

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

RENATA RODRIGUES FERRARI

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória - 25/06/2018.

MORTE, RELIGIÃO E BIOÉTICA NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE



PPGCR
Faculdade Unida de Vitória

VITÓRIA
2018

RENATA RODRIGUES FERRARI

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória - 25/06/2018.

MORTE, RELIGIÃO E BIOÉTICA NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Trabalho final de
Mestrado Profissional
Para obtenção do grau de
Mestra em Ciências das Religiões
Faculdade Unida de Vitória
Programa de Pós-Graduação
Linha de Pesquisa: Religião e Esfera Pública

Orientadora: Dra. Claudete Beise Ulrich

Vitória - ES
2018

Ferrari, Renata Rodrigues

Morte, religião e bioética na formação dos profissionais da saúde /
Renata Rodrigues Ferrari. -Vitória: UNIDA / Faculdade Unida de Vitória,
2018.

ix, f. 65 ; 31 cm.

Orientador: Claudete Beise Ulrich

Dissertação (mestrado) – UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2018.

Referências bibliográficas: f. 63-65

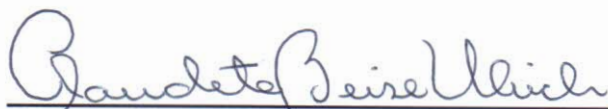
1. Ciência da religião. 2. Religião e esfera pública. 3. Bioética.
4. Humanização. 5. Morte. 6. Espiritualidade. 7. Morte e espiritualidade. -
Tese. I. Renata Rodrigues Ferrari. II. Faculdade Unida de Vitória, 2018.
- III. Título.

RENATA RODRIGUES FERRARI

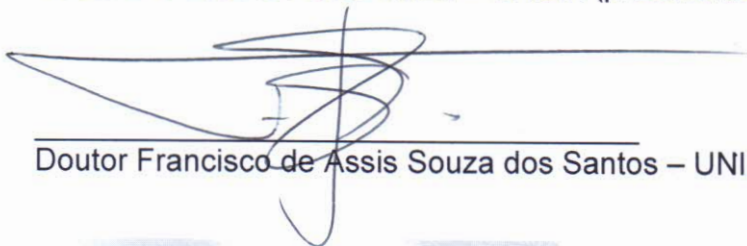
MORTE, RELIGIÃO E BIOÉTICA NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
DA SAÚDE

Faculdade Unida de Vitória

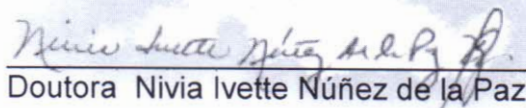
Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências das Religiões no Programa de Mestrado Profissional em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória.



Doutora Claudete Beise Ulrich – UNIDA (presidente)



Doutor Francisco de Assis Souza dos Santos – UNIDA



Doutora Nivia Ivette Núñez de la Paz



À Sheila minha mãe e grande amiga, aos meus filhos Jorge, Victor, Vinícius e Layssa, minhas noras Carla e Karina, meus queridos netos Maria Eduarda, Bernardo, Miguel e Valentina, companheiro e parceiro Rossano, minha enteada Lara, minha professora e orientadora Profa. Dra. Claudete e amigos/as por me acompanharem nos momentos bons e nos mais difíceis durante a elaboração do presente trabalho final de mestrado. Não sei se conseguiria sem vocês.



*Não importa se a estação do ano muda...
Se o século vira, se o milénio é outro.
Se a idade aumenta...
Conserva a vontade de viver,
Não se chega a parte alguma sem ela.*

Fernando Pessoa

RESUMO

Trata-se de uma análise acerca da bioética em relação à morte como processo presente no cotidiano dos/as profissionais de saúde. É uma pesquisa de caráter bibliográfico não sistêmico, complementada com a pesquisa de campo. Questiona-se até que ponto a formação acadêmica é suficiente para que essas pessoas tenham condições de lidarem com esse grande desafio que é a finitude. No primeiro capítulo são apresentadas as perspectivas filosóficas e sociológicas da morte sob a luz da bioética, apontando esse fim da vida humana como algo natural e que teve uma evolução histórica e social de seu conceito, tratando também do medo universal que se encontra ligado ao instinto de conservação da vida, além de discutir sobre a dignidade humana quanto ao processo de morrer. O segundo capítulo apresenta questões sobre a formação atual dos/das médicos/as e enfermeiros/as fundamentado na bioética da morte, pontuando seus princípios, bem como de que forma esse tema é abordado na capacitação desses acadêmicos e a importância da espiritualidade no suporte psicológico dessas pessoas que lidam diretamente com a perda. No último capítulo é pontuado o resultado de uma pesquisa de campo com coleta de dados por meio de análise de matrizes curriculares de três instituições de ensino, comparando a carga horária disponibilizada para os assuntos relacionados à bioética e ainda uma entrevista com alguns acadêmicos e profissionais já formados/as e atuantes, a fim de comparar se é a formação ou a espiritualidade quem oferece maior apoio para que essas pessoas possam enfrentar um de seus maiores desafios, que gera uma certa sensação de incapacidade. É preciso que se dê mais atenção à promoção da humanização na capacitação de médicos e enfermeiros, para que tenham condições de qualificar ainda mais os estudantes, mostrando o quão é importante prepara-los para a realidade de sua função.

Palavras chave: Bioética. Humanização. Morte. Espiritualidade. Ciências das Religiões.

ABSTRACT

This is a study about bioethics towards death's everyday life on health professionals. This is a research of non-systemic bibliographic nature, filled with field research. It is asked till what extent the academic formation it's enough to these people are able to deal with this great challenge that is the human finiteness. The first chapter presents the philosophical and sociological perspectives of death in the light of bioethics, pointing the end of human life as a natural behavior and it has a historical and social evolution of its concept, also dealing with the universal fear that is connected to the instinct preservation of life, although as discussing human dignity regarding the process of dying. The second chapter presents questions about the current formation of doctors and nurses based on the bioethics of death, punctuating their principles, as well and how this theme is addressed in the training of these academics and the importance of spirituality in the psychological support of those people who deal directly with the loss. The last chapter, the results of a field research with data collection through analyzing the course curriculum of four educational institutions, comparing the workload available for bioethics issues and also an interview with some academics and professionals already trained and active in order to compare if it is training or spirituality who offers greater support so that these people can face one of their greatest challenges, which generates a certain sense of incapacity. It's needed more attention to be given to promoting humanization in the training of doctors and nurses so they are able to further qualify students, showing how important it's to prepare them for the reality of their function.

Keywords: Bioethics. Humanization. Death. Spirituality. Religious Studies.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	49
Gráfico 2	49
Gráfico 3	50
Gráfico 4	52
Gráfico 5	53
Gráfico 6	54



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 PERSPECTIVAS FILOSÓFICAS E SOCIOLÓGICAS ACERCA DA MORTE A PARTIR DA BIOÉTICA.....	15
1.1 O medo da morte	18
1.2 Conceitos de Morte do ser humano	22
1.3 Morrer com dignidade	24
1.4 Classificações do Morrer	24
1.4.1 Eutanásia.....	26
1.4.2 Distanásia	27
1.4.3 Ortotanásia.....	27
1.4.4 Mistanásia.....	28
1.4.5 Cuidados Paliativos	28
2 FORMAÇÃO ATUAL DOS/AS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DA MORTE DOS PACIENTES FUNDAMENTADA NA BIOÉTICA	30
2.1 Princípios da Bioética.....	30
2.2 Morte e os/as Profissionais de Saúde	34
2.3 Morte e Espiritualidade	37
3 A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO COM OS/AS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM RELAÇÃO AO TEMA DA MORTE	43
3.1 O Cuidar de quem cuida	44
3.2 Pesquisa de Campo: dados e suas análises	47
3.3 Entrevistas com estudantes e profissionais da área da saúde	48
CONCLUSÃO.....	59
REFERÊNCIAS	61
ANEXO I – MATRIZES CURRICULARES DOS CURSOS DE MEDICINA E ENFERMAGEM	65
ANEXO II- ENTREVISTA COM ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE.....	80
ANEXO III- TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	92
ANEXO IV- CARTA DE APRESENTAÇÃO	93

INTRODUÇÃO

A formação acadêmica na área da saúde, além de obter conhecimentos específicos a fim de garantir a qualidade na sua formação na intenção de salvar e manter a vida de seus pacientes, precisa também se atentar a um olhar humanístico em relação ao óbito dos mesmos, algo que faz parte de sua rotina.

Não que se vá aceitar a morte num sentido fatalista que nos faça não lutar pela vida, porém, urge compreender que a morte faz parte da vida, do ciclo vital natural humano e de todas as coisas vivas [...]¹

Procura-se nesta pesquisa buscar uma relação de diálogo entre a medicina e a religião, em relação à morte sob a luz da bioética. O interesse pelo tema surgiu a partir de uma experiência pessoal da pesquisadora, que se deparou com uma situação de total despreparo de um profissional de saúde diante da morte de alguém muito próximo a ela. A partir daí surgiram algumas questões de investigação: de que maneira os acadêmicos da área da saúde são formados para lidar com a morte frequente dos pacientes? Como a religião e a bioética podem colaborar mutuamente, numa perspectiva dialogal e interdisciplinar, levando em conta “o humano” na hora da morte?

Algumas obras foram utilizadas para ampliar a investigação e aprimorar a pesquisa, as quais pode-se destacar: “A arte de morrer- Visões plurais” tendo como organizadores Franklin Santana Santos e Dora Incontri, “Bioética, Vulnerabilidade e Saúde” sendo Christian de Paul de Barchifontaine e Elma Zoboli seus organizadores e “Encanto e responsabilidade no Cuidado da Vida” no qual Luciana Bertachini e Leo Pessini organizam, dentre outros.

A presente tem como objetivo compreender a formação dos/as profissionais da área da saúde em relação à morte, que apesar de ser um processo natural e frequente na vida profissional dessas pessoas, ainda gera um desconforto em alguns/mas profissionais. É fundamental nessa pesquisa o foco no conhecimento tanto conceitual como no âmbito das experiências vivenciadas e relatadas por alguns acadêmicos e formados.

Pretende-se alcançar uma ampliação do conhecimento em relação ao cuidado que se faz necessário para que os/as profissionais da área lidem com essa questão da morte de forma mais natural e se de alguma forma a religião oferece suporte para essas pessoas, e assim promover uma fundamentação teórica bem fundamentada para futuros pesquisadores na área.

¹ SÁ, Ana Cristina de. A importância da espiritualidade para profissionais de saúde. In: SANTOS, Franklin Santana (Org.). *A Arte de Cuidar: saúde, espiritualidade e educação*. São Paulo: Comenius, 2010. p. 133.

O curso de graduação em Medicina e Enfermagem, além das disciplinas globais e específicas de cada área de atuação, aborda a questão bioética em relação a vários assuntos, como por exemplo a eutanásia, o aborto e a morte, dentre outros. O fato de se discutir esse assunto na formação desses/sas profissionais, pode ou não garantir que eles desenvolvam uma estrutura psicológica e social acerca do óbito de seus pacientes que, dependendo da especialização, se torna tão frequente no exercício da profissão.

A morte precisa ser encarada como algo totalmente natural dos seres vivos. Apesar disso, ainda se tem uma forma negativa de interpretar esse processo, haja vista a grande maioria das pessoas julgam não estarem preparadas para morrer ou para perder alguém que estima ou que se sente responsável pela manutenção de sua vida. No caso dos/as profissionais da área da saúde, sua formação acadêmica os prepara para lidarem com certas situações polêmicas e dentre elas, a perda de seus pacientes. Isso pode gerar uma sensação de fracasso profissional, pois em suas ações, a manutenção da vida é algo primordial. Dessa forma a contribuição da bioética é essencial.

Sendo assim, faz-se necessária a estruturação acadêmica, social, psicológica e até mesmo o discurso religioso pode oferecer um suporte para que esses/as profissionais sigam suas carreiras sem maiores danos decorrentes dessas perdas tão frequentes em algumas especialidades médicas. A religião como importante manifestação cultural chama a atenção de pesquisadores dos mais diversos campos do saber, sobretudo no campo ciências humanas, pois, além das grandes contribuições da Antropologia e da Sociologia, a Bioética vem retomando a dimensão religiosa como objeto de seus estudos. Desta forma será estudada a valorização de um suporte mais humanístico na formação desses/sas profissionais.

A pesquisa tem como objeto de estudo a importância da preparação dos/as profissionais da área de saúde para lidar com a morte, tendo em vista um diálogo com a religião. Com o intuito de orientar esta investigação e fundamentá-la cientificamente, para a realização deste trabalho foi feito um amplo levantamento bibliográfico, dividido em três capítulos, tendo em vista a fundamentação teórica da pesquisa, que envolverá, ao longo de seu desenvolvimento, a mobilização de algumas noções e conceitos importantes aos seus propósitos.

O método de pesquisa escolhido é essencialmente de análise bibliográfica e resultado de entrevistas, pelo fato de existir amplo material publicado sobre o objeto a ser investigado. Entende-se por método o caminho que é percorrido na busca do conhecimento². Dessa forma, se relaciona com os elementos da análise e indica o que fazer, sendo um norteador de toda a

² GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 159.

atividade. Para selecionar a metodologia é preciso relaciona-la ao problema de investigação com a decisão de quem investiga, caracterizando o estudo. A maneira de conduzir os resultados depende da criatividade do pesquisador.

Sob o ponto de vista dos procedimentos técnicos o estudo se dará por meio da pesquisa bibliográfica. Segundo Marconi e Lakatos³ a pesquisa bibliográfica envolve todas as publicações de uma bibliografia no que abrange o tema a ser analisado “desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, etc., até meios de comunicações como: rádios, gravações em fitas e audiovisuais”. Ou seja, a pesquisa bibliográfica propicia embasamento para que o pesquisador compreenda e se expresse por intermédio das informações averiguadas.

Para a Pesquisa de Campo foi selecionada a técnica de entrevista. Gil⁴ conceitua a entrevista como uma forma de diálogo assimétrico, visando coletar dados com uma fonte de informação. Para Marconi e Lakatos⁵ as vantagens da entrevista baseiam-se em: oferece flexibilidade, pois o entrevistador pode esclarecer o significado das perguntas; possibilita captar a expressão corporal do entrevistado, bem como a tonalidade de voz e ênfase nas respostas; há possibilidades de conseguir informações mais precisas, podendo ser comprovadas, de imediato, as discordâncias, etc.

O ser humano sempre assistiu aos fenômenos do nascimento e da morte e ao ciclo que ambos assinalam. Nele, a enfermidade é frequente, embora o padrão e o tipo de doenças se tenham vindo a modificar ao longo da história da humanidade. A intensidade da busca da cura de muitas doenças e a sofisticação dos meios associados a essa luta levaram de algum modo a uma cultura de negação da morte e ao triunfalismo heroico sobre a mesma. Dessa forma, a morte passou a ser encarada como derrota e frustração por muitos/as profissionais de saúde.

No primeiro capítulo será abordado as diversas concepções de morte no campo das ciências, ressaltando a bioética. Nele é mostrado o quanto o paradigma da morte foi alterado ao longo dos tempos. No passado ela ocorria em casa, num ritual familiar. Hoje, em alguns casos, a pessoa morre em instituições hospitalares rodeada de máquinas de solidão, muitas vezes esquecida pela família e pelos amigos.

O ser humano da modernidade prefere negar a morte, que antigamente tinha lugar de destaque nos ritos, crenças e tradições de várias culturas das civilizações, sendo removida para

³ MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007. p. 185

⁴ GIL, 2010. p. 187

⁵ MARCONI e LAKATOS, 2007, p. 233.

a periferia dos hábitos e dos pensamentos modernos, caindo assim no esquecimento. De acordo com Pascal, “Os homens, como não puderam substituir a morte, tiveram a audácia de não pensarem nela”⁶. Da mesma forma, no século XIX, Stendhal diz “[...]uma vez que a morte é inevitável, esqueçamo-la[...]”⁷.

Com efeito, a reflexão sobre a morte não deixa de ser uma análise da vida, pelo fato de ser impossível desvincular uma da outra. Não há chance de encarar uma sem refletir sobre a outra. É possível afirmar que o ser humano jamais compreendeu que a questão primordial não seria a morte em si, mas sua atitude para com ela. Segundo Morin, é necessário:

[...]revelar as paixões profundas dos homens para com a morte, considerar o mito na sua humanidade e considerar o próprio homem como guardião inconsciente do segredo. Então, só então, poderemos interpelar a morte desnudada, lavrada, desmaquilhada e dissecá-la na sua pira realidade biológica⁸.

Durante o segundo capítulo, é possível notar a importância da bioética na formação dos/as profissionais da saúde principalmente no convívio com a finitude humana. Com o passar do tempo, a morte deixou de ter expressão familiar e social. Atualmente, morrer em casa, junto da família e dos amigos, tendo a oportunidade de estar assistido pelos ritos religiosos como antigamente está cada vez mais difícil de acontecer. As instituições hospitalares e outros centros de apoio a idosos e doentes, cercado de recursos tecnológicos, mas escasso de afetividade, tem sido o ambiente mais frequente para esse contexto.

Dessa forma, a convivência com doentes em fase terminal ou com o paciente que morre, ou seja, com a morte em si, tem sido cada vez mais constante no exercício da função do profissional de saúde, mesmo que isso seja incompatível com sua atividade profissional, haja vista esse cenário pode gerar um certo sentimento de impotência face ao inevitável, demonstrando o fracasso da ciência e dos recursos. A realidade da vivência no cotidiano hospitalar, tem demonstrado que os médicos e estudantes desta área sentem certa dificuldade na relação com doentes em fase terminal, adotando um distanciamento em algumas situações, chegando até mesmo a evitar o contato tanto do paciente quanto dos familiares argumentando questões como falta de tempo por exemplo e de disponibilidade para ouvi-los e estar junto.

Faz-se necessário que a vivência hospitalar e o senso de responsabilidade na formação desses/sas profissionais respeitem a forma de lidar com todo o processo de morrer, gerando

⁶ SOUSA, Paulino. *As Representações da Morte no Ensino de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Porto, 1995. p. 48.

⁷ SOUSA, 1995, p. 48.

⁸ MORIN, Edgar. *O Homem e a Morte*. Mem Martins/Portugal: Europa-América, 2. ed., 1988. p. 10.

possivelmente o interesse pelo assunto. Daí surge a preocupação com a formação desses/sas acadêmicos/as e além disso, de que maneira a religião pode ou não dar suporte a esses/as profissionais para lidarem com a perda de seus pacientes.

Já o terceiro capítulo trará um diálogo entre os/as principais teóricos e a realidade dos/as profissionais e estudantes da área da saúde. Com a intenção de não apenas enfatizar a teoria na contribuição da pesquisa bibliográfica acerca dessa temática, foi aplicado um questionário sob a forma de entrevista, a fim de sondar as atitudes e percepções perante a morte junto dos/as estudantes e profissionais já formados/as e atuantes, permitindo assim tirar algumas conclusões relacionando a fundamentação teórica com a prática. Além da entrevista, foram analisadas algumas matrizes curriculares dos cursos de Medicina e Enfermagem, observado a ementa e carga horária de Bioética, para que se possa obter uma noção do tempo utilizado com o tema na formação dessas pessoas que atuarão na área da saúde.

Essa junção entre teoria e prática, pode fazer com que se compreenda a morte como acontecimento natural, que não deve ser deixada de lado, muito menos mal compreendida ou negligenciada, aceitando assim que há tempo de nascer e de morrer. Mesmo sendo uma abordagem simplista, possibilita investigação de âmbitos diferentes, dando condições de detectar o comportamento dos elementos da amostra perante o fenômeno da morte.

Sendo assim, é preciso dar o devido lugar à morte, dando realidade a esse processo e deixando de encará-la como um tema melancólico ou uma entidade teológica nebulosa. Dar assistência e acompanhar o tempo de morrer compromete todo um trabalho prévio de análise da própria concepção de morte desses/as profissionais, mesmo reconhecendo a dificuldade de lidar com todo o ciclo.

1 PERSPECTIVAS FILOSÓFICAS E SOCIOLÓGICAS ACERCA DA MORTE A PARTIR DA BIOÉTICA

Neste primeiro capítulo será abordada a diversidade de conceitos e visões sobre a morte sobretudo sob a ótica da bioética. Existem várias maneiras de encarar o processo de finitude humana, inclusive uma das propostas de “Ciência da Vida” - popularmente usada para dar nome à Bioética- é também explicar de uma maneira ética e moral, além de científica, o fim da vida.

A Bioética tem se estruturado como discurso em resposta às novas questões éticas levantadas pelas ciências da saúde e da vida, principalmente aquelas relativas ao desenvolvimento científico e tecnológico do último século, permitindo a reflexão acerca dos valores e conceitos como vida, finitude e sofrimento. A ponderação sobre esses temas remete à questões mais pertinentes da atualidade bem como: aborto, eutanásia, dilemas morais entre o início e o fim da vida, pesquisa envolvendo seres vivos, além de debates sobre a qualidade da saúde pública⁹.

Nesse sentido, a presente pesquisa fundamentou-se apenas a questões acerca da morte e do processo de morrer, haja vista existir uma gama de assuntos pertinentes a essa ciência. A princípio é apresentado a diversidade que se manifesta a definição de morte e morrer para que se compreenda e se justifique os princípios da bioética.

O termo morte origina-se do latim *mors, mortis* que significa o fim da vida. Aos olhos humanos é caracterizada pela ruptura, decomposição da unidade pessoal¹⁰. A morte faz parte da condição humana desde os primórdios e mesmo assim, faz-se necessário um estudo acerca deste tema pelo fato da maioria das pessoas não estarem preparadas para esse fato. Ao se questionar algumas premissas antropológicas que regem o comportamento ético perante o fim da vida, destaca-se a afirmação de Serrão:

É necessário tratar os temas bioéticos do fim da vida humana e da proximidade da morte, a partir de um duplo enfoque e numa perspectiva não pontual: o processo biológico e cultural. Se na atual sociedade técnico científica é importante ajudar a nascer, não é menos importante aprender a morrer e saber acompanhar a partir da perspectiva processual, biológica, cultural e humana, todos e cada um dos seres humanos que se aproximam do fim da vida¹¹.

⁹ PALACIOS, Marisa; MARTINS, André; PEGORARO, Olinto (org). *Ética, Ciência e Saúde: desafios da bioética*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p. 32-33.

¹⁰ BENTO, L. A. *Bioética: desafios no debate contemporâneo*. São Paulo: Paulinas, 2008. p. 98-103.

¹¹ SERRÃO, Daniel. *Os médicos e o processo de morrer*. Comunicação à Academia das Ciências. Texto policopiado para os alunos do Mestrado em Bioética e Ética Médica, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 1995. p. 1-7.

Refletir sobre o processo social, antropológico e cultural da morte e do morrer humano na atualidade é uma tarefa difícil, por se tratar de um mistério, pois nunca se saberá o que ela significa para o próprio morto que se cala definitivamente para o universo da enunciação. Pensar na morte pode conduzir a auto-reflexão, mas não obrigatoriamente de maneira triste ou deprimente. É um tema que suscita inúmeras indagações das quais várias óticas como a ciência, a religião os costumes, valores entre outras tentam achar resposta. Sendo assim, é de suma importância analisar o processo de morte e morrer seja histórico, filosófico, antropológico entre outros para que se justifique alguns preceitos da bioética.

1.1 O medo da morte

O medo da morte é universal e está ligado ao instinto de conservação da vida. Este temor pode ajudar a tomar atitudes saudáveis e comportamentos de preservação da integridade física e psicológica. Este medo pode levar as pessoas a adotarem comportamentos saudáveis para a conservação da saúde e, conseqüentemente, a vida no maior tempo possível. Por outro lado, pode se transformar em algo patológico, inibindo algumas ações e até mesmo limitando o aproveitamento do tempo de vida.

O medo é a resposta mais comum diante da morte. Este atinge a todos os seres humanos e se apresenta em várias formas. De acordo com H. Feifel e V. T. Nagy¹² ninguém se livra deste medo e todos eles estão de alguma maneira relacionados à morte. Isso significa que ninguém está pronto para morrer. Por mais que todos saibam que essa é a única certeza que se tem, não se imagina que esse momento pode chegar e o que acontecerá nessa hora.

Vale ressaltar que o “fantasma da morte”, sempre esteve presente nas civilizações e que está acompanhado pela tristeza do funeral, o fato da pessoa se decompor, e pela perda da individualidade. Isso não se limita apenas ao terror da putrefação, mas o sentimento de perda total de significado da pessoa no ambiente em que vive, fazendo com que o morto não seja mais reconhecido como ser humano e sim como um corpo malcheiroso¹³. Sendo assim, o ser humano perde sua essência, e ganha a noção de finitude, passando a ser apenas um cadáver. Esse sentimento aflora em qualquer sujeito que se depara com a morte de alguém. Ao ver o outro como um corpo sem vida, algumas pessoas podem refletir sobre o que seria se ela morresse.

¹² FEIFEL, H; NAGY, V.T. Another look at fear of death. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 1981, 49. p. 278-286.

¹³ MORIN, 1988, p. 15.

Dentro de uma ótica linear, a morte pode significar perda, ausência, ruptura, finitude, sendo o oposto da lógica da vida que justamente afirma a continuação desta plenitude. Dessa forma, faz-se necessária busca pela superação desse medo, talvez em caráter coletivo ao invés de ser um temor pessoal. Essa ampla ritualização da morte poderia ser uma estratégia global do ser humano contra sua própria natureza. E se antigamente as pessoas temiam a morte, tornavam-se angustiadas diante dela, esse sentimento poderia ser traduzido em palavras tranquilamente e seriam canalizados para ritos sociais e familiares. Assim, é possível que a morte não passe do limite inexprimível, chegando a ponto do ser humano se afastar, de negar, fugir e até mesmo agir como se ela não existisse¹⁴.

Concomitantemente o ser humano busca extrair da morte e de seus conceitos as formas de se defender dela, privando a vida de ser ceifada. A Medicina então tenta se munir de técnicas e procedimentos com o intuito de amenizar esse terror ou pelo menos adiar o fim, fazendo que o fato de morrer de velhice passar a ser a maneira natural de se morrer. Dessa forma, a ciência acaba desmistificando a ideia sobrenatural da morte, a partir do momento que busca por meio dos cuidados tornar esse processo de finitude ser encarado da maneira mais amena possível. E por esse motivo, faz-se importante a formação acadêmica dos/as profissionais da área da saúde que necessitam ter para lidar com a perda de seus pacientes.

Quando se refere ao medo da própria morte, é possível que o interprete como uma certa angústia de separação dos entes queridos ou de sua vida terrena, o que pode provocar ansiedade e até mesmo a mudança de comportamento principalmente no que diz respeito ao apego às pessoas. Esse sentimento de terminalidade se resume ao medo existencial e se forma de maneira inconsciente. Quando a pessoa é acometida por alguma enfermidade que acarreta mudança de sua aparência, chegando a se deformar, causar mau cheiro, entre outros, além do medo do fim de sua vida, existe o da rejeição. Esse temor pode ocasionar reclusão, tornando a pessoa depressiva e solitária. Dessa forma, surge também o medo da dor. Algumas enfermidades provocam um fim sofrido, no qual a pessoa adoentada perde o controle da situação, inclusive o de sua própria vida, tornando assim um processo assustador quando se perde as funções mentais e corporais.

Há também o medo da morte súbita, acontecimento repentino que gera esse temor. Além da morte em si, o indivíduo se sente altamente impotente pois de repente não há mais tempo de tentar “consertar” alguma situação e nem de conviver entre os queridos. O medo de morrer sozinho é também muito comum entre as pessoas, pois a própria solidão em si pode

¹⁴ ARIÈS, Philippe. *O Homem perante a morte- I*. Lisboa: Europa- América, 2000. p. 13.

gerar esse sentimento¹⁵. Isso se deve ao fato de que quase ninguém está preparado para encarar o fim de sua existência.

Diante do exposto, não importa qual seja o motivo da morte, há de se convir que a grande maioria das pessoas tem medo do processo de morrer ou da morte em si, desde o momento em que o fim se evolui, ou até mesmo num ato repentino ou solitário aconteça a finitude da vida.

1.2 Conceitos de Morte do ser humano

Ao longo da história, várias foram as maneiras de encarar a questão da morte. As atitudes, os discursos e as práxis da humanidade face à morte não foram sempre iguais e mudaram através do tempo. Na antiguidade a origem da morte se explica por meio de mitos e com isso desenvolveram variados sistemas fúnebres para que se pudesse entender seu processo. Na perspectiva filosófica, Sócrates orientou que o propósito da Filosofia era descobrir o significado da vida em relação à morte e que a verdadeira filosofia era praticar a arte da morte a todo momento. Resumidamente ele definia o processo da seguinte forma:

A alma eterna é a única realidade substancial, que é incorruptível.
 O corpo é um instrumento da alma e eles estão em posição dualística em relação um ao outro.
 A alma é a essência eterna e portanto não está sujeita a morte.
 A alma está encerrada dentro do corpo.
 A morte libera a alma de volta ao seu lar de origem.
 A alma, após a morte, migra através de várias vidas.
 A alma, quando purificada e livre de imperfeições, é livre para se associar com os deuses¹⁶.

E por ser algo natural e de ocorrência comum, a forma de lidar com o morto também assim se fazia. Numa época em que a esperança de vida era curta devido às duras condições de vida da população, insalubridade das moradias, falta de saneamento, e ineficiência da Medicina, o convívio com ela era frequente. Mesmo sendo algo natural, não era banalizada, pois havia um cuidado especial com o morto que era velado dentro da própria casa e seu cortejo era feito a pé acompanhado pela povoação¹⁷.

¹⁵ STEDFORD, E. *Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. p. 35-42.

¹⁶ SANTOS, Franklin Santana. *Perspectivas Histórico-culturais da Morte*. In: SANTOS, Franklin Santana; INCONTRI, Dora. *A Arte de Morrer- Visões Plurais*. Bragança Paulista: Comenius, 2009. p. 16.

¹⁷ SANTOS, 2009, p. 17-19.

Essa morte, segundo Ariés denominada “domesticada” era estruturada numa ritualidade na qual o moribundo era participante de um cerimonial público, deitado em seu leito, onde pedia perdão às pessoas próximas, confessava seus pecados. Dessa forma, morria-se de forma integrada à família e a naturalidade do processo de morrer¹⁸. Na Idade Média, os ensinamentos da Igreja tiveram grande influência na forma que as pessoas morriam e havia esperança na vida após a morte. Em *Psicologia da Morte*, Kastenbaum explana sobre essa ideia:

O evento da morte – o momento do último suspiro- adquiria uma nova e proibitiva significação. Agora, a morte era considerada o castigo de Deus para o homem. Não bastava a desdita de saber que ele morria. Para completar a história, a morte revela suas culpas e indignidades, na medida em que o transportava de uma crise pavorosa para a mortificação e o tormento intermináveis¹⁹.

Começa a difundir-se a ideia de juízo final que, até então, era pouco contemplada, trazida para o momento da morte, como que um julgamento final e individual da vida vivida de cada um. Essa negatividade foi intencional, pois era preciso se comportar de forma a obedecer aos preceitos da Igreja em vida para se garantir uma boa morte, desvinculando-a de uma ótica sagrada de modo a poder ser manipulada por ações humanas.

Já no início da Idade Moderna há uma grande mudança de sensibilidade em relação às representações da morte. Surge aí o medo grande da morte que se transforma “naquilo que antes tinha de próximo, de familiar, afastou-se pouco a pouco, para o lado da selvageria violenta e dissimulada que mete medo”²⁰. Com isso surgem os lutos históricos expressando a dificuldade em aceitar a morte do outro, transformando-a em derrota e não em cumprimento. Diante do exposto, nota-se que, mesmo com a evolução do tempo, seja na ótica psicológica, religiosa, antropológica, social dentre outras, a morte continua emanando mistério e questionamentos. Sommer declara:

Se nós compararmos a quantidade de pesquisas sobre as questões relacionadas com a vida após a morte com qualquer outro assunto, nós concluiremos que algo está muito errado. Não precisa ser um gênio filosófico para descobrir um genuíno escândalo público de negligência em assuntos relativos à morte²¹.

Verifica-se que a morte hoje não tem o mesmo lugar que tinha no passado. Por mais que se tente explicar o porquê ela acontece, como se lida com ela e o que sucede depois dela, a morte nunca terá uma justificativa concreta e é justamente toda essa incógnita que gera tanta

¹⁸ ARIÈS, 2000, p. 18-23.

¹⁹ KASTENBAUM, 1983 *apud* SANTOS, 2009, p. 19.

²⁰ ARIÈS, 2000, p. 35.

²¹ SOMMER, 1999 *apud* SANTOS, 2009, p. 25.

polêmica. Na verdade, o que se busca aqui é a forma de como as pessoas que lidam diretamente com esse tema podem tratá-lo de forma mais ética e respeitosa.

A morte do ser humano é um fenômeno biológico, objetivo e cientificamente abordável. Declarar a morte de alguém pressupõe que não existe maneira de reverter a situação. A confirmação da morte se constituiu em um ato médico que considera alguns critérios clássicos para o diagnóstico. Mesmo assim, ela ultrapassa os preceitos médicos e pode ser influenciada por aspectos religiosos, legais ou políticos. De acordo com Veatch existem quatro abordagens para definir esta questão:

- a) Perda Irreversível do fluxo de Fluídos Vitais- que se resume em ausência de batimentos cardíacos, movimentos respiratórios e resposta a estímulos, além de apresentar as pupilas fixas e sem reação à luz, queda de temperatura corpórea, descoloração do corpo e rigidez muscular.
- b) Perda Irreversível da Alma do Corpo- que parafraseando Homero, o autor diz que é como se a psique saísse do corpo pela boca ou pela ferida, manifestando assim o último suspiro.
- c) Perda Irreversível da Capacidade de Integração Corporal- que se fundamenta na capacidade do corpo em controlar e regular seu próprio funcionamento, perdendo assim a integração do organismo.
- d) Perda Irreversível da Capacidade para a Interação da Consciência ou Social- que valoriza os aspectos sociais de personalidade e consciência do ser humano. Estar vivo significa interagir com o ambiente e com o outro²².

Essas abordagens, depois de verificadas e confirmadas, definem a morte. Há de se convir que não apenas se considera a pessoa como morta se ela perde seus sinais vitais, mas existem outros modos de confirmar o óbito de alguém. No que diz respeito à perda dos sinais vitais, só se deve confirmar que alguém morreu quando declarada a morte encefálica. Segundo o Conselho Federal de Medicina:

Agora, o Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução CFM nº 1.480, de 8 de agosto de 1997, dispondo sobre novos critérios de constatação de morte encefálica. Com a edição desta Resolução, ficam atualizadas as normas anteriormente editadas, baixando seu limite de idade, criando um termo de declaração de morte encefálica para ser preenchido no hospital e estabelecendo novos critérios para a avaliação da morte, mesmo em centros desprovidos de recursos técnicos mais sofisticados²³.

Os padrões clínicos para a avaliação da morte encefálica estão indicados na valorização do coma. Os exames complementares indicados para essa confirmação devem estar representados pela ausência da atividade elétrica cerebral ou pela ausência da atividade

²² VEATCH, 1989 *apud* SANTOS, 2009, p. 89.

²³ BRASIL, Resolução CFM nº 1.480, de 8 de agosto de 1997.

metabólica cerebral ou pela ausência de perfusão sanguínea cerebral²⁴. Ainda de acordo com o CFM:

Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas e eletroencefalográficas necessárias para a caracterização da morte encefálica são definidas por faixa etária, como: de 7 dias a dois meses incompletos - 48 horas; de dois meses a um ano incompleto - 24 horas; de 1 ano a 2 anos incompletos - 12 horas; acima de 2 anos - 6 horas. Nosso ponto de vista é que o prazo mínimo deveria ser de 24 horas para os maiores de dois anos e 48 horas para os de idade entre 7 dias e dois anos²⁵.

A oposição aos critérios exclusivamente cerebrais é fundamentada no princípio de que, sendo a vida a harmonia da unidade biopsíquica em seu aspecto funcional e orgânico, a morte será sempre o comprometimento das funções vitais, por um tempo razoável que não deixe dúvidas quanto à permanência de vida. Por isso, o conceito de morte deve ser inserido dentro de um contexto clínico-instrumental que não deixe nenhuma dúvida.

Mesmo assim, o conceito médico de morte não é de sua responsabilidade exclusiva. Existe uma ótica filosófica na sua definição.

O conceito de morte é principalmente uma questão filosófica. Embora assentada num certo nível de abstração, a definição de morte deve mostrar seu escopo, excluir considerações esotéricas, guardar o significado da universalidade e salientar a relação prática entre o conceito de morte e as determinadas funções do corpo²⁶.

Sendo assim, conceituar a morte no caráter clínico está necessariamente relacionado a uma mudança física irreversível no organismo em sua totalidade. Sabe-se que fisicamente falando existe um conceito tradicional em limitar as funções cardiorrespiratórias como pressupostos de manutenção de vida. Porém, com o avanço das pesquisas e exames, atribui-se às funções cerebrais como base necessária para a morte do organismo como um todo. Nega-se a morte de várias formas e mesmo assim é possível conviver com ela diariamente quando se lê jornais, assiste televisão ou quando se trabalha com ela. Até hoje não se chega num denominador comum a respeito de seu conceito e para a maioria das pessoas continua sendo sombria e levemente percebida. Segundo Ariés:

Não é fácil lidar com a morte, mas ela espera por todos nós...deixar de pensar na morte não a retarda ou evita. Pensar na morte pode nos ajudar a aceita-la e a perceber que ela é uma experiência tão importante e valiosa quanto qualquer outra²⁷.

²⁴ BRASIL, 1997.

²⁵ BRASIL, 1997.

²⁶ LAMB, David. *Ética, morte e morte encefálica*. Trad. Jorge Curbelo e Rogéria Cristina Dias, São Paulo: Office, 2001. p. 50.

²⁷ ARIÉS, Phillipe. *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003. p. 20.

Falar da morte implica várias atitudes perante a vida, pois a mesma gera angústia, medo, tornando-a assim um tabu, fazendo com que deixe de ser um fenômeno social e pessoal. Essa certa distância vem sendo declarada há muito tempo. No século XIX, Stendhal relata “[...] uma vez que a morte é inevitável, esqueçamo-la[...]”²⁸. Toda morte torna-se única, pessoal e intransferível, pois todos estão condenados a ela. Sendo assim, ninguém duvida de sua existência e tão pouco de seu próprio fim, e mesmo assim ela causa terror na maioria das pessoas.

E como mortais, não se descarta a afirmação de Morin: “O caminho da morte deve levar-nos mais fundo na vida, como o caminho da vida nos deve levar mais fundo na morte”²⁹. Podendo-se afirmar que o ser humano ignora sua morte chegando a desejar a imortalidade, transformando a ideia de fim algo obscuro, difuso, silencioso. Em virtude dos critérios de morte relacionados ao encéfalo, se deu certeza da morte de alguém quando declarada a disfunção cerebral. Gaylin relata: “Eu declaro que qualquer um cujo encéfalo está morto, está morto. É a única determinante que será universalmente aplicável porque o encéfalo é o único órgão que não pode ser transplantado”³⁰.

O critério para o diagnóstico de morte cerebral é a cessação irreversível de todas as funções do encéfalo, incluindo o tronco encefálico, onde se situam estruturas responsáveis pela manutenção dos processos vitais autônomos do organismo. Sendo assim, é possível afirmar que os conceitos de morte não são, como relatado anteriormente apenas biológicos, mas também filosóficos, morais e religiosos, gerando divergências significativas.

1.3 Morrer com dignidade

O significado de dignidade humana tem sido revitalizado por várias vertentes, sejam elas filosóficas, científicas e culturais entre outras. Essa visão digna sobre o ser humano pode-se basear nos ideais de justiça e liberdade, inerente de qualquer pessoa. E em virtude dessa dignidade o ser humano deve ser tratado como tal, e não como instrumento ou objeto.

No decorrer da vida, a ideia de dignidade humana caminha com a pessoa ao longo da vida, em especial no momento de sua morte. Ao que tudo indica, o que antigamente era vista como parte do processo natural da vida, na atualidade é encarada como grande vilão a ser vencido.

²⁸ SOUSA, 1995, p. 48.

²⁹ MORIN, 1988, p. 10.

³⁰ GAYLIN, 1974 *apud* LAMB, 2001, p. 168.

Uma morte digna deve ser vista e compreendida como o desfecho de um processo sustentado em princípios éticos de dignidade e autonomia. O morrer e o momento da morte transformam-se em fato angustiante e delicado. Sabemos que a morte deve ser vista de forma natural, e que o homem precisa adequar-se a um contínuo processo de sua aceitação, para que possa encara-la de maneira consciente e serena quando de sua ocorrência³¹.

Os/as profissionais que lidam com o processo de morrer precisam estar devidamente preparados com a inevitabilidade da ocorrência da morte. Isso não quer dizer que precisam ficar ao lado do leito do paciente até seu último suspiro, mas sim, apropriar-se da totalidade de quem está partindo a fim de superar a supervalorização dos recursos tecnológicos e da comercialização dos cuidados médicos.

Mais do que direito a uma vida em condições de desenvolvimento das potencialidades do indivíduo como ser humano, a questão da dignidade refere-se mais proximamente, no que concerne ao problema das pessoas cuja capacidade de responder por si próprias é debilitada, ao direito de não sofrer indignidade. É o direito de não serem tratadas de forma que, dentro dos padrões daquela sociedade, demonstrem desrespeito³².

Nesse sentido, o direito à dignidade deve ser garantido à todas as pessoas, principalmente as que se encontram em situações de vulnerabilidade. É preciso que se demonstre um mínimo de preocupação e atenção individuais. Reconhecer a dignidade humana conduz à obrigação dos Estados de assegurarem o respeito que decorre do próprio reconhecimento da mesma, expressa nos diferentes níveis sejam eles sociais, políticos, econômicos e culturais indispensáveis à realização desta dignidade.

De acordo com Kant, o conceito de dignidade é tido como categoria central da ética. Trata-se de um valor supremo para ele. Sendo assim, a moralidade só está garantida quando se pressupõe a capacidade do ser humano submeter as suas normas à validade universal de leis naturais e deliberar a determinação de suas ações, motivações e tendências subjetivas. Trata-se da autonomia que fundamenta a dignidade humana. Para o autor, a dignidade humana pode tanto ser um enunciado moral sobre a capacidade moral do ser humano, quanto um equivalente da exigência de agir moralmente correto³³.

Elizari afirma que a pessoa humana é dotada de uma dignidade original e única, inviolável, indivisa, que não se baseia na funcionalidade do seu organismo, mas na essência de

³¹ ARAUJO, A. O. V. de. Múltiplos enfoques sobre a morte e o morrer. In: MORITZ, Rachel Duarte (org). *Conflitos bioéticos do viver e do morrer*. Câmara Técnica sobre a Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina. – Brasília: CFM, 2011. p. 141.

³² SÁ, Maria de Fátima Freire de. *Direito de Morrer*: eutanásia, suicídio assistido. 2 ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005. p. 91-92.

³³ KANT, Immanuel. *Crítica da Razão Prática*. Lisboa: Edições 70, 1985. p. 70.

sua natureza³⁴. Ou seja, é uma qualidade inata e presente em qualquer pessoa e tem caráter social e moral. No sentido social, é designada por seus méritos, doravante da função que lhe é reconhecida. Já na ótica moral, está relacionada ao comportamento de cada um. Em nome dessa dignidade, invoca-se o direito de mantê-la também no processo de morrer e durante a morte. O direito de morte digna significa dar condições que respeitem a dignidade de vida da pessoa que precisa se sentir bem e respeitada até o fim de sua vida.

Assim, o doente tem direito a receber os cuidados apropriados que prolonguem a sua vida de forma humana e com a melhor qualidade de vida, assim como tem o direito de recusar tratamentos que prolonguem artificialmente a vida, sobretudo quando acarretam consigo um sofrimento difícil de suportar, ou se vai reduzir a sua qualidade de vida ou trazer danos incompatíveis com a sua dignidade³⁵.

Em relação à própria morte, existe ainda o direito de saber a realidade e a verdade sobre a morte que se aproxima, pelo fato de cada um poder viver o processo de morrer segundo seus valores, suas convicções e crenças religiosas. Se existe um direito a morte, que seja exercido de forma digna. Por mais que as pessoas queiram esquecer a existência da morte, não há como o fazer quando se pretende exercer a garantia de dignidade em sua finitude. Sendo assim, comunicar ao doente acerca de sua morte “pode estabelecer uma relação mais próxima e mais solidária para com o outro que morre”³⁶.

1.4 Classificações do Morrer

Algumas classificações são similares a eutanásia, visando explicar melhor as circunstâncias da morte; são elas: ortotanásia, distanásia, mistanásia e cuidados paliativos. Embora semelhantes, os vocábulos e seus conceitos não devem ser confundidos, ainda que versem sobre mesmo tema, pois são expressões distintas visando definir as diferentes situações em que ocorre o término da vida.

1.4.1 *Eutanásia*

A eutanásia consiste no direito de dispor do considerado o maior deles, o de viver. Embora seja um tema relativamente antigo, ainda hoje é polêmico e controverso dividindo

³⁴ ELIZARI, Javier. *Bioética, teologia, moral y sociedad*. Madrid: Universidad Pontificia Comilas, 2014. p. 397.

³⁵ LAGRÉE, Jacqueline. *O médico, o doente e o filósofo*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002, p. 156.

³⁶ LIMA, Antonio. *Bioética e Antropologia*. Coimbra: Gráfica Coimbra, 2004, p. 254.

opiniões. Declara sobre a possibilidade de encurtar a vida do paciente que já não responde mais ao tratamento e que padece de dores consideradas insuportáveis. Tal paciente encontrar-se-á em um estado desumano e para os defensores da eutanásia o melhor seria, caso o paciente desejasse, proceder a este recurso.

Três problemas distintos giram em torno das decisões sobre a eutanásia. Devemos ter a preocupação de respeitar ao máximo a autonomia do paciente, seus interesses fundamentais e o valor intrínseco ou a santidade de sua vida. Contudo, corremos o risco de não entendermos adequadamente nenhuma dessas questões, ou de não percebermos se elas são favoráveis ou contrárias à eutanásia em uma circunstância dada, enquanto não compreendermos melhor por que algumas pessoas querem permanecer biologicamente vivas enquanto puderem fazê-lo, inclusive em circunstâncias terríveis, e por que outras, nas mesmas condições, insistem em morrer tão logo lhes seja possível³⁷.

A eutanásia pode ser considerada hoje o meio pelo qual, por compaixão a um doente, portador de enfermidade incurável, que lhe proporciona dores intoleráveis, e com o seu consentimento e até mesmo a mando deste, toma-se as providências necessárias para reduzir seu tempo de vida, através de atos positivos que conduzem ao encurtamento de sua existência, ou simplesmente por meio de uma conduta negativa, uma omissão por parte dos responsáveis pela saúde do doente que consiste em suspender o tratamento necessário ou por este próprio não procurando a devida terapêutica.

Para o paciente que experimenta intenso sofrimento, não tem perspectiva de cura, a morte antecipada é a solução que põe fim à dor, à agonia (de agonia que significa luta ou combate, estado que precede à morte, caracterizado por grande sofrimento e/ou grande dor)³⁸.

Nessa ótica, é interessante se remeter ao discurso do personagem do filme *Mar Adentro*³⁹, que conta a história de um jovem marinheiro que sofre um acidente enquanto mergulhava e se torna tetraplégico. A partir daí, ele luta incansavelmente pelo fim de seu sofrimento e em uma das cenas ele relata que “viver deve ser um direito e não uma obrigação”. Nesse pensamento ele desabafa sua extrema angústia e desejo de acabar com seu sofrimento.

Ao tratar do tema eutanásia, o direito à preservação da vida é atingido, porém, diante da situação em que o paciente se encontra, nota-se que este direito pode ser violado, sendo considerável a exceção gerada. Sendo assim, fica claro afirmar que não há direito absoluto, e

³⁷ DWORKIN, Ronald. *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. São Paulo: Martins Fontes, 2003. p. 36.

³⁸ SZTAJN, Rachel. *Autonomia privada e direito de morrer: eutanásia e suicídio assistido*. São Paulo: Cultural Paulista: Universidade de São Paulo, 2002, p. 130.

³⁹ MAR ADENTRO. Direção de Alejandro Amenábar. Espanha: [s.n.], 2004. 1 filme (125 minutos), son., color. Legenda em Português.

que dependendo do contexto, as circunstâncias podem gerar ações até então não compreendidas ou ignoradas.

1.4.2 *Distanásia*

Trata-se da preservação da vida a qualquer custo, utilizado de todas as formas possíveis, sem se importar com as consequências que isso pode causar. Dessa forma, a preocupação com o bem-estar do paciente pode até ser ignorada, haja vista que a prioridade é a manutenção da vida. Tendo essa dinâmica, a distanásia pode até chegar a ser conceituada como ampliação do processo de morrer e não de viver, já que tem como principal objetivo apenas sustentar a vida deste.

Pode-se considerar o prolongamento artificial do processo de morte e por consequência prorroga também o sofrimento da pessoa. Muitas vezes o desejo de recuperação do paciente a qualquer custo, no lugar de ajudar a amenizar o sofrimento, acaba prolongando sua agonia como afirma Diniz ao dizer que “trata-se do prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo de morte”⁴⁰.

Pode ser criticada pelo estado desumano em que o paciente pode chegar. Há de se convir que a medicina tem avançado, disponibilizando novas drogas e aparelhos no intuito de prolongar a vida, mas é necessário avaliar em que situações se pode estender o processo de morte ao invés prolongar a vida. Segundo Pessini:

O não enfrentamento da questão da distanásia faz com que convivamos com situações no mínimo contraditórias, em que se investe pesadamente em situações de pacientes terminais cujas perspectivas reais de recuperação são nulas. Os poucos recursos disponíveis poderiam muito bem ser utilizados em contextos de salvar vidas que têm chances de recuperação. Dificilmente podemos passar ao largo sem levantarmos sérios questionamentos em relação à utilização das UTIs, conscientização a respeito do conceito de morte cerebral, doação de órgãos, transplantes e investimentos de recursos na área⁴¹.

Há um certo grau de contradição quando se trata de não medir esforços para prolongar a vida dos pacientes, mesmo quando o quadro indica que não há mais o que fazer. Pelo fato dos/as profissionais terem o compromisso de manter a vida, alguns podem sentir que estão descumprindo esse papel. Da mesma forma que precisam lutar contra a morte, podem deixar de

⁴⁰ DINIZ, Maria Helena. *O estado atual do biodireito*. São Paulo: Saraiva, 2001. p. 38.

⁴¹ PESSINI, Léo. Distanásia: até quando investir sem agredir? *Revista Bioética CFM*, 2009. Disponível em: <revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/download/394/357>. Acesso em: 03 abr. 2018.

oportunizar outra pessoa que talvez tenha a real chance de melhora para manter ocupada uma vaga por alguém que se encontra numa situação irreversível. Assim, essas pessoas estão fazendo valer a distanásia.

1.4.3 *Ortotanásia*

Etimologicamente, ortotanásia significa morte correta, *orto*: certo, *thanatos*: morte. Significa o não prolongamento artificial do processo de morte, além do que seria o processo natural, feito pelo médico⁴². Significa a morte de forma natural, sem nenhuma intervenção para o prolongamento artificial da vida e mesmo assim, é preciso que se tenha cuidado para que seja feita. “Não se trata de antecipar a morte, mas de esperá-la no tempo certo, com a utilização dos meios regulares para os cuidados que se façam necessários”⁴³. É preciso que se adote requisitos rigorosos para que ela se configure, pois não se resume em negar atendimento ao paciente e nem de suspender qualquer tratamento, ou então a reanimação ou omissão de cuidados quando se fizer necessário.

1.4.4 *Mistanásia*

De acordo com a etimologia da palavra vem do grego *mis*, infeliz e *thanatos*, morte. Dessa forma, se traduz como a morte infeliz, miserável. Martin afirma:

Nada tem de boa, suave ou indolor. Dentro da categoria de mistanásia pode-se focalizar três situações: primeiro, a grande massa de doentes e deficientes que, por motivos políticos, sociais e econômicos, não chegam a ser pacientes, pois não conseguem ingressar efetivamente no sistema de atendimento médico; Segundo, os doentes que conseguem ser pacientes, para, em seguida, se tornar vítimas de erro médico e, terceiro, os pacientes que acabam sendo vítimas da má-prática por motivos econômicos, científicos ou sociopolíticos. A mistanásia é uma categoria que nos permite levar a sério o fenômeno da maldade humana⁴⁴.

É um termo que não se refere apenas à pessoas em doença na fase terminal pois seu significado é bem mais abrangente, pelo envolvimento de qualquer pessoa que em virtude de algum acidente ou algum problema de saúde tem uma forma prematura de morrer pelo fato de

⁴² BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro Borges. Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado. In: SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. *Biodireito*: ciência da vida, os novos desafios. São Paulo. Revista dos Tribunais, 2001. p. 287.

⁴³ MOTA, Sílvia. *Ortotanásia/eutanásia passiva*. Disponível em: <<http://www.silviamota.com.br/enciclopedia/bio/eutanasia/ortotanasia.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

⁴⁴ MARTIM, 2000 *apud* SÁ, 2005, p. 68-69.

sofrer alguma consequência da desatenção humana. Pode-se ter como exemplo a miséria, a fome, ou até mesmo um erro médico, maus tratos e falta de saneamento básico. Dessa forma é possível até mesmo comparar com o que se chama de eutanásia social por algumas pessoas. Essa comparação gera controvérsias, pois alguns acreditam que não se deve comparar os devidos termos pelo fato de considerar a eutanásia como um processo tranquilo, enquanto a mistanásia é caracterizada pela miséria. Assim os termos se tornam controversos.

1.4.5 *Cuidados Paliativos*

Desde muito tempo, a sociedade oferta amparo a quem está morrendo. Há uma preocupação social, afetiva e religiosa cercando a pessoa que se encontra nessa fase. Independentemente de seu estado, cada um precisa ser cuidado para que se sinta amparado e seguro em seus últimos momentos de vida e por isso, independente da cura, é oferecido esse tipo de assistência para que se tenha uma morte digna.

É aí que surgem os cuidados paliativos. Trata-se de uma abordagem para a melhorar a qualidade de vida de familiares e pacientes que enfrentam uma situação de doença ameaçadora, por meio de prevenção e do alívio de sofrimento, utilizando a identificação, avaliação e tratamento da dor, do desconforto e de qualquer outro sintoma que ocasiona danos físicos, psicológicos e espirituais⁴⁵.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴⁶, existe uma filosofia dos cuidados paliativos que aponta para alguns princípios fundamentais. São eles: administrar os sintomas e manter um nível de dor estável, afirmar a vida e encarar a morte como um processo natural, não apressar e nem adiar a morte, integrar os aspectos espirituais e psicológicos dos pacientes, ajudar a família a lidar com o luto e aprimorar a qualidade de vida, entre outros⁴⁷.

Tecnicamente pode-se entender como o cuidado da dor utilizando especializações e intervenções médicas. É uma forma de afastar a morte trazendo uma possível solução para tentar amenizar a angústia do fim. É assim complexo obter uma definição concreta, pois se resume em várias formas de operacionalizar um campo de atuação da área da saúde num envolvimento interdisciplinar e multidisciplinar como por exemplo a utilização da psicologia, e antropologia dentre outras áreas do conhecimento, afim de discutir o sentido desse tão

⁴⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. Genève: WHO, 2012.

⁴⁶ Em inglês WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).

⁴⁷ SANTOS, 2009, p. 21.

enigmático momento do ser humano, que é a sua morte. Na verdade, o ser humano, mesmo com todas essas opções e tentativas de diminuir o grande temor que ronda a maioria da população mundial, tem medo da morte. O medo da morte ainda cerca o ser pois, é notório que todo o mistério sobre o processo de morrer ainda perdura entre as pessoas.



2 FORMAÇÃO ATUAL DOS/AS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DA MORTE DOS/AS PACIENTES FUNDAMENTADA NA BIOÉTICA

A rotina dos/as profissionais da área da saúde possui vários objetivos, dentre eles: buscar a cura das doenças, cuidar do paciente, aliviar o sofrimento, consolar pacientes e familiares e acompanhá-los até a morte. Trata-se de uma tarefa complicada e repleta de sensações de impotência em alguns casos, pois é necessário reconhecer a finitude como algo natural dos seres vivos e não apenas como uma grande limitação de sua profissão. Segundo Tagore “Morrer pertence à vida, assim como o nascer[...]. Algum dia saberemos que a morte não pode roubar nada do que nossa alma tiver conquistado, porque suas conquistas se identificam com a própria vida”⁴⁸. Nessa perspectiva, no objetivo de dar subsídios para que vários/as profissionais tenham condições de lidar com os mais diversos dilemas de sua profissão, surge a bioética. O presente capítulo reflete sobre a formação dos/as profissionais da saúde acerca da morte, a partir da fundamentação na bioética.

2.1 Princípios da Bioética

Com o crescimento da expectativa de vida e sobrevida das pessoas acometidas por doenças crônicas e/ou degenerativas e a partir dos avanços da medicina e tecnológicos a bioética vem sendo discutida fundamentada em questões de bem-estar e humanização nas relações de cuidado. Patologias antes consideradas letais, atualmente se veem passíveis de intervenções que podem prolongar a vida do paciente. Nesse sentido, torna-se necessário aos/as profissionais da área de saúde uma maior compreensão sobre o cuidado com a vida, bem como a morte com dignidade.

O termo Bioética foi apresentado pela primeira vez por um oncologista conhecido como Potter em 1971, segundo Kovács⁴⁹. De acordo com esse oncologista, trata-se de um ramo da ética que lida com temas como morte com dignidade, eutanásia, entre outros. Além de tratar dilemas éticos e da Medicina, abrange áreas como a Teologia, valores humanos, Filosofia, atingindo assim um âmbito multidisciplinar. No que diz respeito à área da saúde especificamente, há uma preocupação com as condutas e na relação interpessoal.

⁴⁸ SIQUEIRA, J. E. de. Definindo e aceitando a terminalidade da vida. In: MORITZ, R. D.(org) *Conflitos bioéticos do viver e do morrer*. Câmara Técnica sobre a terminalidade da vida e dos Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina. Brasília: CFM, 2011. p. 15.

⁴⁹ KOVÁCS, Maria Julia. *Bioética nas questões da vida e da morte*. *Psicologia USP*, p. 115-167, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n2/a08v14n2.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

Ressaltando ainda as considerações de Kovács, a bioética fundamenta-se numa espécie de tripé, chamado “trindade bioética”⁵⁰, baseando-se nos princípios da autonomia, beneficência e justiça. A autonomia está relacionada ao direito de cada indivíduo se auto governar, tomando a frente do seu processo de saúde e doença, ou seja, a capacidade de pensar, decidir e agir de modo livre e independente. Já a beneficência está relacionada ao fato da pessoa praticar o bem evitando o sofrimento alheio, podendo ser considerada como uma obrigação moral de agir para o benefício do outro. E a justiça está ligada ao sentimento de equidade, dando o direito a todos de serem atendidos em suas necessidades, fundamentando-se na igualdade dos seres humanos, exigindo o bem comum.⁵¹

Segundo Reich⁵², Bioética é derivado de *bio* que significa vida e *ética* que atinge dimensões morais, ou seja, o estudo de questões relacionadas à vida humana em conjunto aos valores éticos numa ótica multidisciplinar na área da saúde. Pode-se considerar como discurso em resposta às novas questões éticas levantadas pelas ciências da saúde e da vida, relativas ao desenvolvimento tecnocientífico na atualidade, dando condições para a reflexão sobre valores e conceitos como vida, sofrimento e finitude.

A relevância dessas questões éticas que conduzem à fragilidade e ao limite terapêutico frente à constante presença da morte atenderia às reais necessidades de cuidado do próximo e da própria equipe de saúde. Em todos os campos da medicina esta habilidade ainda se firma como uma das principais técnicas de diagnóstico e na terapia, mesmo com o auxílio químico e mecânico ainda exerce papel principal. Os avanços tecnológicos nessa área criaram a possibilidade teórica de retardar a morte, porém, podem direcionar ao objetivismo técnico e a uma insegurança do profissional ao lidar com suas limitações.

É possível dizer que a bioética está ligada ao comportamento do ser humano em relação à vida. É ela quem dita uma ética relacionada aos princípios que direcionam o agir do ser humano em relação a ele mesmo ao outro. Há uma outra definição do termo segundo Luís Archer:

[...]o saber transdisciplinar que planeia as atitudes que a humanidade deve tomar ao interferir com o nascer, o morrer, a qualidade de vida e a interdependência de todos os seres vivos. Bioética é decisão da sociedade sobre as tecnologias que lhe convém. É expressão da consciência pública da humanidade⁵³.

⁵⁰ KOVÁCS, 2003, p. 118.

⁵¹ KOVÁCS, 2003, p. 118-159.

⁵² BARCHIFONTAINE, Chistian de Paul de. *Bioética e início da vida: alguns desafios*. Aparecida, SP: Ideias e Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2004. p. 61.

⁵³ ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter; RENAUD, Michel – dir. – *Novos desafios à Bioética*. Porto: Porto, 2001. p. 35.

Qualquer pessoa acometida por uma enfermidade não pode ser privada de sua autonomia, mesmo que seja em nome da beneficência que prioriza a função do profissional de saúde que está cuidando dela. A vontade do paciente deve ser respeitada desde que seja feita de forma consciente. Sendo assim, a Bioética possui fundamentação filosófica calcada em alguns paradigmas que são fundamentais para a tomada de decisão de acordo com Barchifontaine⁵⁴. Dentre eles, destacam-se o “paradigma principialista”, que aponta para os princípios da tradição da ética médica-autonomia, beneficência e não- maleficência; o “paradigma liberal”, que se baseia no direito do paciente tomar decisões sobre o próprio corpo como por exemplo doar ou vender seu próprio sangue ou órgãos; o “paradigma casuístico”, que é elaborado pela análise de casos individuais ou coletivos; o “paradigma do cuidado”, que conceitua o cuidar como força motriz de sobrevivência social⁵⁵.

Há ainda o “paradigma contratualista”, que se resume no contrato entre médico e paciente que se fundamenta em por exemplo, na proibição de matar ou de mentir e no cumprimento das promessas; o “paradigma da ética das virtudes”, que a focaliza como inato do ser humano no qual precisa apenas ser despertado, fazendo com que caracterize o ser virtuoso como aquele que pratica boas ações; o “paradigma narrativo”, que propõe a análise da história de vida do paciente independente de sua sexualidade, raça, credo, entre outros; o “paradigma do direito natural”, que considera a moral como a ação que reverencia valores como: o conhecimento, a vida, a ludicidade, a religiosidade e a amizade; o “paradigma antropológico” ou “perspectiva personalista humanizante”, que se baseia na afirmação da necessidade da bioética em se fundamentar na antropologia no sentido de conceituar as pessoas em sua totalidade e na dignidade universal; o “paradigma da responsabilidade”, que define a natureza como um bem comum da humanidade, ao passo que analisa sob a ótica filosófica questões referentes à genética, ecologia e tecnologia; e por fim o “paradigma fenomenológico” e “hermenêutico”, que afirma que toda experiência possui dimensões objetivas e subjetivas e que tudo está sujeito à interpretação.⁵⁶

Dessa forma, é possível compreender que não se trata de uma ciência exata com fórmulas prontas, buscando assim uma atitude mais humanizada dos/as profissionais da saúde. Há de se convir que muitos casos são novos e subjetivos, o que direciona a uma pesquisa constante de investigação científica tendo como fonte princípios fundamentados em várias ciências procurando novas soluções. E como é subjetiva além de científica, busca resgatar a

⁵⁴ BARCHIFONTAINE, 2004, p. 63-65.

⁵⁵ BARCHIFONTAINE, 2004, p. 63-65.

⁵⁶ BARCHIFONTAINE, 2004, p. 63-65.

dignidade humana e respeitar a autonomia do paciente, exigindo assim um esforço maior por parte de toda a equipe, bem como o respeito pelas diversidades, despertando ações tolerantes e solidárias. Sendo assim a Bioética aborda uma variada maneira de analisar questões sociais, indo além da simples manutenção da vida humana, ao passo que aborda a justiça no acesso aos cuidados de saúde, tratando dos códigos de ética das variadas profissões, incentivando o exercício da cidadania.

Anjos⁵⁷ afirma que é necessário pensar numa bioética para o terceiro mundo, na qual se valoriza a justiça para todos, pois é extremamente relevante analisar a necessidade do cuidado com o outro independente de questões sociais, religiosas, sexuais, entre outras. Nessa ótica, a noção de equidade é fundamental para garantir o atendimento ao maior número de pessoas nas suas necessidades e nesse caso a teologia ganha espaço por reforçar conceitos de justiça, fé e solidariedade.

Apesar das possíveis diferenças ideológicas e filosóficas, torna-se necessário por parte dos/as profissionais de saúde, mostrar atenção aos reais conceitos de saúde e doença, aos direitos do ser humano, à questões como a falta de possibilidades de tratamento, doenças e morte. É de se esperar que esses/essas profissionais se questionem se terão ou não que buscar pra si mesmos da mesma maneira que busca para o seu semelhante uma finitude digna. Por outro lado, acredita-se que por muitas vezes, ao pedir a abreviação ou o prolongamento de sua vida não significa a vontade de morrer por parte do paciente e sim, um desejo angustiado por cuidado e atenção para com o seu sofrimento.

Por meio da Bioética Clínica são motivadas as reflexões, visando a evitar que o “ser médico” represente um reducionismo da aplicação do aspecto tecnocientífico, em detrimento do vínculo com o paciente. A Bioética Clínica busca estimular uma sistematização multidimensional, inter e transdisciplinar, contribuindo para que os benefícios da Ciência aconteçam em equilíbrio com as exigências da humanização⁵⁸.

Dessa maneira vale ressaltar a importância da bioética na formação dos/as profissionais da saúde, a fim de dar suporte para as diversas situações polêmicas e desafiadoras no decorrer do exercício de sua profissão.

⁵⁷ ANJOS, M. F. *Bioética e teologia*. Bioética - Uma perspectiva brasileira [número especial]. *Mundo da Saúde*, 26 (1), p. 40-50, 2002.

⁵⁸ OSELKA, Gabriel(org). *Bioética clínica: reflexões e discussões sobre casos selecionados*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Centro de Bioética, 2008. p. 7.

2.2 Morte e os/as profissionais de Saúde

A morte antigamente, como abordado no primeiro capítulo, não era vista como vilã, pois era evidente o pensamento de que fazia parte do ciclo. Esse conceito foi modificando com o passar do tempo, pois os avanços tecnológicos e médicos foram buscando maneiras de “ludibriar esse inimigo”. Dessa forma, os/as profissionais que lidavam com essa fase terminal poderiam se sentir responsáveis pela preservação da vida do outro numa espécie de “heróis”, tentando vencer essa finitude, o que pode gerar um sentimento de incapacidade nessas pessoas, ao declarar o óbito do paciente.

[...] houve um tempo em que nosso poder perante a morte era muito pequeno, e de fato ela se apresentava elegantemente. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a morte foi definida como a inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar⁵⁹.

No contexto da profissão, existe uma luta para manter a saúde, curar doenças e consequentemente prolongar a vida. Médicos e enfermeiros, mesmo dentro de suas limitações, seguem na tentativa de obter sucesso em suas ações, mas ao mesmo tempo caminham aprisionados a novas tecnologias no intuito de prolongar a vida do outro. E é no processo de humanização da relação entre as pessoas: equipe médica, familiares e doentes, que acontece o diálogo constante e consciente sobretudo no aspecto moral que em muitas situações é necessário tratar de assuntos dilemáticos, envolvendo tomada de decisões éticas e médicas, trazendo à tona questões sociais, emocionais e religiosas, entre outras.

Compete aos profissionais de saúde contribuir para a cura do doente e ajuda-lo a suportar o sofrimento e a morrer com dignidade. É a sua missão, a razão de ser de toda a sua vida profissional, visto que estão sempre ao serviço da vida e não para a suprimir⁶⁰.

A finitude ainda é considerada um desafio para os/as profissionais da área da saúde. Não somente os pacientes, mas também seus familiares precisam de cuidados que somente essa equipe médica pode dar. Por isso, o acompanhamento desses pacientes no momento de sua morte é fundamental no intuito de amenizar o sofrimento. Dessa forma, é natural conviver com a morte na rotina desses/sas profissionais. Segundo Canastra⁶¹, na própria formação acadêmica

⁵⁹ ALVES, Rubem. *O Médico*. Campinas: Papirus, 2003. p. 15.

⁶⁰ CANASTRA, Cilena do Céu Castro. *A morte: Abordagem Interdisciplinar*. Dissertação de Mestrado em Bioética Teológica. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2007. p. 66.

⁶¹ CANASTRA, 2007, p. 68.

é abordada a técnica de obter o domínio sobre a doença, vulgarizando a sensação de fracasso que a morte causa, deixando apenas para uma parcela mínima a maneira natural de encarar esse processo. Nessa perspectiva, é comum que ao lidar com esse fim, podem surgir sentimentos de insegurança, impotência e revolta por parte dos acadêmicos no exercício de sua profissão.

No meio médico, não se pode pensar em morte. Esta não é vista como um desenlace possível, mesmo naqueles casos em que esteja claro que é inevitável. A ruptura das comunicações, a qual se inicia com a atitude de não falar da doença e, posteriormente, vai contaminando todos os assuntos, condena o paciente ao isolamento. Assim, todos- médicos, pacientes e enfermeiros- devem fingir otimismo ⁶².

Esse comportamento citado acima mascara a realidade e gera uma espécie de mecanismo de defesa por todos os envolvidos, reforçando a negação do processo de morrer. É notório que possa surgir a angústia de não poder evitar o fim da vida do outro e por isso é de suma importância que se tenha ética e que o ambiente humanizado seja constante.

[...] o médico não se permite conhecer seus próprios sentimentos em relação à morte e é no isolamento das emoções que encontra uma de suas principais defesas contra a angústia. Por isso, os doentes serão apreciados na medida em que terão feito com que a equipe médica esqueça (pela sensibilidade, e não pela razão) que vão morrer[...] ⁶³.

A verdade é que nem todos/as os/as profissionais de saúde estão preparados/as para lidarem com a morte de seus pacientes. Esse é um processo que gera uma descarga emocional que apenas uma parcela é considerada capaz de conviver. Sendo assim, é comum que se dê maior atenção aos métodos e técnicas do que com a relação interpessoal. Fica cada vez mais raro tentar descobrir a história daquele paciente e de que maneira podem ajudá-lo a se preparar para a morte. Pacheco afirma:

A ajuda ao doente em fase terminal deve basear-se numa verdadeira escuta e não num simples ouvir; na empatia, não apenas na simpatia; na congruência e nunca na falta de autenticidade, devendo consistir essencialmente, numa verdadeira relação de ajuda, no sentido de o ajudar a viver o mais serenamente possível até o momento da morte. Na fase terminal da doença, ficar ao lado do doente, mostrar que não o abandonaram, é tão importante como aliviar os pequenos desconfortos ⁶⁴.

O exercício da atuação de médicos e enfermeiros não pode apenas se restringir aos cuidados biológicos, haja vista que, a partir do momento que se inicia o processo de humanização, não se encara a enfermidade paralela à vida do enfermo. Não se trata de isolar o

⁶² SANTOS, 2009, p. 38.

⁶³ SANTOS, 2009, p. 39.

⁶⁴ PACHECO, 2002 *apud* CANASTRA, 2007, p. 69.

processo de morrer e associa-lo à doença ou ao fracasso da equipe ou do profissional, mas sim, dar significado a essa finitude, agregando valores sociais, espirituais e emocionais.

É comum notar nas matrizes curriculares dos cursos de Medicina e Enfermagem a falta de elementos técnicos para lidarem com emoções fortes, como por exemplo a morte dos pacientes assistidos por eles. A formação conduz ao treinamento que tem o objetivo de esquivar o/a futuro/a profissional a se envolver emocionalmente com a situação, chegando ao ponto de colocar a patologia a frente da pessoa doente como afirma Müller:

[...]as escolas médicas estão submergindo os estudantes em pormenores opressores sobre conhecimentos especializados e aplicação de tecnologias sofisticadas, restringindo a aprendizagem de habilidades médicas fundamentais, podendo isto levar a uma fascinação pela tecnologia, tornando o artefato mais importante que o paciente⁶⁵.

Os/as alunos/as são submetidos a processos que medicalizam a vida e ocultam a morte. Dessa forma, enquanto acreditam oferecer medicamentos e procedimentos para tratar de qualquer mal, seja físico ou mental, a morte é vista como forma de fracasso profissional. Bernard Lown⁶⁶ relata que as escolas de Medicina e os estágios obrigatórios preparam os/as futuros/as profissionais a comandarem a biotecnologia com destreza, esquecendo-se da arte de ser médico, pois agindo assim, de acordo com a revolução dos recursos e procedimentos, é possível possibilitar um prolongamento do morrer constante.

Fica claro a necessidade de modificar alguns aspectos na formação desses profissionais, deixando de proporcionar uma visão teórica da morte como parte da capacitação. Se o fim da vida será uma constante no exercício de sua profissão, é de suma importância que se volte ao impacto emocional no lidar com o outro. Nesse contexto, a Bioética se faz necessária na formação acadêmica desses profissionais por abranger o lado humanístico dessa capacitação. De acordo com Siqueira⁶⁷ essa formação possui uma metodologia compartimentalizada de conteúdos, comprometendo a ótica integral e holística de sua profissionalização. É aí que a Bioética surge, trazendo uma visão inter e transdisciplinar problematizando sua formação, motivando o/a futuro/a médico/a ou enfermeiro/a a praticar o exercício de sua cidadania de maneira ética e moral.

⁶⁵ TRONCON, L.E.; CIANLONE, A.R.; MARTIN, C.C. Conteúdos humanísticos na formação geral do médico. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E.L. *Educação médica*. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 99

⁶⁶ LOWN, B. A. *A Arte perdida de curar*. São Paulo: JSN, 1997. p. 47.

⁶⁷ SIQUEIRA, 2008 *apud* SOUZA, V. C. T. Bioética, Espiritualidade e a arte de cuidar na terminalidade da vida. In: BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo (orgs). *Encanto e Responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida*. São Paulo: Paulinas; Centro Universitário São Camilo, 2011. p. 305.

2.3 Morte e Espiritualidade

No processo de humanização da área da saúde, dentro da proposta da Bioética, além da variedade de discussões e dilemas dos aspectos físicos, sociais, culturais e éticos estão também preceitos relacionados à espiritualidade e religiosidade que podem ajudar na tomada de decisão tanto por parte do paciente fundamentado no seu direito de autonomia quanto por parte do profissional que estará acompanhando-o. Sendo assim, é comum levar em consideração tanto a espiritualidade quanto a religiosidade.

Espiritualidade e religiosidade não são sinônimos assim como ética e moral segundo Lama.⁶⁸ A espiritualidade é a maneira interna de lidar com as questões subjetivas sem que seja preciso acrescentar a religiosidade. Não se trata de uma questão religiosa e sim, de comunhão consigo, com o outro, com o ambiente e com o sagrado.

Boff destaca:

A espiritualidade tem a ver com experiência, não com doutrina, não com dogmas, não com ritos, não com celebrações, que são apenas caminhos institucionais capazes de nos ajudar a alcançá-la, mas que são posteriores a ela. Nasceram da espiritualidade, podem até contê-la, mas não são a espiritualidade. São água canalizada, não a fonte de água cristalina⁶⁹.

Tendo em vista a afirmação acima, espiritualidade vai muito além de ritos e leis. Não que esses costumes sejam ações paralelas, pois em algumas situações, se tornam caminhos para alcançá-la. Então espiritualidade não significa religiosidade. Essa espiritualidade tem se mostrado presente e atuante no contexto hospitalar e no auxílio aos pacientes e familiares. Importante indicar como a *Association of American Medical Colleges* (AAMC), a partir do texto de Raquel Aparecida de Oliveira entende espiritualidade:

Espiritualidade é reconhecida como um fator que contribui para a saúde de muitas pessoas. O conceito de espiritualidade é encontrado em todas as culturas e sociedades. Ela é expressa nas buscas individuais para um sentido último através da participação na religião e ou crença em Deus, família, naturalismo, racionalismo, humanismo, e nas artes. Todos esses fatores podem influenciar na maneira como os pacientes e os cuidadores profissionais da saúde percebem a saúde e a doença e como eles interagem uns com os outros.⁷⁰

⁶⁸ LAMA, 2000 *apud* SOUZA in BERTACHINI, 2011, p. 303.

⁶⁹ BOFF, 2001 *apud* MORITZ, 2011, p. 30.

⁷⁰ OLIVEIRA, Raquel Aparecida de. Saúde e espiritualidade na formação profissional em saúde, um diálogo necessário. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 19 (2), p. 54 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n2/a08v14n2.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018. (texto traduzido pela autora Raquel Aparecida de Oliveira)

A definição da AAMC aponta que a espiritualidade é um fato que contribui para a saúde, sendo este conceito encontrado em muitas culturas e sociedades. A espiritualidade tem a ver com buscas individuais para o seu processo de cura. A busca pela espiritualidade influencia tanto pacientes como cuidadores profissionais. A experiência em outros países pode ser um indicador para novas reflexões na interface entre saúde, doença e espiritualidade no Brasil.

Observa-se uma retomada de crenças ou pensamentos transcendentais do sujeito diante da situação de possível morte, ou seja, o que estaria para além do físico e empírico. Nota-se que o uso da religião como estratégia de encarar algumas situações de crise, tais como: problemas relacionados à saúde e ao envelhecimento, tipos de doenças, incapacidades e morte. Dessa forma, é possível destacar também o envolvimento religioso como estratégia de enfrentamento e busca pela resolução dos problemas mais diversos.

O termo religião vem do latim *religare*, que se define com a crença em valores metafísicos universais. Ela existe onde há comunidade por oferecer ao sujeito um significado de vida além do plano terreno e que busca possíveis respostas à questões como o sentido de viver e até mesmo a morte. É parte do processo de organização social, moral, institucionalização e enriquecedora da espiritualidade de acordo com Carvalho⁷¹.

Diante de uma questão multidisciplinar acerca da bioética, os valores religiosos e espirituais, assim como a fé das pessoas ao enfrentar os grandes acontecimentos da vida humana como nascimento, dor e morte, tem também seu lugar de destaque. Há de se convir que é também necessário o cultivo da espiritualidade frente a esses mistérios oriundos do processo de morrer, inclusive do medo que a morte proporciona tanto para quem está partindo quanto para quem acompanha. Tendo em vista a importância que a religiosidade pode ter no exercício da profissão de médicos/as e enfermeiros/as principalmente como suporte para enfrentar grandes e complexos desafios do morrer, é possível afirmar que praticamente todas as religiões emitem mensagens de conforto e procuram respostas aos eternos problemas da humanidade.

Em todas as grandes religiões existe uma espécie de ‘regra de ouro’. A qual foi atestada por Confúcio (551-489 a.C.): ‘O que não desejas para ti, não o faças aos outros’ ; pelo judaísmo, em formulação negativa: ‘Não faças aos outros o que não queres que te façam a ti’ (Rabi Hillel, 60 a.C.-10 d.C.); por Jesus de Nazaré, de forma positiva: ‘O que quereis que os outros vos façam, fazei-o vós a eles’ (Mt 7,12;Lc 6,31); pelo budismo: ‘ Um estado que não é agradável ou prazeroso para mim não o será para o outro; e como posso impor ao outro um estado que não é agradável ou prazeroso para mim?’ (Samyutta Nikaya V,353.3-342.2), e pelo islamismo: ‘Ninguém

⁷¹ CARVALHO, 1992 *apud* BERTACHINI, 2011. p. 304.

de vocês é um crente a não ser que deseje para seu irmão o que deseja para si mesmo'⁷².

Fica claro diante do exposto acima que as religiões apresentam modelos definidos a partir da vida de pessoas e na forma como viveram as suas ideias. A experiência de vida é inspiração para o seguimento. Basicamente as religiões consideradas mais importantes são um elo que une o corpo com a mente, o humano com o divino, o consciente com o inconsciente. Sendo assim, religião não se limita a um espaço sagrado e aos ritos e símbolos que definem esse espaço como obra da fé.

Além disso, existem outros pontos convergentes entre as religiões, de acordo com Boff os quais pode-se destacar: o cuidado com a vida, pelo fato de todas elas defenderem principalmente os mais sofridos, prometendo a eternidade e o descanso; o comportamento ético, que se resume categoricamente em códigos de conduta como não matar, não violentar, não roubar entre outros; a justa medida, que significa o equilíbrio na busca da sensatez; a centralidade do amor haja vista todas elas pregarem o amor incondicional ao outro como a si mesmo; figuras éticas exemplares que se resume em paradigmas vivos, ícones, líderes em potencial considerados santos e a definição de um sentido último no qual define a morte não como o fim, mas com a promessa de um futuro próspero e bem aventurado ao ser humano⁷³.

Portanto, ao se destacarem pontos em comum da maioria das religiões, independente de doutrinas, usos e costumes, profissionais que lidam diretamente com pessoas devem levar em consideração que o ser humano precisa ser tratado em sua totalidade e não compartimentalizado, levando em conta apenas o aspecto que está sendo trabalhado. Isso serve não somente para quem está sendo assistido, mas também na mesma proporção o assistente.

O pluralismo de valores em nossa sociedade é a marca registrada desse nosso tempo denominado 'pós-moderno'. A tão sonhada unidade entre povos e culturas não se conquista pela uniformidade forçada, mas pelo aprendizado nada simples de respeitar o diverso e diferente de nós. Diversidade não pode mais significar 'adversidade' e, para além da mera tolerância, precisamos aprender a sermos respeitosos e dialogantes com os 'diferentes'. Para além daquilo que nos foi legado pela 'tradição', precisamos construir nossas vidas e projetos em cima de 'convicções profundas', sendo capazes de 'darmos as razões de nossa esperança'. Nesse contexto, sem mútuos anátemas, a bioética tem de aprofundar o diálogo com a religião e vice-versa[...]⁷⁴.

⁷² MORITZ, 2001, p. 26.

⁷³ BOFF, L. *Tempo de Transcendência: o ser humano com um projeto infinito*. Rio de Janeiro: Sextante, 2001. p. 98.

⁷⁴ PESSINI, Leo; HOSSNE, Willian Saad. Bioética e religião: um debate necessário. *Revista Bioethikos*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, p. 363-366, 2013. Disponível em: <<https://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/155557/editorial%20pt-br.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

É preciso que se respeite a diversidade não apenas para que as pessoas sejam tolerantes, mas que possam dialogar e permear pelas mais diversas concepções culturais, sociais, sexuais e religiosas. Dentro de um contexto voltado para a saúde e o bem-estar do outro, a bioética surge justamente para promover essa convivência com a pluralidade no cuidado com o outro. Nesse princípio, é comum que alguns dilemas de cunho religioso aconteçam no ambiente hospitalar, diante da vulnerabilidade do paciente. De acordo com Salles:

Quase sempre há um tipo de manifestação religiosa presente nos ritos da morte e do morrer, por mais que a pessoa envolvida tenha adotado no decorrer da vida uma posição contrária a quaisquer religiões ou crenças. Inevitavelmente há um parente, amigo ou alguém interessado na tranquilidade do doente ou do falecido em nível diferente do físico. E esta pessoa lhe traz objetos que supostamente curam ou causam bem-estar, ou dedica ao morto uma oração durante o funeral, ou estende seu consolo aos familiares com frases ditadas por fundamentos de espiritualidade. O doente, por sua vez, encontra-se em situação de vulnerabilidade, e, assim, sua busca por apoio ou socorro pode aumentar seu desejo de que, na ocasião, sejam adotados certos procedimentos ligados a sua área espiritual. Contudo, as peculiaridades dos desejos de cunho espiritualista do doente podem significar procedimentos distintos dos padronizados em hospitais.⁷⁵

Durante o processo de morte, geralmente o paciente se torna vulnerável e disposto a aceitar qualquer tipo de ajuda, para que seu sofrimento seja amenizado ou mais compreendido. Essa é uma situação em que podem surgir as mais diversas formas de manifestação religiosa tanto por parte de familiares quanto por parte do próprio paciente, ou até mesmo de algum profissional que esteja ministrando os cuidados necessários. Obviamente não se trata de um princípio bioético, mas acima de tudo de respeito à pluralidade cultural e religiosa que também faz parte da convivência humana.

Apesar de parecerem distintas, bioética e espiritualidade são áreas do conhecimento que se aproximam a partir do momento que algumas questões levantadas pela bioética lidam com os aspectos espirituais do ser humano. Já que o objeto de estudo da bioética são questões relacionadas à vida, debatendo dimensões éticas e morais das ciências ligadas ao cuidado com a saúde, atinge uma diversidade de métodos e óticas numa proposta multidisciplinar.

A Unesco na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos apresenta uma visão antropológica integral em sua introdução abordando a dimensão “espiritual” do ser humano ao afirmar que “Tendo igualmente presente que a identidade de um indivíduo inclui dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais.”⁷⁶ Já no Brasil, a Carta dos

⁷⁵ SALLES, Alvaro Angelo. Bioética e processos de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil. *Revista Bioética*, v. 22, n. 3, p. 397-406. set./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n3/v22n3a02.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

⁷⁶ UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris: Unesco, 2005.

Direitos dos Usuários da Saúde, na Portaria 1.820 de 13 de agosto de 2009 expressa em seu artigo 5º que “Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, garantindo-lhe: [...]; VIII- o recebimento ou a recusa à assistência religiosa, psicológica ou social”⁷⁷.

Mesmo se em algum momento o paciente se sentir desrespeitado ou forçado a aceitar qualquer tipo de assistência espiritual ou psicológica, é garantido por lei a aceitação ou recusa, pelo fato de sua integridade e individualidade ser levada em consideração. Essa visão pela totalidade do indivíduo leva ao indício de que o cuidado com o outro precisa ultrapassar o controle da dor e da sintomatologia, agregando abordagens existenciais, psicológicas e espirituais.

Durante o desenvolvimento da doença, o paciente passa por um processo de danos, perdas, ansiedade e sofrimento. A partir do momento em que é retirado de seu contexto familiar tendo que se adaptar a sua nova condição. Esse misto de sentimentos é aumentado substancialmente quando há a perspectiva de morte. É aí que surge a necessidade de intervenção ética e existencial do profissional de saúde a fim de que se estabeleça critérios para uma boa ação clínica por parte da equipe envolvida.

Na busca desses critérios, percebe-se com facilidade que, ultimamente, fortaleceu-se o entrelaçamento entre medicina, bioética e psicologia, já que o homem pode ser considerado, em primeira instância, um ser biopsicossocial, havendo muitas facetas a serem consideradas em seus cuidados. Barnard e colegas defenderam a necessidade de os profissionais terem também conhecimentos sociológicos e culturais do processo da morte, além de habilidades de comunicação e da prática do autoconhecimento e da reflexão. Entretanto, é a faceta da espiritualidade que, quase inevitavelmente, se manifesta de modo significativo no período de terminalidade de vida⁷⁸.

Mesmo com a necessidade de olhar a totalidade do outro, por mais que várias ciências junto com a Medicina promovam orientações para auxiliar o profissional de saúde na tomada de decisões que promovam o bem-estar do paciente, faz-se necessário ressaltar os princípios da Bioética no que diz respeito à terminalidade da vida. As barreiras que impedem a relação estreita entre paciente e profissional da saúde podem ser quebradas se forem levados em consideração o respeito à autonomia, a beneficência e a alteridade.

A visão multidisciplinar e multidimensional da bioética faz com que a espiritualidade seja parte da tomada de decisão segundo Goldim⁷⁹. De acordo com o autor, as crenças exercem

⁷⁷ BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. *Diário Oficial da União*, 14 de agosto de 2009. Seção 1, p. 80-1.

⁷⁸ SALLES, 2014, p. 399.

⁷⁹ GOLDIM, J. R. *Bioética e espiritualidade*. Porto Alegre; São Paulo: EDIPUCRS; Loyola, 2007. Disponível em: <<http://www.ufrgs.bioetica.br>>. Acesso em: 26 dez. 2017.

papel fundamental por afetarem as percepções e interpretações de mundo auxiliando na busca das alternativas disponíveis e que atitude será tomada diante do problema. Mesmo que superficial, o conhecimento do fenômeno da morte é visto pelas diversas religiões e crenças de uma maneira que viabiliza algumas reflexões acerca da bioética. Quando se respeita a autonomia, inclusive diante das manifestações de espiritualidade e religiosas, é possível encarar com naturalidade até mesmo o que parecer estranho. Essa prática é essencial para garantir a qualidade de lidar com a finitude para que se garanta um relacionamento saudável entre o cuidador e o ser cuidado.

É preciso refletir que, em última análise, os pacientes têm crenças da mesma maneira que nós temos, ou poderíamos ter, e que ele gostaria de vê-las respeitadas tanto quanto gostaríamos de ver as nossas respeitadas. Sendo crenças, constituem apenas 'possíveis verdades' muito particulares de cada grupo, e não 'verdades universais' ou fatos que possam ou devam ser provados. Assim, o cuidado do profissional para que o paciente encontre espaço para suas manifestações espirituais é uma atitude bioética que trará benefícios, enquanto sua supressão resultará em conflitos⁸⁰.

A partir do momento em que se tome uma postura compreensiva no que diz respeito à crença do outro e ao mesmo tempo, quando o próprio profissional tem sua espiritualidade fundamentada, torna-se mais passível de aceitação do processo de morrer do paciente e de suas angústias enquanto passa por ele. Dessa forma, é possível afirmar que o momento da morte pode se tornar menos denso para ambas as partes quando se pratica a tolerância, o respeito, substituindo assim a relevância dos avanços tecnológicos e procedimentos médicos por um suporte mais humano.

Os/as profissionais que lidam diariamente com dramas e perdas são comuns sentirem dificuldade em levar em consideração os princípios bioéticos em todos os momentos. É notório perceber a evolução da ciência, mas mesmo diante desse desenvolvimento, questões éticas e espirituais não podem ser deixadas de lado. Diante disso, alguns/mas profissionais precisam viver a espiritualidade em suas vidas pessoais na intenção de melhorar a vida das outras pessoas.

O avanço tecnológico e as questões biomédicas da atualidade oferecem condições de lidar com o ser humano em qualquer etapa de sua vida, promovendo assim o advento de questões éticas que vão além do âmbito científico a partir do momento que abrange aspectos espirituais. A perspectiva da bioética é proporcionar aos/as profissionais da saúde a formação de pessoas engajadas na construção de uma sociedade humanizada.

⁸⁰ SALLES, 2014, p. 405.

3 A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO COM OS/AS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM RELAÇÃO AO TEMA DA MORTE

Desde os primórdios, as crenças, experiências e práticas espirituais exercem um papel influente e relevante na maioria dos grupos sociais. A população em geral, entre ela os profissionais de saúde têm reconhecido cada vez mais a relevância da dimensão espiritual/religiosa para essa área.

Segundo Almeida e Stroppa:

Nas últimas décadas, pesquisas científicas rigorosas sobre as relações entre religiosidade/espiritualidade e saúde tem sido realizadas e publicadas nas literaturas médica e psicológica. Essas pesquisas de boa qualidade mostram que a profecia do desaparecimento da R/E não se cumpriu. A espiritualidade permanece importante para a vida da maioria absoluta da população mundial e tem-se mostrado que o envolvimento religioso é geralmente relacionado com melhores indicadores de saúde mental e bem estar.[...] ⁸¹

Dessa forma, é possível afirmar que a religiosidade pode ser considerada como uma importante ferramenta para auxiliar no cuidado dos profissionais de saúde, principalmente em lidar com a sensação de fracasso e incapacidade profissional, a medida em que seus pacientes morrem. Acredita-se que grande parte do envolvimento religioso acarreta em bem-estar psicológico, sensação de afetividade e felicidade. Em contrapartida, Stroppa & Moreira-Almeida afirmam que “[...] Por outro lado, a R/E também pode se associar com piores indicadores de saúde quando há ênfase na punição e na culpa, intolerância e conflitos religiosos, ou atitudes passivas frente aos problemas” ⁸².

Gonçalves e Alvarez começam a abordar o cuidado lembrando que os seres humanos sempre tiveram essa preocupação no cuidar para a preservação da espécie e da vida em grupo. Principalmente em momentos de sofrimento e vulnerabilidade, onde o indivíduo se vê frágil e incapaz, o ato de cuidar precisa se fazer mais presente ⁸³. O presente capítulo reflete sobre quem cuida dos/das cuidadores. Analisa os dados das matrizes curriculares dos cursos de enfermagem e medicina de quatro Faculdades de Vitória/ES e as entrevistas realizados com profissionais da saúde em formação e já formados.

⁸¹ ALMEIDA, Alexander Moreira; STROPPIA, André. Importância e Impacto da Espiritualidade na Saúde Mental: o desafio de conhecer e integrar a espiritualidade no cuidado aos nossos pacientes. In: SANTOS, Franklin Santana (Org.). *A Arte de Cuidar: saúde, espiritualidade e educação*. São Paulo: Comenius, 2010. p. 200.

⁸² ALMEIDA; STROPPIA. 2010. p. 203.

⁸³ GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, M.A. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1110.

3.1 O cuidar de quem cuida

Com o desenvolvimento da Medicina, seu principal objetivo é curar ou prolongar a vida. No entanto, isso não atende totalmente as expectativas da vida humana. Tanto a promoção da qualidade de vida e o conforto também precisam ser levados em consideração. Perder a chance de curar um doente pode ser considerado um erro grave, pois sabe-se que esta pessoa precisa de medidas específicas para promover seu bem-estar que nem sempre vem de cuidados médicos.

Por meio da morte do outro se pode ressaltar a reflexão e a busca de definições do processo de morrer do ser humano. Esses significados podem ser buscados pela religiosidade/espiritualidade baseado na diversidade de crenças e valores, que dão condições de constituir sistemas de referências estruturantes das pessoas⁸⁴. É notório declarar que o ser humano precisa estar preparado para cuidar de outro ser humano. No que diz respeito a questão da morte por exemplo, se o/a profissional não aceitar esse processo como parte da vida e natural do ciclo biológico humano, fica muito difícil que este/a tenha condições de auxiliar alguém que esteja passando pelo processo de terminalidade. A partir do momento que o/a profissional começa a cuidar de alguém, há a preocupação em promover o bem-estar de todos/as os/as envolvidos/as, como declara Sá:

Entender que atuar preocupado em manter a dignidade do outro, a partir do reconhecimento de sua própria fragilidade, implica em exercitar a espiritualidade e a sensibilidade, além do exercício constante de se tentar compreender esse Outro à sua frente, o que pode parecer impossível. [...] O profissional da saúde necessita compreender que a fragilidade humana não é unilateral. Ele é tão frágil em sua humanidade quanto aquele que está ao seu lado (sua equipe) e à sua frente (o paciente/família/comunidade)⁸⁵.

Há de se convir que dessa maneira, a religiosidade humana desperta grande interesse na maioria das pessoas. O contato com a perda e o luto vivido na rotina desses profissionais pode gerar a necessidade de uma busca espiritual de autoconhecimento concomitante com o respeito ao outro. Tudo isso se transforma numa constante busca de estratégias para o enfrentamento do processo de morrer de todos os envolvidos direta ou indiretamente. De acordo com Manfredo e Custódio:

⁸⁴ RODRIGUES, Inês Gimenes; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. *Ciência, cuidado e saúde*, v. 11, p. 31-38, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17050>>. Acesso em: 31 de jan. 2018.

⁸⁵ SÁ, 2010, 138.

[...] recupera-se a ideia de que no centro da Filosofia é a pergunta por Deus, enquanto princípio universalíssimo, de tal modo que, com a questão Deus, está em jogo a própria autocompreensão da filosofia, de sua tarefa básica, enquanto conhecimento do sentido radical e universal da natureza e do homem e de seu papel na vida humana⁸⁶.

De fato, na maioria dos grupos sociais, a religião pode ser considerada fonte de valores éticos e crenças, dando suporte à condutas e atitudes, servindo até mesmo de ferramenta educativa. Religiosidade também é fonte de cultura e conhecimento. Ao mesmo tempo que a religião pode ser uma forma de alienação e crítica, ela pode ser libertadora. Dessa maneira, acaba se tornando impossível retirá-la da formação da identidade cultural de um povo.

Uma das formas possíveis para dar esse suporte, tanto ao paciente quanto a equipe hospitalar são as pessoas que prestam assistência religiosa no hospital. Há de se convir que a função desse grupo não é de converter à sua doutrina e sim, dar conforto espiritual para que todos possam de alguma forma buscar amenizar sua dor e viabilizar a melhora inclusive clínica. No ambiente hospitalar a linguagem médica se restringe num discurso racional e científico, abordando medicamentos, exames e intervenções entre outros. Já o/a assistente religioso/a tende para o transcendental, as vezes indefinido, mas buscando vencer medos, mostrar valores imateriais, na tentativa de aliviar as tensões por meio de orações e rituais.

Os médicos e os demais profissionais da saúde são considerados como curadores, porque ajudam os doentes a passar da moléstia para a saúde, da dor para o alívio. O religioso, por sua vez, é visto como consolador, porque oferece confiança nos momentos de medo, perdão nos momentos de culpa, esperança diante da morte e promessa de felicidade, vida terrena. Os anseios são os mesmos. Ou seja, proporcionar um bem-estar ao ser humano. Mas, os objetivos, distintos⁸⁷.

Essa perspectiva de levar consolo espiritual por parte do grupo religioso não se estende apenas ao paciente e familiares. Em alguns momentos essa assistência é estendida à equipe médica. É comum que aconteça por parte desse/sa profissional a hipótese de que ele/a é incapaz de confortar alguém em situação muito difícil. “Entre as dificuldades para se abordar a questão espiritual o final da vida está o próprio desconhecimento, da equipe de saúde, a respeito de sua própria espiritualidade e a ignorância do paciente em relação à sua finitude”⁸⁸. Diante do exposto, nota-se que todos os/as envolvidos/as no processo de cuidado inspiram atenção e apoio. O conhecimento técnico em alguns casos não é suficiente e por isso existe a necessidade de amparo espiritual.

⁸⁶ MANFREDO & CUSTODIO, 2003 *apud* SANTOS, 2009, p. 29.

⁸⁷ BALDESSIN, A. Pastoral da Saúde e Assistência Religiosa aos Doentes. In: SANTOS, Franklin Santana (Org.). *A Arte de Cuidar: Saúde, Espiritualidade e Educação*. São Paulo: Comenius, 2010. p. 358.

⁸⁸ BALDESSIN. 2010. p. 369.

Em uma sociedade que supervaloriza o vigor e a beleza, a produção e o consumo, os tortuosos caminhos de uma doença incurável, comporá progressiva até a morte, exigem do ser humano formas de superações sucessivas, difíceis de alcançar, tanto na condição de doente, dependente, como na de cuidador carente de cuidados. Nesse percurso, confrontando a morte, cuidador e paciente revelam uma verdade genuinamente humana: precisamos uns dos outros tanto quanto precisamos ser confiantes da afeição que nos laços familiares, comunitários, profissionais e sociais[...] ⁸⁹.

Moritz define como “cuidador ferido”⁹⁰ aquele que ao cuidar do outro se encontra no limite do estresse, pelo fato de se sentir impotente diante da responsabilidade sobre a vida de outras pessoas.

Paralelamente, há que se mencionar o sentimento de impotência que perpassa pela cabeça do ‘cuidador ferido’. Suas providências nem sempre obtêm resposta por parte do paciente.[...] E essa ausência de resposta vai gerando grave falta de sentido no haver existencial do cuidador. [...] Não sei se é exagerado dizer que o cuidador fadigado e tocado pelas chagas materiais ou espirituais do doente vê, a cada atendimento, no rosto dele, o próprio rosto. A ausência de alívio é a expressão mais funda de sua frustração, de seu fracasso⁹¹.

Ainda segundo a autora citada, a tomada de decisão médica é a manifestação mais dura de solidão, principalmente se esta demarca a fronteira entre morte e vida. Nesse momento, o/a profissional se angustia por ter que decidir passando por sentimentos de alta responsabilidade, pressa, preocupação e estresse, julgando-se até como onipotente⁹². Dessa maneira, é possível afirmar que as pessoas que lidam diretamente com a morte precisam de um treinamento especializado e adequado. É necessário que se busque uma forma mais eficaz de conviver com os pacientes, que leve em conta questões éticas a respeito do doente e sua família, que saiba agir sob pressão e que aprenda a controlar o misto de sentimentos que são aflorados na tomada de decisão. Ao mesmo tempo, pode-se dizer que a religiosidade também é significativa para que esses/essas profissionais tenham condições de respeitar o processo de morrer e reconhecer as limitações humanas que cada um possui, oferecendo uma interpretação relacionada com o transcendental. Percebeu-se que o cuidado dos/das cuidadores/as/ profissionais da saúde, em relação à espiritualidade, é um tema que ainda está em processo. Aos poucos está se dando a devida atenção a esta dimensão importante da vida humana.

⁸⁹ MORITZ, 2011. p. 89.

⁹⁰ MORITZ, 2011. p. 93.

⁹¹ MORITZ, 2001. p. 93.

⁹² MORITZ, 2011. p. 93-94.

3.2 Pesquisa de Campo: dados e suas análises

Para aprofundar nas questões apresentadas acerca da formação acadêmica e a espiritualidade dos/as profissionais da saúde acerca da morte dos pacientes, foi feita uma pesquisa de campo, na qual obteve-se uma comparação das matrizes curriculares de quatro instituições de ensino, onde em duas delas analisou-se a matriz de Medicina, uma de Enfermagem e em uma delas os dos dois cursos em questão (Enfermagem e Medicina). Feito isso, foi realizada uma entrevista com onze profissionais da saúde. Entre estes seis acadêmicos, os quais três são de Enfermagem e três de Medicina, cinco profissionais formados e atuantes, dois enfermeiros e três médicos.

Na observação das Matrizes Curriculares dos cursos de Medicina e Enfermagem, notou-se que para os cursos de Medicina: Instituição A tem como módulo a “Relação Médico Paciente” com carga horária de sessenta horas no Quinto Período. Na Instituição B, a disciplina Bioética tem carga horária de quarenta horas e é oferecida no Segundo Período. Já na Instituição C, não aparece o assunto específico, porém, segundo a Coordenação do Curso, Bioética é abordada dentro de Formação do Médico no Quinto Período com cento e quatorze horas na disciplina toda.

Ao analisar as matrizes de Enfermagem, percebeu-se que na Instituição A disponibiliza a disciplina Bioética no quarto período com quinze horas e na Instituição D, o assunto é tratado dentro de Ética e Legislação com trinta horas oferecidas em formato EAD. Essas informações analisadas compactuam com Müller ao dizer que o universo acadêmico tem se restringido apenas aos métodos e técnicas sofisticadas, promovendo uma certa fascinação pelos recursos e se distanciando cada vez mais do paciente⁹³. Portanto, ainda no universo acadêmico da saúde o tema da espiritualidade ainda é pouco reconhecido como importante na formação dos/das profissionais. O processo de ensino aprendizagem na relação entre saúde e espiritualmente ainda necessita receber a devida atenção nos cursos de medicina e enfermagem nas matrizes curriculares das faculdades analisadas.

No entanto, novos ventos vão chegando também no Brasil registra-se a experiência da AAMC que afirma que

os currículos médicos devem ser capazes de orientar os alunos quanto ao papel da espiritualidade no cuidado dos pacientes em diferentes situações e a influência de sua própria espiritualidade na capacidade de prestar cuidado singular que envolva os aspectos espirituais da vida dos pacientes.⁹⁴

⁹³ MÜLLER, 1995 *apud* TRONCON, L.E.; CIANLONE, A.R.; MARTIN, C.C, 1998, p. 99.

⁹⁴ OLIVEIRA, 2017, p. 54.

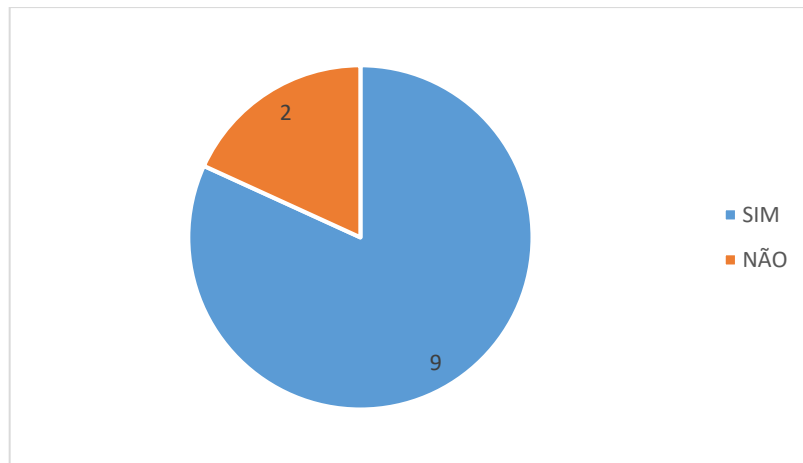
Experiências de outros países, como os Estados Unidos, apontam que os currículos médicos devem apontar para a espiritualidade como um elemento importante no cuidado de pacientes. Além do mais, profissionais da saúde não necessitam negar a sua espiritualidade. Ela pode ser entendida com uma capacidade de prestar cuidado que envolva os aspectos espirituais da vida dos pacientes. Busca-se entender o ser humano não de forma fragmentada, mas de forma integral. Os currículos das áreas da saúde necessitam passar por profundas reformas. Os modelos colocados já não correspondem mais as novas dinâmicas da vida humana. O/a cuidador/a da saúde tem o direito de ser gente, de expressar a sua espiritualidade, a sua alegria, a sua dor, a sua tristeza, a sua esperança. Carvalho e Ceccim⁹⁵, em uma análise mais ampla dos currículos dos cursos da área da saúde apontam que o ensino de graduação pauta-se numa tradição pedagógica centrada no conteúdo e na transmissão passiva de conhecimento, orientada para a doença e a reabilitação. Portanto, percebe-se que a formação está voltada para a doença e a reabilitação e não tanto para a perspectiva do ser humano integral.

3.3 Entrevistas com estudantes e profissionais da área da saúde

Após a análise das matrizes curriculares das quatro faculdades, foi realizada uma entrevista com onze estudantes, com um questionário estruturado, num período de trinta dias. As entrevistas encontram-se em anexo. Foram entrevistados onze estudantes de duas instituições de ensino em Vitória/ES, com o intuito de abordar tanto quem está se formando, quanto quem já atua na profissão. Dos onze entrevistados/as, nove afirmaram ter uma religião, enquanto que dois disseram não possuir nenhuma formação religiosa. Entre os/a entrevistados/as que assumiram a religiosidade, quatro se declararam evangélicos, três católicos, um espírita de ramificação kardecista e um adepto da tradição afro-brasileira, a umbanda. A principal intenção dessas perguntas foi tomar conhecimento se cada um deles/as teria como responder se a relação com a espiritualidade daria suporte para que eles/as pudessem encarar alguns desafios da profissão. As questões discutidas acima estão mais detalhadas nos gráficos abaixo:

⁹⁵ CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Org.). *Tratado em saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 137-168.

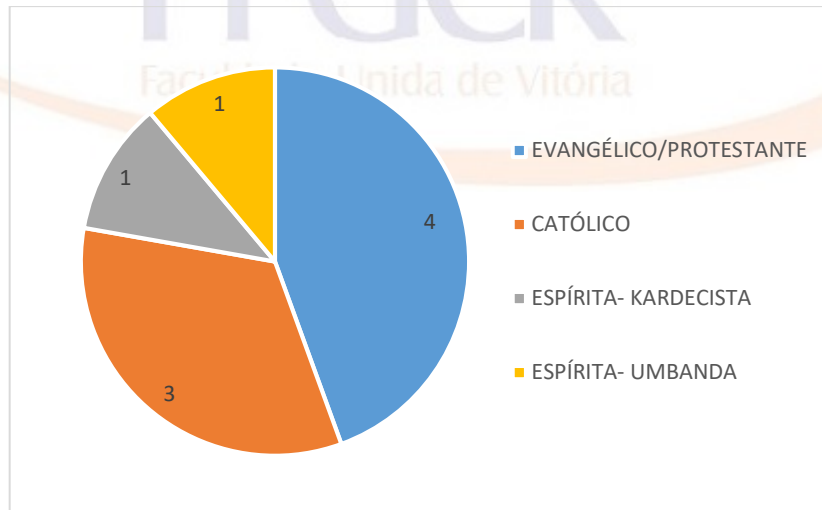
Gráfico 1- Adeptos a alguma religião



Fonte: própria autora⁹⁶

Das 11 pessoas entrevistadas, 9 afirmaram ter uma religião e 2 disseram que não possuíam tradição religiosa. Constatase que a maioria dos/das entrevistados/as possui uma religião.

Gráfico 2 - Denominação religiosa



Fonte: própria autora⁹⁷

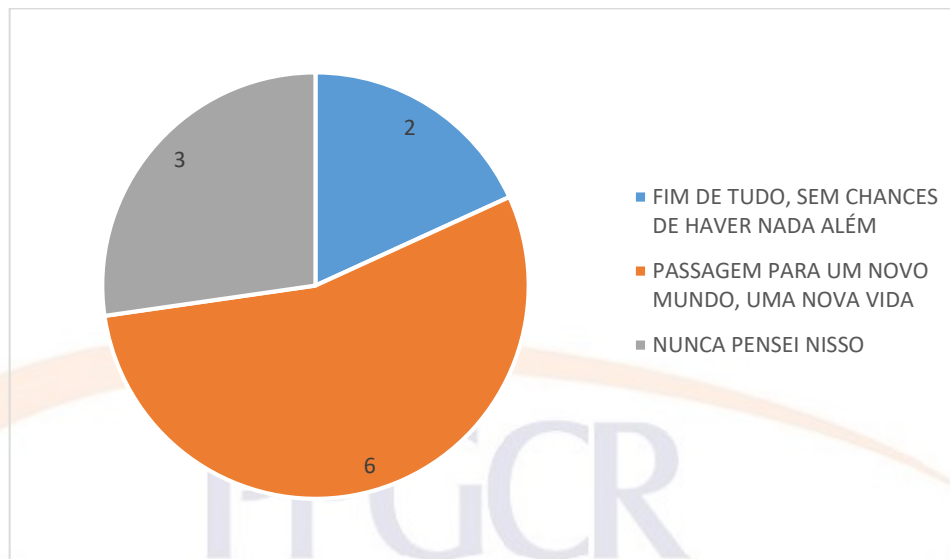
As pessoas entrevistadas que responderam que tem uma religião ficaram assim distribuídas: 1 – Espírita Umbanda; 1 - Espírita Kardecista, 3 – Tradição Católica e 4 – Evangélicos/Protestantes. A maioria se declarou de tradição cristã.

⁹⁶ Dados coletados de questionários respondidos. Cf. Anexo II.

⁹⁷ Dados coletados de questionários respondidos. Cf. Anexo II.

Foi indagado a cada um/a sobre a sua opinião sobre a morte, a fim de que tivesse uma coleta de dados baseada na cultura social e religiosa de cada um/a dos/as entrevistados/as. Dentre os onze, dois disseram que trata-se do fim de tudo, sem possibilidades de ocorrer mais nada além dela. Seis deles afirmaram que é a passagem para um mundo diferente, um início de uma nova vida e três relataram que nunca haviam pensado no assunto.

Gráfico 3 - Opinião sobre a morte



Fonte: própria autora⁹⁸

Interessante perceber que 3 nunca pensaram sobre a morte, 2 pensam que é o fim de tudo e 6 acreditam na passagem para um novo mundo, uma nova vida. Percebe-se nas respostas relações que a morte está ligada com a sua forma de entender a ressurreição e a reencarnação (um novo mundo e uma nova vida).

Outro fator de destaque percebido foi relacionado à morte de crianças, a qual teria sido pontuada pelos entrevistados como ponto de intensificação do sofrimento emocional de alguns deles. Segundo Costa e Lima, a morte de crianças trata-se de algo bem dificultoso para toda a equipe hospitalar lidar.⁹⁹ Por ser um assunto angustiante, a morte em si já gera sentimento de tristeza e se tratando de crianças, pode ser encarado como uma ruptura precoce do percurso da vida humana, haja vista serem consideradas sinônimo de vitalidade e energia¹⁰⁰. Assim, quem trabalha diretamente com elas vivencia essa sensação com veemência, pois a finitude pode ser

⁹⁸ Dados coletados de questionários respondidos. Cf. Anexo II.

⁹⁹ COSTA, Juliana Cardeal da; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 151-157, 2005.

¹⁰⁰ COSTA, 2005, p. 151-157.

vista como inoportuna, gerando uma sensação de perda intensa quando está ligada à pouca idade. É o que demonstra os dados das entrevistadas realizadas:

Por ser um hospital pediátrico, é comum ficarmos com essa inversão de valores na cabeça. É como se o ciclo da vida andasse de cabeça pra baixo. No nosso pensar, as crianças vão ficando e os adultos vão embora, e presenciar o inverso é muito triste.¹⁰¹

A morte é sempre ruim, mas nos adultos e nos idosos isso já é mais esperado, pois encaramos que a hora deles chegou, que a vida é assim mesmo. Quando é a criança que morre é muito pior, a gente nunca quer que vá, e isso fica mais doloroso do que já é.¹⁰²

Nós pensamos que as crianças nunca deveriam morrer. Quando uma delas morre, é como se o ciclo biológico tivesse se rompido. Fica um vazio no que diz respeito a planos futuros e projetos de vida. Isso nos traz sentimentos de incapacidade e dor.¹⁰³

As três pessoas que responderam foram homens, dois enfermeiros e um médico. O primeiro que respondeu é enfermeiro formado, religião espírita-kardecista. Ele coloca que a morte de uma criança inverte o ciclo da vida. Quando se presencia que as crianças vão embora e os adultos ficam isto é muito triste. O segundo que respondeu também é enfermeiro formado e não possui religião. A sua resposta (entrevistado H – entrevista 8), mesmo com outras palavras, é muito parecida com a resposta do entrevistado G (entrevista 7), ele emprega a palavra doloroso para se referir a morte de uma criança. O terceiro que falou da morte de crianças é o entrevistado J (entrevista 10). Ele é médico formado e de tradição católica. Ele também respondeu que quando morre uma criança o ciclo biológico é interrompido e afirma que isto traz “sentimentos de incapacidade e dor”. As palavras que apareceram para se reportar aos sentimentos da morte de uma criança foram tristeza, dolorosa, incapacidade e dor. Portanto, percebe-se, a partir das respostas dos entrevistados, dois enfermeiros e um médico, que há sofrimento profissional quando crianças morrem. A pergunta que permanece é: como estes profissionais trabalham esta dor da perda da morte de uma criança, a qual eles cuidaram em seus ambientes de trabalho (hospitais), como enfermeiros e médico?

A pergunta seguinte questiona se houve alguma modificação pessoal na representação da morte após a formação acadêmica e três pessoas disseram que sim e oito relataram que não. Há indícios que a formação acadêmica, de acordo com as respostas coletadas e a ideia de Canastra relata que no meio médico não é possível pensar em algo que não seja a técnica,

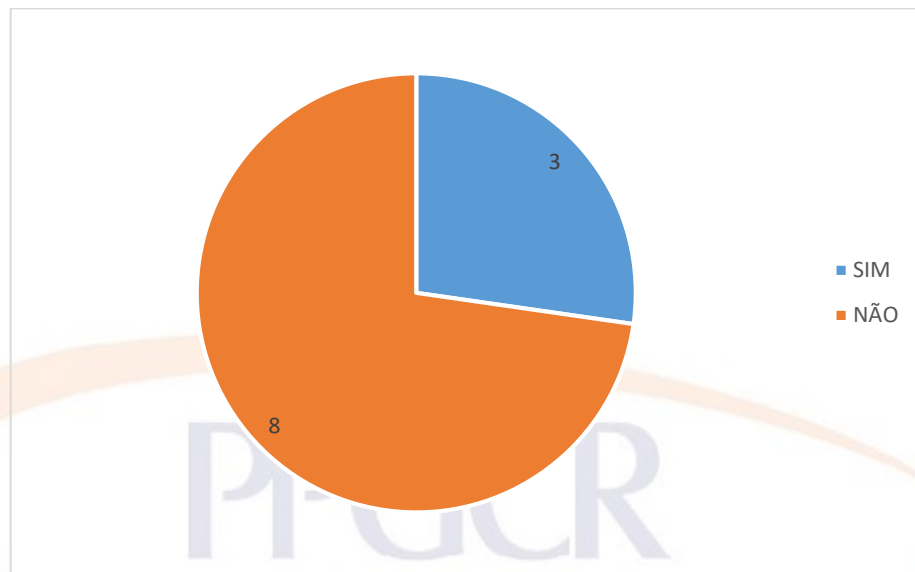
¹⁰¹ ANEXO ENTREVISTA 7, entrevistado G – enfermeiro formado.

¹⁰² ANEXO ENTREVISTA 8, entrevistado H – enfermeiro formado.

¹⁰³ ANEXO ENTREVISTA 10, entrevistado J – médico formado.

fazendo com que o processo de humanização fique distante¹⁰⁴. Esta forma dicotomizada de entender a profissão na área da saúde também tem causado estresse de dor nos/as profissionais da saúde, pois muitas vezes estes não têm com quem conversar, dialogar, desabafar. O próximo gráfico apresenta as respostas sobre a modificação pessoal da representação da morte após a sua formação.

Gráfico 4 - Mudanças na Representação da morte após formação dos entrevistados



Fonte: própria autora¹⁰⁵

Os/as profissionais da saúde entrevistados somente 3 responderam que houve alguma modificação pessoal da representação da morte após sua formação e 8 responderam que não houve modificação. Isto é um retrato de que a morte, a finitude do ser humano, ainda é um tema pouco tratado nos cursos da área da saúde. Essa questão foi confirmada também em uma pergunta subjetiva. Ao indagar sobre o que se aprende a respeito da morte na formação acadêmica, ressaltam-se os seguintes depoimentos:

Qualquer estudante fica preocupado, pelo fato de passar pela nossa cabeça que a morte é uma falha e nem sempre é. Mesmo assim me sinto de certa forma responsável por isso.¹⁰⁶

Durante o estágio eu perdi uma paciente. Acompanhei a família desde a admissão da mesma até seu falecimento. Mesmo alertando a todos o que poderia acontecer, não me senti preparada para aquela perda. Priorizei o acompanhamento à família e depois desabei. Esqueci de me preparar.¹⁰⁷

¹⁰⁴ CANASTRA, 2007, p.11.

¹⁰⁵ Dados coletados de questionários respondidos. Cf. Anexo II.

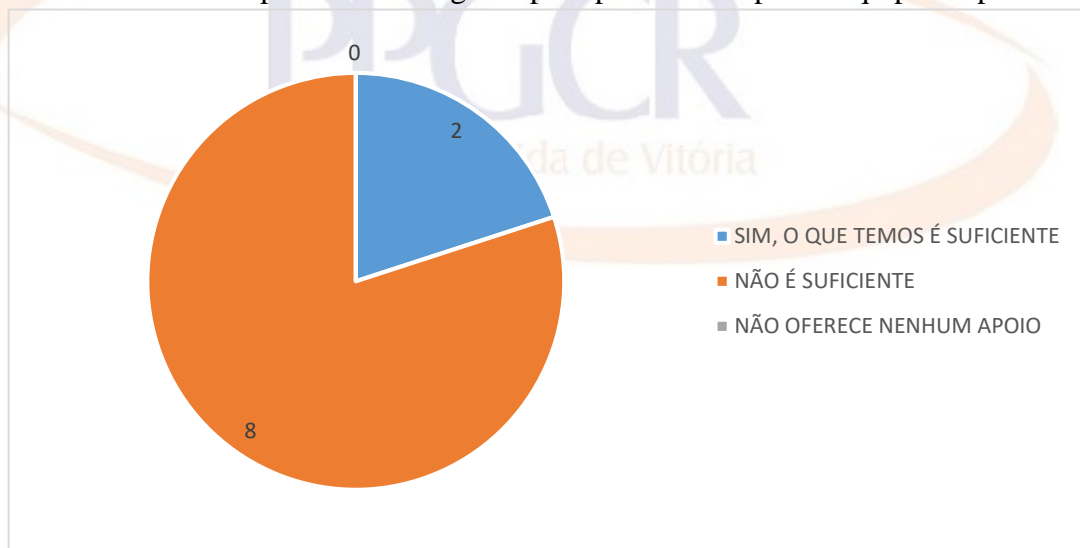
¹⁰⁶ ANEXO ENTREVISTA 1, entrevistada A – estudante de enfermagem.

¹⁰⁷ ANEXO ENTREVISTA 2, entrevistada B – estudante de enfermagem.

A formação médica precisa ser revista. É necessário um espaço maior para tratar de assuntos tão difíceis quanto a morte. Acredito que a morte para ser mais fácil de ser encarada ela é banalizada, inclusive na formação.¹⁰⁸

A equipe de saúde necessita elaborar suas perdas e lidar de maneira mais amena com a morte de seus pacientes na medida em que aceitam suas próprias limitações. Essa afirmativa vai de encontro com Moritz¹⁰⁹ quando relata que é preciso cuidar de quem cuida, dando suporte profissional para essas pessoas. Sendo assim, vale ressaltar que qualquer um precisa de atenção, seja paciente, seja cuidador, na busca de qualidade de vida. Essa fundamentação se confirma em uma das perguntas feitas. Ao questionar se o hospital oferece algum apoio psicológico à equipe hospitalar, dos onze entrevistados, dois disseram que sim, porém não é suficiente, enquanto oito afirmaram que sim, mas não é suficiente e um disse que não oferece nenhum suporte. A indagação foi feita também aos acadêmicos pois os mesmos já estavam fazendo estágio. Desse modo todos tiveram condições de responder, o que mostra a imagem abaixo:

Gráfico 5 – O Hospital oferece algum apoio profissional para a equipe hospitalar?



Fonte: própria autora¹¹⁰

Em contrapartida, o profissional da saúde precisa zelar por seu bem-estar físico, psíquico e espiritual. Existe uma subjetividade em encarar questões polêmicas, dentre elas a morte. Dessa forma, almejar significados para esses questionamentos pode ser uma ferramenta de enfrentamento. Almeida e Stroppa reconhecem que no ambiente hospitalar a

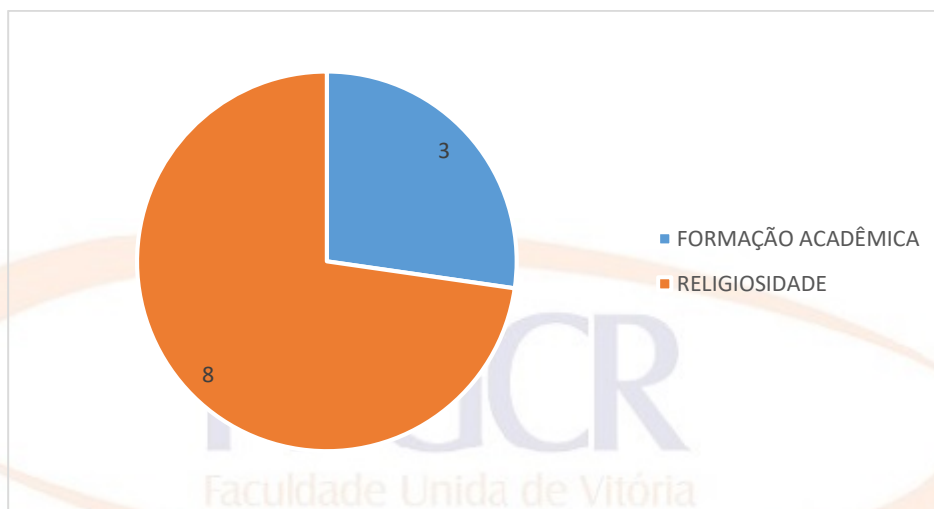
¹⁰⁸ ANEXO ENTREVISTA 9, entrevistado I – médico formado.

¹⁰⁹ MORITZ, 2011. p. 92.

¹¹⁰ Dados coletados de questionários respondidos. Cf. Anexo II.

religiosidade/espiritualidade vem crescendo como uma importante dimensão na vida das pessoas, da mesma forma que o cuidado espiritual fundamentado em práticas religiosas e crenças por parte dos pacientes tem influenciado no processo de cura, fazendo com que haja integração entre o transcendental e a prática médica.¹¹¹ Essa questão foi confirmada na pergunta feita aos entrevistados, na qual oito disseram que a religiosidade tem dado maior suporte para que eles lidam com a morte enquanto apenas três afirmaram ser a formação acadêmica. É o que mostra o gráfico a seguir:

Gráfico 6 – O que dá maior suporte para enfrentar a morte do outro



Fonte: própria autora¹¹²

Em relação à pergunta o que dá mais maior suporte para enfrentar a morte do outro é interessante perceber que somente 3 responderam que é a formação acadêmica e 8 disseram que é a sua religiosidade. Portanto, a religião tem uma influência sobre os/as profissionais da saúde.

A dor e o luto que emergem após a morte do paciente estão relacionados ao tempo ou à intensidade da convivência entre ambos. Quanto mais relevante for o convívio, obviamente o sofrimento será maior. Esse misto de sensações não depende de experiência profissional, pois a morte em si causa certa preocupação. Alguns depoimentos foram considerados interessantes e agregadores às questões discutidas na pesquisa, os quais serão destacados a seguir. Ao perguntar sobre como lidam ou esperam lidar com a morte dos pacientes, evidenciam-se os seguintes relatos:

¹¹¹ ALMEIDA; STROPPIA, 2010, p. 211.

¹¹² Dados coletados de questionários respondidos. Cf. Anexo II.

Acho extremamente difícil ver alguém morrer. Não me sinto preparada para lidar com isso. Quando tive a oportunidade de me deparar diretamente com ela, foi péssimo. Me questionei se era essa a profissão que eu queria realmente.¹¹³

Nem sempre temos condições de evitar a morte e muitas vezes os médicos e nós não sabemos como lidar com essa perda. Acredito que deveria ter alguém preparado só para dar más notícias à família. Ficamos tão estarecidos que não sabemos como falar.¹¹⁴

Ouçoo muitas frases como: 'Já morreu gente! Sai daí que tem mais gente precisando ser atendido, esse já era!' Isso me deixa chocada até hoje, pois vejo uma falta de sensibilidade em algumas pessoas. As vezes falam isso perto dos familiares e isso me deixa envergonhado.¹¹⁵

Os três relatos de estudantes de enfermagem apontam para a dificuldade de lidar com a morte e ao mesmo tempo apontam para a falta de sensibilidade humana em alguns colegas da profissão. Esses relatos vão de encontro com o que Vasconcelos fundamenta a medida em que se entende que o ato de cuidar do outro implica numa relação profunda entre os seres, pois quaisquer cuidados à saúde mental ou física, sejam feitos por profissionais ou não, se guiados pela compaixão e ética, podem ser caracterizados por promover essa ligação e troca profunda com o outro¹¹⁶. Para isso, se faz necessária obter a preocupação tanto com quem inspira cuidado imediato quanto quem está para cuidar.

Foi percebido segundo estudos de Marques et al e na coleta de dados em campo, que o profissional que enfrenta a morte do paciente busca estratégias para lidar com essa perda. Alguns deles compartilham seus sentimentos com a equipe de trabalho e outros preferem se isolar na busca de controlar seus sentimentos sozinhos¹¹⁷. As vezes esse isolamento pode provocar um aumento da angústia, além da negação de sentimentos, fazendo com que ajam com frieza diante dos fatos. Esse comportamento com o passar do tempo pode gerar até mesmo doenças ocupacionais e reações emocionais, o que se confirma com as seguintes falas:

Já perdi paciente que até chorei. Mesmo tentando não pessoalizar o relacionamento, sempre será difícil. E nem adianta pensar que isso muda com o passar do tempo, porque pra mim não mudou.¹¹⁸

¹¹³ ANEXO ENTREVISTA 1, entrevistado A – estudante de enfermagem.

¹¹⁴ ANEXO ENTREVISTA 2, entrevistado B – estudante de enfermagem.

¹¹⁵ ANEXO ENTREVISTA 3, entrevistado C – estudante de enfermagem.

¹¹⁶ VASCONCELOS, E. M. Podemos ser curadores, mas sempre também feridos! Dor, envelhecimento e morte e suas implicações pessoais, políticas e sociais. In: VASCOLCELOS, E. M. (org). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 223.

¹¹⁷ MARQUES, F. R. B.; BOTELHO, M. R.; MATOS, P. C. B. de; WAIDMAN, M. A. P. Morte em uma unidade de terapia intensiva: a visão da equipe multidisciplinar em relação ao paciente e ao corpo. *VII Encontro Internacional de Produção Científica*. Maringá, Paraná, p.1-6, 2011. Disponível em: <[http://www.cesumar.br/prpge/pesquisa/epcc2011/anais/fernanda_ribeiro_baptista_marques%20\(1\).pdf](http://www.cesumar.br/prpge/pesquisa/epcc2011/anais/fernanda_ribeiro_baptista_marques%20(1).pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2017.

¹¹⁸ ANEXO ENTREVISTA 7, entrevistado G – enfermeiro formado

Na maioria das vezes eu tento ser imparcial e não deixo transparecer reação ou pesar diante da família. Mas só eu sei o que passa por dentro de mim. Já me culpei muito por ser tão fria¹¹⁹.

Há ainda aqueles que declararam que a fé e as experiências espirituais são aliadas no exercício da profissão, principalmente na representatividade que possuem diante da vida e da morte. A dimensão dessa fé se transforma numa visão mais sensível e humana gerando um certo contorto nas funções laborais dessas pessoas. Essa ótica tão particular auxilia nas consequências do enfrentamento da finitude humana, principalmente quando o profissional se sente responsável pelo outro. A crença para algumas pessoas pode proporcionar a construção de um sentido para a morte na busca de diminuir o sofrimento. Essa ideia está fundamentada nos relatos de alguns entrevistados:

Eu não tenho problemas em lidar com a morte, pois entendo que faz parte da vida. Tenho uma visão extremamente profissional e vejo tanto quem está morrendo quanto quem está nascendo da mesma maneira: vida se cumprindo.¹²⁰

Apesar de encarar bem a morte, creio que é algo natural do ser humano mas mesmo assim as vezes dói. Até porque na minha religião nós tratamos bem o assunto. Minha função aqui é não deixar que o paciente sofra, mesmo que eu sofra com sua perda. E por tratar bem do assunto onde me reúno, fica mais tranquilo conviver com isso.¹²¹

Desde que comecei a trabalhar na área, me tornei uma pessoa mais espiritualizada, pois preciso ser assim para conviver também com minha família. Com fé as coisas ficam mais fáceis de serem encaradas.¹²²

Acredito que quando alguém morre é porque já cumpriu sua missão na Terra e por isso não tenho ressentimentos. Se eu carregar o peso da perda de todas as pessoas que morrem na minha frente, não teria forças para levantar no dia seguinte. É assim que me sinto.¹²³

Percebe-se que existem várias formas de encarar a morte pelos/as profissionais da saúde. É importante chamar a atenção que a busca na espiritualidade por alguns profissionais para assim dar conta da dor da morte de pacientes. O cuidado dos/as pacientes envolve relações de ajuda, de diálogo, de conhecimento e quando acontece a morte, estas relações são rompidas. Como não há um trabalho reflexivo mais intenso com os/as profissionais da saúde sobre a morte, cada um/a procura uma forma de trabalhar a questão da finitude consigo mesmo. Necessita-se de ações mais planejadas de atendimento aos/as profissionais da saúde.

¹¹⁹ ANEXO ENTREVISTA 8, entrevistado H – enfermeiro formado.

¹²⁰ ANEXO ENTREVISTA 5, entrevistada E – estudante de medicina.

¹²¹ ANEXO ENTREVISTA 6, entrevistada F – estudante de medicina.

¹²² ANEXO ENTREVISTA 7, entrevistado G – enfermeiro formado.

¹²³ ANEXO ENTREVISTA 8, entrevistado H – enfermeiro formado.

O depoimento de dois médicos e dois enfermeiros formados e atuantes que foram indagados sobre o que sentem ao lidar com essa sensação de perda quase que diária demonstra de maneira geral o misto de sensações e sentimentos de dor, insegurança, tristeza, presentes neles. Médicos e enfermeiros não são deuses, são pessoas humanas. Elas também são finitas.

Nos sentimos impotentes, numa luta árdua entre a vida e a morte. A morte é horrível. Se pudéssemos pular essa parte da Medicina seria melhor. A morte costuma trazer cargas emotivas e pesadas e o médico para se proteger muitas vezes se afasta do doente que está morrendo. É difícil você manter um estado de equilíbrio ideal e tomar decisões acertadas. Quando nos formamos somos deslumbrados. E quando nos deparamos com a inexorabilidade da morte de nossos pacientes percebemos que não somos assim tão poderosos e o deslumbramento se degenera.¹²⁴

Quando somos estudantes e nos defrontamos com situações médicas mais graves nas enfermarias, com gente morrendo, é natural que nos assustemos. Com o tempo adquirimos maturidade profissional e aprendemos a abstrair os sentimentos e lidar com a morte na Medicina e ela vira profissional de forma bastante sofrida.¹²⁵

Lidar com o sofrimento humano é sempre angustiante, frustrante, estressante e extremamente doloroso. É sempre um grande incômodo informar o paciente que ele tem uma doença grave e que vai evoluir para a morte. É difícil você se despedir de uma pessoa que se apegou. As vezes aquele paciente que está internado e que construímos um carinho mútuo e começamos a considera-lo como um ente querido, cada vez que a doença começa a manifestar, lidar com a dor e o sofrimento é desesperador.¹²⁶

É difícil manter a maturidade emocional para lidar com pacientes em determinadas situações e não suportamos presenciar o sofrimento desses pacientes. Por isso muitas vezes ficamos perdidos sem saber como lidar principalmente com os pacientes mais graves. Diante de cada paciente em fase terminal nós travamos uma luta solitária. Com a constatação da morte pode ser difícil superar, causando impactos profundos. Muitos sentem dificuldades em aceitar a morte e seguir a Medicina e somatizam esses sofrimentos dos doentes e ficam desequilibrados. Tem ataques de choro, saem sem volta, outros tentam enfrentar. Mas não é a morte em si que causa maior sofrimento, mas o processo de morrer. Lidar com o sofrimento humano é horrível.¹²⁷

Nota-se com os dados coletados nas falas dos entrevistados que as propostas curriculares que abarcam o componente formativo em relação a temática da morte nas áreas da saúde ainda não são suficientes. O ser humano ainda é entendido e estudado de forma fragmentada. A espiritualidade ainda não vista como um elemento importante da vida das pessoas. A partir da pesquisa bibliográfica e das entrevistas realizadas percebeu-se que existe uma necessidade urgente de espaços e de pessoas qualificadas para cuidarem dos/as

¹²⁴ ANEXO ENTREVISTA 4, entrevistado D – estudante de medicina.

¹²⁵ ANEXO ENTREVISTA 9, entrevistado I – médico formado.

¹²⁶ ANEXO ENTREVISTA 10, entrevistado J – médico formado.

¹²⁷ ANEXO ENTREVISTA 11, entrevistado K – médico formado.

profissionais da saúde. As entrevistas realizadas deixaram claro que os/as mesmos/as carregam uma intensa carga de sofrimentos em sua atuação. Muitos/as não sabem lidar com o morrer e a morte. Também se verificou que a espiritualidade e a sua religião são um suporte para enfrentar as situações do morrer e da morte em seus ambientes de trabalho.

É de suma importância que se permita que as pessoas que trabalham nas áreas da saúde possam externalizar suas angústias e frustrações decorrentes das diversas situações de estresse que passam, a fim de amenizar o seu sofrimento. Portanto, é urgente que nos currículos das áreas da saúde se inclua reflexões da bioética, bem como das diferentes formas de manifestação da espiritualidade.

Diante de todos os dados coletados, fica notório afirmar o quanto é necessário um preparo aos acadêmicos, para que estejam os mais fundamentados possíveis no que diz respeito a lidar com um dos maiores desafios da carreira médica: encarar o morrer e a morte. Sabe-se também que, por questões históricas, culturais e até mesmo religiosas, é um assunto que apesar de presente na vida de todos os seres humanos, ela sempre será o grande vilão ou até mesmo sinônimo de fracasso de quem cuida.



PPGCR
Faculdade Unida de Vitória

CONCLUSÃO

Na atualidade é comum encarar a morte como um tabu, pois nos momentos de crise em que ela se faz presente, seja numa doença em fase terminal ou em alguma situação que a remete ao pensamento de terminalidade, é natural que as pessoas sejam atingidas pelo medo, não somente do momento do fim de sua vida, mas do sofrimento que o processo pode causar. Diante desse quadro, o ritual da morte, antes valorizado pelas civilizações primitivas, passa a ser cada vez mais distante, e tanto o doente quanto a família prefere um distanciamento do ambiente familiar e se desloca ao hospital. É nesse momento que questões médicas se misturam com as psicológicas, sociais e religiosas.

Por ser um mistério, a morte ainda causa muito medo entre as pessoas. A partir do momento em que se deparam com a presença dela, é necessário que se encare como um processo natural e que precisa de cuidados específicos. Daí surgem questões referentes à dignidade de morrer do ser humano, no qual se pode recorrer à eutanásia, que se baseia no direito à autonomia do paciente, ou distanásia, que implica em prolongar esse processo e ortotanásia que se baseia na naturalidade da finitude, entre outros.

Pensando em como preparar os profissionais para o exercício laboral abordando questões que envolvem ética, surge a bioética, que se fundamenta em vários assuntos passíveis de discussão, dentre eles a morte. É uma ciência que se baseia em alguns princípios, os quais se resumem em autonomia, além da responsabilidade em manter o bem-estar do outro, dentre outros. A partir daí o cuidado com o outro implica algumas questões que podem ser de origem profissional, social e transcendental. Essa última se fixa no âmbito da espiritualidade, que contempla o que está para além do empírico, resgatando a completude do espírito humano. Pode-se considerar também como empoderamento do indivíduo, dando sentido à vida.

O que se nota diante do tema é a falta de preparo técnico dos profissionais em relação à morte, pontuando expressões emocionais e comportamento de tensão por parte dos entrevistados, o que se percebeu na maioria deles. É visível a resistência em aceitar a morte do outro, pois pode gerar sensações de impotência, ansiedade, dor, sofrimento, pena e incapacidade. Esse tipo de reação pode contribuir para o surgimento de doenças ocupacionais e somatização de vários males. Se essa questão não for abordada de maneira adequada, por profissionais disponibilizados para isso, pode colocar em risco a saúde do trabalhador e conseqüentemente o tratamento dos pacientes, pois quem cuida também precisa ser cuidado.

Na própria formação acadêmica, essas pessoas são incentivadas a buscar o tempo todo a cura. São treinados a lidarem com a vida e não com o fim dela. Quando chegam no ambiente

laboral, se deparam com situações adversas às suas expectativas e por isso se sentem frustrados. Nota-se também que alguns dos entrevistados possuem maturidade para conviverem com a perda, não pela sua formação, mas acima de tudo por suas crenças e interpretações espirituais que fazem em relação à finitude da vida humana. A presença dessa fé pode gerar diversas atribuições ao significado de vida e morte, aceitando esse fim como algo totalmente natural aos seres vivos. Dessa forma, o equilíbrio entre a postura pessoal e a ética profissional, no contato quase diário com a morte, necessita de uma comunicação clara e frequente entre toda a equipe.

A necessidade de uma formação voltada para a morte e o processo de morrer foi apontada como uma limitação significativa na capacitação profissional dos entrevistados, tanto por parte dos estudantes quanto dos atuantes. Essa falta acarreta em insegurança e despreparo inclusive na tomada de decisões e nas atuações, trazendo um grau elevado de sofrimento para os profissionais. Lidar com essa temática é bem delicado, por atingir parâmetros culturais, psíquicos, sociais e emocionais e diante disso, não existe forma adequada de lidar com o assunto. Ao ingressar na esfera do cuidado com o outro, principalmente no fim de sua vida, é preciso que se aborde de que maneira será esse manejo.

Quanto maior a visão consciente das mortes rotineiras, mais se consegue organizar os envolvidos no processo para essa grande perda. Partindo do pressuposto de que é possível uma educação para a morte, compreende-se que existe a possibilidade de trabalhar o assunto no nível acadêmico, por meio de estudos aprofundados e específicos a respeito, a fim de que se possa minimizar a lacuna que existe entre as demandas da atividade laboral e a formação. No que diz respeito à capacitação profissional da área da saúde, principalmente daqueles que trabalharão no ambiente hospitalar, percebe-se que este assunto precisa estar presente no componente formativo. Sob essa ótica, espera-se que o cuidar da vida e da morte tenha uma atenção especificada, no intuito de humanizar cada vez mais o processo de finitude, preparando quem lida diretamente com essa dinâmica de uma maneira humanizada e menos traumática para todos os envolvidos.

Nascer e morrer fazem parte da vida humana. A vida humana necessita ser vista e estudada de forma integral, não mais de forma fragmentada como ainda muitos cursos da área da saúde o fazem. Este é um desafio para as Ciências das Religiões, pois se estuda o fenômeno religioso e como o mesmo influencia as relações humanas, sociais, raciais, entre outras. Neste sentido, aponta-se a interdisciplinaridade como um caminho fundamental para as áreas da saúde. O diálogo entre as diferentes áreas do conhecimento se faz necessário. O diálogo entre as áreas das Ciências das Religiões e as da Saúde podem ser uma grande ferramenta no processo de melhor entender a complexidade da vida humana.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Rubem. *O Médico*. Campinas: Papirus. 2003.
- ANJOS, M. F. Bioética e teologia. Bioética - Uma perspectiva brasileira [número especial]. *Mundo da Saúde*, 2002.
- ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter; RENAUD, Michel – dir. – *Novos desafios à Bioética*. Porto: Porto, 2001.
- ARIÈS, Philippe. *O Homem perante a morte - I*. Lisboa: Europa- América, 2000.
- _____. *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- BALDESSIN, A. Pastoral da Saúde e Assistência Religiosa aos Doentes. In: SANTOS, F. S.(org). *A Arte de Cuidar: Saúde, Espiritualidade e Educação*. São Paulo: Comenius, 2010.
- BARCFontaine, Chistian de Paul de. *Bioética e início da vida: alguns desafios*. Aparecida, SP: Ideias e Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2004.
- BENTO, L. A. *Bioética: desafios no debate contemporâneo*. São Paulo: Paulinas, 2008.
- BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo (orgs). *Encanto e Responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida*. São Paulo: Paulinas: Centro Universitário São Camilo, 2011.
- BOFF, L. *Tempo de Transcendência: o ser humano com um projeto infinito*. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.
- BRASIL, Resolução CFM nº 1.480, de 8 de agosto de 1997.
- _____, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. *Diário Oficial da União*, 14 de agosto de 2009. Seção 1, p. 80-1.
- CANASTRA, Cilena do Céu Castro. *A morte: Abordagem Interdisciplinar*. Dissertação de Mestrado em Bioética Teológica. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2007.
- CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Org.). *Tratado em saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- COSTA, Juliana Cardeal da; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 151-157, 2005.
- DINIZ, Maria Helena. *O estado atual do biodireito*. São Paulo: Saraiva, 2001.
- DWORKIN, Ronald. *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ELIZARI, Javier. *Bioética, teologia, moral y sociedade*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2014.

FEIFEL, H; NAGY, V.T. Another look at fear of death. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 1981.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDIM, J. R. *Bioética e espiritualidade*. Porto Alegre; São Paulo: EDIPUCRS; Loyola, 2007. Disponível em: <<http://www.ufrgs.bioetica.br>>. Acesso em: 26 dez. 2017.

GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, M.A. *O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

KANT, Immanuel. *Crítica da Razão Prática*. Lisboa: Edições 70, 1985.

KOVÁCS MJ. *Bioética nas questões da vida e da morte*. Psicologia USP, 2003.

LAGRÉE, Jacqueline. *O médico, o doente e o Filósofo*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002.

LAMB, David. *Ética, morte e morte encefálica*. Trad. Jorge Curbelo e Rogéria Cristina Dias, São Paulo: Office, 2001.

LIMA, Antonio. *Bioética e Antropologia*. Coimbra: Gráfica Coimbra, 2004.

LOWN, B. A. *A Arte perdida de curar*. São Paulo: JSN Editora, 1997.

MAR, Adentro. Direção de Alejandro Amenábar. Espanha: [s.n], 2004. 1 filme (125 minutos), son., color. Legenda em Português.

MARQUES, F.R.B.; BOTELHO, M.R.; MATOS, P.C.B. de; WAIDMAN, M.A.P. Morte em uma unidade de terapia intensiva: a visão da equipe multidisciplinar em relação ao paciente e ao corpo. *VII Encontro Internacional de Produção Científica*. Maringá, Paraná, p. 1-6, 2011. Disponível em: <[http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/fernanda_ribeiro_baptista_marques%20\(1\).pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/fernanda_ribeiro_baptista_marques%20(1).pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2017.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MORIN, Edgar. *O Homem e a Morte*. 2. ed. Mem Martins/Portugal: Publicações Europa-América, 1978.

MORITZ, Rachel Duarte(org). *Conflitos bioéticos do viver e do morrer*. Câmara Técnica sobre a Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina. Brasília: CFM, 2011.

MOTA, Sílvia. *Ortotanásia/eutanásia passiva*. Disponível em: <<http://www.silviamota.com.br/enciclopediabiobio/eutanasia/ortotanasia.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

OLIVEIRA, Raquel Aparecida de Oliveira. Saúde e espiritualidade na formação profissional em saúde, um diálogo necessário. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 19 (2), p. 54 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n2/a08v14n2.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

OSELKA, Gabriel(org). *Bioética clínica: reflexões e discussões sobre casos selecionados*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Centro de Bioética, 2008.

PALACIOS, Marisa; MARTINS, André; PEGORARO, Olinto (org). *Ética, Ciência e Saúde: desafios da bioética*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

PESSINI, Léo. Distanásia: até quando investir sem agredir? *Revista Bioética CFM*, 2009. Disponível em: <revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/download/394/357>. Acesso em: 03 abr. 2018.

PESSINI, Leo; HOSSNE, Willian Saad. Bioética e religião: um debate necessário. *Revista Bioethikos*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, p. 363-366, 2013. Disponível em: <<https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/155557/editorial%20pt-br.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

RODRIGUES, Inês Gimenes; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. *Ciência, cuidado e saúde*, v. 11, p. 31-38, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17050>>. Acesso em: 31 jan. 2018.

SÁ, Ana Cristina de. A importância da espiritualidade para profissionais de saúde. In: SANTOS, Franklin Santana (Org.). *A Arte de Cuidar: saúde, espiritualidade e educação*. São Paulo: Comenius, 2010.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. *Direito de Morrer: eutanásia, suicídio assistido*. 2 ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005. p. 91-92.

SALLES, Alvaro Angelo. Bioética e processos de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil. *Revista Bioética*, v. 22, n. 3, p. 397-406. set./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n3/v22n3a02.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

SANTOS, Franklin Santana; INCONTRI, Dora. *A Arte de Morrer- Visões Plurais*. Bragança Paulista, SP: Comenius, 2009.

SERRÃO, Daniel. *Os médicos e o processo de morrer*. Comunicação à Academia das Ciências. Texto policopiado para os alunos do Mestrado em Bioética e Ética Médica, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 1995.

SOUSA, Paulino. *As Representações da Morte no Ensino de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Porto: Universidade do Porto, 1995.

STEDFORD, E. *Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.

SZTAJN, Rachel. *Autonomia privada e direito de morrer: eutanásia e suicídio assistido*. São Paulo: Cultural Paulista: Universidade de São Paulo, 2002.

TRONCON, L.E.; CIANLONE, A.R.; MARTIN, C.C. *Conteúdos humanísticos na formação geral do médico*. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E.L. Educação médica. São Paulo: Sarvier, 1998.

UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris: Unesco, 2005.

VASCONCELOS, E. M. Podemos ser curadores, mas sempre também feridos! Dor, envelhecimento e morte e suas implicações pessoais, políticas e sociais. In: VASCONCELOS, E. M. (org). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 223.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. Genève: WHO, 2012.



ANEXO I- MATRIZES CURRICULARES DOS CURSOS DE MEDICINA E ENFERMAGEM

MEDICINA- UFES



Universidade Federal do Espírito Santo
Projeto Pedagógico de Curso
Medicina - ano 2007

7.1 Estrutura do Currículo

1º Período				
Código	Disciplina	CHS	Cr	Requisitos
MOR02349	ANATOMIA HUMANA I	195	7	---
MOR03553	BIOLOGIA CELULAR E DOS TECIDOS	105	4	---
MSO02404	ECO-SISTEMA	60	3	---
MOR03554	EMBRIOLOGIA	60	3	---
<i>Totais do período</i>		420	17	

2º Período				
Código	Disciplina	CHS	Cr	Requisitos
MOR02350	ANATOMIA HUMANA II	120	4	MOR02349
FSI02437	BIOQUIMICA E BIOFISICA B	165	6	MOR03553
MOR03555	HISTOLOGIA B	120	5	MOR02349, MOR03553, MOR03554
C000-10440	SISTEMA DE SAÚDE	60	3	MSO02404
<i>Totais do período</i>		465	18	

3º Período				
Código	Disciplina	CHS	Cr	Requisitos
C000-10443	EPIDEMIOLOGIA I	75	3	C000-10440
FSI02410	FISIOLOGIA B	180	7	FSI02437, MOR02350, MOR03555
BIO02436	GENETICA HUMANA	90	3	MOR03553
PAT02617	IMUNOLOGIA	75	4	FSI02437, MOR03554, MOR03555



Universidade Federal do Espírito Santo
Projeto Pedagógico de Curso
Medicina - ano 2007

Código	Disciplina	CHS	Cr	Requisitos
PAT02409	PATOLOGIA GERAL B	120	5	FSI02437, MOR03555
<i>Totais do período</i>		540	22	

4º Período				
Código	Disciplina	CHS	Cr	Requisitos
C000-10445	EPIDEMIOLOGIA II	120	5	C000-10443
FSI02413	FARMACOLOGIA I	120	5	FSI02410
PAT02411	MICROBIOLOGIA B	135	5	PAT02409, PAT02617
PAT02412	PARASITOLOGIA	105	5	PAT02409, PAT02617
<i>Totais do período</i>		480	20	

5º Período				
Código	Disciplina	CHS	Cr	Requisitos
PAT02418	ANATOMIA E FISIOL PATOLOGICAS	225	10	PAT02411, PAT02412
C000-10458	RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE	60	3	C000-10445
C000-10446	SEMILOGIA GERAL E SEMIOLOGIA RADIOLÓGICA	255	10	C000-10445, PAT02411, PAT02412
<i>Totais do período</i>		540	23	

6º Período				
Código	Disciplina	CHS	Cr	Requisitos
CIR02424	CLÍNICA CIRURGICA I	120	5	C000-10446, C000-10458, PAT02418
C000-10447	CLÍNICA MÉDICA I	240	9	C000-10446, PAT02418
FSI02414	FARMACOLOGIA II	60	2	FSI02413
C000-10448	MEDICINA ESPECIALIZADA I	90	4	C000-10446, PAT02418
MSO02420	MED LEGAL/ETICA MED E PSIC FOR	90	4	PAT02418
<i>Totais do período</i>		600	24	



Universidade Federal do Espírito Santo
Projeto Pedagógico de Curso
Medicina - ano 2007

7º Período				
Código	Disciplina	CHS	Cr	Requisitos
CIR02425	CLÍNICA CIRURGICA II	120	5	CIR02424, FSI02414
C000-10449	CLÍNICA MÉDICA II	240	9	C000-10447
GIO02431	GINECOLOGIA E OBSTETRICIA I	120	5	PED02428
PED02428	PEDIATRIA I	120	5	C000-10446, FSI02414, PAT02418
<i>Totais do período</i>		600	24	

8º Período				
Código	Disciplina	CHS	Cr	Requisitos
CIR02426	CLÍNICA CIRURGICA III	120	5	CIR02424, CIR02425
C000-10450	CLÍNICA MÉDICA III	180	8	C000-10449
C000-10459	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA II	90	4	GIO02431
C0000-10476	MEDICINA ESPECIALIZADA II	90	4	C000-10446, PAT02418
PED02429	PEDIATRIA II	120	5	PED02428
<i>Totais do período</i>		600	26	

9º Período				
Código	Disciplina	CHS	Cr	Requisitos
C000-10044	ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO - MEDICINA DE URGÊNCIA	495	19	174 créditos
C000-10043	ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO - MEDICINA SOCIAL	495	19	174 créditos
<i>Totais do período</i>		990	38	

10º Período				
Código	Disciplina	CHS	Cr	Requisitos
C0000-11948	ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO - CLÍNICA CIRÚRGICA	495	19	C000-10043, C000-10044
C0000-11947	ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO - CLÍNICA MÉDICA	495	19	C000-10043, C000-10044
<i>Totais do período</i>		990	38	

MEDICINA EMESCAM

MEDICINA MATRIZ CURRICULAR MEDICINA 2017/1



Corpo Docente Hospital de Ensino Matriz Curricular Medicina 2009/1Matriz Curricular

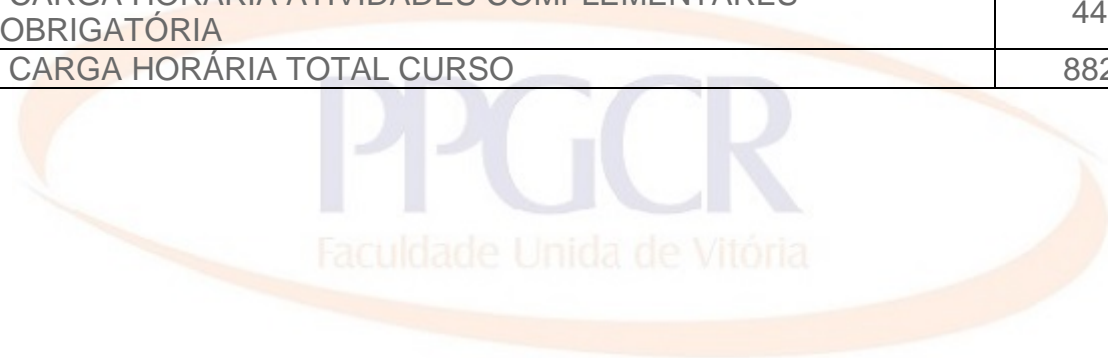
Medicina 2014/1Matriz Curricular Medicina 2015/2Matriz Curricular Medicina2017/1TCCs

Medicina Protocolo Médico Internato

1º PERÍODO	
MÓDULOS	CARGA HORÁRIA
BASES ESTRUTURAIS I	160
BASES FUNCIONAIS I	120
MEDICINA E COMUNIDADE I	80
MEDICINA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA	80
HABILIDADES MÉDICAS I	60
MÓDULO DE INTEGRAÇÃO I	60
CARGA HORÁRIA PERÍODO	560
2º PERÍODO	
MÓDULOS	CARGA HORÁRIA
BASES ESTRUTURAIS II	160
BASES FUNCIONAIS II	120
NEUROCIÊNCIAS I	60
MEDICINA E COMUNIDADE II	80
BIOESTATÍSTICA	40
BIOÉTICA	40
MÓDULO DE INTEGRAÇÃO II	60
CARGA HORÁRIA PERÍODO	560
3º PERÍODO	
MÓDULOS	CARGA HORÁRIA
BASES FARMACOLÓGICAS	60
PATOLOGIA GERAL	80
MEDICINA E COMUNIDADE III	40
EPIDEMIOLOGIA	60
SEMILOGIA I	120
MECANISMOS DE AGRESSÃO E DEFESA I	100
NEUROCIÊNCIAS II	60
MÓDULO DE INTEGRAÇÃO III	60
CARGA HORÁRIA PERÍODO	580

4º PERÍODO	
MÓDULOS	CARGA HORÁRIA
ANATOMIA PATOLÓGICA	100
FARMACOLOGIA CLÍNICA	80
MECANISMOS DE AGRESSÃO E DEFESA II	100
MEDICINA E COMUNIDADE IV	40
MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIA	60
PSICOLOGIA MÉDICA	40
SEMIOLOGIA II	80
MÓDULO DE INTEGRAÇÃO IV	60
CARGA HORÁRIA PERÍODO	560
5º PERÍODO	
MÓDULOS	CARGA HORÁRIA
SAÚDE DO ADULTO I	180
SAÚDE DO ADULTO II	160
GENÉTICA MÉDICA	60
HABILIDADES MÉDICAS II	80
MEDICINA E COMUNIDADE V	40
ELETIVA I	40
MÓDULO DE INTEGRAÇÃO V	60
CARGA HORÁRIA PERÍODO	620
6º PERÍODO	
MÓDULOS	CARGA HORÁRIA
SAÚDE DO ADULTO II	160
SAÚDE DO ADULTO IV	160
CLÍNICA CIRÚRGICA	160
ELETIVA II	40
MEDICINA E COMUNIDADE VI	40
MÓDULO DE INTEGRAÇÃO VI	60
CARGA HORÁRIA PERÍODO	620
7º PERÍODO	
MÓDULOS	CARGA HORÁRIA
SAÚDE DA MULHER	200
HABILIDADES MÉDICAS III	100
MEDICINA E COMUNIDADE VII	40
SEMIOLOGIA III	80
COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO	140
MÓDULO DE INTEGRAÇÃO VII	60
CARGA HORÁRIA PERÍODO	620
8º PERÍODO	
MÓDULOS	CARGA HORÁRIA
SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	160
SAÚDE DO IDOSO	100

MEDICINA LEGAL E PERÍCIAS MÉDICAS	80
ÉTICA MÉDICA	40
SAÚDE DO ADULTO V	60
MEDICINA E COMUNIDADE VIII	40
PROJETO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	34
MÓDULO DE INTEGRAÇÃO VIII	60
CARGA HORÁRIA PERÍODO	574
INTERNATO	
MÓDULOS	CARGA HORÁRIA
INTERNATO - CIRURGIA, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	920
INTERNATO - CLÍNICA MÉDICA	920
INTERNATO - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	920
INTERNATO - PEDIATRIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	920
APRESENTAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	06
CARGA HORÁRIA DO 1º AO 8º PERÍODO	4694
CARGA HORÁRIA INTERNATO	3686
CARGA HORÁRIA ATIVIDADES COMPLEMENTARES OBRIGATÓRIA	440
CARGA HORÁRIA TOTAL CURSO	8820



MEDICINA UVV

MATRIZ DO CURSO MEDICINA - 2015		
MATRIZ CURRICULAR CONFORME NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA - Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014		
Período Letivo	Componente Curricular	Carga Horária Total
1º	Introdução ao Curso de Medicina	41
	Bases Morfológicas	123
	Metabolismo Corporal	82
	Concepção e Formação do Ser Humano	123
	Interagindo com a Comunidade I	54
	Habilidades Clínicas e Atitudes Médicas I	81
	Módulo Estrutural - Ciência e Pesquisa	54
	Subtotal	558
2º	Funções Biológicas	205
	Agressão e Defesa	164
	Interagindo com a Comunidade II	54
	Habilidades Clínicas e Atitudes Médicas II	81
	Módulo Estrutural - Relações Étnico-Raciais, Medicina e Sociedade	54
	Subtotal	558
3º	Percepção, Consciência e Emoção	164
	Locomoção e Preensão	82
	Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento	123
	Interagindo com a Comunidade III	54
	Habilidades Clínicas e Atitudes Médicas III	81
	Módulo Estrutural - Patologia	54
	Subtotal	558
4º	Proliferação Celular	144
	Processo de Envelhecimento	143
	Doenças Resultantes de Agressão ao Ambiente	82
	Interagindo com a Comunidade IV	54
	Habilidades Clínicas e Atitudes Médicas IV	81
	Módulo Estrutural - Farmacologia	54
	Subtotal	558
5º	Transtornos Mentais e do Comportamento	114
	Formação do Médico	114
	Febre, Inflamação e Infecção	114
	Interagindo com a Comunidade V	81
	Habilidades Clínicas e Atitudes Médicas V	81
	Módulo Estrutural - Raciocínio Clínico I	54
Subtotal	558	
6º	Fadiga, Perda de Peso, Hemorragias e Anemias	114
	Dor e Cuidados Paliativos	114
	Dor Abdominal, Diarreia, Vômito e Ictericia	114
	Interagindo com a Comunidade VI	81
	Habilidades Clínicas e Atitudes Médicas VI	81
	Módulo Estrutural - Raciocínio Clínico II	54
Subtotal	558	
7º	Dispneia, Dor Torácica e Edema	152
	Manifestações Externas das Doenças e Iatrogenia	76
	Saúde da Mulher e Planejamento Familiar	114
	Interagindo com a Comunidade VII	81
	Habilidades Clínicas e Atitudes Médicas VII	81
	Módulo Estrutural - Práticas de Saúde Baseada em Evidências	54
Subtotal	558	
8º	Distúrbios Sensitivos, Motores e da Consciência	114
	Desordens Nutricionais e Metabólicas	114
	Emergências	114

	Interagindo com a Comunidade VIII	81
	Habilidades Clínicas e Atitudes Médicas VIII	81
	Módulo Optativo (Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS - e outros Módulos)	54
	Subtotal	558
	Subtotal até o 8o. Período	4464
	Estágio Curricular Obrigatório em Regime de Internato I - 9º e 10º Períodos	CH
9º e 10º	Clínica Médica	315
	Atenção Primária à Saúde	315
	Cirurgia	315
	Ginecologia/Obstetrícia	315
	Estágio Curricular Obrigatório em Regime de Internato II - 11º e 12º Períodos	CH
11º e 12º	Urgência e Emergência	315
	Saúde Mental e Saúde do Idoso	315
	Pediatria	315
	Eletivo	315
	Subtotal do Estágio Curricular Obrigatório em Regime de Internato	2520
	Atividades Complementares	216
	Carga horária total do Curso	7200

MÓDULOS OPTATIVOS	CH
Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS	30
Comunicação Médica	24
Medicina Baseada em Evidências	54
Seminário de Filosofia aplicada à Medicina	54

OBS: A opção pelo Módulo de LIBRAS implica a opção pelo Módulo de Comunicação Médica.

ENFERMAGEM- UFES

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória - 25/06/2018.

Matriz Curricular "2" Regime e duração do Curso

Quadro 1 – Matriz Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem

1º período

Código	Créditos	CIA	Conteúdos	Teoria	Exercício	Laboratório	Carga horária Parcial	Carga horária Total	Professor
DCS05785	6	Bases biológicas do cuidado I	Anatomia	60	0	60	120	120	
DCS05707	4	Saúde e sociedade	Psicologia, Filosofia, Sociologia e Antropologia da saúde	60	15	0	75	75	
DCS05708	4	Introdução ao contexto da enfermagem	História da enfermagem	30	0	0	30		
			Ética	15	15	0	30	90	
			Legislação e Deontologia	15	15	0	30		
DCS05706	2	Inserindo o aluno na Universidade e no curso de Enfermagem	Iniciação científica	15	15	15	45	60	
			Fundamentos do ensino superior	15	0	0	15		
							TOTAL PERÍODO	345	

2º período

Código	Créditos	CIA	Conteúdos	Teoria	Exercício	Laboratório	Carga horária Parcial	Carga horária Total	Professor
			Fisiologia	60	0	60	120		
DCS05869	11	Bases biológicas do cuidado II	Histologia	30	0	30	60	240	
			Biologia (cito/embrio/genética)	30	0	30	60		
DCS05871	4	Estudos de saúde	Bioestatística	15	15	0	30	75	
			Epidemiologia	30	15	0	45		
			Teorias e metodologias de enfermagem	30	15	0	45	75	
DCS05870	4	Entendendo as bases do processo de enfermagem	Metodologia da Assistência de enfermagem - SAE	15	15	0	30		
			Vivências interdisciplinares I	0	0	45	45	75	
DCS05873	3	Integração social I	Políticas de saúde	0	0	30	30		
							TOTAL PERÍODO	465	

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória - 25/06/2018.

3º período									
Código	Créditos	CIA	Conteúdos	Teoria	Exercício	Laboratório	Carga horária Parcial	Carga horária Total	Professor
DCS06010	11	Bases biológicas do cuidado III	Farmacologia Microbiologia Imunologia	75 30 45	0 0 0	0 30 0	75 60 45	240	
DCS06011	5	Cuidando do indivíduo, família e coletividade	Bioquímica Semiologia e Semiotécnica I Atenção primária à saúde Processo de trabalho e desenvolvimento gerencial em saúde e enfermagem I	30 30 30 15	0 0 0 0	30 30 0 0	60 60 30 15	105	
DCS06012	2	Integração social II	Vivências interdisciplinares II Saúde, educação e meio ambiente	0 0	0 0	45 30	45 30	75	
							TOTAL PERÍODO	420	

4º período									
Código	Créditos	CIA	Conteúdos	Teoria	Exercício	Laboratório	Carga horária Parcial	Carga horária Total	Professor
DCS06201	2	Interagindo com as pessoas	Bioética Processo de trabalho em saúde e enfermagem II Desenvolvimento gerencial em saúde II	15 15 0	0 0 15	0 0 0	15 15 15	45	
DCS06200	16	Ações de intervenção no processo saúde-doença	Parasitologia Patologia geral Atenção à saúde do adulto, idoso, homem e saúde mental I SAE - Atenção à saúde do adulto, idoso, homem e saúde mental I Semiologia e Semiotécnica II	45 30 45 0 75	0 0 0 0 0	15 15 0 0 0	60 45 45 15 75	315	
DCS06202	2	Integração social III	SAE - Semiologia e Semiotécnica II Vivências interdisciplinares III Atenção de enfermagem nas doenças transmissíveis	0 0 0	0 0 0	60 30 45	60 30 45	75	
							TOTAL PERÍODO	435	

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória - 25/06/2018.

5º período									
Código	Créditos	CIA	Conteúdos	Teoria	Exercício	Laboratório	Carga horária Parcial	Carga horária Total	Professor
DCS07302	16	Enfermagem nos agravos a saúde	Atenção à saúde do adulto, idoso, homem e saúde mental II	105	0	30	150	315	
DCS07368	2	Integração social IV	SAE - Atenção à saúde do adulto, idoso, homem e saúde mental II	90	45	45	180		
			Vivências interdisciplinares IV	0	0	45	45	75	
			Metodologia da pesquisa I	0	0	30	30		
							TOTAL PERÍODO	390	

6º período									
Código	Créditos	CIA	Conteúdos	Teoria	Exercício	Laboratório	Carga horária Parcial	Carga horária Total	Professor
DCS07408	16	Processo de cuidar de pacientes graves/críticos	Atenção à saúde do adulto, idoso, homem e saúde mental III	75	15	0	90	180	
DCS07409	7	Processo de Trabalho e Desenvolvimento Gerencial para Atenção básica	SAE - Atenção à saúde do adulto, idoso, homem e saúde mental III	30	15	45	90		
			Processo de Trabalho e Desenvolvimento Gerencial para Atenção básica I	90	30	0	120	120	
DCS07431	3	Saúde do idoso	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do idoso	15	0	30	45	60	
			Doenças do envelhecimento	15	0	0	15		
DCS07369	2	Integração social V	Vivências interdisciplinares V	0	0	45	45	75	
			Metodologia da pesquisa II	0	0	30	30		
							TOTAL PERÍODO	435	

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória - 25/06/2018.

7º período

Código	Créditos	CIA	Conteúdos	Teoria	Exercício	Laboratório	Carga horária Parcial	Carga horária Total	Professor
DCS07288	9	Saúde da Mulher	Atenção à saúde da mulher SAE - Atenção à saúde da mulher	75 15	15 15	60 0	150 30	180	
DCS07429	4	Saúde da criança	Atenção à saúde da criança SAE - Atenção à saúde da criança	30 15	0 15	45 0	75 30	105	
DCS07430	3	Saúde do adolescente	Atenção à saúde do adolescente SAE - Atenção à saúde do adolescente	30 0	0 0	15 15	45 15	60	
DCS07370	2	Integração social VI	Vivências interdisciplinares VI Processo de trabalho e Desenvolvimento Gerencial em Saúde e Enfermagem II Trabalho de conclusão de curso I	0 0 0	0 0 0	45 15 15	45 15 15	75	
TOTAL PERÍODO							420		

8º período

Código	Créditos	CIA	Conteúdos	Teoria	Exercício	Laboratório	Carga horária Parcial	Carga horária Total	Professor
DCS07308	8	Estágio curricular Supervisionado I	Atenção integral à saúde da família e do indivíduo, em todas as fases do desenvolvimento humano I	0	0	330	330	330	
DCS07351	2	Gerenciamento do cuidado	Desenvolvimento gerencial da enfermagem Trabalho de conclusão de curso II	30 0	0 15	0 0	30 15	45	
TOTAL PERÍODO							375		

9º período

Código	Créditos	CIA	Conteúdos	Teoria	Exercício	Laboratório	Carga horária Parcial	Carga horária Total	Professor
DCS07309	8	Estágio Curricular Supervisionado II	Atenção integral à saúde da família e do indivíduo, em todas as fases do desenvolvimento humano II	0	0	330	330	330	
DCS07364	2	Inserção profissional	Competências da enfermagem adquiridas durante a formação.	0	0	30	30	30	
DCS07390	1	Monografia	Trabalho de conclusão de curso III	30	0	0	30	30	
							TOTAL PERÍODO	390	

ENFERMAGEM- FACULDADE NOVO MILÊNIO

CURSO: ENFERMAGEM

ANO: 2018 TURNO: NOTURNO

REGIME: SEMESTRAL

CARGA HORÁRIA: 4.000 HORAS

NÚMERO DE SEMESTRES/ANO: 08 SEMESTRES

ANO/PERÍODO	COMPONENTES CURRICULARES	CARÁTER	CARGA HORÁRIA
1º P	Anatomia I	Obrigatória	90
1º P	Biologia Celular e Molecular	Obrigatória	90
1º P	Informática	Obrigatória	30
1º P	Saúde, Sociedade e Meio Ambiente	Obrigatória	60
1º P	História da Enfermagem	Obrigatória	30
1º P	Estudos Sociológicos, Antropológicos e de Direitos Humanos	Obrigatória	60
1º P	Metodologia da Pesquisa Científica - EaD	Obrigatória	60
1º P	Projeto Integrador I	Obrigatória	40
1º P	Atividades Complementares I	Obrigatória	20
	TOTAL		450
2º P	Anatomia II	Obrigatória	60
2º P	Fisiologia	Obrigatória	90
2º P	Bioquímica e Biofísica	Obrigatória	60
2º P	Histologia e Embriologia	Obrigatória	60
2º P	Genética	Obrigatória	60
2º P	Ética e Legislação - EaD	Obrigatória	30
2º P	Projeto Integrador II	Obrigatória	40
2º P	Atividades Complementares II	Obrigatória	20
	TOTAL		420
3º P	Imunologia	Obrigatória	30
3º P	Semiologia em Enfermagem	Obrigatória	60
3º P	Semiotécnica em Enfermagem	Obrigatória	120
3º P	Microbiologia	Obrigatória	60
3º P	Parasitologia	Obrigatória	60
3º P	Enfermagem na Saúde da Família	Obrigatória	60
3º P	Patologia	Obrigatória	60
3º P	Projeto Integrador III	Obrigatória	40
3º P	Atividades Complementares III	Obrigatória	20
	TOTAL		510
4º P	Procedimentos de Enfermagem	Obrigatória	180
4º P	Farmacologia Humana	Obrigatória	90
4º P	Epidemiologia Geral	Obrigatória	90
4º P	Sistematização da Assistência de Enfermagem	Obrigatória	60
4º P	Política Social: Assistência, Saúde e Previdência Social	Obrigatória	30
4º P	Projeto Integrador IV	Obrigatória	40
4º P	Atividades Complementares IV	Obrigatória	20
	TOTAL		510
5º P	Assistência à Saúde do Adulto	Obrigatória	240
5º P	Assistência à Saúde do Idoso	Obrigatória	60
5º P	Enfermagem em Saúde Mental	Obrigatória	90
5º P	Assistência ao Home Care	Obrigatória	60
5º P	Projeto Integrador V	Obrigatória	40
5º P	Atividades Complementares V	Obrigatória	20
	TOTAL		510
6º P	Assistência à Saúde da Mulher	Obrigatória	120
6º P	Assistência à Saúde da Criança e do Adolescente	Obrigatória	120
6º P	Gestão em Enfermagem	Obrigatória	90
6º P	Bioestatística	Obrigatória	60
6º P	Psicologia Aplicada ao Cuidar em Enfermagem	Obrigatória	30
6º P	Trabalho de Conclusão de Curso I - TCC	Obrigatória	120
6º P	Atividades Complementares VI	Obrigatória	20
	TOTAL		560

7º P	Estágio Curricular Obrigatório em Enfermagem I	Obrigatória	320
7º P	Trabalho de Conclusão de Curso II - TCC	Obrigatória	140
7º P	LIBRAS-Linguagem Brasileira de Sinais	Obrigatória	60
7º P	Atividades Complementares VII	Obrigatória	20
	TOTAL		620
8º P	Estágio Curricular Obrigatório em Enfermagem II	Obrigatória	320
8º P	Atividades Complementares VIII	Obrigatória	20
	TOTAL		340
CARGA HORÁRIA TOTAL			4000 horas

Observações:

- 1) As atividades práticas poderão ser realizadas no período matutino, vespertino ou noturno.
- 2) Matriz Curricular em atendimento ao § 2º do Art. 3º do Decreto 5.626 de 22/12/2005, publicado no D.O.U. em 23/12/2005.



ANEXO II

ENTREVISTA COM ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória - 25/06/2018.



ENTREVISTA 1

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

ENTREVISTADA A: ESTUDANTE DE ENFERMAGEM

1- Você tem alguma religião?

 Sim Não

2- Se sim, qual religião?

 Cristão Católico Cristão Evangélico/ Protestante Espírita – Kardecista Religião de Matriz Africana

3- Qual a sua opinião sobre a morte?

 O fim de tudo, sem chance de ocorrer mais nada além dela Passagem para um novo mundo, uma nova vida Nunca pensei sobre isso

4- Existe algum fator em relação à morte que lhe causa mais angústia? Justifique:

Acredito que ainda não tenho muito a contribuir com a pergunta pois ainda não tenho muita experiência.

5- O que se aprende em relação à morte na sua formação acadêmica?

Qualquer estudante fica preocupado, pelo fato de passar pela nossa cabeça que a morte é uma falha e nem sempre é. Mesmo assim me sinto de certa forma responsável por isso.

6- Houve alguma modificação pessoal na representação da morte com sua formação acadêmica?

 Sim Não

Caso queira, justifique sua resposta:

7- O hospital oferece algum apoio profissional para a equipe hospitalar?

 Sim, o que temos é suficiente Sim, mas não é suficiente Não oferece nenhum apoio

8- O que lhe dá mais suporte para lidar com a perda do paciente?

 Formação Acadêmica Religiosidade/ Espiritualidade

9- Como lidam ou esperam lidar com a morte dos pacientes?

Acho extremamente difícil ver alguém morrer. Não me sinto preparada para lidar com isso. Quando tive a oportunidade de me deparar diretamente com ela, foi péssimo. Me questionei se era essa a profissão que eu queria realmente.

ENTREVISTA 2

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

ENTREVISTADA B: ESTUDANTE DE ENFERMAGEM

1- Você tem alguma religião?

 Sim Não

2- Se sim, qual religião?

 Cristão Católico Cristão Evangélico/ Protestante Espírita – Kardecista Religião de Matriz Africana

3- Qual a sua opinião sobre a morte?

 O fim de tudo, sem chance de ocorrer mais nada além dela Passagem para um novo mundo, uma nova vida Nunca pensei sobre isso

4- Existe algum fator em relação à morte que lhe causa mais angústia? Justifique:

Prefiro não responder

5- O que se aprende em relação à morte na sua formação acadêmica?

Durante o estágio eu perdi uma paciente. Acompanhei a família desde a admissão da mesma até seu falecimento. Mesmo alertando a todos o que poderia acontecer, não me senti preparada para aquela perda. Priorizei o acompanhamento à família e depois desabei. Esqueci de me preparar.

6- Houve alguma modificação pessoal na representação da morte com sua formação acadêmica?

 Sim Não

Caso queira, justifique sua resposta:

7- O hospital oferece algum apoio profissional para a equipe hospitalar?

 Sim, o que temos é suficiente Sim, mas não é suficiente Não oferece nenhum apoio

8- O que lhe dá mais suporte para lidar com a perda do paciente?

 Formação Acadêmica Religiosidade/ Espiritualidade

9- Como lidam ou esperam lidar com a morte dos pacientes?

Nem sempre temos condições de evitar a morte e muitas vezes os médicos e nós não sabemos como lidar com essa perda. Acredito que deveria ter alguém preparado só para dar más notícias à família. Ficamos tão estarecidos que não sabemos como falar.

ENTREVISTA 3

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

ENTREVISTADO C: ESTUDANTE DE ENFERMAGEM

1- Você tem alguma religião?

 Sim Não

2- Se sim, qual religião?

 Cristão Católico Cristão Evangélico/ Protestante Espírita – Kardecista Religião de Matriz Africana

3- Qual a sua opinião sobre a morte?

 O fim de tudo, sem chance de ocorrer mais nada além dela Passagem para um novo mundo, uma nova vida Nunca pensei sobre isso

4- Existe algum fator em relação à morte que lhe causa mais angústia? Justifique:

Como não me formei ainda, não tenho muita experiência no assunto

5- O que se aprende em relação à morte na sua formação acadêmica?

Como não me formei ainda, não tenho muita experiência no assunto

6- Houve alguma modificação pessoal na representação da morte com sua formação acadêmica?

 Sim Não

Caso queira, justifique sua resposta:

7- O hospital oferece algum apoio profissional para a equipe hospitalar?

 Sim, o que temos é suficiente Sim, mas não é suficiente Não oferece nenhum apoio

8- O que lhe dá mais suporte para lidar com a perda do paciente?

 Formação Acadêmica Religiosidade/ Espiritualidade

9- Como lidam ou esperam lidar com a morte dos pacientes?

Ouçoo muitas frases como: “Já morreu gente! Sai daí que tem mais gente precisando ser atendido, esse já era!” Isso me deixa chocada até hoje, pois vejo uma falta de sensibilidade em algumas pessoas. As vezes falam isso perto dos familiares e isso me deixa envergonhado.

ENTREVISTA 4

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

ENTREVISTADA D: ESTUDANTE DE MEDICINA

1- Você tem alguma religião?

 Sim Não

2- Se sim, qual religião?

 Cristão Católico Cristão Evangélico/ Protestante Espírita – Kardecista Religião de Matriz Africana

3- Qual a sua opinião sobre a morte?

 O fim de tudo, sem chance de ocorrer mais nada além dela Passagem para um novo mundo, uma nova vida Nunca pensei sobre isso

4- Existe algum fator em relação à morte que lhe causa mais angústia? Justifique:

Não quero responder

5- O que se aprende em relação à morte na sua formação acadêmica?

Não respondeu

6- Houve alguma modificação pessoal na representação da morte com sua formação acadêmica?

 Sim Não

Caso queira, justifique sua resposta:

7- O hospital oferece algum apoio profissional para a equipe hospitalar?

 Sim, o que temos é suficiente Sim, mas não é suficiente Não oferece nenhum apoio

8- O que lhe dá mais suporte para lidar com a perda do paciente?

 Formação Acadêmica Religiosidade/ Espiritualidade

9- Como lidam ou esperam lidar com a morte dos pacientes?

Nos sentimos impotentes, numa luta árdua entre a vida e a morte. A morte é horrível. Se pudéssemos pular essa parte da Medicina seria melhor. A morte costuma trazer cargas emotivas e pesadas e o médico para se proteger muitas vezes se afasta do doente que está morrendo. É difícil você manter um estado de equilíbrio ideal e tomar decisões acertadas. Quando nos formamos somos deslumbrados. E quando nos deparamos com a inexorabilidade da morte de nossos pacientes percebemos que não somos assim tão poderosos e o deslumbramento se degenera.

ENTREVISTA 5

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

ENTREVISTADA E: ESTUDANTE DE MEDICINA

1- Você tem alguma religião?

 Sim Não

2- Se sim, qual religião?

- Cristão Católico
 Cristão Evangélico/ Protestante
 Espírita – Kardecista
 Religião de Matriz Africana

3- Qual a sua opinião sobre a morte?

- O fim de tudo, sem chance de ocorrer mais nada além dela
 Passagem para um novo mundo, uma nova vida
 Nunca pensei sobre isso

4- Existe algum fator em relação à morte que lhe causa mais angústia? Justifique:

Ainda não possuo condições de responder

5- O que se aprende em relação à morte na sua formação acadêmica?

Ainda não possuo condições de responder

6- Houve alguma modificação pessoal na representação da morte com sua formação acadêmica?

 Sim Não

Caso queira, justifique sua resposta:

7- O hospital oferece algum apoio profissional para a equipe hospitalar?

- Sim, o que temos é suficiente
 Sim, mas não é suficiente
 Não oferece nenhum apoio

8- O que lhe dá mais suporte para lidar com a perda do paciente?

- Formação Acadêmica
 Religiosidade/ Espiritualidade

9- Como lidam ou esperam lidar com a morte dos pacientes?

Eu não tenho problemas em lidar com a morte, pois entendo que faz parte da vida. Tenho uma visão extremamente profissional e vejo tanto quem está morrendo quanto quem está nascendo da mesma maneira: vida se cumprindo.

ENTREVISTA 6

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

ENTREVISTADO F: ESTUDANTE DE MEDICINA

1- Você tem alguma religião?

 Sim Não

2- Se sim, qual religião?

 Cristão Católico Cristão Evangélico/ Protestante Espírita – Kardecista Religião de Matriz Africana

3- Qual a sua opinião sobre a morte?

 O fim de tudo, sem chance de ocorrer mais nada além dela Passagem para um novo mundo, uma nova vida Nunca pensei sobre isso

4- Existe algum fator em relação à morte que lhe causa mais angústia? Justifique:

Como não terminei a residência, não tive muito contato com o tema

5- O que se aprende em relação à morte na sua formação acadêmica?

Como não terminei a residência, não tive muito contato com o tema

6- Houve alguma modificação pessoal na representação da morte com sua formação acadêmica?

 Sim Não

Caso queira, justifique sua resposta:

7- O hospital oferece algum apoio profissional para a equipe hospitalar?

 Sim, o que temos é suficiente Sim, mas não é suficiente Não oferece nenhum apoio

8- O que lhe dá mais suporte para lidar com a perda do paciente?

 Formação Acadêmica Religiosidade/ Espiritualidade

9- Como lidam ou esperam lidar com a morte dos pacientes?

Apesar de encarar bem a morte, creio que é algo natural do ser humano mas mesmo assim as vezes dói. Até porque na minha religião nós tratamos bem o assunto. Minha função aqui é não deixar que o paciente sofra, mesmo que eu sofra com sua perda. E por tratar bem do assunto onde me reúno, fica mais tranquilo conviver com isso.

ENTREVISTA 7

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

ENTREVISTADO G: ENFERMEIRO FORMADO

1- Você tem alguma religião?

 Sim Não

2- Se sim, qual religião?

 Cristão Católico Cristão Evangélico/ Protestante Espírita – Kardecista Religião de Matriz Africana

3- Qual a sua opinião sobre a morte?

 O fim de tudo, sem chance de ocorrer mais nada além dela Passagem para um novo mundo, uma nova vida Nunca pensei sobre isso

4- Existe algum fator em relação à morte que lhe causa mais angústia? Justifique:

Por ser um hospital pediátrico, é comum ficarmos com essa inversão de valores na cabeça. É como se o ciclo da vida andasse de cabeça pra baixo. No nosso pensar, as crianças vão ficando e os adultos vão embora, e presenciar o inverso é muito triste.

5- O que se aprende em relação à morte na sua formação acadêmica?

Já perdi paciente que até chorei. Mesmo tentando não pessoalizar o relacionamento, sempre será difícil. E nem adianta pensar que isso muda com o passar do tempo, porque pra mim não mudou.

6- Houve alguma modificação pessoal na representação da morte com sua formação acadêmica?

 Sim Não

Caso queira, justifique sua resposta:

7- O hospital oferece algum apoio profissional para a equipe hospitalar?

 Sim, o que temos é suficiente Sim, mas não é suficiente Não oferece nenhum apoio

8- O que lhe dá mais suporte para lidar com a perda do paciente?

 Formação Acadêmica Religiosidade/ Espiritualidade

9- Como lidam ou esperam lidar com a morte dos pacientes?

Desde que comecei a trabalhar na área, me tornei uma pessoa mais espiritualizada, pois preciso ser assim para conviver também com minha família. Com fé as coisas ficam mais fáceis de serem encaradas.

ENTREVISTA 8

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

ENTREVISTADO H: ENFERMEIRO FORMADO

1- Você tem alguma religião?

 Sim Não

2- Se sim, qual religião?

- Cristão Católico
 Cristão Evangélico/ Protestante
 Espírita – Kardecista
 Religião de Matriz Africana

3- Qual a sua opinião sobre a morte?

- O fim de tudo, sem chance de ocorrer mais nada além dela
 Passagem para um novo mundo, uma nova vida
 Nunca pensei sobre isso

4- Existe algum fator em relação à morte que lhe causa mais angústia? Justifique:

A morte é sempre ruim, mas nos adultos e nos idosos isso já é mais esperado, pois encaramos que a hora deles chegou, que a vida é assim mesmo. Quando é a criança que morre é muito pior, a gente nunca quer que vá, e isso fica mais doloroso do que já é.

5- O que se aprende em relação à morte na sua formação acadêmica?

Na maioria das vezes eu tento ser imparcial e não deixo transparecer reação ou pesar diante da família. Mas só eu sei o que passa por dentro de mim. Já me culpei muito por ser tão fria.

6- Houve alguma modificação pessoal na representação da morte com sua formação acadêmica?

 Sim Não

Caso queira, justifique sua resposta:

7- O hospital oferece algum apoio profissional para a equipe hospitalar?

- Sim, o que temos é suficiente
 Sim, mas não é suficiente
 Não oferece nenhum apoio

8- O que lhe dá mais suporte para lidar com a perda do paciente?

- Formação Acadêmica
 Religiosidade/ Espiritualidade

9- Como lidam ou esperam lidar com a morte dos pacientes?

Acredito que quando alguém morre é porque já cumpriu sua missão na Terra e por isso não tenho ressentimentos. Se eu carregar o peso da perda de todas as pessoas que morrem na minha frente, não teria forças para levantar no dia seguinte. É assim que me sinto.

ENTREVISTA 9

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

ENTREVISTADO I: MÉDICO FORMADO

1- Você tem alguma religião?

 Sim Não

2- Se sim, qual religião?

- Cristão Católico
 Cristão Evangélico/ Protestante
 Espírita – Kardecista
 Religião de Matriz Africana

3- Qual a sua opinião sobre a morte?

- O fim de tudo, sem chance de ocorrer mais nada além dela
 Passagem para um novo mundo, uma nova vida
 Nunca pensei sobre isso

4- Existe algum fator em relação à morte que lhe causa mais angústia? Justifique:

Tudo que se relaciona ao tema causa angústia

5- O que se aprende em relação à morte na sua formação acadêmica?

A formação médica precisa ser revista. É necessário um espaço maior para tratar de assuntos tão difíceis quanto a morte. Acredito que a morte para ser mais fácil de ser encarada ela é banalizada, inclusive na formação

6- Houve alguma modificação pessoal na representação da morte com sua formação acadêmica?

 Sim Não

Caso queira, justifique sua resposta:

7- O hospital oferece algum apoio profissional para a equipe hospitalar?

- Sim, o que temos é suficiente
 Sim, mas não é suficiente
 Não oferece nenhum apoio

8- O que lhe dá mais suporte para lidar com a perda do paciente?

- Formação Acadêmica
 Religiosidade/ Espiritualidade

9- Como lidam ou esperam lidar com a morte dos pacientes?

Quando somos estudantes e nos defrontamos com situações médicas mais graves nas enfermarias, com gente morrendo, é natural que nos assustemos. Com o tempo adquirimos maturidade profissional e aprendemos a abstrair os sentimentos e lidar com a morte na Medicina e ela vira profissional de forma bastante sofrida.

ENTREVISTA 10

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

ENTREVISTADO J: MÉDICO FORMADO

1- Você tem alguma religião?

 Sim Não

2- Se sim, qual religião?

 Cristão Católico Cristão Evangélico/ Protestante Espírita – Kardecista Religião de Matriz Africana

3- Qual a sua opinião sobre a morte?

 O fim de tudo, sem chance de ocorrer mais nada além dela Passagem para um novo mundo, uma nova vida Nunca pensei sobre isso

4- Existe algum fator em relação à morte que lhe causa mais angústia? Justifique:

Nós pensamos que as crianças nunca deveriam morrer. Quando uma delas morre, é como se o ciclo biológico tivesse se rompido. Fica um vazio no que diz respeito a planos futuros e projetos de vida. Isso nos traz sentimentos de incapacidade e dor.

5- O que se aprende em relação à morte na sua formação acadêmica?

Quase não se fala em morte na formação

6- Houve alguma modificação pessoal na representação da morte com sua formação acadêmica?

 Sim Não

Caso queira, justifique sua resposta:

7- O hospital oferece algum apoio profissional para a equipe hospitalar?

 Sim, o que temos é suficiente Sim, mas não é suficiente Não oferece nenhum apoio

8- O que lhe dá mais suporte para lidar com a perda do paciente?

 Formação Acadêmica Religiosidade/ Espiritualidade

9- Como lidam ou esperam lidar com a morte dos pacientes?

Lidar com o sofrimento humano é sempre angustiante, frustrante, estressante e extremamente doloroso. É sempre um grande incômodo informar o paciente que ele tem uma doença grave e que vai evoluir para a morte. É difícil você se despedir de uma pessoa que se apega. As vezes aquele paciente que está internado e que construímos um carinho mútuo e começamos a considera-lo como um ente querido, cada vez que a doença começa a manifestar, lidar com a dor e o sofrimento é desesperador.

ENTREVISTA 11

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

ENTREVISTADO K: MÉDICO FORMADO

1- Você tem alguma religião?

 Sim Não

2- Se sim, qual religião?

 Cristão Católico Cristão Evangélico/ Protestante Espírita – Kardecista Religião de Matriz Africana

3- Qual a sua opinião sobre a morte?

 O fim de tudo, sem chance de ocorrer mais nada além dela Passagem para um novo mundo, uma nova vida Nunca pensei sobre isso

4- Existe algum fator em relação à morte que lhe causa mais angústia? Justifique:

Não respondeu

5- O que se aprende em relação à morte na sua formação acadêmica?

Nada

6- Houve alguma modificação pessoal na representação da morte com sua formação acadêmica?

 Sim Não

Caso queira, justifique sua resposta:

7- O hospital oferece algum apoio profissional para a equipe hospitalar?

 Sim, o que temos é suficiente Sim, mas não é suficiente Não oferece nenhum apoio

8- O que lhe dá mais suporte para lidar com a perda do paciente?

 Formação Acadêmica Religiosidade/ Espiritualidade

9- Como lidam ou esperam lidar com a morte dos pacientes?

É difícil manter a maturidade emocional para lidar com pacientes em determinadas situações e não suportamos presenciar o sofrimento desses pacientes. Por isso muitas vezes ficamos perdidos sem saber como lidar principalmente com os pacientes mais graves. Diante de cada paciente em fase terminal nós travamos uma luta solitária. Com a constatação da morte pode ser difícil superar, causando impactos profundos. Muitos sentem dificuldades em aceitar a morte e seguir a Medicina e somatizam esses sofrimentos dos doentes e ficam desequilibrados. Tem ataques de choro, saem sem volta, outros tentam enfrentar. Mas não é a morte em si que causa maior sofrimento, mas o processo de morrer. Lidar com o sofrimento humano é horrível.

ANEXO III- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Morte, Religião e Bioética na formação dos profissionais da saúde

Pesquisadora Responsável: Renata Rodrigues Ferrari

Instituição: Faculdade Unida de Vitória

Prezado(a),

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas desta entrevista de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Dessa forma, a pesquisadora deverá esclarecer todas as suas dúvidas. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Procedimentos: Sua participação consistirá em responder às perguntas da entrevista que abordarão o seu conhecimento e interesse sobre a morte. A partir daí serão coletados todos os dados e tabulados na dissertação.

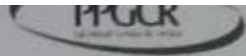

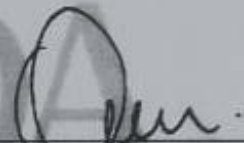
Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pela pesquisadora responsável. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados dessa pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar das etapas da pesquisa, assinando este consentimento.

Vitória, ES, ____ de _____ de 2018.

Renata Rodrigues Ferrari Sujeito da Pesquisa

ANEXO IV- CARTA DE APRESENTAÇÃO

	<p>Faculdade Unida de Vitória Recredenciamento Portaria MEC nº 918 de 17/08/2016 DOU de 18/08/2016</p>	 Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões
<p>Vitória/ES, 07 de dezembro de 2017.</p>		
<p>O Coordenador do curso de Mestrado Profissional em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória, no uso de suas atribuições regimentais, vem por meio desta apresentar o(a) aluno(a) Renata Rodrigues Ferrari portador(a) do CPF 019.948.127-02, e regularmente matriculado(a) nesta Instituição de Ensino Superior, sob o número de matrícula 3021386, no curso de Mestrado Profissional em Ciências das Religiões.</p> <p>O(a) aluno(a) é orientando(a) do(a) Professor(a) Dr(a). Claudete Beise Ulrich e sua pesquisa tem como tema: "Tema: Morte, Religião, Bioética na formação dos profissionais da saúde". O trabalho se presta a fins acadêmicos.</p>		
		 Osvaldo Luiz Ribeiro Coordenador do curso de Mestrado Profissional em Ciências das Religiões
<p>Rua Engenheiro Fábio Ruschi, 161, Bento Ferreira, Vitória/ES – CEP 29.050-60 (27) 3325-2071 / 0800 770 2071 / www.faculdadeunida.com.br CEE – Centro de Estudos Especializados CNPJ.: 03.962.607/0001-40</p>		