivendo o passado ou vivendo o futuro, sem lidar com a verdadeira realidade que vivemos... que estamos mortos pro momento presente..." (Augusto Cury d)
		"no momento da morte, podemos perceber que perdemos tanto tempo, e aí surge os arrependimentos, vêm aquelas perguntas que ficaram sem respostas durante a vida." (Augusto Cury d)
	MUDANÇAS DE CONCEPÇÕES SOBRE MORTE	"lendo o livro, a gente pode fazer algumas reflexões de acordo com coisas que já vivemos, é um momento, em que as pessoas em processo de morte estão mais sensíveis e devemos fazê-las se sentirem queridas" (Zugaib d)
		"Alguns vivem a vida inteira e outros... a gente vê, até mesmo através desse livro que vão passar a viver quando se deparam com a morte" (Zugaib d)
"a morte é algo mais complexo do que eu podia perceber... por exemplo, você pode morrer em vida." (Augusto Cury d)		

Quadro 2 (Cont.)

2. MORTE DIGNA	SIGNIFICA CONFORTO / CUIDADO	"Continuo pensando naquilo que eu disse na primeira entrevista sobre poder dar o melhor para pessoa" (Nise da Silveira d)
		"o melhor que eu posso proporcionar para os pacientes, não necessariamente o que eu julgo ser o melhor, mas sim o ele gostaria que fosse feito, como estar perto das pessoas que gosta nos últimos momentos vida" (Nise da Silveira d)
		"que a pessoa que está morrendo possa ter um momento tranquilo e possa escolher as pessoas que ela pode ter ao lado, se for possível, o ambiente que ela gostaria de morrer." (Amélia dos Santos d)
	SIGNIFICA EVITAR PROLONGAMENTO DA VIDA/ EVITAR SOFRIMENTO	"Tem pessoas que preferem passar os seus últimos dias no hospital, acreditando que ali vai ser o menos dolorido possível e que vai ter uma assistência melhor..." (Amélia dos Santos d)
		"...até seu último suspiro, a pessoa deveria ter um pouco de qualidade de vida, mesmo com a doença que ela tenha, a cronicidade que seja, mas que ela possa sentir a menor dor possível." Amélia dos Santos (d)
	SIGNIFICA SUPORTE (técnico e humanizado)	"As vezes um determinado procedimento já vai além do que seria necessário, não vai trazer benefícios para o paciente, acaba até trazendo malefícios." (Amélia dos Santos d)
		"Eu achei interessante nesse livro e eu já havia pensado nisso .... a questão de não sedar, pra que a pessoa venha estar consciente" (Zugaib d)
	SIGNIFICA ESTREITAR A RELAÇÃO MEDICO-PACIENTE	"proporcionar à pessoa nos últimos instantes da vida, momento para que ela possa refletir e tomar as suas decisões ... pedir perdão, perdoar, escrever seu testamento..... falar seus últimos desejos..." (Zugaib d)
		"não ficar travada numa cama de hospital, sedada ... simplesmente passando o momento" (Nise da Silveira d)
		"entender que aquele paciente, aquela pessoa em questão, tem seus medos, suas angústias, e que podemos ser úteis e ajudar o paciente a aceitar aquele momento, pra que tenha um final mais confortável" (Augusto Cury d)
SIGNIFICA TER AUTO-CONHECIMENTO E AUTO-CONTROLE	"só uma conversa já melhora muito ... os pacientes as vezes tem essa ansiedade de falar algumas coisas que de repente estão afligindo e eu acho que o médico pode proporcionar essa escuta para os pacientes não só perto da morte mas também em qualquer situação" (Nise da Silveira d)	
	"vai além daquilo que nós como profissionais de medicina escolhemos o que pode ser melhor para o paciente... é preciso ouvi-lo" (Amélia dos Santos d)	
	"pra que eu possa ajudar o paciente a lidar com os sentimentos de angustia no fim da vida, eu tenho que estar preparada também, pra não levar comigo esses sentimentos" (Augusto Cury d)	
SIGNIFICA DIREITO À INFORMAÇÃO / COMUNICAÇÃO	"caso o paciente tenha sentimentos mal resolvidos da vida dele, eu preciso saber lidar com aquela situação e ajudá-lo a encontrar um caminho, seguir seu ritual da passagem". (Augusto Cury d)	
	"é ter o conhecimento de mim primeiro, pra depois tentar entender o que ele tá passando ... se abrange um medo da doença ou o medo do fim ..." (Augusto Cury d)	
	"eu acho que a primeira coisa mais importante que a gente tem que dar é a informação, saber se a pessoa tem conhecimento do que está acontecendo com ela e se ela quer receber a informação" (Augusto Cury d)	
		"muitas pessoas ao fim da vida falam abertamente "me deixa morrer", só que nós como médicos olhamos isso como um absurdo e... nós não entendemos que é a forma dele ser ouvido e ter o seu último momento respeitado" (Augusto Cury d)
		"a forma de como a pessoa quer que aconteça a morte deve ser respeitado, se ela tem o poder de escolha de como aquilo vai acontecer, ela tem o direito de entender tudo que está se passando e escolher o que ela considera importante para aquele momento da vida dela." (Amélia dos Santos d)

Quadro 2 (Cont.)

3. OFICINA LITERÁRIA NA FORMAÇÃO ACADÊMICA	CONTRIBUIÇÃO PELO CONTEÚDO DO LIVRO	"as vezes eu não consigo expressar verbalmente, e através da leitura do livro, da leitura compartilhada, eu pude conhecer um escritor ... uma escritora no caso, que soube através das palavras mostrar o viver e o morrer (Nise da Silveira d)
		"os acadêmicos ou até profissionais formados não sabem as vezes o que falar pra pessoa que está sofrendo, que está passando por um momento difícil, e através da arte é possível aprender." (Nise da Silveira d)
		"esse assunto MORTE é importante, e através dessa leitura, compreendi que a morte também é individualizada e precisa ser tratada com humanização" (Zugaib d)
	CONTRIBUIÇÃO PELA LEITURA COMPARTILHADA (MODO COMO SE LEU O LIVRO)	"foi uma forma bem gostosa de aprender" (Zugaib d)
		"isso seria uma forma de aprender sobre qualquer assunto" (Zugaib d)
		"Muitos sentimentos aparecem durante a leitura do livro, e da maneira como foi, ainda consegui ver pessoas se emocionarem durante a leitura." (Augusto Cury d)
	CONTRIBUIÇÃO PARA A GRADUAÇÃO (SUGESTÕES)	"a gente sente uma falta disso na graduação" (Nise da Silveira d)
		"eu acho que as faculdades de medicina teriam que investir no olhar assim mais amplo dos estudantes" (Nise da Silveira d)
		"no início da graduação, muitos são imaturos, não sabem como lidar situações difíceis como a Morte, talvez se colocassem algo desse tipo no meio da graduação, antes do internato, chegaríamos mais prontos para lidar com a morte no internato, onde muitos alunos acabam se deparando e não sabem como agir" (Nise da Silveira d)
	DESPERTAR REFLEXÕES E MUDANÇAS DE ATITUDES	"esse tipo de oficina poderia auxiliar no modo de agir... saber o que falar para o paciente, para os familiares" (Nise da Silveira d)
		"tinha muitas coisas que eu pensava a respeito ... não só da questão do morrer, mas da questão do viver também, e ... que tava no livro" (Nise da Silveira d)
		"me abriu mais o olhar, e me ensinou como me expressar em algumas situações" (Nise da Silveira d)

Quadro 2 (Cont.)

4. EXPERIÊNCIA DA OFICINA	APRIMORAMENTO DO PENSAMENTO PRÉVIO	"eu confesso que algumas coisas do livro eu já trazia comigo, mas eu recomendaria o livro pra muitas pessoas" (Zugaib d)
		"eu usava muitas vezes do argumento "eu não vou me prejudicar, tenho que pensar em mim", então, muitas vezes eu não tentava ajudar uma pessoa com enfermidade como o câncer, que sempre vinha perguntando "doutora, eu vou morrer", e muitas vezes eu não fazia questão de me envolver, para não ser prejudicada emocionalmente... mas o livro, me abriu outra perspectiva..." (Augusto Cury d)
		"essa oficina serviu assim para reforçar algumas coisas que eu já tinha em mente... para refletir sobre outras coisas que eu pensava, foi uma maneira de ampliar meus horizontes em relação ao tema da oficina e a mim mesma" (Nise da Silveira d)
	AUTO-REFLEXÃO / MUDANÇA ENQUANTO PESSOA	"a oficina me fez refletir sobre os arrependimentos no momento da morte.... ah!... eu deveria ter feito isso, eu não deveria ter sido assim..." (Zugaib d)
		"me fez refletir que não devemos perder tempo reclamando do quê passou, mas sim, tirar proveito das coisas boas que aconteceram e seguir adiante" (Zugaib d)
		"ter cuidado para não absorver os problemas da pessoa que está no processo de morte" (Augusto Cury d)
	SENSAÇÃO DE ENCORAJAMENTO / FORTALECIMENTO	"a oficina me deixou um pouco mais segura desse assunto, porque, é muito fácil você transferir as suas fraquezas no seu dia-a-dia, principalmente quando se está trabalhando e se depara com uma situação difícil" (Augusto Cury d)
		"a autora acaba nos fortificando e demonstrando que não podemos nos acostumar com todos os exemplos que vemos e que desde o início da formação temos que nos posicionar e procurar um caminho que queremos seguir" (Amélia dos Santos d)
		"a leitura não veio só pra mudar, mas pra fortalecer ideais, pensamentos que a gente tem, para que não nos tornemos profissionais indiferentes quanto a dor, quanto a morte." (Amélia dos Santos d)
	REPRODUZIR ESTRATÉGIAS SEMELHANTES E RECOMENDAR A LEITURA	"pensei, de repente, fazer atividades parecidas com meus pacientes porque eu já tinha lido muito sobre cinema, como estratégia de permitir reflexões... e a leitura (arte) já tinha lido algo a respeito e achei muito interessante, comigo funcionou... então espero que funcione com outras pessoas também." (Nise da Silveira d)
		"o fato de ter essa interação com as outras pessoas lendo, juntamente com você, fortaleceu mais ainda a mensagem que o livro quer passar. Foi totalmente positivo e deveria ser repetida" (Amélia dos Santos d)
		"é um livro que todo mundo deveria ler e não somente no final da vida mas antes, pra aprender a viver..." (Zugaib d)
5. SUGESTÕES PARA OFICINA	MANTERIA A OFICINA	Não mudaria, achei legal da forma como ocorreu" (Zugaib d)
		"Eu não mudaria, achei muito boa a dinâmica de sentar com todo mundo e todo mundo ler..." (Nise da Silveira d)
		"O que talvez seria interessante, fosse expandir essa ideia, porque eu achei muito interessante essa leitura em grupo." (Lair Ribeiro d)
	MUDARIA A CARGA HORÁRIA	É... mudaria assim... o tempo, pra ser algo...um encontro a mais..." (Augusto Cury d)
		"O livro tem muitas informações, então as vezes, é necessário ler mais de uma vez, pra captar todas as mensagens... Então, que, de preferência, não levasse muito tempo entre os encontros pra não esfriar...." (Amélia dos Santos d)
		"Eu acho que um grupo um pouco maior seria mais proveitoso, um grupo de dez pessoas talvez por conta da própria leitura, para dividir o tempo de leitura, porque... é... chega um momento que realmente se torna cansativo não pelo desinteresse no que a gente tá lendo, mas fisicamente porque a gente passa horas lendo, então é cansativo, e... e acaba que... é... é normal a gente dispersar em alguns momentos" (Lair Ribeiro d)
	ACRESCENTARIA RODA DE CONVERSA/ DISCUSSÃO	"É uma ferramenta pra melhorar, com discussões sobre a leitura." (Augusto Cury d)
		"Eu acho que poderia ter roda de conversa ao final para as pessoas compartilharem suas experiências..." (Nise da Silveira d)
		"Após um filme ou leitura de um livro, fazer uma roda de conversa para as pessoas compartilharem as suas experiências e tentar fazer ...como se fosse uma ação um pouco terapêutica .... eu acho que seria bem interessante." (Nise da Silveira d)

FONTE: do autor da dissertação

#### 6.4 Considerações sobre os resultados

Durante a entrevista, observamos algumas reações dos participantes, além da fala propriamente dita que foi gravada. Decidimos relatar tais observações, além de transcrever as entrevistas.

Na categoria temática UM (sobre definição de morte, antes da oficina) observamos de maneira geral uma hesitação para responder por parte dos participantes, que expressaram a dificuldade em explicar ou definir a morte.

Nessa mesma categoria e definição, depois da oficina, comparativamente, algumas unidades de registros foram semelhantes; entretanto, os participantes estavam mais seguros para responder e, através das respostas, detectamos algumas mudanças quanto às concepções sobre a morte.

Na categoria temática DOIS (significado de morte digna, antes da oficina) sintetizamos o entendimento sobre morrer dignamente, da seguinte maneira: morrer sem sentir dor, sem ter obstinação em prolongar a vida a todo custo, ter assistência técnica e humanizada com profissionalismo, ou seja, bioeticamente traduzindo, os participantes relataram que promover uma morte digna seria praticar a ortotonásia e evitar a distanásia.

E quando comparamos com a mesma categoria temática DOIS no pós-oficina, as três primeiras unidades de registros foram semelhantes, com a ressalva de que o conteúdo se tornou mais denso após a leitura do livro, e mais amplo, a exemplo do acréscimo de mais três unidades de registro nessa categoria, que relacionavam o morrer com dignidade em: ter uma boa relação médico-paciente, ter autoconhecimento e autocontrole para cuidar do outro, exercitar o direito do paciente à informação e comunicação.

A categoria temática TRÊS (sobre a percepção dos acadêmicos quanto ao preparo durante a graduação para lidar com a morte) foi abordada somente antes da oficina com a intenção de percebermos como os participantes se sentiam naquele momento do curso. Coletamos as seguintes informações: de que o tema morte é pouco abordado (e quando abordado isso se dá de forma muito pontual, somente no início da graduação, em Humanidades Médicas, período ainda de imaturidade dos acadêmicos). Os alunos gostariam que o tema fosse mais transversal, para melhor

prepará-los para situações que já haviam passado, em que tiveram dificuldade para acompanhar o processo de morte-morrer de alguns pacientes.

Já a categoria temática TRÊS (correspondente à contribuição da oficina para formação acadêmica, abordada depois da oficina) foi separada por unidades de registro de modo que pudéssemos entender e interpretar de forma correta se os mecanismos ativados e despertados nos participantes da pesquisa foram ocasionados não somente pela leitura do livro, mas também pela forma como o livro foi lido (leitura compartilhada). Foi então, percebido, que tanto a metodologia quanto o teor da leitura contribuíram positivamente.

Após a reflexão dos participantes acerca da contribuição positiva da oficina na graduação, os mesmos se reportavam a categoria temática TRÊS (antes da oficina) quanto ao preparo para lidar com a morte e foram categóricos ao afirmar que estratégias semelhantes à oficina poderiam aprimorar a graduação, no sentido de abordar temas difíceis e polêmicos. E fizeram correlação com a própria graduação atual, sugerindo mais uma vez que o tema morte e morrer fosse mais discutido ao longo do curso.

Na categoria temática QUATRO (contribuição da arte na formação médica, abordada antes da oficina) a maioria afirmou que a arte é positiva e colaborativa. Ao passo disso, um participante se manifestou com hesitação, afirmando que só poderia opinar após participar da oficina proposta.

O testemunho dos participantes após a experiência da oficina de leitura literária compartilhada (categoria temática QUATRO – depois da oficina), corrobora as prévias suposições que eles tinham, além de ter surpreendido positivamente a maioria dos participantes.

Quando abordamos os acadêmicos quanto ao hábito de leitura (categoria temática CINCO) antes da oficina, as respostas foram diversificadas de regular a excelente, e mesmo explicando que a questão era somente para dar uma alternativa, a maioria tentou se justificar, dizendo que gostaria de ler mais, porém o curso de medicina ocupa muito tempo e que a maior parte da leitura é técnica. E quando perguntamos se aceitariam participar da oficina (categoria temática SEIS) os doze participantes da primeira etapa da metodologia aceitaram, entretanto, como já mencionado, somente cinco concluíram todas as etapas.

Ao final da entrevista pós-oficina, questionamos os participantes sobre o tipo da oficina (categoria temática CINCO) e todos disseram que não mudariam. Entretanto, quando solicitamos sugestões, eles se sentiram mais à vontade, de modo que deram opiniões tais como a extensão do tempo da oficina, com a ampliação do tempo para as discussões e a inclusão de uma roda de conversa mais demorada.

Diante do que analisamos, traçaremos um paralelo com o referencial teórico, a fim de compreendermos se as categorias temáticas e unidades de registro encontradas corresponderam aos objetivos da nossa pesquisa.

## 7 DISCUSSÃO

Ao iniciarmos a discussão dos nossos resultados, gostaríamos de apresentar os depoimentos de Guimarães Rosa, cuja essência retrata a temática da nossa pesquisa.

João Guimarães Rosa, foi um escritor, diplomata, novelista, romancista, contista e médico brasileiro, considerado por muitos o maior escritor brasileiro do século XX e um dos maiores de todos os tempos, com destaque mundial.

A percepção dele sobre as duas faces da Medicina – a massa teórica e a performance – é algo sutil. Ele mencionou que para a maioria, o núcleo da Medicina é o corpo de conhecimento teórico que a fundamenta, e são poucos os que percebem que apesar dessa enorme e indispensável base teórica, o ato médico é, a exemplo do trabalho de um ator, um destilado puro de performance, na mais precisa e profunda acepção do termo: exercício de atuar, de desempenhar. Essa análise feita por ele continua sendo atual e precisa ser pensada.

Ele revelou que a prática médica não era “a sua praia”: “Não nasci para isso, penso [...] Primeiramente, repugna-me qualquer trabalho material - só posso agir satisfeito no terreno das teorias, dos textos, do raciocínio puro, dos subjetivismos. Sou um jogador de xadrez...” (Testemunho do escritor João Guimarães Rosa, citado por Goulart, 2011)

Essa autoanálise consciente, exemplifica um exercício que todos os médicos deveriam fazer na sua vida profissional, pois contribuiria para o aprimoramento de algumas habilidades, como conhecer a si próprio e possivelmente melhorar a qualidade da relação médico-paciente, tão desejada nos tempos de hoje.

Além disso, Guimarães Rosa, diante de sua profissão e diversas atuações, conseguiu falar sobre a Morte, os dilemas e desafios revelados por esse tema e que inevitavelmente surgem e poderão surgir ao longo da nossa vida pessoal e profissional:

“Sim, fui médico, rebelde, soldado. Foram etapas importantes de minha vida, e, a rigor, esta sucessão constitui um paradoxo. Como médico conheci o valor místico do sofrimento; como rebelde, o valor da consciência; como soldado, o valor da proximidade da morte... [...] estas três experiências formaram até agora meu mundo interior...” (Testemunho do escritor João Guimarães Rosa, interpretado por LORENZ, 1983)

Alguns dias antes de morrer, Guimarães Rosa decidiu, depois de quatro anos de adiamento, por medo da emoção que poderia lhe acometer, assumir a cadeira na Academia Brasileira de Letras. Ainda que risse do pressentimento, afirmou no discurso de posse: "...a gente morre é para provar que viveu." (Testemunho do escritor João Guimarães Rosa, interpretado por MACEDO, 1996).

Enquanto médico, fez o seguinte testemunho acerca do tipo de leitura que a Medicina impõe e a resistência em se fazer leitura não-técnica:

"Fui exercer a Medicina, durante dois anos, em Itaguara (Itaúna). Só lia Medicina. Naquele tempo, quando eu tinha que atender a doentes, montado a cavalo, longe, achava que qualquer coisa que eu lesse fora da Medicina me enfraquecia. Devorava tudo com angústia, voracidade. Se ao atender um doente eu tivesse lido um jornal ou qualquer coisa não médica, tinha uma impressão de falta, enfraquecimento. Eu não podia aceitar, por exemplo, que doente meu morresse!" (Testemunho do escritor João Guimarães Rosa, em entrevista ao amigo Pedro Bloch)

Em contrapartida, como escritor, se posicionou em favor da arte, e à sua maneira, incentivou o interesse pela leitura, e que esta fosse realizada de forma habitual e prazerosa:

"Quero que a minha obra se imponha sozinha. O livro deve ser vendido como toucinho, manteiga. Nunca quis ajuda de pessoas amigas para os meus livros. Deve ser coisa impessoal. A prova da arte é vender-se por si. Eu não crio facilidade, crio dificuldade. Só acredito no eterno..." (Testemunho do escritor João Guimarães Rosa, em entrevista ao amigo Pedro Bloch)

"Quando vim para a cidade grande, respirei ao ver que a gente não conhece o condutor nem o vizinho. A cidade grande desumaniza... mas depois, humaniza num plano mais alto. Detesto o cotidiano. Pra mim é um suplício comer, fazer a barba, vestir. O todo-dia é um inferno. Não leio jornal na hora. Jornal é angústia concentrada. Só leio matutino à noite ... pra dar distância. Vivo para uma coisa maior, um vir-a-ser de uma natureza diferente. A arte permite isso. Permite essa transformação. Por mim os livros não deviam nem trazer nome do autor. O autor devia ser um mistério." (Testemunho do escritor João Guimarães Rosa, em entrevista ao amigo Pedro Bloch)

A discussão empreendida traduzirá o percurso por nós vivenciado durante essa pesquisa, que teve por objetivo analisar a contribuição da oficina de leitura literária para a promoção da sensibilização dos acadêmicos acerca da morte-morrer, contribuindo para a formação humanística no cenário da graduação em Medicina. Faremos uma recapitulação da metodologia da pesquisa, de forma bem sintetizada, a fim de facilitar a compreensão do leitor.

Inicialmente empreendemos uma busca por artigos na literatura publicados nos últimos vinte anos, com os seguintes descritores: Educação Médica; Morte; Humanização; Literatura, que retratassem a temática *Morte* na graduação médica. Selecionamos quarenta e seis artigos condizentes com o tema abordado na pesquisa (APÊNDICE D), tais como: os aspectos psicossociais da formação médica e a reflexão por parte dos acadêmicos de medicina diante do processo de morte e morrer; questões sobre a relação médico-paciente perante o processo de morte; discussões sobre o papel da educação médica no preparo dos alunos para a vivência dessas situações; e um breve resumo dos principais tópicos abordados.

Adotamos a entrevista semiestruturada, conforme concebida por Minayo (2012), como método para a implementação da pesquisa. Tal metodologia, segundo Duarte (2004), permite a coleta singularizada, ou seja, a obtenção de relatos que narram a experiência do fenômeno tal como o sujeito o vivencia. Isto significa dizer que tal narrativa é contextualizada pelo tempo histórico e pelo meio sociocultural em que está inserida. Esse tipo de entrevista se mostrou perfeitamente coerente com o nosso objeto de estudo, pois permitiu uma aproximação com o universo simbólico dos participantes envolvidos sobre a temática *Morte* e morrer, além de manter a nossa presença consciente e atuante enquanto pesquisadoras, no processo de coleta das informações. Ao optarmos pela oficina de leitura literária compartilhada, partimos do pressuposto que ela seria bem-sucedida para implementar a integração entre os acadêmicos e entre os acadêmicos e os professores, pois através do ato de *ler junto*, promove-se, além da convivência, o aprimoramento da escuta de si e do outro, bem como da paciência, da atenção e da capacidade crítico-reflexiva sobre as semelhanças e diferenças que nos aproximam ou afastam do grupo.

Embora esperássemos mais acadêmicos para a realização da oficina, para a coleta de dados e posterior transcrição, optamos por iniciá-la com cinco acadêmicos interessados. Esse fechamento amostral foi determinado pelo prazo que havia sido estipulado (e expirado) para o comparecimento de novos participantes.

A oficina ocorreu após várias tentativas de reunir o grupo no CESUPA. Marcamos o primeiro encontro, que aconteceu a despeito de um fenômeno natural que ocasionou um *blackout* na Universidade e a consequente transferência do encontro para outro local (casa de uma participante). Essa atitude dos participantes por manter o primeiro encontro da oficina, aumentou a nossa motivação e

impulsionou a seguinte reflexão: tendenciosamente, caracterizamos os acadêmicos como resistentes a algumas propostas, por outro lado, também percebemos o interesse demonstrados através de atitudes concretas, tais como a descrita. Essa ambivalência talvez sempre se faça presente em processos que confrontam o sujeito com a possibilidade de mudanças, o que nos leva a supor a necessidade em se criar oportunidades para que esses acadêmicos possam ter novas experiências, principalmente através de atividades inovadoras que os envolvam com expressões artísticas.

O grupo *Humanidades, Medicina e Arte* da Universidade Estácio de Sá, assim como outros grupos criados em outras universidades, representa essa possibilidade de transformação, em que a realidade dos cursos de graduação em Medicina sofre a interferência positiva e significativas, tanto quanto transformadora, no que diz respeito à prática médica e à metodologia de ensino e aprendizagem. Acreditando nisso, mantivemos e promovemos a oficina em dois encontros, conforme inicialmente preconizado no projeto.

Os participantes apresentavam uma afinidade pelas artes, o que contribuiu para o interesse pela Oficina de Leitura Literária; além disso, outras situações contribuíram: a temática proposta (*Morte e Morrer*), porque seria abordada de forma diferenciada em um espaço onde promoveríamos o encontro da literatura com a Medicina, e também a lacuna percebida pelos acadêmicos com relação ao tema na graduação.

Sobre estes aspectos, destacamos as seguintes falas:

“eu estou no internato e a gente não tá lidando muito com relação a isso (processo de morte).” (Amélia dos Santos a); “eu percebi que durante o curso se fala pouco sobre a morte” (Augusto Cury a); “não é tema abordado na nossa formação” (Augusto Cury a); “Por hora, eu acredito que a gente ainda é muito deficiente nesse ponto, pelo menos na graduação.” (Lair Ribeiro a).

A leitura compartilhada que fizemos do livro *A Morte é um dia que vale a pena viver*, durante a oficina, despertou uma forte carga empática, segundo os relatos dos próprios participantes, que claramente se identificaram com a narrativa – além de ter evocado questões, reflexões e discussões propícias ao tema proposto, como veremos através de outros testemunhos, mais adiante.

Com o objetivo de aperfeiçoar e estimular novas habilidades entre os acadêmicos, realizamos a oficina de leitura literária compartilhada para que, através do ato de *ler junto*, fossem ampliadas algumas experiências subjetivas nos futuros profissionais médicos, tais como a da interpretação, a possibilidade de mudanças de perspectivas quanto a maneira de ver e escutar (um paciente), de ressignificarem certas ideias preconcebidas ou experiências anteriores, fazendo-os repensar em suas atitudes. Isso se aplica aos relacionamentos interpessoais e interprofissionais, ou seja, na relação acadêmico/médico-paciente-família-equipe multiprofissional-professor.

Durante os dois encontros, tivemos a oportunidade de observar algumas reações inerentes ao teor da leitura, como gestos simples de um balançar de cabeça, seriedade, sorriso, gargalhadas, inconformismo, o que nos fala a favor das sensações e expressões percebidas por outros estudos que também utilizaram a estratégia literária no contexto de ensino-aprendizagem e que afirmam em dizer que a literatura possibilita a compreensão e expressão dos próprios sentimentos e contribui para a aprendizagem e formação humanística (BITTAR, Y; SOUSA, M. A. S; GALLIAN, D. M. C. 2103):

“a leitura, assim como uma pintura, uma música, são maneiras de se expressar... maneiras de trabalhar um tema, e que falta muito para os estudantes de medicina de maneira geral e para os médicos já formados...”  
(Nise da Silveira **d**)

Também observamos reações e atitudes relacionadas à dinâmica realizada (leitura compartilhada), como o entusiasmo em ler em voz alta, a apropriação do texto, as facilidades e dificuldades gramaticais, o cansaço e as distrações. De maneira geral, a repercussão foi positiva, com algumas ressalvas:

“Foi interessante... é diferente do que você ler um livro sozinho. Você está em um ambiente calmo e específico, onde as pessoas acabam lendo em voz alta e você está ali prestando atenção, não tem distração nenhuma, então é positivo.” (Amélia dos Santos **d**);

“chega um momento que realmente se torna cansativo não pelo desinteresse no que se está lendo, mas fisicamente porque a gente passa horas lendo, então acaba que... é normal a gente dispersar em alguns momentos” (Lair Ribeiro **d**).

Após vivenciarmos a oficina de leitura literária e transcrevermos as entrevistas, consideramos todos os relatos fundamentais como forma de mantermos e até mesmo aprimorarmos a estratégia proposta. A seguir, faremos uma análise dos resultados já demonstrados, contextualizando-os com o referencial teórico relacionado ao tema da nossa pesquisa.

As mudanças ocorridas no setor da saúde e da educação promovem possibilidades por se recriar o cenário na graduação, com a adoção de uma formação dinâmica e de viés inovador para os profissionais da área da saúde. A exemplo disso, destacamos a importância da transversalidade, enquanto forma didática que possibilita, na prática educativa, a correlação entre os conhecimentos teoricamente sistematizados às questões práticas, através de “temas transversais”, considerados interessantes e fundamentais, integradas aos conteúdos convencionais ao longo da graduação, que também consideramos imprescindíveis no processo de ensino-aprendizagem.

Os participantes da pesquisa relataram que se as Humanidades Médicas estivessem presentes ao longo do curso, tal oportunidade possibilitaria um número maior de reflexões, com o acréscimo de sua qualidade e um melhor preparo diante de situações práticas, como o lidar com a morte do paciente, um dos tópicos pesquisados. Pois, segundo esses acadêmicos, há uma ligação precária entre teoria e prática diante dessa temática, assim como constatado nos estudos de JANAUDIS, BOSCO VACHI, GONZÁLEZ BLASCO (2018); SARTORI e BATTISTEL (2017).

“Somente nos primeiros dois semestres fala-se pontualmente algo sobre a Morte. Eu estou no internato e a gente não tá lidando muito com relação a isso. Então, eu vejo que falta um pouco de atenção pra essa parte.” (Amélia dos Santos **a**); “Se for parar pra pensar a gente teve momentos pontuais durante esses nove semestres que eu me encontro que a gente falou sobre isso abertamente, de uma forma clara...” (Lair Ribeiro **a**); “Eu creio que é uma coisa que eu tenho que aprender a lidar mais...” (Nise da Silveira **a**)

Enfatizamos a importância de modelos pedagógicos para o auxílio dos cursos de Medicina em se fundamentarem conforme o paradigma que ele adote; assim, a transversalidade e a integralidade entre os saberes implicados na construção do conhecimento procura entrelaçar as dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual do ser humano, em todos os momentos do curso. Essa

prerrogativa pressupõe a utilização de práticas inovadoras, mudanças de atitude e de postura nos diferentes cenários de cuidado à saúde (LIMA et al, 2013; GONZE; SILVA, 2011). A integralidade e a humanização precisam caminhar juntas durante o processo de formação. Da mesma forma que “só se ensina e se aprende a cuidar cuidando”, “só se ensina integralidade exercendo-a” (ESPERIDIÃO; MUNARI, 2004; LIMA et al, 2013; MATTOS, 2004). Percebemos, através de alguns relatos que a oficina nos proporcionou conhecer, modificações de certos conceitos pré-estabelecidos, tornados *à posteriori* mais abrangentes e admitidos sob o enfoque de uma visão mais holística, a exemplo da definição de *Morte* antes e depois da oficina, como mostrado abaixo esse comparativo entre os mesmos participantes.

“A morte é um processo natural e todos vão chegar a esse fim” (Amélia dos Santos a); “A oficina mudou totalmente a minha visão sobre a morte. O processo da morte em si, foi sempre muito negligenciado por todos os seres humanos, não falo na formação acadêmica, mas as pessoas não conversam sobre a morte, as pessoas não conversam sobre o desejo delas naquele momento, não conversam se pretendem ou não fazer doação de órgãos, por exemplo, porque elas não estão vivendo, preparando para o momento que é certo pra todos” (Amélia dos Santos d); “..... é inevitável ...” (Zugaib a); “esse assunto morte é importante, e através dessa leitura, compreendi que a morte também é individualizada e precisa ser tratada com humanização” (Zugaib d)

Na sociedade contemporânea, os valores humanísticos, as virtudes e os comportamentos aprendidos parecem terem sido deslocados para um segundo plano, voltando-se o olhar mais para a doença do que para o doente (DOUKAS; McCULLOUGH, 2010; JANAUDIS; VACHI; BLASCO 2018). Assim, a formação que deveria ser integralizada passou a ser fragmentada. Os participantes da pesquisa mencionaram sobre essa perda da visão integral e humanizada, uma vez que o preparo acadêmico é voltado bem mais para o tecnicismo.

“Durante o processo de morte não é somente envolver a pessoa de tecnologias para permanecê-la viva, mas sim usar maneiras que ela se sinta acolhida e que tenha uma partida digna.” (Nise da Silveira a); “Mais importante do que ter todo o aparato tecnológico, estar em uma cama de hospital sem o apoio adequado, seria proporcionar dignidade pra pessoa até o momento de morrer.” (Nise

da Silveira a); “A gente fala muito de medicamentos na faculdade, mas não é só isso, é também dar o suporte humanizado.” (Lair Ribeiro a)

O avanço tecnológico é inevitável e necessário, assim como o resgate pela essência da medicina, não tão somente como área de conhecimento técnico, como também, a área de conhecimento que permite se relacionar com o ser humano em todas as etapas da vida. A *Morte* e o ato de morrer são condições presentes na prática dos profissionais de saúde. Neste contexto, o acadêmico de Medicina, dentro da sua formação, aprende a comprometer-se com a vida e a morte de pacientes, o que pode ocasionar sentimentos negativos e angústias diante da fragilidade da condição humana, como demonstrado por alguns estudos (SANTOS; LINS; MENEZES, 2018; CAMARGO et al, 2015).

Além disso, observamos em nossa pesquisa o mesmo teor descrito em alguns estudos: o relato dos acadêmicos sobre a falta de preparo, o sentimento de frustração diante do processo da morte e as dificuldades em aceitar a finitude da vida, diante de tanto aparato tecnológico.

Os princípios da Bioética foram mencionados nos estudos que analisamos e sugeridos pelos participantes da pesquisa, através dos seguintes relatos: respeitar a vontade do paciente (por isso a importância das diretivas antecipadas de vontade); o cuidado para não realizar tratamento obstinado (ou seja, evitar distanásia); realizar medidas de conforto sem prolongar a vida (promover a ortotanásia); prezar por uma boa relação médico-paciente e uma formação de qualidade.

As atitudes bioéticas devem ser repassadas, praticadas, ou pelo menos exemplificadas durante a graduação, cujo ensino promova a inclusão do acadêmico como corresponsável na aquisição de saberes e que promova oportunidades para tais reflexões.

Acreditamos no êxito do processo de ensino-aprendizagem por meio de reformulações nos modelos de ensino, como a educação dos sentidos, proposta por Stange e McWhinney (2000), que realizaram uma alteração no modelo dos quatro quadrantes do ensino médico, que de maneira geral prioriza o conhecimento da doença (quadrante quatro), do meio social (quadrante três), do paciente (quadrante dois) e por fim, a figura do médico ou do estudante/futuro profissional (quadrante um). A reformulação teve como proposta uma integração do conhecimento médico no centro desses quadrantes, onde se buscaria um equilíbrio na distribuição

curricular, de forma a contemplar tanto o conhecimento técnico como o aprendizado sobre as relações humanas, cuja prioridade recai sobre um ensino centrado no acadêmico (quadrante um), através de mais estímulo ao autoconhecimento, à autorreflexão, através das humanidades médicas e de seus recursos, partindo-se do pressuposto de que para conhecer e ajudar alguém, deve-se antes, conhecer-se a si mesmo. No estudo de Azeredo; Rocha; Carvalho (2011) a exemplo da nossa pesquisa, os estudantes perceberam quão importante é reconhecer a humanidade dentro de si próprios para poder reconhecê-la no outro:

“O livro me mostrou que para ajudar o paciente a lidar com os sentimentos de angustia no fim da vida, eu tenho que ter o conhecimento de mim primeiro e estar preparada também, pra não levar comigo esses sentimentos” (Augusto Cury **d**); “A autora colocou muito bem que para cuidar dos outros, a gente tem que estar bem e se sentir bem!” (Nise da Silveira **d**)

Esse modelo didático representado pela oficina que realizamos se aplica às metodologias ativas, que tem como um dos objetivos a construção formativa do acadêmico a partir de seus conhecimentos prévios. Entretanto, tal metodologia ainda não é uma realidade geral em nosso país, como constatamos nos estudos de Calasans et al (2014); Sartori; Battistel (2017), que apesar da busca por um aprimoramento, ainda percebem-se resistências em modificar o ensino tradicional, com ausência de espaços para reflexões coletivas, pouca aplicabilidade prática, além da falta de preparo dos docentes e preceptores. Há também uma falta de atenção e acolhimento para os acadêmicos, preconizado pelas Diretrizes Nacionais. Já na pesquisa que desenvolvemos, em que os participantes estão inseridos na metodologia ativa de ensino, é reconhecido o efeito benéfico e a formação diferenciada que estes têm recebido, por praticarem trabalhos de campo desde o início da graduação, por se sentirem bem acolhidos por seus mestres, embora ainda sintam falta de um maior espaço/tempo para discussões com teor mais humanístico, para o devido preparo diante de alguns temas difíceis, como por exemplo, o abordado na pesquisa (*Morte*).

“... até então, que eu me lembre, não teve nada na faculdade que abordasse o tema morte... talvez nas aulas de humanidades que foram bem no início da graduação” (Zugaib **a**); “...são poucos professores que conseguem encarar o tema morte de uma forma tranquila ou de uma forma

aberta...e a gente não discute muito esse assunto”. (Lair Ribeiro **a**); “... para a morte em si a gente não foi tão preparado. Não tem preparo suficiente nem pra gente lidar com o paciente adequadamente, muito menos pra gente lidar com a morte do paciente” (Augusto Cury **a**)

Entendemos que mesmo em escolas médicas onde estejam aplicadas metodologias ativas para o aprendizado, ainda existem importantes lacunas a serem preenchidas ou redimensionadas, principalmente no que concerne aos temas que podem ser trabalhados através de uma estratégia diferenciada, com potencial de sensibilizar os acadêmicos. Diante dessa compreensão, nós nos apoiamos em alguns pesquisadores (GIORDANO, 2010; BITTAR; SOUSA; GALLIAN, 2013), no campo das Humanidades Médicas e em alguns estudos que demonstraram a maneira pela qual a Medicina, as Artes e as Humanidades misturam-se e historicamente estão profundamente interrelacionadas. Segundo Silva (2013), os fatos ocorridos ao longo do tempo sempre foram registrados e perpetuados através da *Arte*, como a linguagem e a leitura literária. Estas deveriam estar mais frequentemente presentes nas salas de aula, pois fazem parte da educação emocional, da educação humana.

Observamos a importância atribuída à literatura, quando os participantes da pesquisa traçaram paralelos entre os assuntos abordados no livro e situações vividas em seu cotidiano, quando relataram as sensações e a empatia por elas geradas, em que a atitude humanística, muito discutida e desejável no profissional de saúde, parece ter sido favoravelmente estimulada pela oficina empreendida:

“Durante a leitura do livro, naquele momento, que fala que o corpo é sagrado, me fez pensar como abordamos os pacientes, o cuidado para cobrir genitais, ao introduzir uma sonda, tudo isso é importante ser pensado ao tocar um paciente...” (Zugaib **d**); “Muito mais do que abordar o processo da morte, a autora conseguiu traçar um paralelo sobre como estamos vivendo... a gente está fazendo valer a pena?... a gente tem a consciência de que a morte vai chegar?... a gente está sabendo aproveitar o tempo que antecede esse momento?” (Amélia dos Santos **d**); “Eu penso muito como a autora colocou... que temos que estar bem para cuidar dos outros” (Nise da Silveira **d**); “Tiveram muitos momentos durante a oficina, que eu parei e me vi em muitas situações citadas no livro...acho que a gente precisa dissociar o profissional do pessoal ... é muito difícil... a gente é ser humano, acaba que as coisas vão se misturando” (Lair Ribeiro **d**)

Sabemos que *ler* é uma atividade de produção de sentidos e a leitura literária faz muita diferença no processo de desenvolvimento cognitivo, permitindo a organização das ideias e dos sentimentos, a agilidade e a precisão diante de estímulos e propostas, além de estimular variados mecanismos de compreensão. Quando temos a possibilidade de experienciar uma situação de leitura criativamente, como a da oficina de leitura literária, passamos a perceber com mais clareza a capacidade que a leitura tem para o desenvolvimento inter e intrapessoal, além de ser uma experiência impactante e cativante. Como destacado por FRANTZ, 2011; JOUVE, 2012, quanto mais se identificar com o texto, muito provavelmente mais o leitor progredirá na sua leitura simbólica do mundo:

“Ler me faz entender, me faz raciocinar de uma forma muito diferente” (Amélia dos Santos **a**); “É um livro que todo mundo deveria ler e não somente no final da vida, mas antes, pra aprender a viver...” (Zugaib **d**); “O livro narra sobre uma médica que não se acostumou com o processo da morte como sendo algo extremamente obscuro, doloroso, e buscou maneiras de se sensibilizar durante a formação dela, que serve totalmente de exemplo para a gente...” (Amélia dos Santos **d**)

A capacidade de formular, de encontrar a palavra que expresse os conteúdos afetivos e subjetivos é um dos elementos fundamentais no processo de humanização, na medida em que a linguagem expressa permite a ponderação, a argumentação e o estabelecimento de uma necessária ponte entre conteúdo e forma, entre o afeto e o conhecimento, entre a teoria e a prática (BITTAR; SOUSA; GALLIAN, 2013). Assim, percebemos, a exemplo do Labhum-UNIFESP, em que um dos participantes relatou: “É a literatura que nos dá palavras para exprimir sentimentos que estão em nós, e nem sequer sabíamos sentir, pois não conhecíamos termos para os definir” (BITTAR; SOUSA; GALLIAN, 2013, p.38).

De forma semelhante, alguns participantes da nossa pesquisa demonstraram dificuldades para alguns questionamentos e definições.

“Ai, é difícil né? De...definir, porque tem vários aspectos que tu podes olhar a morte...” (Nise da Silveira **d**); “defino a morte como uma etapa que todos nós vamos passar e alguns podem definir como fim...não sou tão fluente no falar e eu acredito que...é isso por enquanto...” (Zugaib **a**)

Acreditamos que tais dificuldades expressivas podem ser amenizadas através de boas abordagens sobre a comunicação, com o desenvolvimento crescente da competência narrativa, seja através das artes ou de outras estratégias que potencializem essa habilidade. A descoberta da literatura como uma das formas de prazer caracteriza a experiência pessoal em que o leitor é capaz de sair de si mesmo para poder enxergar o outro; certamente este é um dos efeitos mais ressaltados na experiência do LabHum e das experiências até então existentes nesse âmbito. O impacto na mudança da relação entre o profissional da saúde, o estudante e o paciente, é um importante aspecto que leva potencialmente às mudanças de atitudes.

Uma abordagem particular da leitura e compartilhamento da leitura de obras clássicas da literatura universal (ou de narrativas clínicas), é uma oportunidade de ampliação do ser, na medida em que se apresenta como a construção do processo de humanização e de aprimoramento de habilidades e competências subjetivas. Segundo Manguel (2001), reunir-se para ouvir alguém ler era comum e necessário na Idade Média. A alfabetização era rara e os livros eram de propriedade dos ricos, privilégio de um pequeno grupo de leitores. Era difícil as pessoas terem acesso ao livro, o máximo que conseguiam era ouvir o texto recitado ou lido em voz alta, uma vez que as narrativas orais eram francamente estimuladas e o ato de contar histórias praticado com a mesma frequência e facilidade que o ato de escutar histórias.

A leitura historicamente tem uma grande inserção nas relações sociais: ler em voz alta não é um ato privado, a escolha do material de leitura deve ser socialmente aceitável tanto para o leitor como para o público. A leitura compartilhada implica neste acordo entre quem lê e quem ouve. Apesar do ato de ouvir privar parte da liberdade inerente ao ato de ler, ele dá ao texto uma certa versatilidade (de sentido e de unidade no tempo) e uma existência no espaço que raramente ele teria nas mãos de um leitor solitário (MANGUEL, 2001). De acordo também com essa afirmativa foi que nos propusemos a desenvolver a oficina de leitura literária de maneira compartilhada, o que sem dúvida nos promoveu uma experiência diferenciada, pois, além de pesquisadores, também nos sentimos como participantes ao partilharmos da leitura com o grupo (além da possibilidade de observarmos a dinâmica em si, as ações e reações dos participantes).

Entendemos a oficina de leitura literária compartilhada como uma fecunda e poderosa ferramenta para o aprimoramento das habilidades humanísticas, além de um espaço de revisão do olhar para o outro, de ampliação de horizontes; uma chance para a prática e para a reflexão ética sobre a vida e sobre a morte. E mais do que a simples leitura individual, os participantes da nossa pesquisa, à semelhança do que ocorre no Labhum e em outros Laboratórios dedicados ao desenvolvimento das habilidades humanísticas, destacaram a importância dessa vivência como um exercício de expressão e escuta, dinâmico e vivo:

“Se a gente tivesse lendo o livro sozinho, muitas das vezes a gente estaria lendo em silêncio e o estímulo não seria tanto quanto a gente lendo em voz alta e também ouvindo outras vozes, outros timbres” (Zugaib **d**); “Muitos sentimentos aparecem durante a leitura do livro, e da maneira como foi, ainda consegui ver pessoas se emocionarem durante a leitura.” (Augusto Cury **d**)

Entretanto, a leitura compartilhada, apesar das qualidades e das pesquisas que assinalam o seu papel fundamental na aquisição da autonomia para a leitura individual realizada solitariamente, ainda não é destaque na organização curricular. A discussão guiada por tutores/mentores, sobre uma obra de arte ou de literatura, oferece a possibilidade de se trabalhar em equipe de saúde importantes dilemas psicossociais, como uma doença terminal, o aborto, a eutanásia, a medicalização e mercantilização da vida e da medicina, além de possibilitar que os estudantes de Medicina percebam o potencial das artes como uma maneira deles virem expressar as suas emoções (SOUSA; GALIAN; MACIEL, 2012), melhorando o seu raciocínio e dando maior coerência ao seu modo de agir em sociedade. Alguns acadêmicos participantes da pesquisa fizeram tal correlação:

“Uma vez eu fui a uma sessão de cinema que era o filme “Réquiem para o sonho” em que ele aborda sobre a questão das drogas, e foi muito interessante observar as pessoas no início do filme e depois... as pessoas mudam... então o tipo de arte e tema utilizados pode ser variado” (Nise da Silveira **d**); “Se eu tivesse tido essa formação com a arte... medicina com a arte... quem sabe assim, eu teria formado uma conscientização, uma base melhor pra lidar com a vida e com a morte.” (Augusto Cury **a**); “A arte ajudaria no preparo emocional para lidar com desfechos que você não tem como mudar” (Augusto Cury **a**); “Existem umas terapias alternativas que levam em consideração a arte, a musicoterapia, por exemplo” (Lair Ribeiro **a**)

Através dos estudos que nos inspiraram, constatamos que a leitura e a discussão de clássicos da literatura universal podem contribuir para o processo da formação humanística, mesmo em um contexto acadêmico estritamente tecnicista, pois a leitura literária torna possível a promoção de um espaço de reencontro com a singularidade e com a alteridade (BITTAR; SOUSA; GALLIAN, 2013). Em nossa pesquisa, pudemos perceber algo semelhante através de alguns relatos:

“... isso seria uma forma bem gostosa de aprender sobre qualquer assunto” (Zugaib **d**); “... essa oficina serviu para reforçar algumas coisas que eu já tinha em mente... para refletir sobre outras coisas que eu pensava, foi uma maneira de ampliar meus horizontes em relação ao tema da oficina e a mim mesma” (Nise da Silveira **d**); “...eu consegui rever e repensar algumas coisas, e também, sedimentar mesmo... entendi que estou no caminho certo, melhorando... Foi uma experiência muito boa.” (Lair Ribeiro **d**)

Em Liverpool, os estudantes de medicina, ao terem contato com várias formas de artes e/ou com as Humanidades Médicas, tiveram impressões semelhantes aos estudos por nós anteriormente descritos. Eles perceberam que suas habilidades de apresentação e comunicação melhoraram e que através das Artes e da Literatura eles conseguiam sair da rotina tradicional (SOUSA; GALIAN; MACIEL, 2012).

Somos a favor da *Arte* integrada à Medicina, pois ela permite o trabalho de várias facetas promotoras de sensibilização, humanização, capacidade crítico-reflexiva e conseqüente aprimoramento de competências e habilidades humanísticas. Através de interpretações de narrativas, a exemplo do projeto da Universidade Estácio de Sá (MALLET; ANDRADE; PEREIRA, 2014), ocorrem ainda a ampliação da curiosidade do estudante e da compreensão das histórias de vida dos seus pacientes, com a melhoria quanto à interpretação de suas doenças e habilidade para a elaboração e condução de uma boa anamnese, o que seria, simplesmente, a tarefa clínica de verdadeiramente escutar a narrativa do paciente; escutá-lo de forma ativa, sobre o seu sofrimento, de maneira tal que a se torna possível traduzir em palavras aquilo que até então se manifestou através da doença, para aquele paciente e para a sua família. Sabemos que há uma fragilidade na Medicina atual quanto à criação das tradicionais e efetivas anamneses médicas, pois a comunicação entre as pessoas parece atravessar um momento de crise. Como

sugestão dos acadêmicos, tanto nos estudos analisados quanto em nossa pesquisa, é importante que se estimule uma aproximação real das Artes ao processo de ensino-aprendizagem médicos, durante e após a graduação, como forma de trabalho psíquico e elaborativo, que gera autorreflexões e conscientizações junto aos pacientes e à equipe de saúde:

“... pensei, de repente, fazer atividades parecidas com meus pacientes porque eu já tinha lido muito sobre cinema, como estratégia de permitir reflexões... e sobre a leitura (arte) já tinha lido algo a respeito e achei muito interessante, comigo funcionou... então espero que funcione com outras pessoas também.” (Nise da Silveira **d**); “... esse tipo de oficina poderia auxiliar no modo de agir... saber o que falar para o paciente, para os familiares” (Nise da Silveira **d**); “...só uma conversa já melhora muito ... os pacientes às vezes têm essa ansiedade de falar sobre algumas coisas que de repente os estão afligindo, e eu acho que o médico pode proporcionar essa escuta para os pacientes, não só perto da morte, mas também em qualquer situação” (Nise da Silveira **d**); “...vai além daquilo que nós como profissionais de medicina escolhemos o que pode ser melhor para o paciente... é preciso ouvi-lo” (Amélia dos Santos **d**); “... ao ler o livro, tem uma passagem que me chamou atenção sobre a importância de conversar com o paciente na cabeceira, saber se está tudo bem, ou seja, fazer o paciente se sentir cuidado” (Zugaib **d**)

As narrativas literárias são de suma importância, como afirma Deleuze (2016), pois se fizermos uma correlação com as narrativas médicas, o enfermo é um narrador, cujas experiências, narradas, não podem ser apenas um material para coleta de dados. Um profissional de saúde, com escuta ativa e atenta, que demonstre empatia e interesse pelo seu paciente, já está promovendo o cuidado e certos “efeitos curativos”. Propiciar a existência de contextos promotores da fala é tarefa importante na formação em Medicina, enquanto exercício de construção da relação médico-paciente eticamente correta e desejada.

Estamos de acordo com alguns autores (SANTOS, 2015; SOUSA; GALLIAN; MACIEL, 2012), quando mencionam que o ensino das humanidades durante a graduação de medicina deve ser empregado, com a discussão de casos, dramatizações, recursos audiovisuais, cinema e literatura que proporcionem reflexões sobre as relações humanas. Decorre disto o desenvolvimento das habilidades clínicas do estudante, como as capacidades de observação,

interpretação, imaginação clínica e até mesmo a fluência linguística, além de uma integração e discussão dos saberes que promove a competência moral e a habilidade empática do futuro médico.

Os participantes da pesquisa levantaram algumas questões relevantes, tais como, a necessidade do ensino das humanidades acontecer de maneira transversal, com a justificativa de que eles se sentem ainda imaturos para uma reflexão mais profunda no início da graduação e que se as discussões de temas humanísticos fossem ocorrendo ao longo do curso, o aproveitamento poderia ser maior e mais duradouro.

O ser humano que se encontra fragilizado pela dor, pela ameaça de morte e pelas perdas, necessita do acolhimento de alguém que o escute e observe com empatia. Estas atitudes, segundo os pacientes, fazem parte de um atendimento humanizado. Mas, diante do processo de morte-morrer são deflagradas, em profissionais e acadêmicos de Medicina, situações de insegurança, emoções, próprias e alheias, que geram dificuldades para o acolhimento de tais casos. Entendemos como urgente a necessidade de criação de espaços para que os acadêmicos possam elaborar as suas questões e reflexões, sobretudo as de difícil abordagem, onde haja troca de experiências com os colegas e seus pares. Essa demanda foi relatada pelos participantes quando sugeriram que a oficina realizada fosse reproduzida, porém com mais tempo para as discussões pela leitura compartilhada suscitada:

“Eu acho que poderia ter roda de conversa ao final para as pessoas compartilharem suas experiências...” (Nise da Silveira **d**); “Após um filme ou leitura de um livro, fazer uma roda de conversa para as pessoas compartilharem as suas experiências e tentar fazer ...como se fosse uma ação um pouco terapêutica .... eu acho que seria bem interessante.” (Nise da Silveira **d**); “Sugiro momentos posteriores para discussão.” (Lair Ribeiro **d**); “Poderia ter um debate, vamos dizer, uma intervenção naquele momento, a gente vê que pessoas se emocionam na hora da leitura do livro, e aí, dá vontade de tentar saber e... tentar ajudar o colega” (Augusto Cury **d**)

Diante da nossa trajetória, deparamo-nos com emoções por vezes deflagradas diante de algumas situações conflituosas, que independem da nossa capacidade profissional mas que poderiam ser trabalhadas através de uma rede de

apoio ou de estratégias que contribuíssem para a continuidade de uma formação acadêmica mais ampla, em que o futuro profissional tenha a chance de desenvolver, além da capacidade técnica, as habilidades humanísticas mais prementes para o exercício da medicina, da arte de cuidar. Inspiradas nos estudos da EBMSP, UNIFESP, da USP, da Uepa, e da Universidade Estácio de Sá, dentre outros, foi possível executar a oficina de leitura literária com êxito. Em nossa pesquisa, percebemos que a leitura promoveu, nos alunos, a promoção da capacidade interpretativa, crítica e reflexiva, tal como analisadas em estudos semelhantes, com a efetiva mudança de conceitos pré-estabelecidos.

“...a morte é algo mais complexo do que eu podia perceber... por exemplo, você pode morrer em vida.” (Augusto Cury **d**); “...após a leitura do livro percebi que existem infinitas maneiras de morrer” (Augusto Cury **d**); “...depois da oficina, o meu olhar pra morte teve um direcionamento mais humanístico” (Nise da Silveira **d**); “... eu usava muitas vezes do argumento ‘eu não vou me prejudicar, tenho que pensar em mim’, então, muitas vezes eu não tentava ajudar uma pessoa com enfermidade como o câncer, que sempre vinha perguntando ‘doutora, eu vou morrer’, e muitas vezes eu não fazia questão de me envolver, para não ser prejudicada emocionalmente... mas o livro, me abriu outra perspectiva...” (Augusto Cury **d**)

A cada semestre, as turmas de Medicina da EBMSP são submetidas à leitura de uma obra literária diferente. A partir da leitura dos livros “As Intermitências da Morte” e “Ensaio sobre a Cegueira”, ambos de José Saramago, foi possível analisar as significativas elaborações empreendidas pelos acadêmicos sobre a finitude humana e sobre o contato com a *Morte*. Após essas leituras, foi observada a ressignificação do tabu da *Morte por parte de vários alunos*, com o estímulo da capacidade interpretativa sobre conflitos éticos (eutanásia, distanásia e ortotanásia), a promoção da empatia e o fomento de discussões sobre os cuidados paliativos, as humanidades médicas e as metodologias ativas. Tais relatos dificilmente seriam atingidas somente através de aulas teóricas (BALBI; LINS; MENEZES 2017; SANTOS; LINS; MENEZES, 2018). Além disso, essas obras de Saramago ressaltaram a essência altruísta da medicina.

Para efetivamente percebermos mudanças reais nas atitudes, habilidades e competências, é necessário um acompanhamento do aluno de forma longitudinal e contínua. O formato da estratégia utilizada por nós (a oficina de leitura literária) teria

esse alcance se praticada em caráter estendido, integrado ao currículo, pois a Literatura torna possível a vivência de experiências amplas, reflexões que potencialmente promoverão mudanças.

Pelo tempo estipulado para a realização da pesquisa de mestrado, que foi de aproximadamente três meses, já nos foi possível a observação das novas concepções relatadas pelos acadêmicos, as quais nos trouxeram entusiasmo e motivação para empenharmos em tal oficina no nosso cotidiano e replicá-la em novos grupos acadêmicos.

Idealizamos um resgate da literatura entre os acadêmicos, principalmente por concordarmos com analistas que afirmam que, ao combinar Ciência e *Arte*, a Medicina é capaz de investigar a vida humana como um todo, sem focar exclusivamente na prática reducionista da prática médica baseada tão somente nas evidências. A abordagem da literatura durante a formação médica é apontada como relevante por parte de acadêmicos em vários estudos, por se tratar de uma maneira eficaz de inseri-los (ou reinseri-los) no hábito de leituras não-técnicas, hábito este muitas vezes modificado ao ingressarem na graduação. (SOUSA; GALLIAN; MACIEL, 2012; HODGSON; THOMSON, 2000).

Foi esclarecedor, ao abordarmos os acadêmicos quanto aos seus hábitos de leitura e constatarmos que os mesmos não estão satisfeitos e gostariam de ter momentos para tal prática, visto terem tempo livre escasso, justificado pelo curso de medicina que demanda muita leitura, quase que exclusivamente técnica. À semelhança dos estudos supracitados, os participantes de nossa oficina sugeriram que a leitura de ficção ou que as narrativas clínicas fossem integradas ao currículo, de maneira a estimular a leitura literária, pois, além de se tratar de uma estratégia não-convencional para a discussão de temas técnicos e humanísticos, tal estratégia tem o potencial de tornar o processo de ensino-aprendizagem menos monótono, além de promover uma aquisição de conhecimentos com mais prazer e satisfação, de maneira lúdica e liberta.

Percebemos, através dos relatos e do comportamento dos participantes da nossa pesquisa, que o prazer obtido por estarem presentes na oficina se iguala ao prazer de terem tido a oportunidade de participar daqueles momentos, assim como os estudantes de Medicina em Liverpool, que tinham a perspectiva de que os estilos de vida do ensino superior suprimiam o tempo livre da leitura de algum livro no

intuito de desfrutar do lazer inerente também ao hábito de ler (SOUSA; GALIAN; MACIEL, 2012).

Da mesma forma, os participantes do LabHum – UNIFESP, ao fim dos encontros, manifestaram um semelhante afeto a partir da experiência vivenciada pela leitura. Ficou claro que, à medida que os alunos, muitas vezes enclausurados e silenciados pela sociedade que tanto lhes cobra êxito técnico e sucesso financeiro, momentos como os vividos no laboratório, onde passam a ler, discutir e compartilhar seus sentimentos, são indispensáveis, pois são também promotores de saúde mental para os estudantes (BITTAR; SOUSA; GALLIAN, 2013).

Os pesquisadores Cunningham e Stanovich (2001) e Lisa Zunshine (2012), descreveram a importância da leitura, os seus efeitos positivos sobre a cognição e o comportamento humano, com a consequente ampliação da capacidade de compreensão e construção de conhecimentos, tal como constatado em nossa pesquisa. Quando traçamos um comparativo entre o *antes* e o *depois* da oficina, houve ainda a chance de reelaboração e ressignificação de várias ideias, fomentando reais mudanças de atitude.

De forma breve e generalizada, entendemos que a literatura e a narrativa têm um papel ético e político na Medicina, pois, segundo Deleuze (2016) tais linguagens são capazes de aprimorar a comunicação, a relação médico-paciente/família, de promover o cuidado ético e as ações humanizadas, além de aprimoramento de habilidades fundamentais para a prática clínica, citadas por Downie (1991), como: empatia; conciliação de emoções e conflitos; geração de questionamentos sobre o significado da vida e compreensão sobre a abordagem clínica individualizada. Ou seja, passamos a compreender que os pacientes são seres únicos e devem ter suas histórias de vida escutadas.

Concordamos com MALLET; ANDRADE; PEREIRA, et al (2014), ao correlacionarem médicos e escritores, pois ambos são ouvintes de pacientes e personagens que os cercam, à espera de serem ouvidos e percebidos, ligados pelos laços de humanidade. A literatura nos sensibiliza para o outro ao compartilharmos sentimentos com os personagens, ao nos aproximarmos dos efeitos semelhantes à da nossa realidade para melhor compreendermos o mundo onde vivemos.

Algumas pesquisas descrevem que a aproximação entre a Medicina e a Literatura é hoje considerada como uma das mais importantes questões da saúde,

ainda que pouco explorada e praticada no meio acadêmico brasileiro (CARELLI; POMPILIO, 2013). Os participantes da nossa pesquisa manifestaram essa mesma opinião. Essa mesma análise foi descrita por outros autores e pesquisadores, que situam na teoria da aprendizagem experiencial um modelo de aprendizagem vantajoso, pois a pessoa está envolvida ativamente no processo (SCHRAMM, 2012; KOVÁCS, 2008; PIMENTEL, 2007). A educação emocional é conseqüentemente, um elemento indispensável para a construção do conhecimento técnico integrado. Para tanto, são desejáveis as atividades que estimulem os domínios cognitivo, afetivo e psíquico, em que se promova a autonomia intelectual, a ressignificação e a integração dos saberes no processo de aprendizagem (SOUSA, 2018).

Refletindo sobre o ensino médico e, sobretudo sobre o ensinamento da morte e do morrer, esse tipo de aprendizagem é aplicável na educação para a morte, isso quando se vivencia e discute o tema, trazendo o indivíduo para a reflexão sobre as perdas vividas e sobre o processo (SCHRAMM, 2012). Baseadas nessas premissas, justificamos a importância da inserção da literatura no curso de Medicina, de forma a resgatar as questões humanas no seio da graduação. Corroboradas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM/2017), também reafirmamos que as artes ajudam o médico tanto no desenvolvimento quanto na consolidação dos hábitos essenciais para o bom exercício do cuidado.

Os questionamentos dos acadêmicos (e médicos) sobre a *Morte* não se esgotarão, pois se trata de um tema enigmático sob muitos pontos de vista. É sumamente importante a promoção do preparo emocional dos futuros profissionais da área médica, para que eles possam melhor amparar, acolher, escutar, cuidar e se posicionar frente à finitude da vida, na atenção à saúde:

“... o ideal seria uma atividade assim antes do internato, aprender a lidar com isto (MORTE), pois muitos alunos ficam mal .... choram, sofrem ..é natural... mas é bom pensar a respeito, talvez ... fica a dica ... pra quem de repente ler o seu trabalho e pensar em repeti-lo com outros acadêmicos, seria muito bom... até porque os alunos estão adoecendo demais em segredo e não falam ... então eu espero que isso mude daqui há algum tempo.” (Nise da Silveira **d**); “... a oficina contribuiu muito, porque, realmente, eu olhava esse tema como forma totalmente diferente, até porque a gente, durante a formação médica, a gente lida com a vida, e querendo que a paciente

sobreviva a qualquer custo.” (Augusto Cury **d**); “... a oficina me fez pensar que devemos ter cuidado para não absorvermos os problemas da pessoa que está no processo de morte” (Augusto Cury **d**)

A oficina foi bem-sucedida, apesar da relativa dificuldade que tivemos em reunir um número mínimo de acadêmicos, mesmo com o trabalho de divulgação tendo sido feito de maneira constante e abrangente, feito em dois momentos distintos, através de vários veículos de comunicação, inclusive cartazes (ANEXOS) espalhados pela instituição. Interpretamos e atribuímos esse aparente desinteresse à dificuldade de cada um dos acadêmicos em conciliarem os seus horários e datas com a disponibilidade dos outros participantes, devido à recorrente queixa mencionada por todos eles: a falta de tempo do acadêmico do curso de medicina para outros interesses que estes possuem, sem deixarmos de cogitar a resistência ao tema e às estratégias para abordá-lo, que não necessariamente foram atrativas para todos, somado à talvez falta de interesse por trabalhos humanísticos ou pelas artes.

Essas possíveis justificativas representam alguns fenômenos percebidos por outros pesquisadores. Por mais que tenhamos evidências demonstradas nos estudos já citados da UNIFESP, EBMSP, Estácio de Sá, dentre outros, no que se refere à importância da formação humanística inserida na nova estrutura curricular, ainda que de forma criativa e inovadora através da arte, sabemos que o tempo dedicado a estas estratégias concorrem com a carga horaria estabelecida no curso de Medicina, em que as atividades curriculares obrigatórias são sempre priorizadas. Sugerimos, assim como Doukas e McCullough (2010), Sousa; Galian; Maciel (2012) que haja uma reformulação curricular a fim de que seja possível incluir e ampliar o Eixo das humanidades médicas, além da promoção de novas estratégias de ensino, tais como a oficina literária proposta em nossa pesquisa. Acreditamos que as humanidades médicas tenham um papel fundamental no exercício da Medicina e na educação médica, percepção também compartilhada pelos integrantes da oficina:

“... a oficina me deixou um pouco mais segura sobre esse assunto (morte), porque, é muito fácil você transferir as suas fraquezas no seu dia-a-dia, e principalmente quando se está trabalhando e se depara com uma situação difícil assim.” (Augusto Cury **d**)

Uma reformulação curricular, de modo a evitar a sobrecarga que a educação médica impõe, possibilitaria a participação do acadêmico que apresentasse o desejo por essa experiência educativa, mas que ainda não a teria vivido por falta de oportunidade ou de tempo disponível. Seguindo a trilha desse raciocínio, concordamos com Sartori; Battistel (2017) e Bernieri; Hirdes (2007), quando relatam que o ensino (e a aprendizagem) através das metodologias ativas promovem a humanização do ato de ensinar (e de aprender):

“... a leitura não veio só pra mudar, mas pra fortalecer ideais, pensamentos que a gente tem, para que não nos tornemos profissionais indiferentes quanto à dor, quanto à morte.” (Amélia dos Santos **d**)

Quanto à suposta resistência dos acadêmicos ao tema da oficina (*Morte*), o processo histórico-cultural poderia ser uma razão, assim como a dificuldade e a omissão para se falar sobre esse assunto em sociedade (INCONTRI & SANTOS, 2011), mas a principal razão desta prerrogativa parece estar relacionada com o processo educacional, onde a abordagem do tema Morte é insuficiente ou frágil. (JANAUDIS, BOSCO VACHI, GONZÁLEZ BLASCO, 2018; Kovács, 2008; HAYASIDA et al, 2014)

Outra hipótese por nós aventada, quanto à baixa procura pela oficina, se deve ao contato restrito dos acadêmicos com as artes. Apesar das sugestões do CFM e por mais que saibamos que a arte, a exemplo da literatura, é uma possibilidade concreta no processo de sensibilização e de mudanças de atitudes do profissional médico, a sua aplicação como estratégia de ensino em saúde ainda é rara:

“... a arte é como parte de um degrau a mais para a formação do ser humano, seja na literatura, pintura, enfim... todos os tipos de arte são importantes, porém muito relegadas a segundo plano” (Lair Ribeiro **a**)

Propusemos a oficina literária por estarmos de acordo com os estudos e por analisarmos a necessidade de inovação no campo da educação médica.

## 8 O PRODUTO

O produto gerado a partir da pesquisa foi a Oficina de Leitura Literária.

A oficina:

A literatura de ficção ou até mesmo uma narrativa, constitui um importante recurso didático para o desenvolvimento de algumas habilidades clínicas do estudante, possibilita reflexões e discussões sobre qualquer temática, sobretudo daquela de difícil abordagem. Motivo pelo qual termos eleito a oficina de leitura literária, para tratar do assunto Morte e Morrer.

E quando se trata de realizar uma leitura compartilhada, como proposta pela oficina, a intenção é de que haja no máximo 10 participantes, a fim de estimular habilidades de comunicação, como a fala, a escuta e a observação, que serão facilitadas através de uma interação com um grupo menor.

Sugerimos, a depender da obra literária eleita, que hajam dois encontros no mínimo, com intervalo curto de tempo entre eles, para que se possa dar continuidade à leitura. E a duração de cada encontro deverá ser de duas horas no máximo, a fim de não ocasionar exaustão e distração.

O local estipulado para os encontros, deverá ser um ambiente tranquilo, silencioso, temperatura agradável e de fácil acesso para o grupo.

No primeiro encontro, antes de iniciar a leitura, é importante que se estipule um acordo coletivo, de modo não haver interferência ou interrupção da dinâmica, tais como não usar o aparelho celular e evitar sair da sala, salvo por motivos previamente esclarecidos ou por motivos de força maior; que não seja feito comentários, nem mesmo inerentes ao conteúdo lido; e que podem se servir de água e lanche na própria sala, se estes estiverem disponíveis (conforme acordo de cada grupo), sem pausar a dinâmica da leitura.

Idealmente, a leitura deverá ocorrer de forma voluntária entre os participantes, e cada qual pausará a leitura no momento que considerar adequado, de forma que a leitura será prosseguida por outro participante e assim sucessivamente.

O livro (em meio físico ou digital) eleito para o momento, deverá ser ofertado para cada membro da oficina ou previamente solicitado para que seja providenciado.

Dessa forma, dar-se-á início a leitura da obra. Ao término do primeiro dia de oficina, é importante confirmar com todos os membros presentes, a data e horário do próximo encontro.

No segundo encontro (ou próximos encontros) continua-se com a leitura, assim como no primeiro encontro, até o término da obra.

Ao final da leitura compartilhada, esta poderá ser complementada por uma roda de conversa ou momento para discussões, de maneira a enriquecer a oficina.

Esse tipo de estratégia tem como possibilidade promover a educação emocional, sensibilização e reflexões frente ao tema proposto. E poderá fazer parte da estrutura curricular da graduação médica, como atividade em Humanidades Médicas.

## 9 CONCLUSÃO

Para as considerações finais, optamos por traçar um paralelo entre o referencial teórico e as nossas análises, percepções e reflexões acerca da pesquisa.

Compreendemos através dos estudos, que a humanização e a integralidade parecem seguir fora do eixo estrutural da formação médica. A dor, a aflição, o sofrimento e a *Morte* não se incluem na detecção das patologias e em sua prevenção, exceto pelo olhar biológico do corpo humano. Não se vê o doente e sim a doença. A relação profissional-paciente deve ser diferente, valorizando cada ser humano e respeitando o princípio da dignidade.

Temos um grande desafio, quanto ao resgate de alguns valores e princípios que foram sendo esquecidos dentro da prática médica. O ensinamento clássico, citado pelo médico, escritor e poeta Oliver Wendel Holmes (1809–1894), que reconhece como função do médico “curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre”, parece esquecido.

A educação médica precisa direcionar os profissionais durante a sua formação para uma atenção menos fragmentada e comprometida com a ética do cuidado. Sem essas premissas básicas, não é possível falar em cuidado integral e humanização do cuidado. Esse contexto pode ser aplicado para as atitudes diante da *Morte* e processo de morte e morrer, temática abordada na nossa pesquisa.

Apesar desse discurso, os relatos dos entrevistados nos estudos analisados, atestam que a prática da interação entre humanização com o processo de morte de um paciente é dificultada pelo pouco suporte de ensino-aprendizagem nessa direção, aliado à falta de acolhimento aos aspectos emocionais dos próprios estudantes, que mais tarde poderão reproduzir essa mesma falta com seus pacientes.

As oportunidades de conversa não são comuns entre os alunos e entre eles e os profissionais, sobre seus medos, culpas, inseguranças, angústias e outros sentimentos que surgem no cotidiano da relação médico/aluno/paciente e família.

Observarmos uma escassa abordagem sobre alguns temas polêmicos e difíceis de lidar, que estão presentes na vida desses acadêmicos e que contribuem para esses sentimentos.

A discussão desses temas parece não ser um foco central na formação dos profissionais da saúde. E quando se trata em lidar com a *Morte* e processo de morte-morrer, a dificuldade é efeito da racionalidade da biomedicina, demonstrada pelas atitudes tecnicistas, pela escassa experiência acadêmica relacionada à finitude e a omissão do assunto no ensino médico.

Há uma precariedade de assistência na condução de uma *Morte* com qualidade, sejam por motivos institucionais ou por falta de capacitação profissional. Nesse sentido, há sugestões de mudanças, como apontadas em vários estudos, como uma estruturação curricular, na tentativa de reintegrar as relações entre médico-paciente e professor-aluno, além de reaprender a *Arte* do cuidar.

Por acreditarmos em inovações é que realizamos uma oficina de leitura literária, enquanto estratégia metodológica humanizadora, na formação dos acadêmicos de medicina. Partindo da nossa hipótese, de que tal estratégia contribuiria de forma eficaz para a formação dos acadêmicos, adotamos uma metodologia que também se utilizou de entrevistas semiestruturadas para a coleta de certas informações, com as suas respectivas transcrições; o que nos permitiu ter acesso à vivência e à percepção dos acadêmicos participantes sobre a *Morte* e o processo de morrer. Identificamos, através dos relatos, que a abordagem do tema finitude humana e *Morte*, durante o curso, é por eles percebido como insatisfatório.

Ao colocarmos a oficina de leitura literária em prática, pudemos analisar as contribuições da literatura e a real modificação de alguns conceitos pré-estabelecidos acerca do tema proposto. Promovemos um espaço de exercício narrativo, onde houve encontros e o aprimoramento da habilidade de comunicação (através do ato de ler, falar e escutar), com a reflexão sobre as necessárias transformações de ordem profissional e pessoal, dentro de um contexto acadêmico na área da saúde. Temos a convicção de que um espaço simbólico como o da oficina é essencial para que o acadêmico de medicina viva um pouco mais livre das

exigências impostas pelo curso, em que ele possa tão-somente desacelerar, vivenciar o prazer do momento, trocar experiências, processar e elaborar as suas ideias e sentimentos.

Em nossos resultados, verificamos, através dos relatos dos participantes, que a experiência da oficina, enquanto espaço de leitura compartilhada de uma narrativa, promoveu uma forte carga empática e ampliou a perspectiva dos estudantes sobre as práticas de humanização, em que se criaram as condições propícias para as reflexões sobre um tema antes não pensado ou pouco abordado. Apesar do tempo limitado para realização da oficina, percebemos também, através dos testemunhos, a sua valorosa contribuição para a sensibilização dos acadêmicos frente aos cuidados destinados às pessoas que estejam no fim da vida. A nossa oficina, a exemplo dos estudos que nos inspiraram, atende às exigências das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Medicina, ao promover uma experiência humanizadora, que vai além do treinamento técnico exigido e que potencialmente contribui para uma formação acadêmica crítica-reflexiva, mais holística.

Apesar dos objetivos alcançados, destacamos alguns desafios à realização da oficina propriamente dita: alcançar e atingir os acadêmicos para que estes participassem da nossa pesquisa, visto a baixa procura pela oficina.

Devido à resistência ao tema (*Morte*) e à estratégia (*Arte*)? Interrogamos.

Ao abordarmos essa temática, percebemos as resistências e dificuldades histórico e culturalmente herdadas, com a necessária superação de alguns tabus frente ao processo de morte. Para tanto, teremos que, em paralelo aos avanços tecnológicos, valorizar e aprimorar o lado humano da ciência médica. Permanecemos assim, com a nossa hipótese e estratégia proposta, ao acompanharmos as discussões promovidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM/2017), com a recomendação de que resgatássemos o lado humano da ciência médica ao nos aproximarmos dos acadêmicos; experiência que implica, por sua vez, em todos, nos reaproximarmos da Medicina *ligada à Arte*.

Concordamos então com Deleuze (2016), ao mencionar que diante desse processo de criação (a vida como obra de arte), um médico pode se fazer artista, realizando o que um médico não artista talvez não consiga, ou seja, engajar-se em uma saúde que falta, aproximar-se mais das pessoas e buscar a fusão de horizontes. Assim, é relevante a citação de Jean-Marie Gustave Le Clézio (1971): “um dia talvez saberão que não havia arte, mas apenas medicina”.

Diante do exposto, deixaremos aqui registrado o nosso vivo desejo: multiplicar a oficina de leitura literária dentro do cenário “Arte e Educação em Saúde”, sobretudo na graduação em medicina.

**"Até a morte, tudo é vida."**

**Miguel de Cervantes (1547-1616)**

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, H. O. et al. Desenvolvendo Competências em Comunicação: Uma Experiência com a Medicina Narrativa. **Rev Bras Educ Med.** v. 29, n. 3, p.208-216, 2005.
- ALMEIDA, L. F.; FALCÃO, E. B. M. Representação social de morte e a formação médica: a importância da UTI. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 37, n. 2, p.226-234, 2013.
- ANDRADE, J.B.C. et al. Contexto de formação e sofrimento psíquico de estudantes de medicina. **Rev. Bras.Educ. Med.**, v. 38, n. 2, p.231-242, 2014.
- ANGELO, C. M. P.; MENEGASSI, R. J. A leitura compartilhada em sala de apoio. **Educ. rev.** Belo Horizonte, v. 32, n. 3, p. 267-292, 2016.
- ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver.** Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016. 192 p.
- ARIÈS, P. **Western Attitudes toward death: from the middle ages to the presente.** Baltimore: John Hopkins University Press, 1974.
- ASSIS, Machado de. **Memórias Póstumas de Brás Cubas.** Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994. (Obra Completa, v. 1).
- AZEREDO, N. S. G; ROCHA C. F.; CARVALHO P. R. A. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. **Rev Bras Educ Méd.**, v. 35, n. 1, p. 37-43, 2011.
- AZEVEDO, F. et.al. Notas para a História da Educação. (Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova). **Rev. Bras. Estud. Pedagóg,** v. 34, n. 79, p. 108-127, 1960.
- BALBI, L; LINS, L; MENEZES, M. S. A literatura como Estratégia para reflexões sobre Humanismo e ética no curso médico: um estudo qualitativo. **Rev. bras. educ. med.**, v. 41, n. 1, p. 152-161, 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** SP: Edições 70, 2011.
- BERNIERI, J; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. **Texto & contexto enferm.**, v. 16, n. 1, p. 89-96, 2007.
- BIFULCO, V. A; IOCHIDA, L. C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 33, n. 1, p. 92-100, 2009.
- BITTAR, Y; SOUSA, M. A. S; GALLIAN, D. M. C. A experiência estética da literatura como meio de humanização em saúde: o Laboratório de Humanidades da Escola

Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** v.17, n.44, p.171-86, 2013.

BLOCH, Pedro. '**Pedro Bloch entrevista**'. Rio de Janeiro: Editora Bloch, 1989. (publicado originalmente na revista Manchete, nº 580, de 15.6.1963).

BRAKLING, K. L. **Sobre a leitura e a formação de leitores**. São Paulo: SEE. Fundação Vanzolini, 2004. Disponível em: [www.educarede.org.br](http://www.educarede.org.br). Acesso em 11/10/2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/ CES Nº. 4 de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e da outras providencias. Brasília, DF, 2014. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192) Acesso em: 12 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

CALASANS, C. R. et al. Refletindo sobre a morte com acadêmicos de Medicina. **Rev. bras. neurol. psiquiatr.**, v. 18, n. 1, p. 34-57, 2014.

CAMARGO, A. P. et al. O ensino da morte e do morrer na graduação médica brasileira: artigo de revisão. **Rev Uningá**, v. 45, p. 44-51, 2015.

CARELLI, F. B.; POMPILIO, C. E. O silêncio dos inocentes: por um estudo narrativo da prática médica. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 46, p. 677-681, 2013.

CARELLI, F. B. Eu sou um outro: narrativa literária como forma de conhecimento. **Via Atlântica**. São Paulo, n.29, 17-49, set/2016.

CARVALHO, C. R. A; HENNINGTON, E. A. A abordagem do envelhecimento na formação universitária dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 18, n. 2, p. 417-443, 2015.

CARVALHO, M. D. B; VALLE, E. R. M. Vivência da morte com o aluno na prática educativa. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 5, supl., p. 26-32, 2006.

CHAGALL, Marc. A criação do homem. 1958. 2 gravura.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM Nº 1.931, DE 17 de Setembro de 2009. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p.90-2, 24 set. 2009. Retificado. Diário Oficial da União: seção 1, p.173, 13 out. 2009.

\_\_\_\_\_. Resolução CFM nº 1.995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**: seção 1, p.269-70, 2012.

\_\_\_\_\_. Resolução n. 1805 de 28 de novembro de 2006. **Diário Oficial da República Federativa**: seção 1, Brasília, DF, p. 169, 28 jan 2006. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805\\_2006.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm) acesso em 12/12/2017.

CUNNINGHAM, A. E; STANOVICH, K. E. What reading does for the mind. **Journal of Direct Instruction**, v. 1, n. 2, p. 137-149, 2001.

DE CARLO, M. P., QUEIROZ, M. E. **Dor e Cuidados Paliativos**: terapia ocupacional e interdisciplinaridade. São Paulo: Roca, 2007, p. 147-166.

DE MARCO, M. A. et al. **Psicologia Médica**: abordagem integral do processo saúde-doença. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 301-304.

DELL'ACQUA, M; TOME, L; POPIM, R. Enfermagem cuidando de paciente adulto e família no processo de morte em sala de emergência. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 10, n. 4, p. 650-657, 2011.

DICKINSON, G. E. Teaching end-of-life issues in US medical schools: 1975 to 2005. **Am J hospice palliative care**, v. 23, n.3, p.197-204, 2006.

DOUKAS, D. J.; MCCULLOUGH, L. B.; WEAR, S. Reforming Medical Education in Ethics and Humanities by Finding Common Ground With Abraham Flexner. **Acad Med.**, v. 85, n. 2, p. 318-323, 2010.

DOWNIE, R. S. Medical ethics and literature: literature and medicine. **J Med Ethics**, v. 17, n. 2, p. 93-8, 1991.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**. Curitiba: Editora UFP. n. 24, p. 213-225, 2004.

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D.B. Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. **Rev Esc Enferm USP**, v. 10, n. 3, p. 332-340, 2004.

EVANS, H. M. Affirming the existential within medicine: medical humanities, governance, and imaginative understanding. **J Med Humanit.**, v. 29, n. 1, p. 55-59, 2008.

FAILLA, Z. (org.). **Retratos da leitura no Brasil**. 4. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2016. 296 p.

FOURIE, A. A. A cama da morte de Madame Bovary. Antes de 1889. Musee des Beaux-Arts, Rouen, France. 8 Gravura.

FRANTZ, M. H. Z. **A literatura nas séries iniciais**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2011.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

GALLIAN, D. M. C. “Um experimento com Tolstói: a “fenomenologia do amor” em *Ana Karenina*”. **Via Atlântica**. São Paulo, n.29, 125-151, jun/2016.

GIORDANO, S. Medical humanities: an e-module at the University of Manchester. **Camb Q Healthc Ethics**, v. 19, n. 4, p. 446-57, 2010.

GODINHO, A. M.; LEITE, G. S.; DADALTO, L. **Tratado Brasileiro sobre Direito Fundamental à Morte Digna**. São Paulo: Almedina, 2017.

GOMES, B. et al. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. **Cochrane Database Syst Rev**. 6, 2013. CD007760.

GONZE, G. G.; SILVA, G. A. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 129-146, 2011.

GOULART, E. M. A. **O viés médico na literatura de Guimarães Rosa**. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG, 2011.

GROSSEMANI, S; STOLL, C. O Ensino-aprendizagem da Relação Médico paciente: Estudo de Caso com Estudantes do Último Semestre do Curso de Medicina. **Rev. bras. educ. med**, v. 32, n. 3, p. 301-308, 2008.

GUTIERREZ, B. A. O.; BARROS, T. C. O despertar das competências profissionais de acompanhantes de idosos em cuidados paliativos. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 4, p.239-258, 2012.

HAYASIDA, N. M. A. et al. Morte e luto: competências dos profissionais. **Rev. bras. ter. cogn.**, v. 10, n. 2, p. 112-121, 2014.

HODGSON, K.; THOMSON, R. What do medical students read and why? A survey of medical students in Newcastle-upon-Tyne, England. **Med Educ**, v. 34, n. 8, p. 622-9, 2000.

HOHENDORFF, J; MELO, W. Compreensão da morte e desenvolvimento humano: Contribuições à psicologia hospitalar. **Estud. pesqui. psicol.**, v.9, n. 2, p. 480-492, 2009.

JANAUDIS, M. A.; BOSO VACHI, V. H.; GONZÁLEZ BLASCO, P. Educação médica centrada no estudante: uma adaptação do modelo de Stange e McWhinney (ou dos 4 quadrantes). **Arc. med. fam.**, v. 20, n. 2, p. 75-83, 2018.

JOUBE, V. **Por que estudar literatura?** Tradução de Marcos Bagno e Marcos Marciolino. São Paulo: Parábola, 2012.

KAHLO, Frida. Menina com Máscara da Morte. 1938. Selected Works from the Collection of Nagoya City Art Museum, 1998, p. 61. 1 gravura.

\_\_\_\_\_. O sonho. 1940. 3 gravura

KELLEHEAR, A. **A Social History of Dying**. Cambridge: Cambridge University Press, 2007

KLIMT, G. "Morte e Vida". 1916. *Leopold Museum*. 5 gravura.

KOVÁCS, M. J. **Morte e existência humana**: caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

\_\_\_\_\_. Bioética nas questões de vida e morte. **Bol. psicol.**, v. 14, n. 2, p. 95-167, 2003.

\_\_\_\_\_. Instituições de saúde e a morte: Do interdito à comunicação. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, p.482-503, 2011.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LIMA, M. M. et al. Integralidade como princípio pedagógico na formação do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis. v. 22, n. 1, p. 106-113, Mar. 2013.

LIMA, M. G. R. et al. Revisão integrativa: um retrato da morte e suas implicações no ensino acadêmico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 3, p. 190-197, 2012.

LIMA, T. J. V. et al. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. **Saude soc.** São Paulo. v. 19, n. 4, p. 866-77, Dez. 2010.

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

LORENZ, G. "Diálogo com Guimarães Rosa". In: Coutinho, E. (Org.) Guimarães Rosa. Rio de Janeiro; Brasília: Civilização Brasileira; INL, 1983.

MACEDO, Tânia. **Guimarães Rosa**. São Paulo: Ática, 1996.

MALLET, A. L. R.; ANDRADE, L. P. L. S.; PEREIRA, S. M. P. et al. **Literatura e Medicina: uma experiência de ensino**. Rio de Janeiro: Livros ilimitados, 2014.

MANGUEL, A. **Uma história da leitura**. São Paulo. Companhia das Letras. 2001.

MARQUES, D. Ilhas desertas, ilhas desconhecidas, literatura e medicina. **Via Atlântica**, n. 29, p. 207-224, 2016.

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

MATTOS, R. A. A integralidade como eixo da formação dos profissionais de saúde. **Rev Bras Educ Med.** v. 28, n. 2, p. 91-92, mai-ago, 2004.

MEDEIROS, L. A.; LUSTOSA, M. A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Rev. SBPH**, v. 14, n. 2, p. 203-227, 2011.

MENDES, J. A; LUSTOSA, M. A.; ANDRADE, M. C. M. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Revista SBPH**, v. 12, n. 1, p. 151-173, 2009.

MENEZES, E. T; SANTOS, T. H. Verbete transversalidade. **Dicionário Interativo da Educação Brasileira - Educabrazil**. São Paulo: Midiamix, 2001. Disponível em: <http://www.educabrazil.com.br/transversalidade/> Acesso em: 19 de fev. 2019.

MILLAIS, E. Ophelia. 1851-1852. Tate Britain Museum-Millbank -Westminster, London. 4 Gravura.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012.

MORAES, N. et al. **Cuidados Paliativos com enfoque geriátrico**: a assistência multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2014.

MORAES, S. A. F.; KAIRALLA M. C. Avaliação dos conhecimentos dos acadêmicos do curso de Medicina sobre os cuidados paliativos em pacientes terminais. **Einstein**, v. 8, n. 1, Pt1, p. 162-7, 2010.

MORITIZ, R. D. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. **Bioética**. v. 13, n. 2, p. 51- 63, 2005.

MUNCH, E. A menina doente.1886. National Gallery, Oslo, Norway. 6 Gravura.

\_\_\_\_\_. A mãe morta e a criança. 1899. Disponível em: [redehumanizausus.net](http://redehumanizausus.net). Acesso em: 07/02/2020. 9 Gravura.

MURAD, S; VICENTE, R. Ciência e Literatura: irradiações e convergências. **Rev. Let., São Paulo**, v. 50, n. 2, p. 389-405, 2010.

OLIVEIRA, P.R. et al. Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 18, n. 9, p. 26335-2644, 2013.

PAIVA, F. C. L.; ALMEIDA JUNIOR, J. J.; DAMASIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Rev. Bioét.**, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014.

PELLEGRINO, E. D. The humanities in medical education: Entering the post-evangelical era. **Theor Med.**, v. 5, n. 3, p. 253-266, 1984.

PICASSO, P. **Duas Meninas Lendo**. 1934. Disponível em: <http://coopemmuseupicasso.wordpress.com> . Acesso em 10/02/2020. 10 Gravura.

PIMENTEL, A. A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. **Estud. psicol. (Natal)**, v. 12, n. 2, p. 159-168, 2007.

PINHEIRO, T. R. S. P.; BENEDETTO, M. A. C.; BLASCO, P. G. Ambulatório didático de cuidados paliativos: aprendendo com os nossos pacientes. **RBM rev. bras. med.**, v. 68, n.1, p.19-25, 2011.

PINHEIRO, T.R.S.P. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto ano. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 3, p.320-326, 2010

PLANTE, J; CYR, C. Health care professional's grief after the death of a child. **Paediatric Child Health**, v. 16, n. 4, p. 213-216, 2011.

POLETTO, S.; SANTIN, J. R.; BETTINELLI, L. A. Vivência da Morte de Idosos na Percepção de um Grupo de Médicos: Conversas sobre a Formação Acadêmica. **Rev Bras Educ Méd.**, v. 37, n.2, p. 186-191, 2013.

PROFESSORES compartilham experiência usadas nas aulas sobre humanidades médicas. **Jornal Medicina**, v. 32, n. 270, 2017.

RICCI, L A L. **A Morte Social**: mistanásia e bioética. São Paulo: Paulus, 2017.

RIOS, I. C. Humanidades Médicas como Campo de Conhecimento em Medicina. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 21-29, Mar. 2016.

RODRIGUES, R; LABATE, R. Luto de profissionais em uma unidade de transplante de células-tronco hematopoiéticas. **Ciênc. cuid. Saúde**, v. 5, n. 1, p. 26-32, 2012.

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

SANTOS, C. A. M. **O uso de metodologias ativas de aprendizagem a partir de uma perspectiva interdisciplinar**. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, 12. Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Curitiba, 2015.

SANTOS, F. S. **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 447.

SANTOS, M. R. C.; LINS, L.; MENEZES, M. S. As intermitências da morte no ensino da ética e bioética. **Rev. Bioét.**, v. 26, n. 1, p. 135-144, 2018.

SARTORI, A. V.; BATTISTEL, A. L. H. T. A abordagem da morte na formação de profissionais e acadêmicos da enfermagem, medicina e terapia ocupacional. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 25, n. 3, p. 497-508, 2017.

SCHRAMM, F. R. Finitude e Bioética do Fim da Vida. **Rev. bras. cancerol.**, v. 58, n. 1, 73-8, 2012.

SILVA, G. S. N.; AYRES, J. R. C. M. O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. **Rev. Bras. Educ. Med**, v. 34, n. 4, p.487-496, 2010.

SILVA, M. C. **A leitura literária como experiência**. In: DALVI, M. A.; REZENDE, N. L.; JOVER-FALEIROS, R.; (orgs.). *Leitura de literatura na escola*. São Paulo: Parábola, 2013.

SILVA, M. L. S. R. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em Cuidados Paliativos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.9, n.30, p.45-53, 2014.

SKELTON, J. R; THOMAS, C. P; MACLEOD, J. A. Teaching literature and medicine to medical students, part I: the beginning. **Lancet**, v.356, n. 9245, 1920-2, 2000.

SOARES, J. A. et al. O idoso institucionalizado e a reflexão sobre a própria morte. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 12, n. 1, p. 135-147, 2009.

SOUSA, C. R. C. Teorias Psicológicas de Piaget, Vygotsky e Ausubel: Análise de uma Prática Docente. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Rio de Janeiro. v.2, n. 3, ed. 1, p. 121-129, 2018.

SOUSA, M; GALLIAN, D; MACIEL, R. Humanidades médicas no Reino Unido: uma tendência mundial em educação médica hoje. **Revista de Medicina**, v. 91, n. 3, p. 163-173, 2012.

STANGE, K. C.; MILLER, W. L.; MCWHINNEY, I. Developing the knowledge base of family practice. **Fam Med.**,v. 33, n. 4, p. 286-97, 2000.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT (EIU). **The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world.** London: EIU, 2015.

TOLSTÓI, L. **A morte de Ivan Ilitch e outras histórias.** Traduzido do russo por Gulnara Lobato Pereira. 2. ed. São Paulo: Martin Claret, 2005.

\_\_\_\_\_. **Senhor e servo & outras histórias.** Traduzido do russo por Tatiana Belinky. L&PM Editores, 2009.

VAN GOGH, V. Caveira com o cigarro aceso. 1886. Disponível em: <http://artesdaovangogh.blogspot.com/>. Acesso em 07/02/2020. 7 Gravura.

VIANNA, L. G; LOUREIRO, A. M. L; ALVES, V. P. O velho e a morte. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 4, p. 117-132, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care for older people:** better practices. Denmark: WHO, 2011.

ZUNSHINE, L. **Getting inside your head:** what cognitive science can tell us about popular culture. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2012.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica do Centro Universitário do Estado do Pará, intitulada ***A morte na formação médica: oficina de leitura literária como estratégia humanística no ensino em saúde***, da mestrandia e pesquisadora responsável Ana Paula Ferreira Silva Sakai, cuja finalidade é analisar as contribuições da literatura na formação acadêmica, enquanto estratégia metodológica promotora de sensibilização para os cuidados ao fim da vida, além de descrever os conhecimentos, vivência e percepção dos alunos de graduação do curso de medicina do Centro Universitário do Pará (CESUPA), sobre a *Morte* e o processo de morrer dos pacientes.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, o seu consentimento será obtido por sua assinatura neste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas será sua e a outra pertencerá à pesquisadora responsável. Sua participação é voluntária e consistirá em conceder entrevistas, ler o livro proposto e participar da oficina de leitura literária que abordarão o tema *Morte* e o processo de morrer. A oficina será realizada em dois encontros com duração de duas horas cada, com a proposta de se ter um espaço para realização de uma leitura compartilhada sobre o tema e discussões acerca da experiência vivenciada pela leitura. Acontecerá na própria instituição (CESUPA) em horários extracurriculares, com o transporte e a alimentação custeados pelas pesquisadoras. Você também precisará conceder entrevistas e depoimentos que serão gravados, antes e após a oficina.

Mediante a autorização de uso dos seus dados pessoais contidos nas fichas de cadastro, sua identificação se fará através de um codinome, que em nenhum momento desta pesquisa será revelado. Além disso, o áudio das entrevistas, que será gravado em aparelho celular, será de uso restrito aos pesquisadores, únicos portadores da senha de acesso. Tal conteúdo será posteriormente transcrito e armazenado em armário trancado, portanto, em local seguro, com acesso limitado aos pesquisadores, os únicos portadores das chaves. Tomadas as medidas acima, os riscos que podem infringir a sua integridade, como a exposição da sua identidade

e das informações contidas nos áudios e transcrições, à terceiros, serão minimizados.

Se você aceitar participar da oficina, estará contribuindo para a criação de uma estratégia didática que futuramente beneficiará a sua comunidade, pois ela tem o objetivo de promover o aprimoramento das competências humanísticas do futuro profissional médico, sobretudo para que este possa melhor lidar com a morte e com os cuidados ao fim da vida dos pacientes. Em momento oportuno, os dados obtidos serão utilizados na pesquisa e divulgados através de uma dissertação de mestrado e de comunicações científicas, sempre preservando o anonimato e a privacidade dos participantes. Todo material e informações coletadas durante a pesquisa serão utilizados somente para esta finalidade e ficarão na posse dos pesquisadores por período legal de cinco anos, sendo incinerados após esse tempo. Este trabalho será realizado com financiamento dos próprios pesquisadores. Para participar deste estudo, você não terá nenhum dano material, nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Poderá obter esclarecimentos, em qualquer aspecto que desejar, junto às pesquisadoras responsáveis: Ana Paula Ferreira Silva Sakai CRM 12536, aluna do curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica, Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), localizado na Avenida Almirante Barroso, nº 3775, telefone: (91) 32059000; e-mail: [apfs28@yahoo.com.br](mailto:apfs28@yahoo.com.br) e Profa. Dra. Luciana Brandão Carreira CRM 7222, CESUPA, telefone: (91) 4009-2100 (RAMAL 2106). E-mail: [lucianabrandaocarreira@gmail.com](mailto:lucianabrandaocarreira@gmail.com).

Sua participação é voluntária. Além disso, também poderá retirar o seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos, penalidades e ou retaliações. Os resultados da pesquisa ficarão à sua disposição quando finalizada, se desejar.

### **Consentimento da Participação na Pesquisa:**

Eu, ....., inscrito(a) sob o RG ....., abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado **A MORTE NA FORMAÇÃO MÉDICA: OFICINA DE LEITURA LITERÁRIA COMO ESTRATÉGIA HUMANÍSTICA NO ENSINO EM SAÚDE**. Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter

voluntário. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora responsável Ana Paula Ferreira Silva Sakai sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. E que em caso de danos a minha pessoa, as pesquisadoras serão responsáveis por eventuais reparos ou correções dos danos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Concordo, portanto, em participar do referido estudo, cuja natureza e objetivos já foram informados e compreendidos por mim.

Após entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação das minhas entrevistas, Eu, \_\_\_\_\_ ( ) Permito a divulgação da minha imagem/voz/opinião nos resultados publicados da pesquisa; ( ) Não permito a publicação da minha imagem/voz/opinião nos resultados publicados da pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Belém, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Assinatura do participante

---

Pesquisadora Responsável  
Ana Paula Ferreira Silva Sakai CRM 12536

---

Pesquisadora  
Luciana Brandão Carreira CRM 7222

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa do CESUPA. Endereço: Av. Nazaré 630 – Bairro de Nazaré – CEP: 66040143 – Belém/PA; Telefone: (91) 40092100/40092155; e-mail: cep@cesupa.br

**APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PRÉ-OFFICINA**

Codínome:

Sexo:

Idade:

Data:

Período da graduação:

1. Como você define a morte?
2. O que significa para você “cuidar dignamente de uma pessoa que está morrendo”?
3. Qual a sua percepção sobre o seu preparo ao longo do curso para acompanhar o processo de morte de um paciente?
4. Como você percebe a contribuição da arte (literatura) na sua formação médica?
5. Como você definiria seu hábito de leitura?  
RUIM ( ) REGULAR ( ) BOM ( ) MUITO BOM ( ) EXCELENTE ( )
6. Gostaria de participar de uma oficina de leitura literária, cujo tema abordado será o “processo de morte e morrer” (dos pacientes)?  
SIM ( ) NÃO ( )

**APÊNDICE C - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PÓS-OFFICINA**

Codínome:

Sexo:

Idade:

Data:

Período da graduação:

1. Como você define a morte?
2. O que significa para você “cuidar dignamente de uma pessoa que está morrendo”?
3. A oficina de leitura literária, com base na leitura compartilhada da obra “*A morte é um dia que vale a pena viver*”, de Ana Claudia Quintana Arantes, contribuiu para a sua formação médica? Comente.
4. Relate como a experiência da oficina de leitura literária lhe afetou.
5. Você mudaria alguma coisa na oficina? O quê?

## APÊNDICE D – SÍNTESE DOS ESTUDOS SOBRE A MORTE NA FORMAÇÃO MÉDICA

Tabela: Síntese dos estudos sobre a morte na formação médica

TEMAS	TÓPICOS COMENTADOS DOS ESTUDOS	REFERÊNCIAS
<p>ASPECTOS PSICOSSOCIAIS</p> <p>Sobrecarga psíquica no contexto do enfrentamento e reflexão do processo de morte e morrer</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparação frágil</li> <li>• Dificuldades diante óbito</li> <li>• Mudanças comportamentais e de atitudes</li> <li>• Ansiedade, angústia, frustração, medo, fracasso</li> <li>• Mecanismos de defesa: indiferença, banalização da morte, negação e repressão</li> <li>• Motivações diante de "maus exemplos"</li> <li>• Risco de sofrimento psíquico e doenças psicossomáticas diante do modelo biomédico de "imortalidade" e "invencibilidade"</li> <li>• Conflitos e insegurança diminuem quando em contato com pacientes terminais</li> </ul>	<p>SANTOS, LINS e MENEZES (2018)</p> <p>SARTORI e BATTISTEL (2017)</p> <p>CAMARGO et al (2015)</p> <p>ANDRADE et al (2014)</p> <p>CALASANS et al (2014)</p> <p>OLIVEIRA et al (2013)</p> <p>De MARCO et al (2012)</p> <p>RODRIGUES; LABATE (2012)</p> <p>DELL'ACQUA, TOME e POPIM (2011)</p> <p>PINHEIRO, BENEDETTO e BLASCO (2011)</p> <p>MORAES e KAIRALLA (2010)</p> <p>BIFULCO; IOCHIDA (2009)</p> <p>MARTA et al (2009)</p> <p>KOVACS (2008)</p> <p>SADALA e SILVA (2008)</p>
<p>RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE</p> <p>Relações estabelecidas e condução dos casos de pacientes perante o processo de morte</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importância da valorização</li> <li>• Falta de habilidade na comunicação</li> <li>• Dificuldade para transmitir notícias</li> <li>• Percebem um olhar objetivo e distanciamento</li> <li>• Mecanismos negativos (impessoalidade e distanciamento da dor, sofrimento e morte dos pacientes)</li> <li>• Subgrupos com número grande de alunos que dificulta um vínculo</li> <li>• Aquisição de conhecimento através da percepção de bons e maus modelos</li> <li>• Gostariam de aprender mais sobre como estabelecer um contato de forma eficiente</li> </ul>	<p>CAMARGO et al (2015)</p> <p>CALASANS et al (2014)</p> <p>ALMEIDA e FALCÃO (2013)</p> <p>AZEREDO, ROCHA e CARVALHO (2011)</p> <p>LINO et al (2011)</p> <p>MEDEIROS e LUSTOSA (2011)</p> <p>MORAES; KAIRALLA (2010)</p> <p>PINHEIRO (2010)</p> <p>GROSSEMANL e STOLL (2008)</p> <p>DICKINSON (2006)</p> <p>ALMEIDA et al (2005)</p>
<p>EDUCAÇÃO MÉDICA</p> <p>Temática morte e preparo dos futuros profissionais para lidar com as situações de morte-morrer</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abordagem insuficiente para despertar interesse</li> <li>• Teoria x prática / Método tradicional</li> <li>• Contato tardio</li> <li>• Falta de suporte e treinamento sobre o cuidado de pacientes terminais</li> <li>• Docentes e preceptores com pouco preparo "insensíveis"</li> <li>• Preocupação com tecnicismo x humanismo</li> <li>• Falhas curriculares / Falta de interdisciplinaridade</li> <li>• Disciplinas específicas pouco satisfatórias (Medicina Paliativa, Psicologia Médica, Tanatologia, Bioética)</li> <li>• Faltam espaços para reflexão</li> <li>• Carência de métodos efetivos que estimule a cognição e habilidade</li> <li>• Programas extracurriculares</li> <li>• Voltada de forma objetiva a tratar doença, ficando a subjetividade do futuro profissional em segundo plano</li> </ul>	<p>JANAUDIS, BOSCO VACHI, GONZALEZ BLASCO (2018)</p> <p>SARTORI e BATTISTEL (2017)</p> <p>CAMARGO et al (2015)</p> <p>CARVALHO e HENNINGTON (2015)</p> <p>CALASANS et al (2014)</p> <p>ALMEIDA E FALCÃO (2013)</p> <p>POLLETO, SANTIN e BETTINELLI (2013)</p> <p>AZEREDO, ROCHA e CARVALHO (2011)</p> <p>PINHEIRO, BENEDETTO e BLASCO (2011)</p> <p>SILVA; AYRES (2010)</p> <p>PINHEIRO (2010)</p> <p>BIFULCO; IOCHIDA (2009)</p> <p>MARTA et al (2009)</p> <p>SANTOS (2009)</p> <p>GROSSEMANL e STOLL (2008)</p> <p>BERNIERI e HIRDES (2007)</p> <p>STANGE e McWHINNEY (2000)</p>
<p>HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO</p> <p>Prática embasada no novo Código de Ética Médica e nos princípios de Bioética</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultada pelo pouco suporte de ensino-aprendizagem nessa direção</li> <li>• Falta de acolhimento aos aspectos emocionais dos próprios estudantes</li> <li>• Percepção de profissionais não capacitados</li> <li>• A humanização e a integralidade parecem seguir fora do eixo estrutural da formação médica</li> <li>• Não se vê o doente e sim a doença</li> </ul>	<p>CFM</p> <p>CODIGO DE ETICA MEDICA</p> <p>DIRETRIZES NACIONAIS</p>

## APÊNDICE E – PRIMEIRO CONVITE PARA OFICINA

## CONVITE

**A MORTE NA FORMAÇÃO MÉDICA**

OFICINA DE LEITURA LITERÁRIA COMO ESTRATÉGIA  
HUMANÍSTICA NO ENSINO EM SAÚDE

Convidamos você, acadêmico(a) do Curso de Medicina do CESUPA, que está cursando o MD 7, 9 e 11, a participar desse momento conosco, em que será apresentada a nossa proposta de Oficina, no intuito de contribuirmos para que a sua formação humanística se enriqueça através da Literatura.

Se você estiver interessado(a) pelos temas **MORTE** e **MORRER** e desejar obter esclarecimentos sobre a oficina, por gentileza confirme a sua presença para esse nosso primeiro encontro, na Secretaria da Pós-Graduação (com a Bel).

Contamos com a sua presença!

**Ana Paula F. S. Sakai e Luciana Brandão Carreira**

Médicas Geriatra e Psiquiatra; Pesquisadoras do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação médica CESUPA

LOCAL: SALA DE CONFERÊNCIA 1

DATA: 10 DE JUNHO DE 2019

HORÁRIO: 18 HS

INSCRIÇÃO GRATUITA

*“Até a Morte, tudo é vida”*

*Miguel de Cervantes*

**APÊNDICE F – SEGUNDO CONVITE PARA OFICINA**

**CONVITE**

**A MORTE NA FORMAÇÃO MÉDICA**

OFICINA DE LEITURA LITERÁRIA COMO ESTRATÉGIA HUMANÍSTICA NO ENSINO EM SAÚDE

Convidamos você, acadêmico(a) do Curso de Medicina do CESUPA, que está cursando o MD 6, 7,8, 9, 10, 11 e 12, a participar da oficina, no intuito de contribuirmos para que a sua formação humanística se enriqueça através da Literatura.

Se você estiver interessado(a) pelos temas **MORTE, MORRER e CUIDADOS AO FIM DA VIDA**, e desejar obter esclarecimentos sobre a oficina, por gentileza, entre em contato com:

**ANA PAULA SAKAI**  
Celular/Whatsapp: 98 981245885  
E-mail: apfs28@yahoo.com.br

Contamos com a sua participação!

**Ana Paula F. S. Sakai e Luciana Brandão Carreira**  
Médicas Geriatra e Psiquiatra; Pesquisadoras do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde –  
Educação Médica CESUPA

*“Até a Morte, tudo é vida”*  
Miguel de Cervantes

*O Sonho (A Cama), de Frida Kahlo, é uma pintura a óleo de 1940.*

**ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)**

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO  
PARÁ - CESUPA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A MORTE NA FORMAÇÃO MÉDICA - OFICINA DE LEITURA LITERÁRIA COMO ESTRATÉGIA HUMANÍSTICA NO ENSINO EM SAÚDE

**Pesquisador:** ANA PAULA FERREIRA SILVA SAKAI

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 09843619.9.0000.5169

**Instituição Proponente:** Centro Universitário do Pará - CESUPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.302.649

**Apresentação do Projeto:**

A pesquisa será um Estudo Transversal Observacional, descritivo e de abordagem qualitativa, a partir de percepções sobre a morte e o processo de morrer de estudantes de Medicina do CESUPA, estimulados por uma Oficina Literária, na qual será realizada a leitura de um livro sobre essa temática.

A convocatória de participantes será realizada e posteriormente os voluntários participarão de uma entrevista que servirá para analisar o conhecimento dos alunos sobre o tema morte e morrer.

O livro a ser trabalhado na oficina será ofertado pela autora. Reuniões com os participantes ocorrerão em dois encontros, e se realizará nova coleta de dados a partir das entrevistas realizadas nesse segundo momento.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar as contribuições da literatura na formação humanística dos acadêmicos de Medicina, com a realização de uma oficina de leitura literária, enquanto estratégia metodológica humanizadora e potencialmente promotora de mudanças na concepção sobre a Morte e o processo de morrer dos pacientes.

**Objetivo Secundário:**

- Descrever os conhecimentos, vivência e percepção dos acadêmicos sobre a Morte e o processo

Endereço: Av. Nazaré, 630

Bairro: Nazaré

CEP: 66.035-170

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2100

Fax: (91)3212-9544

E-mail: cep@cesupa.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO  
PARÁ - CESUPA**



Continuação do Parecer: 3.302.649

de morrer; - Identificar através dos relatos dos acadêmicos, se a abordagem do tema finitude humana e Morte, durante o curso, é por eles percebido como satisfatório;- Interpretar o efeito da oficina de leitura literária sobre os alunos a respeito das concepções acerca da morte;- Contribuir para uma formação mais humanística através da sensibilização dos acadêmicos de Medicina para o tema Morte e cuidados ao fim da vida, com a oficina de leitura literária.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos bem descritos, ressaltando o sigilo de informações, com adequada estratégia de proteção de dados.

Benefícios justificadores da pesquisa são citados, ressaltando a criação de uma nova estratégia metodológica (a oficina de leitura literária) que visa aprimorar as suas competências humanísticas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa metodologicamente bem desenhada.

Assunto de extrema importância para o ensino médico e formação do estudante de Medicina.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Projeto, TCLE, Aceites da Instituição e do Orientador adequados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1303175.pdf	09/03/2019 19:33:00		Aceito
Outros	declaracoes_diversas_roteiro_entrevista.pdf	09/03/2019 19:29:12	ANA PAULA FERREIRA SILVA SAKAI	Aceito

Endereço: Av. Nazaré, 630  
 Bairro: Nazaré CEP: 66.035-170  
 UF: PA Município: BELEM  
 Telefone: (91)4009-2100 Fax: (91)3212-9544 E-mail: cep@cesupa.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO  
PARÁ - CESUPA**



Continuação do Parecer: 3.302.649

Outros	aceite_orientacao.pdf	09/03/2019 19:27:40	ANA PAULA FERREIRA SILVA SAKAI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_plataforma.pdf	09/03/2019 19:27:07	ANA PAULA FERREIRA SILVA SAKAI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	09/03/2019 19:26:43	ANA PAULA FERREIRA SILVA SAKAI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aceite_da_instituicao.pdf	09/03/2019 19:26:08	ANA PAULA FERREIRA SILVA SAKAI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	09/03/2019 19:25:40	ANA PAULA FERREIRA SILVA SAKAI	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	09/03/2019 19:25:10	ANA PAULA FERREIRA SILVA SAKAI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 04 de Maio de 2019

Assinado por:  
**PATRICK ABDALA FONSECA GOMES**  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Nazaré, 630  
Bairro: Nazaré CEP: 66.035-170  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)4009-2100 Fax: (91)3212-9544 E-mail: cep@cesupa.br

**ANEXO B - DECLARAÇÃO DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO – LOCAL DA PESQUISA****Declaração**

Declaramos para os devidos fins e efeitos que o Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA) tem conhecimento e apoia o interesse da mestrande Ana Paula Ferreira Silva Sakai em desenvolver o seu projeto de Mestrado Profissional em Ensino e Saúde – Educação Médica, promovido por esta Instituição de Ensino Superior (IES), intitulado "**A morte na formação médica: oficina de leitura literária como estratégia humanística no ensino em saúde**", autorizando-a realizar o trabalho nesta IES e coletar dados durante o período pré-estabelecido pelo cronograma do projeto, ciente e concordante com a publicação dos resultados encontrados através de uma dissertação de mestrado e de comunicações científicas.

Belém, 08 de março de 2019.

Atenciosamente,

Prof.<sup>a</sup> Dra. Milena Coelho F. Caldato  
Coordenadora do Curso de Medicina  
CESUPA

Milena Coelho F. Caldato  
Dra. Milena Coelho Fernandes Caldato  
Coordenadora do Curso de Medicina do CESUPA