



**BAHIANA**  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**CURSO DE MEDICINA**

**CAROLYNE SAMPAIO SANTIAGO GALINDO GALVÃO DE MOURA**

**O SIGNIFICADO PARA OS INTERNOS DE MEDICINA ACERCA DA  
ESPIRITUALIDADE E DO PROCESSO DO MORRER**

**SALVADOR**

**2022**

**CAROLYNE SAMPAIO S G G DE MOURA**

**O SIGNIFICADO PARA OS INTERNOS DE MEDICINA ACERCA DA  
ESPIRITUALIDADE E DO PROCESSO DO MORRER**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Medicina da Escola Bahiana de Medicina e  
Saúde Pública como requisito parcial para  
aprovação no 4º ano de Medicina

Orientadora: Yasmin Cunha de Oliveira

**SALVADOR**

**2022**

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço a Deus, universo ou energia superior por me guiar nessa trajetória e acalantar meu coração nos momentos mais difíceis e tortuosos que enfrentei, dando-me forças e coragem para seguir me dedicando com amorosidade e resiliência.

À minha família, agradeço cada escuta, colo e cuidado. Com vocês e por vocês tudo ganhou cor e sentido. Não chegaria aqui se não acreditassem com tanto amor e fé em meus passos e me fizessem acreditar quando meus olhos cansados não conseguiam enxergar o horizonte. Mãe, vó e vô, vocês são meus óculos, meu melhor abrigo e minha maior força. À minha família Sampaio Santiago, todo meu amor e minha gratidão infinita por sempre serem tudo o que precisei.

À minha bisavô Maria pelo cuidado e oração mesmo pertencendo a outro plano espiritual. Sinto-me guiada e protegida pela senhora e te dedico, com todo meu amor, cada conquista.

Aos meus amigos, família escolhida, agradeço o acolhimento diário, o estímulo, os conselhos, os abraços, os cafés, as risadas, os momentos inesquecíveis que transformaram cada pedacinho desse tempo para sempre guardado na memória. Nada seria possível sem vocês e vocês sabem.

À minha professora de metodologia Profa. Thaís Calasans pelo suporte no desenvolvimento metodológico e estrutural do meu trabalho e por me dar apoio e estímulo quando optei por essa temática. Agradeço do fundo do meu coração pelo suporte, pró Thaís.

À minha orientadora Profa. Yasmin Cunha de Oliveira, minha mais sincera e carinhosa gratidão, não só por me acolher em um dos momentos mais difíceis da graduação, mas por acreditar e abraçar essa temática que eu amo tanto com tanto cuidado e amor. Seus conselhos, sua presença e toque em cada processo fizeram tudo, do início ao fim, valerem a pena.

“Eu tive uma namorada que via errado. O que ela via não era uma garça na beira do rio. O que ela via era um rio na beira de uma garça. Ela despraticava as normas. Dizia que seu avesso era mais visível do que um poste. Com ela as coisas tinham que mudar de comportamento. Aliás, a moça me contou uma vez que tinha encontros diários com suas contradições. Acho que essa frequência nos desencontros ajudava o seu ver oblíquo. Falou por acréscimo que ela não contemplava as paisagens. Que as paisagens que a contemplavam. Chegou de ir no oculista. Não era um defeito físico falou o diagnóstico. Induziu que poderia ser uma disfunção da alma. Mas ela falou que a ciência não tem lógica. Porque viver não tem lógica – como diria nossa Lispector.”

Manoel de Barros

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O enfrentamento da morte é uma realidade que pode estar presente na rotina dos estudantes que estão indo para os hospitais, principalmente os internos. Tem sido descrito na literatura que o lidar com a morte convoca os estudantes a refletir sobre a vida e sobre a espiritualidade. **OBJETIVO:** Analisar o significado da espiritualidade e do processo de morte para os internos de medicina, identificando o que é espiritualidade e morte para esses estudantes e se esses se sentem preparados ao longo do curso para lidar com o processo espiritual de pacientes em fim de vida. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com 7 estudantes do 9º ao 12º semestre do curso de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, através da aplicação de uma entrevista semiestruturada realizada na plataforma Zoom.US. A análise dos dados foi realizada pela técnica de conteúdo de Bardin. **RESULTADOS:** Emergiram 5 categorias temáticas, no que se refere à Espiritualidade, (Espiritualidade, Espiritualidade x Saber Científico, Espiritualidade como Apoio, Preparo na Graduação, Papel do Médico na Espiritualidade) e quanto à Morte, 4 categorias (Mobilização Emocional do Profissional perante a Morte, Morte de Familiares, Morte Pessoal, Preparo na Graduação). A temática da religiosidade foi considerada mais importante quando se referia a pacientes em fim de vida. Ainda assim, quase metade das estudantes não se sentiam preparadas para lidar com questões espirituais em fim de vida. Além disso, a mobilização emocional em relação ao morrer foi presente nos relatos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esse cenário demonstra que ainda se faz necessário capacitações e formações específicas para lidar com essa temática em sua prática profissional, para que possam enxergar as demandas de seus pacientes quando essa dimensão for o manto solicitado para acolher os sentimentos de finitude que o morrer convoca.

**PALAVRAS-CHAVE:** Espiritualidade. Morte. Estudantes de Medicina. Educação Médica

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Facing death is a reality that can be present in the routine of students who are going to hospitals, especially interns. It has been described in the literature that dealing with death incites students to reflect on life and spirituality. **OBJECTIVE:** To analyze the meaning of spirituality and death for medical interns, establishing what spirituality and death are for these students and if, throughout the course, they feel prepared to deal with the spiritual process of terminal patients. **METHOD:** This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, carried out with 7 medical students, between the 9th and 12th semesters, from Bahiana School of Medicine and Public Health, accomplished through the application of a semi-structured interview executed on the Zoom.US platform. Data analysis was performed using Bardin's content technique. **RESULTS:** Five thematic categories emerged, with regard to Spirituality (Spirituality, Spirituality x Scientific Knowledge, Spirituality as Support, Graduation Preparation, The Doctor's Role in Spirituality) and, regarding Death, four categories (Emotional Mobilization of the Professional before Death, Death of Relatives, Personal Death, Preparation for Graduation). Religiousness was considered the most relevant theme when referring to terminal patients. Still, nearly half of the students felt unprepared to deal with end-of-life spiritual issues. In addition, emotional mobilization in relation to dying was present in the reports. **CLOSING REMARKS:** This scenario demonstrates that specific training and qualifications are still necessary to deal with this issue in the professional practice of these students, so they can notice their patients' demands when this dimension is the requested mantle to deal with the feelings of finitude that dying musters.

**KEYWORDS:** Spirituality. Death. Medical students. Medical education.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	8
<b>2 OBJETIVOS</b>	10
<b>2.1 Objetivo Geral</b>	10
<b>2.2 Objetivos Específicos</b>	10
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	11
<b>4 MÉTODO</b>	16
<b>4.1 Desenho do Estudo</b>	16
4.2 Local e Período do Estudo	16
4.3 População do Estudo	16
4.3.1 Critérios de Inclusão	17
4.3.2 Critérios de Exclusão	17
4.3.3 Coleta de Dados	17
4.3.4 Procedimento de Coleta de Dados	17
<b>4.4 Plano de Análise de Dados</b>	18
<b>4.5 Aspectos Éticos</b>	18
<b>5 RESULTADOS</b>	19
<b>5.1 Espiritualidade</b>	23
<b>5.2 Morte</b>	29
<b>6 DISCUSSÃO</b>	33
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	40
<b>REFERÊNCIAS</b>	41
<b>APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO</b>	44
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA</b>	45
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	46
<b>APÊNDICE D - TABELA PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO</b>	48

<b>APÊNDICE E - QUADRO EXPRESSÕES DAS URs DE ESPIRITUALIDADE</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE F - QUADRO EXPRESSÕES DAS URs DE MORTE</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	<b>59</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A relação entre corpo e alma vem sendo dicotomizada há séculos. Durante a Idade Média as dimensões física e espiritual eram indistinguíveis na lógica cristã. Porém, com o início da Idade Moderna, as bases religiosas começam a ser questionadas e o antropocentrismo moderno surge em lugar do teocentrismo medieval. A partir disso, a ciência cartesiana do ceticismo metodológico desvincula o conhecimento científico das questões da fé<sup>1</sup>, o que pode ser o início da veemente confusão semântica atual entre a palavra espírito e religião. Espírito, do latim *spiritus*, significa respiração, sopro e remonta, dessa forma, a ideia de vitalidade, de movimento vital, enquanto a palavra religião, do latim *religio*, significa respeito pelo sagrado, ou seja, é a expressão de crenças em uma divindade através de rituais e dogmas<sup>2,3</sup>.

A medicina, como qualquer instituição, não se encontra à margem do desenrolar histórico do fato social. Sendo assim, quando a visão do mundo (cosmologia), do homem (antropologia) e da sociedade (sociologia) se apoia no conhecimento científico moderno, a medicina segue a mesma linha<sup>4</sup>. Surgiu então em 1910 o Relatório Flexner, que correspondeu a uma reforma com teor positivista nas escolas médicas que protocolizou a práxis e conduziu o ensino para uma abordagem centrada na doença de forma individual e concreta<sup>5</sup>. Nessa conjectura, a ausência de uma ótica humanística e espiritual dos aspectos intangíveis e transcendentais do paciente no meio acadêmico, afastou a possibilidade do profissional de trabalhar a ideia da espiritualidade como um elemento complexo multidimensional que busca significado e sentido na vida, seja através da religião, arte, filosofia, natureza ou projetos de vida<sup>6</sup>.

Nesse mesmo recorte temporal no qual a discussão da espiritualidade não adentrava a conduta clínica, a morte tornou-se um estigma. O processo de finitude, diante da inexorabilidade da morte, convida o ser humano a pensar em sua vida, em seu movimento vital, ou seja, em sua espiritualidade<sup>7</sup>. Para Arantes, a morte, assim o nascimento, é uma experiência de muita intensidade e talvez seja por isso que se tenha tanto medo de sua chegada. Para a autora, há tempos na vida em que as palavras não chegam, pois a busca por respostas e sentidos conecta-se com o mais profundo que existe dentro de si. Diz, ainda, que independente da forma como se vivencia o processo de morte, expectadores ou protagonistas, esse é um espaço onde as palavras não chegam, pois o indizível corresponde a melhor expressão da experiência de vivenciar esse tempo<sup>8</sup>.

A morte mesmo sendo um evento biológico natural, possui uma dimensão cultural, envolvendo o fator religioso, social, filosófico e antropológico. O homem, portanto, sendo um ser de consciência e simbolismos, busca significar o processo do morrer e esses significados variam a depender da experiência cultural na qual estão envolvidos <sup>7</sup>. Fala-se muito mais de mortos do que da morte no Brasil, o que implica em uma evidente contradição, uma vez que falar dos mortos é uma forma sutil de negar a morte <sup>9</sup>. Nessa seara, lidar com a terminalidade da vida, no mundo ocidental, é lidar com a ideia de se preparar para o seu próprio fim e o estudante de medicina, como ser social, tem medo da própria morte, da morte do outro e do processo de finitude <sup>7,10</sup>.

O enfrentamento da morte não é uma realidade apenas dos médicos, mas também dos estudantes que estão indo para os hospitais, principalmente os internos. Nessa conjectura, é imperioso entender o significado, para esses estudantes, da espiritualidade e como pode trabalhá-la em um paciente terminal vivendo um processo de morrer que paradoxalmente lhe convida a refletir sua vida, já que esses estudantes estão iniciando sua prática como operários do físico e suportes emocionais do intangível que envolve o ser humano <sup>10</sup>.

Assim, o estudo poderá contribuir para guiar intervenções educativas aos estudantes de medicina, que possam promover debates e reflexões sobre a pertinente necessidade de falar sobre morte, bem como do processo espiritual e transcendente que envolve o morrer. Assim, esses futuros médicos, que não poderão se esconder quando se depararem com o olhar desnudo de quem está morrendo, poderão se munir de uma ótica integrativa que contemple o ser humano em sua complexidade.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar o significado da espiritualidade e do processo de morte para os internos de medicina.

### **2.2 Objetivos Específicos**

2.2.1 Descrever a percepção dos internos sobre o que é espiritualidade.

2.2.2 Compreender o significado da morte para os internos.

2.2.3 Identificar se os internos se sentem preparados ao longo do curso para lidar com o processo espiritual de pacientes em fim de vida.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A relação ocidental do homem com o morrer sempre envolveu um medo universal quanto ao aspecto sobrenatural e incompreendido da morte. Entretanto, no decorrer da história, esse relacionamento foi se transformando em diferentes formas de conviver e de lidar com a morte, com o morrer e com quem morre <sup>11</sup>. Nessa linha do tempo que envolve a humanidade como civilização, compreender a morte comunga com a compreensão da vida segundo a lógica social na qual o corpo se encontra na história. O homem moderno, com sua visão narcísica, é, portanto, solitário, pois abandona tudo o que foi descartado e superado, se apegando na ficção cultural de enxergar o ser humano isolado de suas relações sociais. Sendo assim, a compreensão de seus modos de sentir e perceber o outro e a si próprio no mundo apenas é factível se considerarmos os processos corporais como fenômenos também sociais, culturais e históricos <sup>12,13</sup>.

Durante milênios espírito e matéria não se opunham e a cura da alma se refletia na cura do corpo <sup>14</sup>. Na Pré-História os curandeiros não cuidavam apenas das necessidades físicas, mas também religiosas e mágicas da tribo, pois acreditavam que a causa da doença eram os efeitos de um espírito maligno ou da punição dos deuses. Nas civilizações mesopotâmicas, os paradigmas naturais e sobrenaturais se misturam e o tratamento da doença às vezes era por métodos mágicos e outras vezes por uso de ervas, raízes ou partes de animais. No Egito Antigo, a terapia medicamentosa era principalmente empírica, buscando aliviar os sintomas ao invés de curar doenças, mas também combinam a abordagem naturalista do médico, com a cura não científica do sacerdote e a magia do feiticeiro <sup>15</sup>.

Foi na Grécia Antiga que iniciou, com a filosofia jônica, o processo de teorização da doença, entendida como um desequilíbrio dos 4 humores (bile negra, sangue, bile amarela e catarro), que poderia ser tratada com drogas para corrigir esses desbalanços. Nesse cenário grego, os asclepiades, como Hipócrates, o Pai da Medicina, eram médicos que acreditavam que as crenças religiosas e as questões espirituais deveriam ser separadas do pensamento científico. Mais tarde, Platão trouxe novamente as questões espirituais e misturou ciência com elementos místicos enfatizando a necessidade de tratar a alma tão bem quanto o corpo físico, lançando, assim, as bases da ciência da psicologia <sup>15</sup>.

No declínio da Antiguidade, a imagem do médico, envolvia prazer, poder e riqueza. Com o início do Cristianismo, os padres cristãos, como representantes da civilização e da cultura, também se tornaram médicos e por muitos anos foram os responsáveis por cuidar dos enfermos. De acordo com o historiador e médico britânico Roy Porter (1946-2002), a caridade era a virtude religiosa suprema, então em nome do amor, e com a crença na salvação da alma, os crentes foram incumbidos de cuidar dos doentes e dos necessitados <sup>15</sup>.

Os tempos medievais consideravam a abertura do corpo humano como uma ação totalmente inconcebível, ainda que fosse praticada para fins de estudo. Isso porque para eles abrir o corpo era também bulir no espírito. Posteriormente, criaram toda uma ritualidade associada às disseções, consistindo em cerimônias, com exorcismos, orações, bênçãos, purificações e comunhões que se estendiam por vários dias, antes, durante e depois do evento aterrorizante. Com o dualismo cartesiano, o corpo e a alma se divorciam, pondo fim em um casamento milenar, e, dessa forma, as disseções e os olhares objetificantes puderam ser suportados naquela civilização. É nesse momento dramático da história do homem e da sensibilidade moderna que a magia da corporalidade humana será desencantada, despiando-se de sua dimensão espiritual de microcosmos <sup>13</sup>.

Em 1680, Papai Pariz Ferenc, um médico da Transilvânia, ressalta que quando as partes do corpo e seus humores não estão em harmonia, a mente fica desequilibrada e segue-se a melancolia, mas, por outro lado, uma mente tranquila e feliz torna o corpo todo saudável. Embora esses posicionamentos tenham sido importantes no percurso histórico, na maioria das vezes, essas visões se perderam no coro de vozes que optaram por aplicar as descobertas recentes da física ou da química a todos os fenômenos biológicos. A transdução do experiencial para o biofísico era difícil de conceituar cientificamente e não se enquadrava no hermético método científico cartesiano que emergia na época <sup>14</sup>.

Até o momento, o cuidado das doenças era desenvolvido no âmago da igreja, associando doença com pagamento dos pecados e morte como o início de um julgamento final. Nota-se que o trabalho da espiritualidade ainda era muito relacionado ao contato com o sagrado e com a religião <sup>1</sup>. Para que o pensamento científico na Idade Média fosse aceito deveria ser justificado pelas vontades de Deus, como fez São Agostinho e São Tomás de Aquino, ou seria considerado um supremo sacrilégio ao teocêntrico <sup>15</sup>.

Com o passar do tempo, a ciência foi se cristalizando como suporte quando se fazia necessária uma conduta baseada em evidências. Nesse sentido, no renascimento científico Francis Bacon (1561-1626), defensor da experimentação, da verificação e da prova de um evento para categorizá-la como uma evidência e, assim, atenuar a autoridade e o dogmatismo do pensamento científico, limitou as questões teológicas para o escopo da religião e da fé <sup>15</sup>. Além disso, ainda nesse cenário, Descartes lançou o Tratado do Homem (1633) que compara o homem a uma máquina (“máquina do corpo”), podendo, com isso, ser estudada para melhor compreensão de suas engrenagens <sup>13,14,15,16</sup>. Dessa forma, o filósofo tratou corpo e alma como máquinas autônomas e distintas, justificando a sensibilidade da seguinte forma: “sensações pertencem à alma, porque são modos de pensar; entretanto pertencem à alma apenas na medida em que esta está unida ao corpo” <sup>16</sup>.

Com a chegada do Iluminismo e da Idade Moderna, a revolução científica ganha velocidade e uma parede é construída, separando religião, ciência e a prática da medicina <sup>15</sup>. O avanço tecnológico associado ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que muitas doenças mortais se transformassem em doenças crônicas, levando a longevidade de seus portadores <sup>17</sup>. Bernard Lown, que criou o desfibrilador de corrente contínua para ressuscitação cardíaca, em seu livro “A arte perdida de curar” afirma que “a realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do morrer” <sup>18</sup>. Dessa forma, em uma sociedade pautada no egocentrismo frágil, morrer é sinônimo de fracasso <sup>11</sup>. Apesar dos esforços dos pesquisadores e do conhecimento acumulado, a morte continua sendo a maior certeza que se tem ao nascer, mas mesmo assim, ameaça o ideal de cura e preservação da vida internalizado no cerne da medicina do físico e do tangível <sup>17</sup>.

Embora a relação do homem com a morte envolva uma experiência pessoal com a sua espiritualidade, ela é também cultural e, mais uma vez, histórica. As religiões ocidentais e orientais por séculos contribuíram para construção de uma identidade social e, portanto, influenciam nas visões do homem sobre seu processo de morrer <sup>13</sup>. No oriente, a morte é a transcendência da vida terrena eterna e sacrificante para se unir a um espírito universal e impessoal <sup>14</sup>. Em contrapartida, a sociedade ocidental prepara o ser humano para a vida, não para a morte, dificultando a compreensão da inexorabilidade desse evento, o que suscita um sentimento de impotência frente às perdas e afasta a experiência espiritualizada e até filosófica da morte <sup>19</sup>. Nessa seara, como diria o filósofo francês Michel de Montaigne “O remédio do

homem vulgar consiste em não pensar na morte”, assim como faz a sociedade que omite de sua percepção o objetivo fatal da existência humana <sup>20</sup>.

Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) brasileiro, o número de óbitos por ano, notificados em 2000, totalizando 946.686 óbitos, aumentou consideravelmente em comparação a 2011, que registrou 1.170.498 óbitos. Utilizando a classificação Internacional de Doenças (CID-10), identificou-se que o maior número de óbitos foi devido a doenças do aparelho circulatório, seguido por neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório e muitas dessas pessoas não tiveram morte súbita e entraram em contato com os profissionais de saúde <sup>21</sup>. Segundo esse mesmo senso, em 2019 foram registrados 1.349.801 óbitos no Brasil, o que demonstra que a morte, por mais escondida dentro dos hospitais, é irrevogável, assim como cada pessoa que morre é insubstituível em seu leito de morte <sup>9</sup>. Nesse cenário, lidar com quem morre não é apenas números, ou a parte técnica do saber médico, que envolve a habilidade de avaliar históricos clínicos, receitar medicamentos e olhar exames, ou, ainda, a praticidade corriqueira de assinar atestados de óbitos. Lidar com esses pacientes envolve olhar nos olhos de quem está morrendo e de quem está perdendo um ente querido e reconhecer que cada morte é singular, que cada sofrimento é único dentro de cada história de vida e que não há lugar para o automático, pois todos serão absolutamente transparentes diante de uma pessoa perto da morte <sup>8</sup>.

A presença da morte no cotidiano dos profissionais de saúde é, na maioria das vezes, uma constante. Mas ela também se faz presente nas vivências e no aprendizado dos acadêmicos de Medicina que passam pelos hospitais. Sendo assim, é importante entender o significado da morte e do morrer para esses acadêmicos, já que, como ser cultural e social, pode ser alguém que tem medo da própria morte, da morte do outro e da própria finitude. Esse medo pode desencadear uma percepção negacionista da morte, o que resulta na dificuldade em perceber no leito do hospital as necessidades espirituais que o fim da vida, paradoxalmente, convida essa pessoa a viver <sup>7,22</sup>.

Segundo uma pesquisa realizada em 2010 pela publicação britânica *The Economist* sobre a qualidade de morte em quarenta países, o Brasil ficou em 3º lugar como pior país do mundo para se morrer entre os 40 países avaliados <sup>8,23</sup>. Em 2015, a pesquisa foi refeita e o Brasil ocupou o 42º lugar entre os 83 países analisados <sup>24</sup>. Essas duas pesquisas demonstram que apesar de muito ter caminhado, o nosso país, uma das maiores potências mundiais, está hoje ultrapassado

por Uganda que chegou a ocupar, em 2010, o 2º lugar como pior país para se morrer. Com isso, torna-se perceptível que não é a economia, o avanço tecnológico ou os melhores salários para os médicos que determinam uma boa morte ou os melhores cuidados com quem está em fim de vida, pois, embora o Brasil tenha recursos, ainda se mantém em busca ativa pela ignorância da realidade da própria morte <sup>8</sup>.

Quando o estudante de medicina adentra o meio acadêmico, inicia sua prática geralmente com os cadáveres ou bonecos em laboratório e nessa relação não há envolvimento emocional ou verbalização de suas expectativas e de seus medos. No laboratório, ao lidar com cadáveres os estudantes podem se sentir protegidos da angústia de lidar com pacientes doentes e é nesse espaço que um paradoxo surge: o estudante é apresentado a morte sem que seu nome seja pronunciado. Mais tarde, no internato, esse estudante vai lidar com pacientes doentes e, talvez nesse momento precise acompanhar um paciente em fim de vida e mais uma vez ele se depara com o medo da morte e a temível projeção de suas inseguranças nunca antes mencionadas ou abordadas <sup>25</sup>.

Uma pesquisa publicada em 2012 sobre o ensino da espiritualidade nas escolas médicas, demonstrou que no Brasil poucas instituições consideram o trabalho dessa dimensão importante em seu curso. Nessa pesquisa, das 86 (47,7%) instituições que participaram, somente 9 trabalhavam a espiritualidade de forma específica, sendo que 4 delas (4,6%) consideravam um curso obrigatório e 5 (5,8%) consideravam eletivos <sup>26</sup>. Observando esse cenário e com a revelação dolorosa dessa realidade é inegável que ainda há incontáveis barreiras para a abordagem espiritual de pacientes terminais em sofrimento. Nesse contexto, os internos, futuros profissionais da saúde, não tiveram espaço para compreender seu próprio significado de espiritualidade, de movimento vital, de sentido na vida, de morte, de morrer e de finitude, não contemplando, concomitantemente, quando ainda estava moldando seu ser médico, a própria transcendência que lhes cabem <sup>25</sup>.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Desenho de estudo:**

A pesquisa trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa que é definida por Minayo como sendo o tipo de estudo que “se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado”<sup>27</sup>. Sendo assim, esse estudo trabalha com o universo dos significados que corresponde a um universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade<sup>27</sup>.

### **4.2 Local e Período do Estudo:**

O estudo foi realizado na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e se estendeu pelo período de Novembro de 2021 a Fevereiro de 2022.

### **4.3 População do Estudo:**

A população estudada foi composta por graduandos de Medicina do 9º ao 12º semestre da Escola Bahiana de Saúde Pública em Salvador-BA. A amostra foi determinada segundo a Amostragem Teórica que Glaser e Strauss descrevem, como sendo um processo de coleta de dados, no qual o pesquisador decide que dados coletar a seguir e como encontrá-los, a fim de desenvolver sua teoria com base em sua coleta, codificação e análise conjunta de seus dados. Sendo assim, esse processo é controlado pela teoria em formação<sup>28</sup>.

Nesse método de amostragem os dados foram coletados até que houvesse uma “saturação teórica” que, para Glaser e Strauss, corresponde a suspensão da inclusão de novos entrevistados quando os dados armazenados alcançam certa redundância ou repetição segundo a avaliação do pesquisador<sup>29</sup>.

Os participantes foram recrutados a partir do método Bola de Neve que corresponde a um processo de coleta de informações com o auxílio das redes sociais dos entrevistados, a fim de fornecer ao pesquisador um conjunto cada vez maior de contatos potenciais. É importante ressaltar que esse processo foi iniciado com a divulgação através de “informantes-chave” que foram nomeados como sementes e facilitaram o processo de contatação com os demais internos, a fim de tatear a população-alvo e conseguir participantes para pesquisa<sup>30</sup>.

#### **4.3.1 Critérios de Inclusão:**

Foram incluídos estudantes do curso de graduação de Medicina da EBMSp que se encontravam entre 9º e 12º semestre no período da coleta (2021.2) com idade igual ou superior a 18 anos.

#### **4.3.2 Critérios de Exclusão**

Foram excluídos estudantes que não estiveram cursando regularmente o semestre, devido a trancamento do curso no período do estudo ou os estudantes que solicitaram a interrupção do processo da entrevista.

#### **4.3.3 Coleta de dados**

A coleta dos dados ocorreu através de uma entrevista semiestruturada individual. Esta constou de um perfil sociodemográfico com 6 perguntas fechadas acerca da idade, sexo biológico, etnia, religião, semestre do curso e renda familiar mensal (Apêndice A), além de perguntas abertas baseadas nos tópicos definidos no Roteiro de Entrevista (Apêndice B).

As entrevistas semiestruturadas possibilitam que o entrevistador introduza através de perguntas abertas cada área de tópico, possibilitando que o entrevistado responda com base em seu conhecimento imediato. Em seguida, a partir da literatura científica sobre o tópico e direcionando para as hipóteses mais perguntas podem ser feitas para tornar mais explícito o conhecimento implícito do entrevistado <sup>28</sup>.

#### **4.3.4 Procedimentos de coleta de dados**

Para dar início a coleta foi enviado via e-mail institucional uma carta convite para os representantes de turma dos alunos do 9º ao 12º semestre. Estes funcionaram como “sementes” e facilitaram o processo de contatação com os demais estudantes através de suas redes sociais, seguindo o método “Bola de Neve”, no qual o recrutamento se dá por indicação entre os colegas contatados. Além disso, o processo seguiu conforme amostragem teórica que preconiza o recrutamento conforme a necessidade avaliada pelo pesquisador. Quando houve interesse em participar da pesquisa, foi marcada via redes sociais uma reunião na plataforma Zoom.US com horário e dia estabelecidos segundo a disponibilidade dos envolvidos. Ao iniciar a reunião foi enviado de maneira online, através do Google Forms, o TCLE a fim de que houvesse o consentimento do participante para dar início a entrevista.

#### **4.4 Plano de análise dos dados**

Admitindo a complexidade que culmina a análise de entrevistas, devido a sua pluralidade de interpretações associado à importância de preservar a unidade e a originalidade de cada resposta dos entrevistados, o estudo seguiu um procedimento de análise de conteúdo que, segundo Bardin, é uma hermenêutica que “oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade”<sup>31</sup>.

A análise foi decomposta em três etapas, iniciando pela Pré-Análise que corresponde à fase de organização dos conteúdos, na qual houve o armazenamento dos dados em computador e HD externo pessoais da orientanda e orientadora por um período de 5 anos. Nessa etapa, também foi concretizada a transcrição das gravações obtidas na entrevista, bem como a edição e preparação desse conteúdo para melhor ser analisado no computador. Na segunda etapa, foi realizada a exploração do conteúdo, a partir da técnica de categorização, que corresponde a operações de desmembramento do texto em categorias determinadas segundo o referencial teórico que embasa o estudo, sendo, portanto, realizados reagrupamentos analógicos do conteúdo explorado. Na terceira e última etapa, foram efetivados o tratamento dos resultados, a fim de condensar e pôr em relevo as informações fornecidas pela análise, bem como foram feitas inferências e interpretações dos resultados obtidos através da fundamentação teórica adotada na pesquisa<sup>31</sup>.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa envolve o compromisso de não ferir a ética da elaboração de textos científicos. Sendo assim, esse estudo se responsabilizou por apenas ter iniciado o seu projeto após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob a identificação na Plataforma Brasil pelo número de protocolo (CAEE) 49481221.8.0000.5544 e registrado no Parecer Consubstanciado emitido pelo CEP (ANEXO A) com o número do parecer 4.886.157. Além disso, os internos apenas participaram do processo de coleta de dados quando concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em conformidade com as orientações apresentadas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## 5 RESULTADOS

Esse estudo contou com a participação de 7 estudantes. Todas as estudantes voluntárias cumpriram com os critérios de inclusão pré-definidos, não havendo nenhuma exclusão de participantes no processo de coleta. O perfil sociodemográfico das participantes está descrito de forma individualizada no Quadro 1, abaixo demonstrado, assim como em números absolutos no APÊNDICE D.

**Quadro 1** – Caracterização das estudantes, quanto ao semestre da graduação, sexo, idade, etnia/cor, religião e renda. Salvador, Bahia, Fevereiro de 2022 (n = 7)

<b>ESTUDANTE</b>	<b>SEMESTRE</b>	<b>SEXO</b>	<b>IDADE</b>	<b>ETNIA /COR</b>	<b>RELIGIÃO</b>	<b>RENDA (salários-mínimos)</b>
<b>Estudante 1</b>	12°	Feminino	23	Branca	Agnóstica	Mais de 15
<b>Estudante 2</b>	9°	Feminino	23	Branca	Católica	De 1 a 3
<b>Estudante 3</b>	12°	Feminino	23	Branca	Ateia	Mais de 15
<b>Estudante 4</b>	9°	Feminino	22	Branca	Agnóstica	Mais de 15
<b>Estudante 5</b>	12°	Feminino	28	Branca	Agnóstica	Mais de 15
<b>Estudante 6</b>	12°	Feminino	25	Parda	Sem religião	De 12 a 15
<b>Estudante 7</b>	11°	Feminino	22	Branca	Ateia	Mais de 15

Fonte: Autores da pesquisa.

Atendendo às etapas propostas por Bardin, e com base nos objetivos da pesquisa, emergiram 5 categorias temáticas, no que se refere à Espiritualidade, apresentadas no Quadro 2, com suas respectivas Unidades de Contexto (UC) e, no que se tange à discussão sobre Morte, emergiram 4 categorias temáticas, apresentadas no Quadro 3, com suas respectivas UCs. Estão inseridas as categorias temáticas na esfera de Espiritualidade: Espiritualidade, Espiritualidade x Saber Científico, Espiritualidade como Apoio, Preparo na Graduação, Papel do Médico x Espiritualidade. Já quanto à Morte, foram estabelecidas as seguintes categorias: Mobilização do Profissional perante a Morte, Morte de Familiares, Morte Pessoal, Preparo na Graduação.

**Quadro 2** – UC das Categorias Temáticas sobre Espiritualidade. Salvador, Bahia, Fevereiro de 2022.

<b>Categoria</b>	<b>Unidade de Contexto</b>
<b>Espiritualidade</b>	Sentença que infere seus conhecimentos prévios acerca do que é espiritualidade por parte do interno.
<b>Espiritualidade <i>versus</i> Saber Científico</b>	Sentença que infere sobre a relação que se estabelece entre a espiritualidade e o saber científico.
<b>Espiritualidade como Apoio</b>	Sentença que infere sobre o uso da Espiritualidade como refúgio em meio ao sistema médico de educação.
<b>Preparo na formação</b>	Sentença que infere sobre a efetivação ou a ausência de instrução sobre a espiritualidade e seu impacto na vida dos pacientes
<b>Papel do Médico na Espiritualidade</b>	Sentença que infere sobre o papel do médico no trabalho da espiritualidade do paciente.

Fonte: Autores da pesquisa

**Quadro 3** – UC das Categorias Temáticas sobre Morte. Salvador, Bahia, Fevereiro de 2022.

<b>Categoria</b>	<b>Unidade de Contexto</b>
<b>Mobilização Emocional do Profissional perante a Morte</b>	Sentença que infere a relação profissional que o interno estabelece com a morte de seus pacientes
<b>Morte de Familiares</b>	Sentença que infere sobre a relação que o interno estabelece com a morte de familiares
<b>Morte Pessoal</b>	Sentença que infere sobre a relação que o interno estabelece com a própria morte
<b>Preparo na formação</b>	Sentença que infere sobre a efetivação ou a ausência de preparo para lidar com a morte durante a graduação

Fonte: Autores da pesquisa

As categorias que se referem a temática da Espiritualidade sofreram ainda um processo de subcategorização de acordo com os conteúdos trazidos pelas participantes. Dessa forma, a Tabela 1 se refere as frequências de cada Unidade de registro (UR) das subcategorias.

**Tabela 1** - UR das Categorias e Subcategorias Temáticas sobre Espiritualidade. Salvador, Bahia, Fevereiro de 2022

<b>Categorias e Subcategorias Temáticas</b>	<b>Frequência das URs</b>
<b>Espiritualidade</b>	
Subcategoria 1.1: Espiritualidade como Religião	3
Subcategoria 1.2: Espiritualidade como Dimensão Humana	1
Subcategoria 1.3: Espiritualidade como Sentido de Vida	2
Subcategoria 1.4: Espiritualidade como Energia	1
<b>Espiritualidade versus Saber Científico</b>	
Subcategoria 2.1: Complementares	3
Subcategoria 2.2: Conflitantes	4
<b>Espiritualidade como Apoio</b>	1
<b>Preparo na Graduação</b>	
Subcategoria 4.1: Se sente preparado	1
Subcategoria 4.2: Não se sente preparado	6
<b>Papel do Médico na Espiritualidade</b>	
Subcategoria 5.1: Médico pode atuar na Espiritualidade	3
Subcategoria 5.2: Negação do Papel do Médico na Espiritualidade	4

Fonte: Autores da pesquisa

A tabelas 2, por sua vez, apresenta as frequências de cada Unidade de Registro (UR), ou seja, quanta vezes foram observadas no processo de coleta de dados a presença da categoria ou subcategoria descrita com relação a temática da morte.

**Tabela 2** - UR das Categorias e Subcategorias Temáticas sobre Morte. Salvador, Bahia, Fevereiro de 2022

<b>Categorias e Subcategorias Temáticas</b>	<b>Frequência das URs</b>
<b>Mobilização Emocional do Profissional perante a Morte</b>	7
<b>Morte de Familiares</b>	3
<b>Morte Pessoal</b>	4
<b>Preparo na Graduação</b>	
Subcategoria 4.1: Se sente preparado	2
Subcategoria 4.2: Não se sente preparado	3

Fonte: Autores da pesquisa

A seguir serão demonstradas as categorias e subcategorias temáticas com suas contextualizações e alguns trechos destacados que foram consideradas ilustrativos das temáticas discutidas. Para maiores detalhes, observar os Quadros 4 e 5 (APÊNDICE E e F), estes apresentam mais exemplos das URs (palavras chaves, frases ou expressões) sobre Espiritualidade e Morte, recortadas durante o processo de tratamento dos dados desse estudo, por categorias eleitas que são representativas do tema.

### **5.1 Espiritualidade**

A primeira abordagem com as participantes envolveu a compreensão da esfera que envolve a espiritualidade em diferentes contextos, sendo desenvolvida desde sua semântica até sua influência nas condutas individuais. As categorias observadas foram: (1) Espiritualidade; (2) Espiritualidade *versus* Saber Científico; (3) Espiritualidade como Apoio; (4) Preparo na Graduação e (5) Papel do Médico na Espiritualidade.

A primeira categoria observada se refere a **Espiritualidade**. O conceito de espiritualidade foi trazido de diferentes formas no decorrer das entrevistas, sendo subdivididas em subcategorias de análises a seguir: religião, dimensão humana, sentido na vida e energia.

A **Espiritualidade como Religião** foi identificada nas entrevistas, em diversos momentos, como uma fusão dos conceitos de espiritualidade e de religiosidade, como descrito pelas estudantes 1 e 7:

Eu acho que espiritualidade pra mim é acreditar em algo maior do que a gente aqui, sabe? Acho que ter fé de uma maneira geral tá ligada com espiritualidade. (estudante 1)

Eu pergunto a questão, assim, de ter apoio na sua congregação, na sua igreja, como é que você vai lidar com isso agora, onde é seu maior ponto de apoio porque as vezes o ponto de apoio é na espiritualidade mesmo, mas às vezes não, é na família, então depende muito do que a pessoa acredita. (estudante 7)

A **Espiritualidade como Dimensão Humana**, por sua vez, se refere a compreensão da espiritualidade como umas das dimensões de todos os sujeitos, como referido pelas estudantes 3 e 7:

Acho que são seus valores. Acho que é aquilo que não é físico nem provável (...) é simplesmente algo que eu acredito e eu não tenho como mostrar ou provar é só uma coisa minha assim, um pensamento, um valor, uma coisa etérea assim (risos), não material. (estudante 3)

(...) é uma dimensão que todo mundo tem, inclusive quem não tem religião. (estudante 7)

A subcategoria **Espiritualidade como Sentido de Vida** se refere a um conceito muito frequente da espiritualidade como sentido que se dá à vida, influenciando diretamente na perspectiva do olhar perante o existir e o que se faz dele, como observado nas falas a seguir:

(...) a conversa pode começar com “Está estudando?” aí ele responde “quero fazer medicina” aí a gente pergunta “por que você acha isso importante?” e daí vamos entendendo o sentido que esse adolescente dá a vida dele e não necessariamente é a religião, mas o sentido dele pra vida e isso pra mim é espiritualidade. (estudante 7)

Eu acho que espiritualidade vai nesse sentido de buscar um significado pra vida (estudante 5)

Por fim, a subcategoria **Espiritualidade como Energia**, em menor frequência, descreveu a espiritualidade como uma energia que influencia as emoções do indivíduo, como é demonstrado pela estudante 6.

Eu acredito muito em vibrações boas é... em você desejar o bem pro outro, então eu acho é basicamente isso. (estudante 6)

A segunda categoria de análise remete à discussão da **Espiritualidade versus Saber científico** e, quando questionadas sobre a associação entre a espiritualidade e o saber científico, aqui nesse estudo dimensionado pelo saber da Medicina, as estudantes expressaram posicionamentos díspares, demonstrando uma perspectiva dessa aliança ora complementar, ora conflitante e por essa razão vamos analisar esses 2 perfis em subcategorias diferentes.

Na subcategoria **Complementares**, é configurada, em menor proporção dentre as estudantes, a complementariedade entre a espiritualidade e o saber científico, médico, podendo o primeiro fortalecer e intensificar a qualidade do segundo.

Quando a gente perde um pouco as certezas totalmente e eu acho que é nessa hora que fica importante ter uma espiritualidade, um algo a mais assim pra poder de certa forma lidar com isso de uma maneira mais confortável e menos assustadora. (estudante 1)

(...) inevitavelmente quando você lida com a pessoa você vai lidar com a espiritualidade dela (...) é uma forma de você melhorar a adesão dele no tratamento ou entender a dificuldade dele de adesão ao tratamento, a dificuldade de lidar com diagnósticos é... a compreensão ou não da doença (estudante 5)

Acho que perguntar a religião é uma coisa muito importante porque traz muita força pra eles sabe? (...) Acho que o paciente falar sobre o que ele sente e sobre o que ele acredita traz um momentinho de esperança e muda o dia dessa pessoa essa fase de hospitalização tanto na UPA quanto no hospital que é muito chato. (estudante 6)

Com relação a subcategoria **Conflitantes** revela um cenário que representa a maioria da amostra. Foi considerada nessa seção que a relação entre ambos os aspectos analisados (saber científico e saber espiritual) é conflitante, entrando em choque quando consideradas em uma mesma linha de cuidado.

Então isso pode ser com Deus, pode ser com religião, pode ser com alguma crença de valor, por exemplo, ele acreditar em vida após a morte... não é por isso que eu vou deixar ele se jogar de um penhasco só porque ele quer viver a vida após a morte. Então, é respeitar o que ele acredita, mas não deixar ele fazer mal a si mesmo por isso, do ponto de vista científico, fisiológico, patológico. (estudante 3)

Só o médico vai saber em termos de medicação, em termos de conduta, em termos de prognóstico, até onde você pode ir. Então se outro profissional

chega e fala “Deus vai te curar”, você tem que estabelecer... eu não diria limites, mas você tem que estabelecer o que é real, sabe? (estudante 3)

Eu tento sempre me posicionar de uma forma médica, assim, sabe, por exemplo, quando eu acho que ele tem uma prática que é embasada na religião e eu acho que é negativa, como quando ele fala que não vai tomar o remédio porque Deus vai curar ele ou ele fala que não usa camisinha porque a igreja não deixa, esse tipo de coisa, eu me posiciono de forma médica, sabe? (estudante 4)

A terceira categoria retrata a **Espiritualidade como Apoio** e, nesse âmbito, espiritualidade foi percebida por umas das estudantes como uma demanda própria, simbolizando um suporte individual, um apoio, um escape das angústias que o curso despertava, como exemplificado em sua fala em dois momentos distintos da entrevista.

Eu acho que quando a gente tem uma espiritualidade mais desenvolvida, digamos assim, é mais fácil pra gente entender que essa pode ser uma demanda do outro e valorizar. (...) É um curso que suga muito, então eu acho que a pessoa entra ali e é muito, às vezes, sugado mesmo, sabe? Então, pra mim, desenvolver minha espiritualidade foi uma válvula de escape assim do sistema médico como um todo. (estudante 1)

A quarta categoria, designada por **Preparo na Graduação**, apresenta a perspectiva das estudantes nessa esfera. Quando interrogadas sobre como se sentiam perante seus pacientes, no que se refere ao sentimento de preparo ou não preparo para lidar com questões espirituais, as estudantes divergiram em suas respostas. Foi perceptível a prevalência do sentimento de não preparo em comparação ao de preparo dentre os comentários das estudantes.

Frente ao exposto, duas subcategorias emergiram. Na primeira subcategoria, denominada **Se sente preparado**, 1 dentre as 7 estudantes referiu se sentir preparada para lidar com a espiritualidade de seus pacientes, como demonstrado no trecho recortado de sua fala.

(...) eu me sinto extremamente confortável para conversar sobre religião com os pacientes (estudante 5)

Na subcategoria **Não se sente preparado**, 6 dentre as 7 estudantes referiram não se sentirem seguras e preparadas para lidar com a espiritualidade de seus pacientes, como pode-se perceber nos exemplos destacados.

Eu acho que deveria ser mais abordado na faculdade porque não é só quando o paciente tá morrendo que ele precisa né? (...) se é algo que ele possa usar e

algo que o médico possa ajudar, a incentivar, a abordar de algum jeito e eu acho que a gente não tem esse treinamento (estudante 1)

Senti uma falta desse trabalho de espiritualidade porque se você for ver até diretriz mesmo de tratamento de hipertensão fala sobre espiritualidade como um componente do tratamento e eu não sei como acontece pro meu paciente. (estudante 4)

Um dia eu entendi ela perguntar com dificuldade “eu vou morrer aqui?” e eu não soube muito bem o que falar, (...) aí ela falou pra mim que acreditava em Deus e pegou em minha mão e eu não sabia o que fazer, então nesse momento se eu tivesse um conhecimento maior eu poderia ter ajudado mais porque eu não sabia o que fazer, se eu deveria rezar com ela, se eu deveria fazer alguma coisa. E eu não perguntaria pra meu preceptor o que fazer porque é uma pergunta meio assim... que ele ia descreditar, então eu nunca perguntaria isso. Então essa experiência foi forte pra mim. (estudante 7)

A quinta categoria, **Papel do Médico na Espiritualidade**, corresponde a uma das perguntas que compunha a entrevista e buscava compreender a visão das estudantes sobre o papel destinado ao profissional médico no trabalho da espiritualidade de seus pacientes e se essa função poderia ser assumida pelo médico. Dessa categoria emergiram duas subcategorias que se referem a visões opostas sobre a atuação do médico: uma que engloba as estudantes que concordam sobre a atuação do médico nessa dimensão de seu paciente e outra que contempla a concepção de quem se opõe a esse papel.

A subcategoria intitulada **Médico pode atuar na Espiritualidade** foi contemplada por 3 dentre as 7 estudantes da amostra. Essas estudantes apontaram que é papel do médico lidar com a espiritualidade de seu paciente, como representado em suas falas a seguir.

Tipo assim, tenho certeza que muitos médicos não estão preparados muito pelo que eu vejo assim na prática. (...) Mas acho que o médico pode trabalhar isso sim. O médico pode se capacitar pra lidar ele mesmo com a situação, assim como ajudar a família. (estudante 6)

Eu acho que o bom médico deve né? É o maior clichê, mas estamos cuidando de uma pessoa, então se estamos cuidando de uma pessoa, estamos cuidando dela em todas as suas dimensões. (...) Eu acho que o atendimento ideal, o atendimento integral, eu acho que ele perpassa obrigatoriamente pela espiritualidade. (estudante 5)

Na subcategoria seguinte, **Negação do Papel do Médico na Espiritualidade**, em dissenso à categoria anterior, a maioria dentre as 7 estudantes alegaram não ser encargo do profissional médico tratar das questões espirituais de seus pacientes, como nota-se nos exemplos apresentados.

Eu não sei de que forma, eu acho que é uma coisa muito multidisciplinar tem várias especialidades na área de saúde não só médicos, então acho que talvez tenha profissionais que estejam sendo mais preparados pra isso, não sei (estudante 4)

(...) eu acho que o psicólogo talvez seja o profissional mais capacitado nesse aspecto porque ele pode ouvir sem julgar e sem emitir, tecnicamente... opinião né? Sem emitir suas próprias crenças pessoais. O médico acho que tá ali justamente pra motivar, pra cuidar e pra ser sincero e realista quanto ao prognóstico e conduta e possibilidades médicas. (estudante 3)

## 5.2 Morte

A temática da morte também foi discutida com as estudantes e naturalmente surgiram percepções similares e destoantes sobre o significado desse aspecto na esfera familiar, profissional e sobre o impacto dessa esfera em sua vida. Foram, portanto, destacadas as categorias a seguir: (1) Mobilização Emocional do Profissional perante a Morte; (2) Morte de Familiares; (3) Morte Pessoal e (4) Preparo na Graduação.

A primeira categoria inaugura essa seara trazendo a **Mobilização Emocional do Profissional perante a Morte**, que esteve essencialmente presente em todas as entrevistas analisadas. Pode-se notar nos recortes que o sentimento mobilizador foi cerne da discussão sobre o morrer, sendo resgatado em todas as entrevistas, exemplificadas pelas expressões destacadas das estudantes 3, 6 e 7.

Quando eu tô na prática e algum paciente morre, isso já aconteceu comigo algumas vezes, um deles inclusive enquanto eu tava reanimando, eu de imediato eu não sinto tristeza, eu sinto como se fosse uma sensação assim de vazio, sabe? (estudante 3)

Eu sou um pouco difícil assim de lidar com isso eu acho que eu me envolvo muito assim com os pacientes e tudo (estudante 6)

A primeira paciente que eu perdi foi da pediatria e eu lembro tudo dela (...) essa morte me deixou com um pouco de raiva (estudante 7)

As mortes em emergência a gente se desconecta completamente é uma coisa assim que a gente se deixa sentir por alguns minutos e depois parte pra o próximo (...) chega a parada cardíaca e vai todo mundo lutar por aquele paciente (...) damos tudo o que a gente tem e a equipe fica na esperança de que vai funcionar e quando não dá certo, que é a maioria das vezes, dá pra ver o clima de derrota na equipe que dura alguns minutos e depois todo mundo

segue o seu trabalho. (...) Então a gente tem que dessensibilizar um pouco porque o trabalho vai continuar. (estudante 7)

Na segunda categoria, denominada **Morte de Familiares**, foi descrita a percepção e hipóteses de atitudes perante a morte de familiares que foi manifestada no decorrer da entrevista por 3 dentre as 7 internas participantes do estudo.

Claro que se for uma situação da minha família eu ia ficar muito mal, entendeu? Mas eu comecei a ver de outra forma (estudante 4)

(...) muito difícil pensar na ideia de perder alguém que eu gosto né? Mesmo sabendo que pra ele é o mesmo processo que seria pra mim. É extremamente difícil. É.. por apego é.. por significado que a gente atribui aos vínculos (...) Não vejo que eu lidaria tão bem. Não acho que eu seria resistente, mas não acho que eu teria a resiliência que eu deveria ter também. (estudante 5)

(...) velório e funeral é um negócio que eu não gosto de ir, não gosto de frequentar e só fui em dois na minha vida quando mais nova e no do meu avô e eu acho difícil de lidar, eu demoro um pouco, não parece que é real. Eu fico assim.. “poxa essa pessoa tava aqui ontem e não tá mais aqui agora”. (estudante 6)

A terceira categoria de análise, nomeada **Morte Pessoal**, configura uma visão pessoal da morte. Mais da metade das participantes do estudo, quando indagadas sobre sua percepção sobre o morrer, refletiram sobre o processo que envolve sua própria morte, indicando diferentes julgamentos sobre o significado desse evento em suas vidas.

Eu acho que estaria nesse bolo de pessoas que lidam com a própria morte de uma forma muito mais fácil do que com a morte dos outros (...) A morte da gente é algo desconhecido, mas é desconhecido até pra gente e, de certa forma, isso me assusta menos do que lidar com o vazio. (estudante 5)

(...) eu não tenho medo de morrer. Eu tenho medo de morrer antes de fazer tudo o que eu queria fazer (riso). Então o meu problema não é morrer, sabe? É... tô morrendo como eu queria morrer? Então, tipo assim, eu fiz tudo o que eu queria fazer? (...) Pra mim morrer é normal, o que não significa que seja fácil. (estudante 3)

A gente não para pra pensar que “eu sou um ser mortal. Eu vou morrer. Ok.” Não fazemos isso, não paramos pra pensar, a gente não coloca significado e não naturaliza. Até porque eu acho que se a gente parar pra pensar muito nisso a gente paralisa um pouco. Você ficar parando pra pensar muito em seu caráter de mortal eu acho que vai acabar te segurando muito durante a vida. (estudante 7)

A quarta e última categoria analisada, **Preparo na Graduação**, se refere ao sentimento de preparo ou não preparo das estudantes entrevistadas para lidar com pacientes em fim de vida

ou com as mortes inevitáveis em seu contexto de trabalho. Embora tenha sido visível a divergência da ótica dessa que envolve o aprendizado individual de cada uma, foi prevalente o sentimento de não preparo em comparação ao de preparo dentre o parecer das estudantes.

A partir da análise surgiu uma subdivisão em duas subcategorias. Na primeira, intitulada **Se sente preparado**, foi observado que 2 dentre as 7 estudantes ratificaram seu preparo para lidar, como profissional, com situações que envolvem o morrer de seus pacientes, como destacado por elas em suas falas recortadas e ilustradas a seguir.

(...) eu acho que a formação mais humanizada ela ensina você a ter uma visão de acolhimento de empatia com o que o paciente está sentindo, de escuta, porque, muitas vezes, só a posição de escuta às vezes é tudo e... eu não tinha ideia do quão bem eu iria me sair nessas situações em escutar o desabafo, escutar o luto, escutar alguém é. e também saber abraçar isso e de certa forma consolar né? (estudante 5)

Palição foi um momento divisor de águas, comecei a entender mais o que era necessário e qual era o nosso papel como médico nisso e me ajudou também a lidar com isso como pessoa (estudante 6)

A segunda subcategoria dessa seção, denominada **Não se sente preparado**, foi registrado que 3 estudantes não expressaram se sentirem preparadas para lidar com a morte de seus pacientes.

Eu acho que pronta eu ainda não tô, entendeu? Em termos de que eu acho que é uma coisa que eu tenho que estudar, entendeu? Tipo assim, quais medidas, é... são válidas, quais medidas são supérfluas no paciente que tá em processo de morte, isso é uma coisa que eu tenho que dedicar estudo. (estudante 4)

No fim o que fica é que é sofrido de qualquer forma e por mais que a gente ache que está preparado, ninguém tá 100% preparado, mas quanto mais as pessoas existem mais parece que causam mais sofrimento. Essa foi a percepção que eu tive nesse pouco tempo de internato. (estudante 5)

## 6 DISCUSSÃO

A abordagem da espiritualidade na saúde do indivíduo, embora seja uma discussão recente no meio científico hegemônico, está sendo cada vez mais considerada, uma vez que a ampliação de pesquisas nesse sentido invoca sua importância e demonstra resultados positivos no processo saúde-doença, culminando no bem-estar do paciente e melhora do prognóstico e do desfecho da doença<sup>32</sup>. A fim de contribuir na ampliação desse universo de conhecimentos, esse estudo buscou analisar o significado da espiritualidade e do processo de morrer para os internos de Medicina.

De maneira geral, os resultados do estudo mostraram que, embora o conceito de espiritualidade seja vasto, ainda é frequentemente estreitado à dimensão religiosa. Outros estudantes, em menor frequência, associaram a espiritualidade ao sentido que se dá a vida, a uma energia ou, ainda, a uma dimensão humana. Na literatura, a definição encontrada é a de que a espiritualidade não está além da esfera do humano, mas toca profundamente sua vida e experiência, correspondendo à busca do indivíduo pelo sentido que contempla sua realidade<sup>33</sup>.

Vasconcelos define, ainda, que o espiritual é algo que transcende o que é comumente percebido no cotidiano e que tem grande capacidade de transformar a vida do sujeito. A religião, por sua vez, se refere à organização institucional de caráter doutrinário. Esta última está relacionada com uma crença em caminhos de salvação com seus ensinamentos, doutrinas, rituais e orações próprias<sup>34</sup>.

As estudantes da pesquisa trouxeram em suas falas que a inclusão da temática espiritualidade foi encarada como conflitante na clínica médica, principalmente por considerarem a necessidade de estabelecer um limite claro entre o científico, personificado pela imagem do médico, e o espiritual representado por outros profissionais e pelo paciente. Lucchetti e Granero *et al.* em uma revisão feita em 2010 resgatam o irrevogável fato de que é impraticável fragmentar as esferas social, biológica, psíquica e espiritual de um indivíduo na práxis médica. Sendo assim, o profissional médico que detém conhecimentos científicos e biomédicos essenciais para o avanço das práticas de cuidado não trata em sua clínica apenas do corpo, mas de todas as dimensões que contemplam o sujeito e se interligam no entendimento das comorbidades e do sucesso ou fracasso da terapêutica. Os autores remontam ainda os diversos estudos que vêm sendo realizados sobre a importância da espiritualidade nos desfechos clínicos

e na qualidade de vida dos pacientes sejam aqueles que estão em fim de vida ou em tratamento ambulatorial. Entretanto, a falta de conhecimento sobre a espiritualidade, a falta de treinamento ou de tempo, o desconforto com o tema ou o próprio pensamento de que o conhecimento da espiritualidade não é relevante ao tratamento médico não sendo considerada como parte do papel do médico são algumas barreiras que dificultam a introdução desse tema no atendimento médico<sup>35</sup>.

Um estudo realizado em Alagoas em 2018 discorre sobre o existir, o espiritual e o transcendente, alegando que o espiritual corresponde a uma ponte que conecta o existir e o que transcende o ser humano, ou seja, o intangível. Para o estudo, o transcendente frequentemente se funde à dimensão existencial uma vez que família, trabalho, relações pessoais ou com o divino (religião) que fazem parte do existir muitas vezes ganha um significado para o indivíduo permitindo-o transcender e é nesse momento que a espiritualidade se faz presente, pois une os aspectos objetivos da vida à subjetividade do sujeito. Os autores referem a importância do profissional médico entender essa relação de unidade das dimensões que coexistem no sujeito, pois é o que move o sentimento de pertencimento, frequentemente resgatado na experiência de fim de vida, uma vez que promover o cuidado desses pacientes envolve enxergar o ser humano para além do que se vê e é palpável<sup>36</sup>.

Lidar com a espiritualidade do outro em um processo de doença grave requer o reconhecimento do médico quanto a importância dessa demanda e, para isso, precisa, em primeira instância, ser compreendido como uma verdade experimentada. Koenig também ilustra em seus trabalhos que no processo de adoecimento a espiritualidade é resgatada por muitos pacientes, pois estes relatam necessidades espirituais relacionadas aos cuidados de saúde, principalmente pela influência que essa dimensão exerce em suas decisões médicas<sup>3</sup>. De forma análoga, uma pesquisa realizada nos EUA com reitores de 122 escolas médicas também considera que as crenças espirituais dos médicos, no que tange à influência desse fator nas decisões médicas, também impactam nas decisões clínicas e, muitas vezes, isso ocorre de forma independente da espiritualidade de seus pacientes<sup>37</sup>.

A categoria espiritualidade como um apoio pessoal emergiu de uma fala de uma das entrevistadas que declarou enxergar a espiritualidade como um apoio pessoal desenvolvido ao longo de sua vida pessoal. Relata, ainda, que não sentiu que a faculdade interferiu ativamente em seu processo de desenvolvimento espiritual. Segundo Lucchetti e Granero, em uma pesquisa

sobre espiritualidade e saúde nos currículos das escolas médicas do Brasil realizada em 2010, os desafios enfrentados na integração da espiritualidade nas escolas médicas brasileiras envolvem uma resistência que se deve majoritariamente à falta de estudos brasileiros sobre o tema. Dentre as 86 escolas participantes da pesquisa, 9 (10,4%) escolas médicas brasileiras tinham uma matéria dedicada a esse assunto. Os autores concluíram nessa pesquisa que a maior parte do ensino sobre espiritualidade e saúde no Brasil não é padronizado e poucas escolas incluem a oportunidade de que os alunos pratiquem de fato o que aprenderam<sup>26</sup>. De forma análoga, na presente pesquisa, os estudantes trouxeram registros de não se sentirem preparadas ao longo do seu curso de graduação para lidar com a espiritualidade de seus pacientes.

No que tange ao papel do médico na espiritualidade de seu paciente, parte dos relatos consideram não ser responsabilidade desse profissional esse tipo de abordagem, direcionando essa linha de cuidado para outras áreas da saúde. Em contrapartida, também emergiram falas de estudantes que afirmaram ser essencial a atuação do médico nesse âmbito, considerando, inclusive, como um dever de um bom profissional. Isso demonstra uma mudança de perspectiva, ao menos de parte das participantes, com relação ao papel do médico. De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde, uma boa parte dos pacientes necessitam de escuta para suas dores e angústias, pois o profissional de saúde é visto pelo paciente e por sua família como alguém que pode reestabelecer a segurança e o estado saudável, diminuindo a sensação de vulnerabilidade e sofrimento experimentadas. Por isso, ressalta a importância do profissional atento e apto para uma escuta empática, que possibilite um ambiente de confiança em que o paciente consiga expressar suas angústias mais profundas, facilitando, assim, o conforto espiritual fundamental para buscarem suas respostas em seu momento de sofrimento<sup>6</sup>.

Quando se está próximo da morte, a espiritualidade, bem como a percepção do que realmente importa viver se intensifica de maneira profunda. Para Kovács, uma pessoa que sabe de sua morte iminente pode se tornar mais sábia em relação à própria vida, pois lidar com a morte acorda uma espiritualidade adormecida<sup>38</sup>. Segundo a autora, nesse momento é necessário ter pessoas ao redor que saibam deixar o corpo confortável, sem dor, sem falta de ar, mas que saibam ouvir os medos e desejos em relação a esse tempo de terminar<sup>39</sup>. Sendo assim, buscou-se no presente trabalho compreender o significado da morte para os internos, que correspondem aos estudantes que iniciaram o contato direto com essas experiências.

De acordo com os resultados, a mobilização emocional é algo evidente quando se está diante da inexorabilidade da vida. Observou-se a mobilização de sentimentos como derrota, raiva, medo, vazio e tristeza. Nota-se, portanto, que a disponibilidade em tentar desvendar o entendimento do outro é um grande desafio ao cuidar da espiritualidade, em especial de quem está em processo de finitude. Morrer pode alimentar a necessidade de enfrentar questões multidimensionais e transcendentais, o que dificulta estar diante de alguém que está em fim de vida e é capaz de desnudar as verdades e certezas, promovendo o defrontar do cuidador com sua própria vulnerabilidade<sup>8,40</sup>.

Com relação a categoria mobilização emocional, o sentimento de vazio foi relatado, o que traz a ideia de não-lugar ou de não entender o que sente. Um estudo qualitativo de 2005, com uso de análise narrativa de estudantes de medicina sobre seus pacientes, discute que cuidar de um paciente em fim de vida remete ao medo de não saber o suficiente e não fazer o suficiente por seu paciente em momentos decisivos. Os autores referem o autocuidado como uma ferramenta importante para evitar sofrimento e esgotamento desses estudantes, que estão aprendendo a lidar com as emoções que o cuidar do outro emana em si mesmos. Afirmam, ainda, que essas práticas, quando incorporadas precocemente na jornada de um estudante de medicina, podem ajudar a prevenir a negação do sofrimento emocional que abate a maioria dos médicos que já vivenciaram o fim de vida de pacientes<sup>41</sup>.

O sentimento de derrota, relatado nas entrevistas, pode estar atrelado, ao que vem sendo apontado na literatura, como uma visão ainda positivista e ocidental da Medicina, com foco na doença e em sua cura, se afastando do cuidado holístico pautado na pessoa e em sua experiência de adoecimento ou de finitude<sup>25</sup>. Aqui abre-se um alerta para os claros custos emocionais exigidos no exercício da clínica essencialmente curativa e impessoal. A tentativa de impessoalidade ou de “dessensibilização”, ilustrado por uma das internas entrevistadas como uma estratégia essencial para profissão médica, pode ser interpretado como uma tentativa de negar a morte. Nesse momento, cabe refletir a relação médico-paciente que, baseada em um vínculo de confiança, pode estabelecer um apego e, naturalmente, aquela morte anônima pode ganhar uma identidade. Jean-Yves Leloup, teólogo inglês com estudos sobre a espiritualidade, diz que quando se toca alguém, não se deve tocar só um corpo, pois quando se toca uma pessoa, toca-se também toda a memória de sua existência<sup>8</sup>.

Em consonância, uma coorte realizada em 2018 em São Paulo faz uma análise sobre a percepção sobre o morrer entre estudantes dos semestres iniciais do curso de Medicina e os internos. Foi concluído que não há diferença quanto ao preparo para lidar com os sentimentos que envolvem o morrer entre esses dois grupos de estudantes, sendo a morte personificada por ambos os grupos como “fracasso”, remontando a sentimentos semelhantes de derrota das internas evidenciados nesta pesquisa. Além disso, na coorte de 2018 é demonstrado que os internos analisados desenvolvem suas próprias ferramentas cognitivas e afetivas para tolerar as exposições emocionais que o cuidado de pacientes em fim de vida emana, devido à falta de preparo técnico para melhor condução e canalização desses sentimentos, o que pode custar mais ansiedade <sup>42</sup>. Vale ressaltar que Arantes, em sua obra *Histórias Lindas de Morrer*, conta que geralmente médicos mais jovens ou estudantes de Medicina, perguntam se pode deixar doer e então ela diz que “Para um médico que honra a própria vida, dói muito a morte de um paciente. Dói a morte de um ser humano, dói a morte de uma igual, dói a morte de parte de mim mesma”<sup>38</sup>.

Para Souza *et al*, em artigo publicado em 2020, a ausência de compreensão e entendimento dos sentimentos em sua individualidade pode levar a uma sobrecarga emocional que culmina em estresse profissional, também denominado Síndrome de Burnout, caracterizada por exaustão emocional e física, despersonalização e redução da sensação de realização pessoal <sup>43</sup>.

A experiência com a morte foi descrita por todas as internas participantes da pesquisa, sendo que, dentre as falas, o tema vivências pessoais e familiares surgiu fortemente, o que resultou em sua percepção sobre a morte e o morrer ou, em alguns casos, na dificuldade de elaborar os sentimentos que esses processos resgataram. A morte, quando é moribunda ou anônima, ganha um significado diferente daquele atribuído a um familiar, a um vínculo, a alguém que ocupa um espaço em memória. Para Arantes, vivemos buscando discursos que nos mostrem como ganhar, mas a arte de perder é pouco acessada e valorizada na sociedade. Cada perda existencial, cada morte simbólica, envolve o perdão a si mesmo e ao outro, saber que o que foi vivido de bom estará nas lembranças e a certeza de que fizemos a diferença naquele tempo que termina para a nossa história, deixando uma marca inesquecível naquela realidade que se finda. Para a autora, aceitar a perda é vital na vida que continua, mas culturalmente ainda é pouco reconhecida <sup>8</sup>. Nota-se, com base no exposto, a importância de não suprimir no inconsciente as emoções do luto, sendo essencial entender seu impacto na vida individual e nas relações humanas estabelecidas.

A ideia da própria morte, que chega invisível e ingovernável, foi identificada nas falas das estudantes entrevistadas, sendo referido, principalmente, o temor pelo desconhecimento de como seria esse encontro e se esse viria no momento ideal, ou seja, após realizarem todos os seus desejos e projetos. A validade do sentimento dessas internas é descrita em alguns estudos, como, por exemplo, uma pesquisa realizada em 2015 com alunos do curso de Medicina na Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, que traz a percepção do médico diante da irrevogável ideia de morrer. O estudo expõe que o encarar a própria morte convida o médico a um embate com suas personificações, qualidades e diferentes formas atribuídas à morte, seja por meio da cultura, das tradições familiares, ou, pela investigação pessoal, culminando em seus conceitos e preconceitos <sup>44</sup>.

Aproximando-se do cenário exposto, Kübler-Ross defende que quando analisamos a relação do homem com a morte na história e estudamos culturas e povos antigos, temos a impressão de que a morte sempre foi abominável e repelida. A autora argumenta que, do ponto de vista psiquiátrico, esse ponto de vista é bastante compreensível e que talvez possa ser fundamentado pela noção básica do inconsciente humano de que a morte nunca é possível quando se trata de nós mesmos, sendo inconcebível imaginar um fim real para própria vida e quando é considerado esse fim, será sempre atribuído a uma intervenção maligna inalcançável. Sendo assim, é explicado em sua obra *Sobre a Morte e o Morrer* que, para o inconsciente, só se pode ser morto, sendo inimaginável o processo de morrer <sup>11</sup>.

No que se refere ao sentimento de preparo para lidar com pacientes em fim de vida, o conteúdo das URs com relação a Categoria Preparo na Graduação, trouxe falas de preparo para esse momento, assim como outras trouxeram a sensação de despreparo, sendo o segundo grupo mais frequente. Vasconcelos justifica esse contraste ao argumentar que as pessoas em sofrimento tendem a estar muito conectados com as dimensões inconscientes da existência e em concomitância precisam de orientações objetivas para se sentirem mais seguros. Entretanto, a maioria dos estudantes são jovens e pouco experientes, tendo contato com a complexidade e dramaticidade intrínsecas da vida através de seus pacientes, ficando, muitas vezes, emocionados, porém não encontram espaço de discussão destas vivências em sua graduação. O autor exemplifica essa realidade ao dizer que a depressão dos pacientes está amplamente discutida nos manuais, mas não há espaço para discutir a tristeza do profissional que convive com a crise de seu paciente <sup>34</sup>.

Criar maturidade para lidar com pacientes em sofrimento, envolve a necessidade do estudante, segundo Vasconcelos, ter tido o adequado preparo em sua formação e é nesse ponto que esclarece a conexão entre espiritualidade e morte, pois explica que a espiritualidade valoriza as dimensões da subjetividade capazes de captar e expressar uma linguagem simbólica tão marcante na exteriorização de pensamentos sobre a morte e o morrer sufocados nos porões da inconsciência. Além disso, essa abordagem pode proporcionar o ambiente propício para o diálogo, elemento metodológico central no pensamento de Paulo Freire, que se conecta aos afetos. Esse diálogo, atravessado por palavras, gestos e silêncios, pode ser um grande passo para integração entre corpo e alma dentro do movimento de busca objetiva de desvendamento e transformação da realidade de saúde <sup>34</sup>.

As limitações desse estudo devem ser levadas em consideração, uma vez que se trata de uma pesquisa realizada em apenas uma instituição, o que pode influenciar nos resultados encontrados e deve-se considerar que uma pesquisa realizada em instituições com matrizes curriculares diferentes poderia resultar em dados mais significativos. Embora essas limitações sejam válidas, de acordo com a literatura encontrada, podemos inferir que os resultados seriam parecidos em outras instituições estudadas. Em adição, as estudantes participantes estavam seguindo o curso da graduação e se encontravam em semestres diferentes, além de realizarem outras atividades extracurriculares, o que pode culminar em aprendizados construídos de outras formas ao longo da formação pessoal quanto às temáticas investigadas. Partindo-se dessa ótica, faz-se necessário mais pesquisas semelhantes no contexto brasileiro sobre o ensino da morte e da espiritualidade na graduação em medicina.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo-se dos objetivos demarcados nesse estudo que envolvia analisar o significado da espiritualidade e do processo de morrer para os internos de medicina, a maioria dos estudantes apresentou inicialmente um conceito pré-definido e condizente com a literatura, mas demonstrava no decorrer da entrevista uma incongruência de teoria *versus* práxis no que se refere à espiritualidade, atribuindo essa dimensão à religiosidade e à somente pacientes em fim de vida.

Além disso, a partir da descrição da percepção sobre o que é espiritualidade, da compreensão do significado atribuído à morte e da identificação da sensação de preparo ou não preparo ao longo do curso no que tange a lidar com o processo espiritual de pacientes em fim de vida, foi perceptível a presença entre os estudantes entrevistados do reconhecimento do não preparo para lidar com questões espirituais em fim de vida

Dessa forma, observou-se nas entrevistas um grau de sensibilização e mobilização emocional em relação ao morrer, seja com pacientes, familiares ou consigo mesmos. Por fim, notou-se o desconhecimento parcial sobre o papel de sua profissão no trabalho da espiritualidade no processo de morrer. Esse cenário demonstra que ainda se faz necessário capacitações e formações específicas para lidar com essa temática em sua prática profissional, para que possam enxergar as demandas de seus pacientes quando essa dimensão for o manto solicitado para acolher os sentimentos de finitude que o morrer convoca.

## REFERÊNCIAS

1. Tavares Q, Tânia CO, Cavalcanti R, Paula A, Carmos O. Redalyc. Espiritualidade, religiosidade e saúde: velhos debates, novas perspectivas. *Interações: Cultura e Comunidade*. 2016 Jul/Dez; 11(20): 85-97.
2. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG da, Batista PS de S, Batista JBV, Oliveira AM de M. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2016 Mai/Jun; 69(3):591–601
3. Koenig HG. Religion , Spirituality , and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network ISRN Psychiatry*. 2012 Sep/Oct; 1-33.
4. Miranda-Sá Jr, LS. Uma introdução à medicina. Brasília: CFM; 2013.
5. Aurélio M, Ros D. The Flexner Report : for Good and for Bad. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008 Fev.; 32 (4): 492 – 499.
6. Messias AA, Maiello APMV, Coelho FP, D’Alessandro MPS. Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Hospital Sírio- Libanês; Ministério da Saúde; 2020.
7. Ferreira C, Monteiro DS, Rocha SS. Finitude e morte na sociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. *Cultura de los Cuidados*. 2016 Mai.; 20(45): 91–97.
8. Arantes QAC. A Morte é Um Dia que Vale a Pena Viver: É um excelente motivo para se buscar um novo olhar para a vida. Rio de Janeiro: Casa da Palavra Editorial Ltda; 2016.
9. Mariana O. Marengo, Daniela A. Flávio RHA da S. Terminalidade de vida : bioética, terminalidade e humanização em saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2009 Fev./Ago.; 42(3): 350-357.
10. Nazaré T, Costa M, Coelho M, Caldato F, Furlaneto IP. Percepção de formandos de medicina sobre a terminalidade da vida. *Bioética*. 2019 Out./Dez.; 27 (4): 661-73.
11. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, editor; 1996.
12. Jung CG, Dell WS, Baynes CF. *Modern man in search of a soul*. Martino Fine Books; 2017.
13. Rodrigues JC. *O Corpo na História*. Fundação Oswaldo Cruz Editora; 2014.
14. Koenig HG, Cohen HJ. *The Link Between Religion and Health: Psychoneuroimmunology and the Faith*. OUP USA, editor; 2001.
15. Koenig, Harold G. King, Dana E. Carson VB. *Handbook of Religion and Health*. 2ª. USA: Oxford University Press, editor; 2012.
16. Rocha EM. Animais, Homens e Sensações segundo Descartes. *Kriterion Miolo*. 2004 Jul./Dez.; 45(110): 350–364.

17. Tavares de Carvalho R, Afonseca Parsons H, (organizadores). Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado. Acad Nac Cuid Paliativos; 2012.
18. Oselka GW, Oliveira Org RA De. Doente terminal, Destino de Pré-Embriões, Clonagem, Meio Ambiente. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Centro de Bioética; 2005.
19. Guimarães Carvalho Barbosa A, Massaroni L, Lima E de FA. Meaning of the process of dying and death for multiprofessional staff. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2016 Abr./Jun; 8(2): 4510-4517.
20. Montaigne M De. De como filosofar é aprender a morrer. Abril S.A. Cultural e Industrial, São Paulo; 1972.
21. DATASUS Brasil. Sistema de informações sobre mortalidade - SIM Consolidação da base de dados de 2011. Inst Nac Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. 2015; <https://ead.inca.gov.br/course/view.php?id=114>. Ac. Available from: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida\\_Sim\\_2011.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida_Sim_2011.pdf)
22. Roberto P, Carvalho A. Formação de Acadêmicos de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2011; 35(1): 37–43.
23. De Couto J. The Quality of Death Ranking end-of-life care across the world. *British Columbia Medical Journal*. 2012; 54(8): 1-38.
24. The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. *Econ* [Internet]. 2015;71. Available from: <http://www.apcp.com.pt/uploads/2015-EIU-Quality-of-Death-Index-Oct-6-FINAL.pdf>
25. Siqueira Perboni J, Zilli F, Oliveira SG. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. *Pers y Bioética*. 2018; 22(2): 288–302.
26. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Espinha DCM, De Oliveira LR, Leite JR, Koenig HG. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Medical Education*. 2012; 12(1): 12-78.
27. Minayo MCS.; Deslandes SF. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 26a ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
28. Flick, Uwe. *Introdução à Pesquisa Qualitativa*; tradução Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
29. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saude Publica*. 2008 Jan.; 24(1): 17–27.
30. Vinuto J. a Amostragem Em Bola De Neve Na Pesquisa Qualitativa: Um Debate Em Aberto. *Temáticas*. 2014 Ago./Dez.; 22(44): 203–220.
31. Bardin L. *Análise do Conteúdo - Edição revista e ampliada*. São Paulo: Edições 70; 2011.

32. Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M, Tracy A, Wright AA, Paulk ME, et al. Association between religious coping and use of intensive life-prolonging care near death among patients with advanced care. *J Am Med Assoc.* March 2010; 301(11):1140–7.
33. Lizardo C. A. *Psicanálise como Espiritualidade Não-Religiosa: Uma Aproximação. Caminhos.* Goiania. 2016 Jul/Dez; 14(2):371–86.
34. Vasconcelos EM. A espiritualidade no trabalho em saúde [Internet]. Vol. 166, *Saúde em debate.* 2016. 390 p. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-436110>
35. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Aparecida S. Espiritualidade na prática clínica : o que o clínico deve saber ?\*. *Rev Bras Educ Med.* 2010;8(X):4–8.
36. Correia DS, Taveira M das GMM, Marques AMVFA, Chagas RRS, Castro CF, Cavalcanti SL. Percepção e Vivência da Morte do Estudante de Medicina durante a Graduação. *Rev Bras Educ Med.* 2020; 44(1):1–8
37. Koenig HG, Hooten EG, Lindsay-Calkins E, Meador KG. Spirituality in medical school curricula: Findings from a national survey. *Int J Psychiatry Med.* 2010; 40(4):391–8.
38. Kovács MJ. Educação para a morte. *Psicol Ciência e Profissão.* 2005;25(3):484–97.
39. Kovács MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde.* 2010;34(4):420–9.
40. Arantes QAC. *Histórias Lindas de Morrer.* Vol. 4. Rio de Janeiro: Sextante; 2016.
41. Williams CM, Wilson CC, Olsen CH. Dying, death, and medical education: Student voices. *J Palliat Med.* 2005; 8(2):372–81.
42. Malta R, Rodrigues B, Priolli DG. Paradigma na Formação Médica: Atitudes e Conhecimentos de Acadêmicos sobre Morte e Cuidados Paliativos. *Rev Bras Educ Med.* 2018;42(2):34–44.
43. Souza TIM et al. Sentimentos dos Estudantes de Medicina e Médicos Residentes ante a Morte : uma Revisão Sistemática. *Rev Bras Educ Med.* 2020;44(4):1–8.
44. Frossard MP, Enfermagem D, Medicina F De, Botucatu D. A morte no cotidiano da graduação. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação.* 2015; 19(c):1207–20.

**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO**

1. Semestre que está cursando em 2021.2 \_\_\_\_\_

2. Sexo biológico:

( ) Feminino

( ) Masculino

3. Idade \_\_\_\_

4. Etnia/Cor da pele:

5. Religião:

6. Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?

( ) Até 1 salário mínimo (até R\$ 1045,00)

( ) De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 1.045 até R\$ 3.135,00).

( ) De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 3.135 até R\$ 6.270,00).

( ) De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 6.270 até R\$ 9.405,00).

( ) De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 9.405 até R\$ 12.540).

( ) De 12 a 15 salários mínimos (de R\$ 12.540 até R\$ 15.670,00).

( ) Mais de 15 salários mínimos (mais de R\$ 15.675).

## **APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. O que é espiritualidade para você?
  - 1.1 Existe diferença para você entre religião e espiritualidade?
2. Já surgiu o tema espiritualidade e morte em sua prática como interno?
3. Você se sente confortável para perguntar sobre as crenças espirituais do paciente?
4. Você acredita que sua formação abordou esses temas?
5. Você acha que suas crenças influenciam sua prática médica?
6. Como você lida com a morte? Qual sua percepção sobre o morrer?
7. Você já vivenciou o processo de morrer de algum paciente?
8. É possível o médico atuar na espiritualidade do paciente nesse processo? Como?

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **“O significado para os internos acerca da espiritualidade no processo do morrer”**

Essa pesquisa pretende analisar o significado da espiritualidade no processo de morrer de um paciente para os internos de medicina, bem como descrever suas percepções sobre o que é espiritualidade, suas compreensões sobre o significado da morte e, por fim, se se sentem preparados ao longo do curso para lidar com o processo espiritual de pacientes em fim de vida. Com isso, a partir desse recorte dos estudantes, torna-se possível identificar se o processo de formação vem proporcionando mais segurança e preparo, segundo a percepção dos estudantes, para lidar com pacientes em fim de vida.

Caso você aceite participar da pesquisa, a entrevista ocorrerá na plataforma Zoom.US e será gravada em vídeo com o instrumento disponibilizado pela própria plataforma.

Segundo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, toda e qualquer pesquisa apresenta risco aos participantes. Na atual pesquisa, o risco que você estará exposto(a) é o de eventualmente sofrer constrangimento no decorrer da entrevista, as pesquisadoras desse trabalho proporcionam uma garantia de confidencialidade e anonimato de sua resposta, bem como o asseguramento de que os dados serão devidamente armazenados em um computador e HD externo pessoais protegidos com senha por um período de 5 anos e que serão acessadas apenas pelos pesquisadores, sendo definitivamente deletados do computador e do HD externo utilizados após esse período. Além disso, caso você se sinta desconfortável ou sensibilizado ao refletir sobre a temática abordada no estudo e, portanto, na entrevista e, por isso, será informado que poderá interromper a entrevista a qualquer momento e que terá direito a um acolhimento proporcionado pela psicóloga e orientadora da pesquisa, Yasmin Cunha de Oliveira.

Em contraponto, essa pesquisa não trará benefícios diretos. Entretanto, os benefícios indiretos serão decorrentes do conhecimento produzido diante dos resultados encontrados. Quanto a instituição onde serão coletados os dados, esta poderá utilizar os resultados para analisar seu escopo pedagógico no que se refere a temática no currículo do curso. Para os estudantes, a entrevista poderá servir como um espaço de autoconhecimento no que se refere a temática

podendo, assim, mobilizar para novos pensamentos e condutas em sua prática e em sua vida, já que envolverá a abordagem de um tema reflexivo e sensibilizador

Os resultados serão analisados e poderão ser publicados como artigo e/ou resumo científicos. Nada que o(a) identifique aparecerá nas publicações, não havendo prejuízo à sua imagem, intimidade ou confidencialidade.

O Sr.(a) está livre para participar ou recusar-se, não havendo punição diante da sua escolha. Além disso, pode retirar seu consentimento interrompendo a sua participação a qualquer momento, bem como a interrupção da entrevista caso haja sensação de desconforto. A participação neste projeto é voluntária, você não terá nenhum benefício direto, arcará ou receberá qualquer tipo de contribuição financeira para participar deste estudo. Entretanto, em caso de danos comprovadamente causados pela pesquisa, você poderá solicitar indenização.

Caso surjam dúvidas, os responsáveis pelo estudo nessa instituição são: Yasmin Cunha de Oliveira (Pesquisadora responsável) - e-mail: [yasminoliveira@bahiana.edu.br](mailto:yasminoliveira@bahiana.edu.br), tel. (71) 996535539 e Carolyne Sampaio Santiago Galindo Galvão de Moura - e-mail: [carolynemoura18.2@bahiana.edu.br](mailto:carolynemoura18.2@bahiana.edu.br), tel. (75) 992260906.

Na permanência de alguma dúvida não sanada pelos pesquisadores ou alguma denúncia a ser realizada, procure o Comitê de ética em pesquisa – CEP-EBMSP, responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos. Endereço: Av. Dom João VI, nº 274, Brotas. Ao lado do Salvador Card. Salvador-BA. CEP: 40.285-001. **TEL: (71) 2101-1921 | (71) 98383-7127**

Consentimento de participação da pessoa como sujeito da pesquisa

Declaro que li os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para os propósitos acima descritos.

Para participar da pesquisa, é necessário que você concorde com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Você concorda em participar desta pesquisa?

Concordo

Discordo

## APÊNDICE D - TABELA PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

**Tabela 1** - Perfil Sociodemográfico das participantes. Salvador, Bahia, Fevereiro de 2022.

Perfil Sociodemográfico	Frequência
<b>Sexo</b>	
<b>Feminino</b>	7
<b>Masculino</b>	0
<b>Cor/Etnia</b>	
<b>Branco</b>	7
<b>Preto</b>	0
<b>Pardo</b>	0
<b>Outros</b>	0
<b>Faixa Etária</b>	
<b>&lt;20 anos</b>	0
<b>20 a 30 anos</b>	7
<b>&gt;30 anos</b>	0
<b>Renda Familiar</b>	
<b>Até 1 salário-mínimo</b>	0
<b>De 1 a 3 salários-mínimos</b>	1
<b>De 3 a 6 salários-mínimos</b>	0
<b>De 6 a 9 salários-mínimos</b>	0
<b>De 9 a 12 salários-mínimos</b>	0
<b>De 12 a 15 salários-mínimos</b>	0

Fonte: Autores da pesquisa

**Tabela 1** - Perfil Sociodemográfico das participantes. Salvador, Bahia, Fevereiro de 2022. CONTINUA

<b>Renda Familiar</b>	
<b>Mais de 15 salários-mínimos</b>	6
<b>Religião</b>	
<b>Católica</b>	1
<b>Ateu</b>	2
<b>Agnóstica</b>	4
<b>Outros</b>	0

Fonte: Autores da pesquisa

## APÊNDICE E – QUADRO EXPRESSÕES DAS URs DE ESPIRITUALIDADE

**Quadro 4** – Exemplos das UR por Categorias e Subcategorias Temáticas Empíricas no Estudo sobre Espiritualidade. Salvador, Bahia, Fevereiro de 2022.

Subcategorias Temáticas	Expressões das Unidades de Registro
<b>Categoria 1: Espiritualidade</b>	
Subcategoria 1.1: Espiritualidade como Religião	<p>eu pergunto a questão, assim, de ter apoio na sua congregação, na sua igreja, como é que você vai lidar com isso agora, onde é seu maior ponto de apoio porque as vezes o ponto de apoio é na espiritualidade mesmo, mas às vezes não, é na família, então depende muito do que a pessoa acredita. (estudante 7)</p> <p>Eu acho que espiritualidade pra mim é acreditar em algo maior do que a gente aqui, sabe? Acho que ter fé de uma maneira geral tá ligada com espiritualidade. (estudante 1)</p>
Subcategoria 1.2: Espiritualidade como Dimensão Humana	<p>Acho que são seus valores. Acho que é aquilo que não é físico nem provável (...) é simplesmente algo que eu acredito e eu não tenho como mostrar ou provar é só uma coisa minha assim, um pensamento, um valor, uma coisa etérea assim (risos), não material. (estudante 3)</p>
Subcategoria 1.3: Espiritualidade como Sentido de Vida	<p>(...) a conversa pode começar com “Está estudando?” aí ele responde “quero fazer medicina” aí a gente pergunta “por que você acha isso importante?” e daí vamos entendendo o sentido que esse adolescente dá a vida dele e não necessariamente é a religião, mas o sentido dele pra vida e isso pra mim é espiritualidade. (estudante 7)</p> <p>Eu acho que espiritualidade vai nesse sentido de buscar um significado pra vida (estudante 5)</p>
Subcategoria 1.4: Espiritualidade como Energia	<p>Eu acredito muito em vibrações boas é... em você desejar o bem pro outro, então eu acho é basicamente isso (estudante 6)</p>

Fonte: Autores da pesquisa

**Quadro 4** – Exemplos das UR por Categorias e Subcategorias Temáticas Empíricas no Estudo sobre Espiritualidade. Salvador, Bahia, Fevereiro de 2022. CONTINUAÇÃO

Subcategorias Temáticas	Expressões das Unidades de Registro
<b>Categoria 2: Espiritualidade versus Saber Científico</b>	
<p>Subcategoria 2.1: Complementares</p>	<p>Quando a gente perde um pouco as certezas totalmente e eu acho que é nessa hora que fica importante ter uma espiritualidade, um algo a mais assim pra poder de certa forma lidar com isso de uma maneira mais confortável e menos assustadora. (estudante 1)</p> <p>Morte acaba sendo acho que bem comum na graduação de medicina principalmente quando a gente ingressa no internato médico. (...) inevitavelmente quando você lida com a pessoa você vai lidar com a espiritualidade dela (...) é uma forma de você melhorar a adesão dele no tratamento ou entender a dificuldade dele de adesão ao tratamento, a dificuldade de lidar com diagnósticos é... a compreensão ou não da doença (estudante 5)</p> <p>A gente gosta do hospital como um profissional de saúde mas como paciente é ruim tá ali, ficar longe das coisas, da sua família, aí só passa gente perguntando se você já comeu, se fez xixi, se fez cocô, se teve febre, se vomitou, então você transforma aquele momentinho e relembra a ele o que ele acredita e acaba trazendo força (estudante 6)</p> <p>Acho que perguntar a religião é uma coisa muito importante porque traz muita força pra eles sabe? (..) Acho que o paciente falar sobre o que ele sente e sobre o que ele acredita traz um momentinho de esperança e muda o dia dessa pessoa essa fase de hospitalização tanto na UPA quanto no hospital que é muito chato. (estudante 6)</p>

Fonte: Autores da pesquisa

**Quadro 4** – Exemplos das UR por Categorias e Subcategorias Temáticas Empíricas no Estudo sobre Espiritualidade. Salvador, Bahia, Fevereiro de 2022. CONTINUAÇÃO

<b>Categoria 3: Espiritualidade como Apoio</b>	
<p>Eu acho que quando a gente tem uma espiritualidade mais desenvolvida, digamos assim, é mais fácil pra gente entender que essa pode ser uma demanda do outro e valorizar. (Estudante 1)</p> <p>É um curso que suga muito, então eu acho que a pessoa entra ali e é muito, às vezes, sugado mesmo, sabe? Então, pra mim, desenvolver minha espiritualidade foi uma válvula de escape assim do sistema médico como um todo. (estudante 1)</p>	
<b>Categoria 4: Preparo na Graduação</b>	
Subcategoria 4.1: Se sente Preparado	<p>eu me sinto extremamente confortável para conversar sobre religião com os pacientes (estudante 5)</p>
Subcategoria 4.2: Não se sente Preparado	<p>Eu senti que a minha espiritualidade eu desenvolvi, sabe? Ao longo da vida! Se depender da graduação não! Tem que ser na vida mesmo! (estudante 1)</p> <p>Eu acho que deveria ser mais abordado na faculdade porque não é só quando o paciente tá morrendo que ele precisa né? (...) se é algo que ele possa usar e algo que o médico possa ajudar, a incentivar, a abordar de algum jeito e eu acho que a gente não tem esse treinamento (estudante 1)</p> <p>Senti uma falta desse trabalho de espiritualidade porque se você for ver até diretriz mesmo de tratamento de hipertensão fala sobre espiritualidade como um componente do tratamento e eu não sei como acontece pro meu paciente. (estudante 4)</p> <p>Um dia eu entendi ela perguntar com dificuldade “eu vou morrer aqui?” e eu não soube muito bem o que falar, (...) aí ela falou pra mim que acreditava em Deus e pegou em minha mão e eu não sabia o que fazer, então nesse momento se eu tivesse um conhecimento maior eu poderia ter ajudado mais porque eu não sabia o que fazer, se eu deveria rezar com ela, se eu deveria fazer alguma coisa. E eu não perguntaria pra meu preceptor o que fazer porque é uma pergunta meio assim... que ele ia descreditar, então eu nunca perguntaria isso. Então essa experiência foi forte pra mim. (estudante 7)</p>

Fonte: Autores da pesquisa

**Quadro 4** – Exemplos das UR por Categorias e Subcategorias Temáticas Empíricas no Estudo sobre Espiritualidade. Salvador, Bahia, Fevereiro de 2022. CONTINUAÇÃO

<b>Categoria 5: Papel do Médico na Espiritualidade</b>	
Subcategoria 5.1: Médico tem papel na Espiritualidade	<p>Tipo assim, tenho certeza que muitos médicos não estão preparados muito pelo que eu vejo assim na prática. (...) Mas acho que o médico pode trabalhar isso sim. O médico pode se capacitar pra lidar ele mesmo com a situação, assim como ajudar a família. E isso não significa não se sentir mal, não chorar ou não sofrer, porque muita gente acha que é isso, que é ter aquele papel de frieza. (estudante 6)</p> <p>Eu acho que o médico pode estar envolvido nesse processo e se for um médico que acompanhou o processo do morrer eu acho que ele não só pode, como deve estar incluído nesse processo (estudante 7)</p> <p>Eu acho que o bom médico deve né? É o maior clichê, mas estamos cuidando de uma pessoa, então se estamos cuidando de uma pessoa, estamos cuidando dela em todas as suas dimensões. (...) Eu acho que o atendimento ideal, o atendimento integral, eu acho que ele perpassa obrigatoriamente pela espiritualidade. (estudante 5)</p>
Subcategoria 5.2: Negação do papel do Médico na Espiritualidade	<p>Eu acho que depende do momento, mas eu acho que é muito de sentir o paciente também, sabe? (...)eu não sei até que ponto cabe incentivar isso em pacientes que não manifestam. (estudante 1)</p> <p>Eu não sei de que forma, eu acho que é uma coisa muito multidisciplinar tem várias especialidades na área de saúde não só médicos, então acho que talvez tenha profissionais que estejam sendo mais preparados pra isso, não sei (estudante 4)</p> <p>eu acho que o psicólogo talvez seja o profissional mais capacitado nesse aspecto porque ele pode ouvir sem julgar e sem emitir, tecnicamente... opinião né? Sem emitir suas próprias crenças pessoais. O médico acho que tá ali justamente pra motivar, pra cuidar e pra ser sincero e realista quanto ao prognóstico e conduta e possibilidades médicas. (estudante 3)</p>

Fonte: Autores da pesquisa

## APÊNDICE F - QUADRO EXPRESSÕES DAS URs DE MORTE

**Quadro 5** - Exemplos das UR por Categorias e Subcategorias Temáticas Empíricas no Estudo sobre Morte. Salvador, Bahia, Fevereiro de 2022.

<b>Categoria 1: Mobilização Emocional do Profissional perante a Morte</b>
<p>Quando eu tô na prática e algum paciente morre, isso já aconteceu comigo algumas vezes, um deles inclusive enquanto eu tava reanimando, eu de imediato eu não sinto tristeza, eu sinto como se fosse uma sensação assim de vazio, sabe? E eu acho que isso faz muito parte de como a gente é treinado. (estudante 3)</p> <p>Eu sou um pouco difícil assim de lidar com isso eu acho que eu me envolvo muito assim com os pacientes e tudo (estudante 6)</p> <p>A primeira paciente que eu perdi foi da pediatria e eu lembro tudo dela (...) essa morte me deixou com um pouco de raiva (estudante 7)</p> <p>As mortes em emergência a gente se desconecta completamente é uma coisa assim que a gente se deixa sentir por alguns minutos e depois parte pra o próximo (...) chega a parada cardíaca e vai todo mundo lutar por aquele paciente (...) damos tudo o que a gente tem e a equipe fica na esperança de que vai funcionar e quando não dá certo, que é a maioria das vezes, dá pra ver o clima de derrota na equipe que dura alguns minutos e depois todo mundo segue o seu trabalho. (...) Então a gente tem que dessensibilizar um pouco porque o trabalho vai continuar. (estudante 7)</p>
<b>Categoria 2: Morte de Familiares</b>
<p>Claro que se for uma situação da minha família eu ia ficar muito mal, entendeu? Mas eu comecei a ver de outra forma (estudante 4)</p> <p>(...) muito difícil pensar na ideia de perder alguém que eu gosto né? Mesmo sabendo que pra ele é o mesmo processo que seria pra mim. É extremamente difícil. É.. por apego é.. por significado que a gente atribui aos vínculos (...) Não vejo que eu lidaria tão bem. Não acho que eu seria resistente, mas não acho que eu teria a resiliência que eu deveria ter também. (estudante 5)</p> <p>velório e funeral é um negócio que eu não gosto de ir, não gosto de frequentar e só fui em dois na minha vida quando mais nova e no do meu avô e eu acho difícil de lidar, eu demoro um pouco, não parece que é real. Eu fico assim.. “poxa essa pessoa tava aqui ontem e não tá mais aqui agora (estudante 6)</p>

Fonte: Autores da pesquisa

**Quadro 5** - Exemplos das UR por Categorias e Subcategorias Temáticas Empíricas no Estudo sobre Morte. Salvador, Bahia, Fevereiro de 2022. CONTINUAÇÃO

<b>Categoria 3: Morte Pessoal</b>	
<p>Eu acho que estaria nesse bolo de pessoas que lidam com a própria morte de uma forma muito mais fácil do que com a morte dos outros (...) A morte da gente é algo desconhecido, mas é desconhecido até pra gente e, de certa forma, isso me assusta menos do que lidar com o vazio. (estudante 5)</p> <p>eu não tenho medo de morrer. Eu tenho medo de morrer antes de fazer tudo o que eu queria fazer (riso). Então o meu problema não é morrer, sabe? É... tô morrendo como eu queria morrer? Então, tipo assim, eu fiz tudo o que eu queria fazer? (...) Pra mim morrer é normal, o que não significa que seja fácil. (estudante 3)</p> <p>A gente não para pra pensar que “eu sou um ser mortal. Eu vou morrer. Ok.” Não fazemos isso, não paramos pra pensar, a gente não coloca significado e não naturaliza. Até porque eu acho que se a gente parar pra pensar muito nisso a gente paralisa um pouco. Você ficar parando pra pensar muito em seu caráter de mortal eu acho que vai acabar te segurando muito durante a vida. (estudante 7)</p>	
<b>Categoria 4: Preparo na Graduação</b>	
<p>Subcategoria 4.1: Se sente Preparado</p>	<p>eu acho que a formação mais humanizada ela ensina você a ter uma visão de acolhimento de empatia com o que o paciente está sentindo, de escuta, porque, muitas vezes, só a posição de escuta às vezes é tudo e... eu não tinha ideia do quão bem eu iria me sair nessas situações em escutar o desabafo, escutar o luto, escutar alguém é.. e também saber abraçar isso e de certa forma consolar né? (estudante 5)</p> <p>Palição foi um momento divisor de águas, comecei a entender mais o que era necessário e qual era o nosso papel como médico nisso e me ajudou também a lidar com isso como pessoa (estudante 6)</p>

Fonte: Autores da pesquisa

**Quadro 5** - Exemplos das UR por Categorias e Subcategorias Temáticas Empíricas no Estudo sobre Morte. Salvador, Bahia, Fevereiro de 2022. CONTINUAÇÃO

<b>Categoria 4: Preparo na Graduação</b>	
Subcategoria 4.2: Não se sente Preparado	<p>Eu acho que pronta eu ainda não tô, entendeu? Em termos de que eu acho que é uma coisa que eu tenho que estudar, entendeu? Tipo assim, quais medidas, é... são válidas, quais medidas são supérfluas no paciente que tá em processo de morte, isso é uma coisa que eu tenho que dedicar estudo. (estudante 4)</p> <p>No fim o que fica é que é sofrido de qualquer forma e por mais que a gente ache que está preparado, ninguém tá 100% preparado, mas quanto mais as pessoas existem mais parece que causam mais sofrimento. Essa foi a percepção que eu tive nesse pouco tempo de internato. (estudante 5)</p> <p>Mas, assim, não é trabalhado isso de “eu vou morrer”. Pensando bem, eu acho que seria interessante trabalhar isso porque se é algo que te toca, provavelmente o sentido que você vai atribuir à morte dos outros seja modificado a partir do sentido que você dá à sua própria morte. (estudante 7)</p>

Fonte: Autores da pesquisa

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O SIGNIFICADO PARA OS INTERNOS ACERCA DA ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DO MORRER

**Pesquisador:** Yasmin Cunha de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 49481221.8.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.886.157

#### Apresentação do Projeto:

O enfrentamento da morte é uma realidade que pode estar presente na rotina dos estudantes que estão indo para os hospitais, principalmente os internos. Tem sido descrito na literatura que o lidar com a morte convoca os estudantes a refletir sobre a vida e sobre a espiritualidade. O presente estudo busca analisar o significado da espiritualidade no processo de morrer de um paciente para os internos, identificando o que é espiritualidade e morte para esses estudantes e identificando se esses se sentem preparados ao longo do curso para lidar com o processo espiritual de pacientes em fim de vida.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Analisar o significado da espiritualidade no processo de morrer de um paciente para os internos.

**Objetivo Secundário:**

- Descrever a percepção dos internos sobre o que é espiritualidade.
- Compreender o significado da morte para os internos.
- Identificar se os internos se sentem preparados ao longo do curso para lidar com o processo espiritual de pacientes em fim de vida.

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

**Bairro:** BROTAS

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.285-001

**Telefone:** (71) 2101-1921

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.886.157

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os autores com relação aos riscos:

A entrevista será gravada com o auxílio da plataforma Zoom.Us e isso poderá trazer constrangimento para o participante, o que será minimizado com a garantia da

confidencialidade de sua resposta, bem como o asseguramento de que os dados serão devidamente armazenados em um computador e HD externo pessoais por um período de 5 anos e que serão acessadas apenas pelos pesquisadores, sendo definitivamente deletadas após esse período. Além disso, o participante pode se sentir desconfortável ou sensibilizado ao refletir sobre a temática abordada no estudo e, portanto, na entrevista e, por

isso, será informado que poderá interromper a entrevista a qualquer momento e que terá direito a um acolhimento proporcionado pela psicóloga e orientadora da pesquisa, Yasmin Cunha de Oliveira.

Quanto aos Benefícios os autores relatam que:

Os participantes não terão benefícios diretos com essa pesquisa. Entretanto, os benefícios indiretos serão decorrentes do conhecimento produzido diante dos resultados encontrados. Quanto a instituição onde serão coletados os dados, esta poderá utilizar os resultados para analisar seu escopo

pedagógico no que se refere a temática no currículo do curso. Para os estudantes, a entrevista poderá servir como um espaço de autoconhecimento

no que se refere a temática, já que este tema costuma ser mobilizador, como demonstrado na literatura.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Desenho de estudo: O projeto trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa.

Local e Período do Estudo: O estudo será realizado na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e se estenderá no período de Setembro de 2021 a Outubro de 2021.

População do Estudo: A população estudada será composta por graduandos de Medicina do 9º ao 12º semestres da Escola Bahiana de Saúde Pública em Salvador-BA. A amostra será determinada segundo a Amostragem Teórica que Glaser e Strauss descrevem como sendo um processo de coleta de dados, no qual o pesquisador decide que dados coletar a seguir e como encontrá-los, a fim de desenvolver sua teoria com base em sua coleta, codificação e análise conjunta de seus dados. Sendo assim, esse processo é controlado pela teoria

em formação. Nesse método de amostragem os dados serão coletados até que haja uma

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274  
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71) 2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.886.157

"saturação teórica" que, para Glaser e Strauss, corresponde a suspensão da inclusão de novos entrevistados quando os dados armazenados alcançarem certa redundância ou repetição segundo a avaliação do pesquisador. Os participantes serão recrutados segundo o critério de "Bola de Neve" que corresponde a um processo de coleta de informações com o auxílio das

redes sociais dos entrevistados, a fim de fornecer ao pesquisador um conjunto cada vez maior de contatos potenciais. É importante ressaltar que esse processo será iniciado com a divulgação através de "informantes-chave" que serão nomeados como sementes e facilitarão o processo de contato com os demais internos, a fim de tatear a população-alvo e conseguir participantes para pesquisa. Além disso, o processo de coleta de dados será finalizado a partir do critério de ponto de saturação teórico.

Coleta de dados: A coleta dos dados ocorrerá através de uma entrevista semiestruturada individual. Esta constará de um perfil sociodemográfico com 6 perguntas fechadas acerca da idade, sexo biológico, etnia, religião, semestre do curso e renda familiar mensal. E perguntas abertas baseadas nos tópicos definidos no Roteiro de Entrevista. As entrevistas semipadronizadas, possibilitam que o entrevistador introduza através de perguntas abertas cada área de tópico, possibilitando que o entrevistado responda com base em seu conhecimento imediato. Em seguida, a partir da literatura científica sobre o tópico e direcionando para as hipóteses mais perguntas podem ser feitas para tornar mais explícito o conhecimento implícito do entrevistado.

Procedimentos de coleta de dados: Para dar início a coleta será enviado via e-mail institucional uma carta convite para os representantes de turma dos alunos do 9º ao 12º semestre. Estes funcionarão como "sementes" que facilitarão o processo de contato com os demais estudantes através de suas redes sociais, seguindo o método "Bola de Neve", no qual o recrutamento se dá por indicação entre os colegas contatados. Além disso, o

processo seguirá conforme amostragem teórica que preconiza o recrutamento conforme a necessidade avaliada pelo pesquisador. Havendo interesse em participar da pesquisa, será marcada via redes sociais uma reunião na plataforma Zoom.US com horário e dia estabelecidos segundo a disponibilidade dos envolvidos. Ao iniciar a reunião será enviado de maneira online através do Google Forms o TCLE a fim de que haja o

consentimento do participante para dar início a entrevista.

Aspectos Éticos: O projeto de pesquisa envolve o compromisso de não ferir a ética da elaboração de textos científicos. Sendo assim, esse estudo tem como responsabilidade apenas iniciar o seu projeto após a aprovação no CEP da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Além disso, os internos apenas participarão do processo de coleta de dados se concordarem com o TCLE e em

<b>Endereço:</b> AVENIDA DOM JOÃO VI, 274	
<b>Bairro:</b> BROTAS	<b>CEP:</b> 40.285-001
<b>UF:</b> BA	<b>Município:</b> SALVADOR
<b>Telefone:</b> (71) 2101-1921	<b>E-mail:</b> cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.886.157

conformidade com as orientações apresentadas na Resolução 466/2012 do CNS.

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

Folha de rosto: devidamente preenchida e com assinatura do responsável institucional;  
 Cronograma: discrimina as fases da pesquisa com início da coleta previsto para 01.09.21;  
 Orçamento: apresentado no valor de R\$498,00 informando a fonte financiadora;  
 TCLE: no padrão previsto na Resolução 466/2012;  
 Carta de anuência: anexada e assinada pelo responsável.

**Recomendações:**

Observar as determinações do Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021 - Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, com destaque para:

- a) Enviar convite por e-mail para, apenas, um destinatário ou enviar na forma de lista oculta (item 2.1.1).
- b) Detalhar a política de privacidade da ferramenta e o risco de compartilhamento dessas informações a parceiros comerciais para oferta de produtos e serviços para assegurar os aspectos éticos (item 2.4).
- c) Evitar o armazenamento dos dados em ambiente compartilhado ou "nuvem" (item 3.1 e seguintes).

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

Após a análise bioética através da Resolução 466/12 CNS/MS e demais documentos afins a plenária do CEP-BAHIANA considera o projeto APROVADO para execução imediata de acordo com o cronograma proposto, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a partir da sua execução e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274  
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.886.157

definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1785381.pdf	11/07/2021 18:01:56		Aceito
Outros	CartaAnuencia_assinada.pdf	11/07/2021 17:57:56	Yasmin Cunha de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/07/2021 17:57:16	Yasmin Cunha de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	11/07/2021 17:56:52	Yasmin Cunha de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto_NUSP.pdf	11/07/2021 17:56:34	Yasmin Cunha de Oliveira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 05 de Agosto de 2021

Assinado por:  
Roseny Ferreira  
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274  
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br