



---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

**SANE MASSON COSTA**

**A ATENÇÃO À PESSOA COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER E OS MATIZES**  
**DA FINITUDE: entre incertezas, proteção, cuidado e compaixão laica**

Rio de Janeiro

2024

SANE MASSON COSTA

**A ATENÇÃO À PESSOA COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER E OS MATIZES  
DA FINITUDE: entre incertezas, proteção, cuidado e compaixão laica**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, de instituições de ensino superior associadas, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Bioética orientada pelo Professor Doutor Rodrigo Siqueira-Batista.

Rio de Janeiro

2024

C837 Costa, Sane Masson.

A atenção à pessoa com diagnóstico de câncer e os matizes da finitude: entre incertezas, proteção, cuidado e compaixão laica / Sane Masson Costa. – Rio de Janeiro, 2024.

74 f.: il.; 30 cm.

Orientador: Rodrigo Siqueira-Batista.

Dissertação (Mestrado) - UFRJ/UFF/UERJ/FIOCRUZ. Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, 2024.

Referências: f. 67-74.

1. Neoplasias. 2. Cuidados paliativos. 3. Bioética. 4. Incerteza. 5. Estudantes de medicina. I. Siqueira-Batista, Rodrigo. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. III. Título.

CDD 171.7

## FOLHA DE APROVAÇÃO

SANE MASSON COSTA

A ATENÇÃO À PESSOA COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER E OS MATIZES  
DA FINITUDE: entre incertezas, proteção, cuidado e compaixão laica

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em associação UFRJ-FIOCRUZ-UERJ-UFF, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Bioética Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovada em: 27 de fevereiro de 2024.

---

Prof. Dr. Rodrigo Siqueira-Batista (Orientador)  
Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Universidade Federal de Viçosa  
Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Andréia Patrícia Gomes  
Universidade Federal de Viçosa  
Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof. Dr. Oswaldo Jesus Rodrigues da Motta  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dedico esta Dissertação à minha família, em especial ao meu esposo, pelo incentivo e paciência em cada processo durante esses dois anos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por permitir a abertura deste campo de possibilidade na minha vida. O Mestrado sempre foi um sonho, desde a graduação e, após esta realização, de estar inserida neste lugar, não poderia deixar de agradecer aos professores do PPGBIOS, que com tanto carinho e dedicação, viram no meu Pré-projeto, ainda tão cru, uma possibilidade de estar se transformando nesta Dissertação.

Agradeço ao meu esposo, Vinicius Sales Oliveira de Souza pelo incentivo e acolhimento nos momentos difíceis do processo. Também não poderia deixar de agradecer aos meus pais, sogros, sobrinha-filha Katherine Masson Costa Barreto e ajudante Fátima Canuto, com os meus filhos gêmeos, que ainda eram bebês e durante a pandemia, pelo acolhimento e ajuda para que eu pudesse assistir às aulas.

Agradeço ao Dr. Gabriel Mussi, Oncologista paliativista do Hospital São João Batista em Macaé, que me acolheu, apoiou, acreditou no meu trabalho e me ensinou muito.

E por fim, mas não menos importante, ao meu orientador Rodrigo Siqueira Batista pelos ensinamentos, confiança nas minhas ideias e paciência.

*Se pudéssemos ensinar aos nossos estudantes o valor da ciência e da tecnologia, ensinando a um tempo a arte e a ciência do interrelacionamento humano, do cuidado humano e total do paciente, sentiríamos um progresso real. Se não fosse feito mau uso da ciência e da tecnologia no incremento da destruição, prolongando a vida em vez de torná-la mais humana; se ciência e tecnologia pudessem caminhar paralelamente com maior liberdade para contactos de pessoa a pessoa, então poderíamos falar realmente de uma grande sociedade.*

**Elisabeth Kübler-Ross**

## RESUMO

COSTA, Sane Masson. **A atenção à pessoa com diagnóstico de câncer e os matizes da finitude**: entre incertezas, proteção, cuidado e compaixão laica. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – PPGBIOS, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

O câncer é uma doença maligna com ampla diversidade de apresentação, a depender da velocidade de multiplicação das células doentes e dos órgãos afetados. A especialidade médica que, usualmente, investiga e cuida dessa enfermidade é a oncologia. Embora seja uma doença grave – cujo desenlace, muitas vezes, será a abordagem pelos cuidados paliativos (CP) –, ainda há uma grande expectativa na cura, uma espera baseada em promessas e permeada por incertezas, aspectos estes que impregnam a experiência do paciente com câncer. A ideia de finitude e os processos de morte e morrer se fazem presentes na relação médico-paciente e, muitas vezes, com o diagnóstico de câncer e com as incertezas dele advindas, emergem várias questões éticas, as quais podem/devem ser abordadas pelos referenciais da bioética, mormente: a proteção, o cuidado e a compaixão laica, sobretudo no âmbito da formação médica. Desta maneira, o objetivo do presente trabalho é analisar os aspectos éticos da atenção à pessoa com diagnóstico de câncer em CP – com destaque para as incertezas atinentes aos processos de morte e morrer, à luz dos conceitos de cuidado e proteção –, com o intuito de apresentar elementos reflexivos à formação médica. Para isso, realizou-se uma investigação teórica estruturada como revisão narrativa da literatura, cuja busca dos textos e documentos pertinentes foi realizada utilizando as bases SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), PUBMED (*U. S. National Library of Medicine*) e LILACS (*Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde*), através do Portal Regional BVS (*Biblioteca Virtual em Saúde*) utilizando como descritores: bioética, oncologia, cuidados paliativos, incerteza, cuidados de fim de vida e formação médica. Os resultados foram organizados em oito capítulos, divididos da seguinte maneira: o capítulo 1 foi abordado o tema central, buscando a compreensão das possibilidades – nas perspectivas éticas da Proteção, do Cuidado e da (Bio)ética para todos os seres (com ênfase para o conceito de compaixão laica) – para o cuidado ao paciente oncológico em processo de fim de vida, diante da incerteza médica. No capítulo 2 apresentou-se o método de pesquisa documental qualitativa utilizado neste trabalho para, a partir daí, seguir com os capítulos de revisão bibliográfica propriamente. O capítulo 3 trouxe uma discussão a respeito à pessoa com diagnóstico de câncer, finitude da vida e os processos de morte e morrer. O capítulo 4 abordou o cuidado às pessoas com câncer. No capítulo 5 apontam-se composições entre Bioética e CP, para que no capítulo 6 proceda-se a análise documental sobre os estudos da bioética, a incerteza e o cuidado frente ao paciente com câncer, como uma questão para a formação médica. Em termos da Discussão (Capítulo 7) e das Considerações Finais (Capítulo 8), ressaltam-se a complexidade – e as incertezas –, em que medicina se insere para a abordagem das questões de fim de vida. A dificuldade dos profissionais de saúde para o manejo das ferramentas teóricas da Bioética – com destaque para as concepções de cuidado, proteção e compaixão laica – podem impactar negativamente na atenção à pessoa com diagnóstico de câncer.

Palavras-chave: câncer; cuidados paliativos; bioética; incerteza; formação superior.

## ABSTRACT

COSTA, Sane Masson. **A atenção à pessoa com diagnóstico de câncer e os matizes da finitude**: entre incertezas, proteção, cuidado e compaixão laica. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – PPGBIOS, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Cancer is a malignant disease with a wide diversity of presentation, depending on the speed at which diseased cells and affected organs multiply. The medical specialty that usually investigates and cares for this disease is oncology. Although it is a serious illness – the outcome of which will often be the palliative care (PC) approach –, there is still a great expectation for a cure, a wait based on promises and permeated by uncertainties, aspects that permeate the patient's experience with cancer. The idea of finitude and the processes of death and dying are present in the doctor-patient relationship and, often, with the diagnosis of cancer and the uncertainties arising from it, several ethical questions emerge, which can/should be addressed by the frameworks of bioethics, especially: protection, care and secular compassion, especially in the context of medical training. Thus, the objective of the present work is to analyze the ethical aspects of care for people diagnosed with cancer in PC – with emphasis on the uncertainties relating to the processes of death and dying, in light of the concepts of care and protection –, with the aim to present reflective elements to medical training. To this end, a theoretical investigation was carried out structured as a narrative review of the literature, in which the search for relevant texts and documents was carried out using the databases SCIELO (Scientific Electronic Library Online), PUBMED (U.S. National Library of Medicine) and LILACS (Literatura Latino- American and Caribbean Health Sciences), through the Regional VHL Portal (Virtual Health Library) using the following descriptors: bioethics, oncology, palliative care, uncertainty, end-of-life care and medical training. The results were organized into eight chapters, divided as follows: Chapter 1 addressed the central theme, seeking to understand the possibilities – from the ethical perspectives of Protection, Care and (Bio)ethics for all beings (with emphasis on the concept of secular compassion) – for the care of cancer patients in the end-of-life process, faced with medical uncertainty. In chapter 2, the qualitative documentary research method used in this work was presented to, from then on, continue with the bibliographic review chapters themselves. Chapter 3 brought a discussion regarding the person diagnosed with cancer, the finiteness of life and the processes of death and dying. Chapter 4 addressed care for people with cancer. In chapter 5, compositions between Bioethics and CP are highlighted, so that in chapter 6, a documentary analysis of bioethics studies, uncertainty and care for cancer patients is carried out, as an issue for medical training. In terms of the Discussion (Chapter 7) and Final Considerations (Chapter 8), the complexity – and uncertainties – are highlighted in which medicine is inserted when addressing end-of-life issues. The difficulty for health professionals to manage the theoretical tools of Bioethics – with emphasis on the concepts of care, protection and secular compassion – can negatively impact the care provided to people diagnosed with cancer.

Keywords: cancer; palliative care; bioethics; uncertainty; higher education.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fatores que influenciam a percepção da dor.....	36
Figura 2 - Árvore de associação de sentidos: Sentidos de cuidados paliativos para os profissionais de saúde atuantes em oncologia .....	46
Figura 3 - Árvore de associação de sentidos: Ações de cuidados paliativos para os profissionais de saúde .....	47
Figura 4 - Árvore de associação de sentidos: Dificuldade encontradas pelos Profissionais de Saúde na assistência ao doente oncológico em cuidados paliativos.....	47
Figura 5 - Árvore de associação de sentidos: Formação dos profissionais de saúde para a atuação em cuidados paliativos .....	48
Figura 6 - Conceitos fundamentais da (Bio)ética para todos os seres .....	53

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dificuldades de ordem prática e psicossocial mencionadas por paciente portadores de câncer.....	38
Quadro 2 - Síntese argumentativa da compaixão <i>laica</i> .....	52

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Síntese das categorias, subcategorias e temáticas de análise do tema morte .....	57
Tabela 2 - Abordagem da tanatologia nas 50 melhores graduações em medicina do Brasil, conforme RUF – Ranking Universitário Folha (Folha de São Paulo, 2017).....	59

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AMB	Associação Médica Brasileira
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CFM	Conselho Federal de Medicina
CP	Cuidados Paliativos
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ENADE	Exame Nacional de Avaliação do Desempenho de Estudante
EPM	Escola Paulista de Medicina
IA	Inteligência Artificial
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 MÉTODOS.....</b>	<b>22</b>
2.1 BUSCA BIBLIOGRÁFICA .....	22
2.2 SELEÇÃO DOS TEXTOS .....	22
2.3 ANÁLISE DOS TEXTOS .....	23
2.4 ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO .....	23
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>25</b>
3.1 O ENFERMO COM CÂNCER, A FINITUDE DA VIDA E OS PROCESSOS DE MORTE E MORRER.....	25
3.2 MEDICINA, INCERTEZA E O CUIDADO ÀS PESSOAS COM CÂNCER.....	32
3.3 BIOÉTICA E CUIDADOS PALIATIVOS .....	41
<b>3.3.1 Bioética da Proteção .....</b>	<b>49</b>
<b>3.3.2 Ética do Cuidado .....</b>	<b>50</b>
<b>3.3.3 Compaixão laica à luz da (Bio)ética para todos os seres.....</b>	<b>52</b>
3.4 BIOÉTICA, INCERTEZA E O CUIDADO AO PACIENTE COM CÂNCER: UMA QUESTÃO PARA A FORMAÇÃO MÉDICA .....	54
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>61</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>67</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2022a, p. 1), “é um termo que abrange mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que têm em comum o crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos à distância”. A especialidade médica considerada a principal responsável por tratar essa enfermidade – nas suas diferentes manifestações – é a Oncologia.

Os diversos tipos de câncer diferem entre si pelo tecido no qual surgem, pela velocidade de multiplicação das células e pelas diferentes possibilidades de ocorrência de metástases, as quais são consequência da capacidade das células cancerígenas invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (INCA, 2022a).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima 704 mil novos casos da doença no Brasil, para cada ano do triênio 2023-2025, destacando as regiões Sul e Sudeste. A distribuição da incidência, mostra que para estas regiões, “concentram cerca de 70% da incidência, sendo que, na Região Sudeste, encontra-se metade dos casos” (INCA, 2022b, p. 30). Trata-se de um dos principais problemas de saúde pública no mundo e que corresponde o primeiro ou segundo lugar das causas de morte prematura, antes dos 70 anos (INCA, 2022b). Este cenário tem se agravado no cenário mundial devido, principalmente, às mudanças estruturais, no ambiente, de comportamento e até mesmo o envelhecimento populacional, dados os impactos sofridos pela dieta, exposição a poluentes, mobilidade, entre outros. Este fato favorece o aumento da incidência e mortalidade por câncer e, no Brasil, se observou uma maior disponibilidade e qualidade das informações sobre este tema, favorecendo um melhor monitoramento e organização das ações para o controle da doença (INCA, 2022b).

Considerando o binômio, segundo Floriani e Schramm (2007), do aumento da população idosa e a grande frequência de doenças crônicas não-transmissíveis nessa população – como o câncer –, vale observar as futuras demandas de uma sociedade que, de um lado possui no mercado uma alta tecnologia, e do outro uma grande escassez de recursos importantes para as pessoas com diagnóstico de câncer. Esta estimativa configura um grande desafio para as políticas de saúde e para a bioética em saúde pública, seja no setor privado ou público (Floriani; Schramm, 2007).

No entanto, por ser ainda a maior causa de morte prematura no mundo, conforme já comentado, há o estigma do câncer ser uma doença sem possibilidades de cura, com o fim inevitavelmente para a morte, além da perda de autonomia, vitalidade e as ocorrências de dores (Gallasch, 2019).

Os estudos sobre a expectativa de sobrevivência da pessoa com diagnóstico de câncer apontam que aqueles que são sobreviventes da doença experimentam sentimentos de angústia lhes trazendo muitos desconfortos – físico e mental – e, por esta razão, há um grande indício da expectativa em relação ao tratamento, qualidade de vida e continuidade da vida, aparecendo assim, a incerteza e a esperança em relação à doença (Gallasch, 2019).

Se o câncer fosse uma doença benigna, possivelmente seria representada de forma distinta por pacientes e seus familiares e diferentemente abordada pelas disciplinas que se dedicam ao estudo dessa enfermidade. Todavia, apesar de ser muitas vezes incurável, Ménoret (2018) diz que, alguns pacientes, mantêm uma esperança na cura não apoiada em dados científicos. Desta maneira, se faz necessário clarear o pano de fundo da atitude dos diferentes atores diante do câncer: a *incerteza*, que engloba toda tentativa de extirpar o câncer e todo o diagnóstico da doença. Esta incerteza está inscrita em múltiplas expectativas – sejam elas íntimas, privadas, coletivas, sociais, profissionais e políticas –, as quais designam uma espera baseada em promessas, onde tudo será feito para salvar o paciente, e probabilidades que sustentam as promessas. É essa dicotomia, incerteza e expectativa, que impregna a experiência do câncer (Ménoret, 2018), além da ideia de morte e de finitude gerarem um contexto de incerteza para a pessoa com o diagnóstico, seus familiares e profissionais de saúde.

Siqueira-Batista (2006), ao trazer a imagem mítica do centauro Quíron, faz uma relação da finitude e dos sofrimentos trazidos por ela (finitude), que podem ser de ordem física, psíquica e social. O sofrimento físico – advindo do processo de finitude – pode emergir condições clínicas a quais a dor sobressai. Na questão social, pode aparecer a exclusão social, a deterioração das relações familiares e o afastamento. No que tange o sofrimento psíquico, devem ser destacados o medo (de deixar de ser, de ter um passamento “doloroso”, de se tornar repugnante, entre outros), a negação, a depressão, o tédio, a solidão e o abandono (mormente pelos profissionais que assistem este paciente).

Ainda no âmbito da finitude e sofrimento, uma reflexão é proposta sobre a morte ser ou não uma condenação, de modo que Siqueira-Batista (2006) ressalta que o fundamento para o sofrimento não é a morte propriamente dita, mas a existência miserável que se arrasta para o seu fim, permeada pelo desespero do não-saber, pela dor física e existencial.

Nessa mesma esfera, vale ressaltar o conceito apresentado por Teixeira (2006), na perspectiva fenomenológica existencial, da “Consciência da Morte”, o qual implica uma experiência para o indivíduo de fim de todas as possibilidades de sua existência. Este fato – as possibilidades de fim de sua existência - pode surgir uma ansiedade e medo da morte, que

emerge do conflito entre a consciência de finitude e o desejo de continuar sendo. Para Teixeira (2006), a existência individual é caracterizada pela escolha de “si-mesmo” com autenticidade, ou seja, construindo as suas possibilidades futuras em um processo de “vir-a-ser”, como Heidegger traz as possibilidades de criar as suas relações, abrindo o sentido de mundo (Heidegger, 2012). Com a ideia da finitude, este processo de encerra.

A morte é um tema delicado, pois costuma gerar sentimentos de angústia e desamparo. Tais vivências podem surgir quando da descoberta de uma doença grave, como as neoplasias malignas. Nessa mesma discussão, está a questão do processo de morrer e “as questões levantadas pelos avanços nas técnicas de manutenção da vida e prolongamento da sobrevida” (Siqueira-Batista, 2003, p. 4).

Estudo realizado por Borges e Mendes (2012), acerca das representações sociais sobre a morte e o processo de morrer, revela que essas representações constituem um processo de interpretação construída socialmente em diferentes contextos. De modo similar, Gomes e Menezes (2008) assinalam que os limites da vida envolvem questões culturais, sociais, religiosas e políticas, direcionadas à reprodução assistida e à manutenção artificial da vida, em se tratando de doentes fora de possibilidades de cura, como em casos de pessoas com diagnóstico de doença crônica evolutiva e ameaçadora de suas vidas, exemplificando o câncer.

As duas investigações mostram – em suas composições teóricas – como o passamento era representado na sociedade desde a Idade Média até a contemporaneidade, sendo a morte administrada pelo saber e pela instituição médica, a qual protagonizou o processo de medicalização da vida. Essa prática, como consequência, impede a autonomia do sujeito frente ao saber médico, que ganha consequências ao enfoque do modelo biomédico, privilegiando a doença e a cura em detrimento do cuidado ao enfermo (Borges e Mendes, 2012). Ademais, Gomes e Menezes (2008) retratam que é a partir do século XVIII que as definições de vida e de morte passam a pertencer ao saber médico, mais especificamente na biologia, e que são conceitos importantes para compreender as concepções de pessoa presente em distintas culturas. Porém, é no século XX que há um grande aumento dos debates em torno das fronteiras da vida e da morte, com novas definições de critérios pelo aparato médico, jurídico e científico.

Kübler-Ross menciona em seu clássico livro, *Sobre a morte e o morrer* (2017), que através de estudos sobre culturas e povos antigos foi possível perceber que o homem sempre repeliu a morte. Este fato talvez se estenda para todas as gerações de todos os povos, pois na visão médica psiquiátrica, a morte não é possível – em virtude do inconsciente – se tratar de

nós mesmos. Para o inconsciente, é inconcebível imaginar o fim e, se mesmo assim houver o fim, é tido como uma intervenção maligna que está fora do nosso alcance.

Desta feita, Kübler-Ross (1991) afirma que a morte é constituída por um medo universal e pavoroso. O que muda, com o passar do tempo, é a maneira de lidar e conviver com a morte e com os pacientes que estão inseridos no processo de morte e morrer. No entanto, boa parte da sociedade encara a morte como um tabu e os debates e estudos sobre ela são vistos como mórbidos, mesmo entre a equipe de saúde que, muitas vezes, sustentam grandes e polêmicas discussões sobre dizer a verdade ao paciente ou não, sobretudo nos casos de diagnósticos sem possibilidades de cura e/ou em Cuidados Paliativos (CP) que, muitas vezes, são vinculados ao processo de finitude (Kübler-Ross, 1991). Vale ressaltar que o comportamento ético preconizado é a garantia da autonomia e a necessidade de revelar a verdade, exceto em situações extremamente excepcionais.

Diante disso, Kovács (2002) ressalta que o hospital passa a ser um local naturalizado da morte, pois esconde os aspectos ligados à doença, afastando a família e a maioria das pessoas que não veem os seus parentes morrerem. Assim, se omite a presença da morte com choros e lamentações, sem atrapalhar o trabalho médico.

Os pacientes em processo de finitude geralmente são vistos como incômodos aos outros pacientes e aos profissionais de saúde, por suas atitudes de revolta, dor, exigências ou de desistirem de viver, apresentando, assim, uma anulação do luto, da manifestação e da vivência da dor, além de uma exigência de controle, pois a sociedade não suporta enfrentar os sinais da morte (Kovács, 2002).

Encontra-se na literatura o termo “*paciente terminal*”, o qual se direciona às pessoas que se encontram no processo da finitude da vida. No entanto, vale ressaltar que, o emprego do termo “*paciente terminal*” parece um conceito em torno do qual se esgotam as possibilidades de resgatar as condições de saúde do paciente. No entanto, estudos na literatura apontam para uma abertura da perspectiva desse conceito em um contexto particular de possibilidades e posições, seja do próprio paciente, do familiar ou do médico. Desta maneira, a colocação do termo “*paciente terminal*”, está inserida em um processo humano além da biologia, ou seja, em um processo cultural e subjetivo (Gutierrez, 2001). Por esta razão, para este trabalho, será utilizado o conceito de *finitude da vida*, a fim de caracterizar as pessoas que passam por este processo, estando estes, em CP ou não.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os CP,

consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2022, p. 15).

Esses cuidados são indicados para pessoas que se encontram em quadros avançados de doenças crônicas, progressivas e incuráveis, sem respostas ao tratamento, com prognóstico de vida inferior a seis meses e quando há um grande impacto emocional no paciente, em seus familiares e cuidadores, podendo estar relacionado, ou não, com a aproximação da morte (Pessini; Bertatini, 2006).

Embora a morte faça parte da experiência humana de existir, faz-se necessário pensar essas atitudes dos profissionais de saúde, ao lidar com os processos de morte e morrer, pois, são eles que convivem, em suas rotinas, com o fenômeno da morte, e podem influenciar a maneira do cuidado com os pacientes, que estão enfrentando a finitude da vida, e seus familiares (Souza *et al.*, 2017).

É sempre um desafio abordar o tema da morte, mormente quando este se apresenta como uma experiência velada. De fato, mesmo despertando curiosidades e reflexões, o referido assunto também evoca sentimentos de dúvidas e desconfortos. Esses aspectos são mais visíveis principalmente em situações em que a morte é vinculada a um adoecimento decorrente de uma doença grave (Fitaroni, 2021), como o câncer.

Câncer e morte, apesar de serem frequentemente associados, são evitados por nossa sociedade e enfrentados pelas equipes de saúde muitas vezes com grande dificuldade. O diagnóstico de câncer costuma ter impacto significativo no indivíduo, abrangendo sua saúde física e mental, agredindo sua qualidade de vida e despertando sentimento de angústia, medo e ansiedade, pois há uma vinculação com a dor, o sofrimento e a morte. Mesmo com os avanços da medicina moderna, o câncer ainda é considerado uma doença crônica, progressiva e incapacitante, sendo o tratamento, muitas vezes, mais sofrido que a própria doença, para muitos pacientes (Faria, 2017).

Muitas são as questões que geram conflitos no que diz respeito ao processo de morte e morrer e ao cuidado à pessoa com diagnóstico de uma doença grave ameaçadora da continuidade da vida, como o câncer, especialmente aos aspectos bioéticos. Já em 2014, Abreu (2014) afirmou em sua tese de doutorado, que temas como o processo de finitude e questões éticas devem ser contemplados na formação dos profissionais de saúde, sobretudo a formação médica, dada à complexidade do tema.

Muitas vezes os médicos se veem diante de situações altamente complexas nas quais o processo de finitude é enfrentado, por estes profissionais, como um adversário, desde os primeiros anos de formação. A morte, a partir desta perspectiva, passa a ser refletida como uma resposta à ciência e/ou a competência dos profissionais. Ou seja, o óbito do paciente é encarado como uma derrota e geradora de grande angústia e frustração, tornando mais complexa, para o profissional, a relação com a morte e com as pessoas que enfrentam o processo de morte e morrer. Assim, os médicos, muitas vezes, entram em uma *guerra* pela manutenção da vida a qualquer custo, mesmo com grande sofrimento por parte do paciente (Siqueira-Batista; Schramm, 2003).

A finitude da vida – e as incertezas dela advindas – produzem uma série de questões éticas, as quais podem/devem ser abordadas pelos referenciais da bioética, mormente a proteção, o cuidado e a compaixão laica. Deste modo, torna-se essencial a abordagem dessas questões na esfera da formação dos trabalhadores da área de saúde, particularmente, na educação médica.

A definição de certeza para os filósofos, segundo Reed (2022) – também originária de um conhecimento matemático – refere-se a uma “propriedade epistêmica das crenças” como a maneira mais elevada do conhecimento ou a única mais elevada. Para Reed (2022), o que permite tipos de conhecimento inferior à certeza, são os argumentos céticos que mostram que nunca ou raramente temos crenças que sejam certas. No entanto, assim como o conhecimento, é difícil uma análise de certeza sem contestação. Uma das razões para este fato, é que existem duas dimensões para se pensar a certeza: “uma crença pode ser certa individualmente em um determinado momento, ou pode ser certa por um período maior de tempo em um sistema de crenças” (Reed, 2022). E na visão da filosofia, as certezas são estáveis e seguras, sendo imunes à dúvida (Reed, 2022).

A vida, muitas vezes, apresenta “certezas” as quais precisam ser transformadas em “incertezas”, particularmente ao se considerar a finitude da vida. A todo instante o ser humano se desloca entre um lugar e outro na busca de um caminho “certo”, com possibilidades de continuar. No entanto, a morte é uma certeza presente na vida, mas nessa “certeza”, ninguém, com possibilidades, gostaria de estar. E por quê?

Talvez porque a morte seja uma *certeza* permeada de *incertezas* e, culturalmente, o ser humano precisa justificar essa morte ou os processos que levaram à concretização dela. Por esta razão, é possível dizer que o ser humano está sempre trafegando entre as *incertezas* e as *certezas*, buscando a justificativa para o que quer e precisa acreditar, pois segundo Boff

(2013), “*o homem-psique está sempre buscando o objeto adequado ao seu desejo infinito*” (Boff, 2013, p.178).

Se insere então, a busca de uma *incerteza* para “fugir” da *certeza* – a morte – que se aproxima. Segundo Marcondes (2019), a incerteza, como um lugar de dúvida, apresenta um horizonte de crenças e, por esta razão, é necessário se pautar nesta dúvida (incerteza) para gerar um distanciamento da crença da morte (como uma certeza – a morte).

Uma condição que pode ser destacada diz respeito a uma pessoa com diagnóstico de câncer que se encontra internada e está em fase de negação da sua situação clínica. A certeza que norteia estes pacientes, muitas vezes está na fé, como exemplifica a fala de uma pessoa hipotética com diagnóstico de câncer e em processo de fim de vida: “Deus fará um milagre e o impossível será feito”. A “certeza” da morte, passa a ser vivenciada como uma “incerteza” e a “incerteza” do resultado de um procedimento paliativo dá lugar a uma “certeza” de que essa é solução, a cura esperada.

Desta maneira, o objetivo do presente trabalho é analisar os aspectos éticos da atenção à pessoa com diagnóstico de câncer em CP, no âmbito das incertezas que permeiam os processos de morte e morrer, à luz de duas correntes da bioética – a ética do cuidado e a bioética da proteção –, com vistas às questões atuais da formação médica.

A bioética pode ser entendida também em um sentido de “ética da vida”, o que expõe, portanto, um sentido sobre a moralidade dos atos dos agentes morais envolvendo outros seres vivos – incluindo os humanos –, a fim de proteger a vida, não só no sentido do *bios*, mas no seu sentido orgânico, *zoé* (Schramm, 2020). Essa perspectiva se aproxima da “ética da sobrevivência” proposta por Van Rennslaer Potter (1970), a qual visa não só preservar a qualidade da vida humana, mas a biosfera, tendo a bioética, então, uma relação com as palavras *proteção e cuidado*.

O cuidado, para Setúbal (2009), em sua dissertação, é o que dá vida à ética do cuidado, onde a autora chama também de ética da responsabilidade. A ética do cuidado é capaz de revelar a importância do respeito, cuidado e atenção à vida do indivíduo e das pessoas a sua volta, mormente àquelas que dividem uma relação de cuidado e afeto, efetivando a humanidade e dignidade (Setúbal, 2009).

A Ética do cuidado de Leonardo Boff (2013) ressalta que o cuidar faz parte da essência do ser humano. Para Boff (2013), cuidar está além de um ato, é uma atitude inerente ao ser humano, pois além de saber cuidar, possui o desejo de ser cuidado. Isto significa um envolvimento afetivo que resulta em uma responsabilização, preocupação e ocupação. Ou seja, o cuidado engloba uma atitude referente ao material, pessoal, social, ecológico e

espiritual a que se cuida, reconhecendo o cuidado como um *modo-de-ser* essencial. Boff (2013) salienta que este “modo-de-ser” não é um ser novo, mas “uma maneira do próprio ser de estruturar-se e dar-se a conhecer” (Boff, 2013, p.26). O autor diz que o humano deixa de ser humano quando não existe o cuidado, devendo este ser entendido na linha da essência humana, ou seja, o “modo-de-ser-cuidado” se harmoniza e compõe o “modo-de-ser-trabalho”, as duas vertentes que compõe a Ética do cuidado. O cuidado então, demanda *o pathos*; em outras palavras: demanda sentimento, intimidade, acolhimento, respeito, tranquilidade e paz (Boff, 2013, p.72).

A Bioética da proteção é uma corrente que “pode ser entendida como uma reflexão crítica e normativa voltada ao conflito moral resultante da *práxis humana*, aquilo que para as Ciências Sociais é tido como impensado das relações sociais” (Schramm, 2011, p. 713) e pode ser entendida como uma reflexão normativa e crítica referente ao conflito moral. Trata-se de uma ética aplicada à saúde pública e às práticas atinentes ao fenômeno da vida, aos seres vivos e ao ambiente natural, muitas vezes modificado pela intervenção humana sob vigência da biotecnociência, da biopolítica e da globalização (Schramm, 2011, p. 713).

A partir da ética aplicada descritiva e compreensiva, a bioética é definida “como uma ferramenta consistente para a reflexão crítica sobre a conflituosidade moral que resulta das ações da *práxis humana*” (Schramm, 2011, p. 714). Deste modo, se identifica uma proposta normativa capaz de resolver tal conflituosidade. Desta maneira, define-se Bioética de Proteção como “aquela que se aplica aos conflitos morais envolvidos pelas práticas humanas que podem ter efeitos significativos irreversíveis sobre os seres vivos e, em particular, sobre indivíduos e populações humanas, considerados em seus contextos ecológicos, biotecnocientíficos e socioculturais” (Schramm, 2011, p. 714). Para Possamai (2021), esta corrente representa uma ética prática com objetivo de fornecer meios de proteger os envolvidos em possíveis conflitos na saúde pública. Tem o objetivo ainda de evitar o paternalismo médico e a culpabilização das vítimas do adoecimento, a fim de promover uma atitude protetora e não repressora (Schramm, 2020).

A partir disto, permitindo uma indagação sobre as motivações da atuação de quem ampara, surge o conceito de compaixão laica, se utilizando a estratégia da articulação dos conceitos de proteção, compaixão e cuidado, entendendo proteção como um ato de cuidado. A primeira formulação foi feita à luz da (Bio)ética para todos os seres, partindo da ideia de igualar todos os seres vivos, que são finitos, no mesmo tempo, servis aos preceitos de nascimento e morte e, no âmbito da narrativa (bio)ética, passíveis de *vir-a-ser* e *deixar-de-ser*. Assim, partido do princípio de igualdade radical de todos os seres, tem-se o exercício da

compaixão laica, ou seja, acolher incondicionalmente um outro existente (Siqueira-Batista, 2020).

A partir dos pressupostos anteriormente apresentados, propõe-se a seguinte questão de pesquisa:

Como a formação médica aborda as incertezas próprias à atenção às pessoas com diagnóstico de câncer em CP e como os correlatos matizes da finitude podem ser analisados à luz da Ética do Cuidado, da Bioética da Proteção e do conceito de compaixão laica concernente à (Bio)ética para todos os seres?

A hipótese que norteia a presente investigação pode ser assim enunciada: a despeito do treinamento técnico, os médicos – em formação e formados – são profundamente afetados durante o processo de cuidado aos seus pacientes com câncer, particularmente pelas dificuldades em lidar com o binômio certeza/incerteza, tendo em vista as fronteiras da finitude e a perspectiva de sofrimento.

A partir da questão de pesquisa – e da correlata hipótese – foi possível enunciar o objetivo do estudo: *analisar as incertezas na atenção ao paciente oncológico em fim de vida, na perspectiva da formação médica, à luz da ética do cuidado, da bioética da proteção e do conceito de compaixão laica à luz da (Bio)ética para todos os seres.*

Com esta finalidade, buscar-se-á a compreensão das possibilidades – nas perspectivas éticas da proteção e da compaixão laica – para o cuidado ao paciente oncológico em processo de fim de vida, diante da incerteza médica e refletir sobre a preparação oferecida pela formação médica para a abordagem dessa questão.

Desta maneira, buscar-se-á a compreensão das possibilidades – nas perspectivas éticas da proteção e da compaixão laica – para o cuidado ao paciente oncológico em processo de fim de vida, diante da incerteza médica, quando, muitas vezes, esse paciente busca uma certeza de melhora, uma possível cura ou até mesmo um caminho para não se ver tão próximo à sua morte. A partir disto, refletir sobre a preparação oferecida pela formação médica para a abordagem dessa questão.

## 2 MÉTODOS

A presente investigação foi realizada como uma revisão narrativa da literatura, a qual ao contrário da revisão sistemática – a qual tem por escopo responder uma pergunta específica relacionada a uma determinada questão –, não exige uma descrição pormenorizada da “metodologia para a busca das referências, nem [dos] critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos consultados” (Elias *et al.*, 2012, p. 50), com o propósito de delinear um “estado da arte de um determinado assunto, sob um ponto de vista teórico ou contextual” (Rother, 2007, p. 1). O foco da revisão se dirigiu à análise das incertezas na atenção à pessoa com diagnóstico de câncer em Cuidados Paliativos (CP), em processo de morte e morrer, à luz da ética do cuidado de Leonardo Boff, da bioética da proteção e do conceito de compaixão laica, com vistas a questão da formação médica.

### 2.1 BUSCA BIBLIOGRÁFICA

A busca dos textos e documentos pertinentes foi procedida utilizando as bases SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), PUBMED (*U. S. National Library of Medicine*) e LILACS (*Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde*), utilizando os seguintes descritores: bioética, oncologia, cuidados paliativos, incerteza, cuidados de fim de vida e educação médica.

### 2.2 SELEÇÃO DOS TEXTOS

Inicialmente procedeu-se a leitura dos títulos e dos resumos dos artigos, a fim de checar a pertinência dos mesmos no tema no capítulo a ser utilizados como referência. Após esse processo de pré-análise, os manuscritos foram lidos e selecionados em atenção ao objetivo da presente dissertação. Deste modo, foram excluídos os textos que não abordavam a finitude de pacientes com câncer – ou seja, em processo de morte e morrer – na perspectiva da formação médica.

## 2.3 ANÁLISE DOS TEXTOS

As informações obtidas nos manuscritos selecionados foram analisadas à luz dos referenciais da Bioética da Proteção, da Ética do Cuidado e da (Bio)ética para todos os seres (nesta última, com foco no conceito de Compaixão Laica).

## 2.4 ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

A partir da revisão bibliográfica empreendida, pode-se organizar a dissertação do seguinte modo:

Capítulo 1 – “Introdução”, no qual se apresentam (i) a questão de pesquisa, (ii) a hipótese e (iii) o objetivo da dissertação;

Capítulo 2 – “Métodos”, o presente capítulo, no qual se descreve o passo a passo de construção do texto;

Capítulo 3 – “O enfermo com câncer, finitude da vida e os processos de morte e morrer”, o qual é composto por textos e documentos sobre a pessoa com diagnóstico de câncer, finitude da vida e os processos de morte e morrer, cujos descritores para a pesquisa foram *formação médica e terminalidade da vida*. Para este texto, foram encontrados 39 artigos, com a aplicação dos seguintes filtros: Texto completo (31), Base de dados: LILACS (21) e MEDLINE (13), assunto principal: Bioética (7), Cuidados Paliativos (11), Cuidados Paliativos na Terminalidade da vida (21), Atitude frente a morte (5), Doente terminal (5) e Morte (5), nos idiomas Português (21), Espanhol (1) e Inglês (15), no últimos 5 anos (2018 a 2023). A partir disto, foram selecionados 3 artigos. Destes, foram selecionados os 3 artigos, cujos títulos eram mais pertinentes ao tema principal do capítulo.

Capítulo 4 – “Medicina, incerteza e o cuidado às pessoas com câncer”, composto por textos e documentos sobre a incerteza na medicina e o cuidado às pessoas com câncer, cujos descritores para a pesquisa foram *incerteza e cuidados paliativos*. Inicialmente, obtiveram-se 48 artigos, com a aplicação dos seguintes filtros: Texto completo (42), Base de dados: LILACS (9) e MEDLINE (32), assunto principal: Cuidados Paliativos (20), Assistência Terminal (8), Incerteza (7), nos idiomas Português (3), Inglês (32) e Espanhol (4), no últimos 10 anos (2013 a 2023). A partir disto, foram selecionados 23 artigos. Destes, foram selecionados 3 artigos, cujos títulos eram mais pertinentes ao tema principal do capítulo.

Capítulo 5 – “Bioética e Cuidados Paliativos”, preparado a partir de textos e documentos sobre a Bioética e os CP, cujos descritores para a pesquisa foram *bioética e*

*cuidados paliativos*. A princípio foram encontrados 308 artigos. Aplicamos os seguintes filtros: Texto completo (238), Base de dados: LILACS (200) e MEDLINE (42), assunto principal: Bioética (166), Cuidados Paliativos (137) e Cuidados Paliativos na Terminalidade da vida (36), nos idiomas Português (101) e Espanhol (20), no últimos 5 anos (2018 a 2023). A partir disto, foram selecionados 37 artigos. Destes, foram escolhidos 4 artigos, cujos títulos eram mais pertinentes ao tema principal do capítulo.

Capítulo 6 – “Bioética, incerteza e o cuidado ao paciente com câncer: uma questão para a formação médica”, elaborado com textos e documentos sobre a Bioética, a incerteza e o cuidado frente ao paciente com câncer: uma questão para a formação médica, cujos descritores para a pesquisa foram *formação médica* e *oncologia*. A princípio foram encontrados 141 artigos, com a aplicação dos seguintes filtros: Texto completo (136), Base de dados: LILACS (47) e MEDLINE (69), assunto principal: Oncologia (58), Cuidados Paliativos (11), Educação médica (7), Educação de Pós-Graduação em Medicina (5) e Relações Médico-Paciente (4), nos idiomas Português (25), Inglês (42) e Espanhol (3), no últimos 5 anos (2018 a 2023). A partir disto, foram selecionados 38 artigos. Destes, foram selecionados 10 artigos, cujos títulos eram mais pertinentes ao tema principal do capítulo.

Capítulo 7 – “Discussão”, no qual os principais pontos dos capítulos anteriores são abordados – e discutidos – de modo articulado.

Capítulo 8 – “Considerações finais”, no qual as conclusões da dissertação são apresentadas.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 O ENFERMO COM CÂNCER, A FINITUDE DA VIDA E OS PROCESSOS DE MORTE E MORRER

Os processos de morte e morrer possuem dimensão social, filosófica, religiosa e antropológica e não representam apenas um evento biológico. O ser humano costuma sofrer sua morte com antecipação por ser o único animal dotado de tal consciência. Este fato se dá por ter, a morte, mistérios e significados que trazem preocupações desde os tempos mais remotos, em todas as culturas. No entanto, na sociedade ocidental, possui a propensão de afastar a ideia de morte com a crença da imortalidade, pois pensar a questão de morte e morrer ainda representa uma grande dificuldade devido às suas múltiplas significações e, por seu aspecto processual, implica uma morte injustificada ou inesperada (Machado *et al.*, 2016).

Entre os séculos V e XV, durante a Idade Média, a morte era encarada como um evento comum, muitas vezes esperada em casa entre os familiares, amigos e vizinhos, não associando os sentimentos de medo ou vergonha. Foi a partir do século XIX que a morte surge como uma ruptura na continuidade da vida, sendo intensificada no século XX, enfrentada como “negada”, “escondida” ou “vergonhosa”. Assim, a morte passa a ser vista como um fenômeno técnico e, por esta razão, é transferida para o hospital para que seja controlada pelos profissionais de saúde, sobretudo o médico (Prado *et al.*, 2018).

Diante disto, a vida humana é contemplada como complexa e, como consequência, a finitude da vida também se torna dotada de marcante complexidade, surgindo a necessidade de um olhar ampliado sobre a morte como um processo dinâmico e complexo, além de ações de qualidade na lida deste fenômeno, ao ocorrer (Souza *et al.*, 2017). Com efeito, Prado e colaboradores (2018) ressaltam que falar sobre a finitude traz sentimentos de vergonha, temor e solidão, gerando um tabu acerca da morte. Muitas vezes, o indivíduo se utiliza de eufemismos para tratar o tema – a fim de minimizar o sofrimento – usando várias expressões como: “faleceu”, “foi a óbito”, “descansou”, entre outros, se distanciando da expressão “ele/ela morreu”.

Desta maneira, os indivíduos lidam com a finitude da vida, como um “encobrir a ideia indesejada”, evitando a morte através de alguns recursos, tais como a mitologia do final da vida, a crença da imortalidade ou o enfrentamento de que é um fato da existência e, assim, ajustar a vida e seus desejos perante esta realidade (Machado *et al.*, 2016).

Neste particular, Leonardo Boff (2013) ressalta que apesar do desejo do ser humano ser infinito, encontram-se apenas “os finitos”:

O homem-psique não deseja apenas isto ou aquilo, ele deseja a totalidade. Não deseja apenas a vida, mas a sua imortalidade. Não deseja apenas a plenitude do homem, procura o super-homem, aquilo que ultrapassa infinitamente o humano, como afirmava Nietzsche. O desejo é infinito e confere esse caráter de infinito ao projeto humano. [...] O homem-psique está sempre buscando o objeto adequado ao seu desejo infinito. E não o encontra no campo de sua experiência de estar-no-mundo-com-os-outros; aqui somente encontra finitos (Boff, 2013, p. 178).

Escudeiro (2019) compara o homem ao *Anjo* e ao *Animal* durante a sua existência. Como “anjo”, o homem se diz ser imortal e, como “animal”, há a presença de uma consciência da morte como fato inevitável – a partir da vivência das perdas de cada indivíduo – se afligindo com uma realidade imposta lhe dizendo que a vida é finita. Assim, surge o binômio onipotência/impotência. A onipotência aparece quando a vida flui em suas várias instâncias – os projetos se definem, as relações a contento, etc. – em que o indivíduo não se lembra da finitude da vida, acreditando que viverá “para sempre” e que nada mudará o curso de seus planos. No entanto surge a impotência diante da certeza de que a morte virá e que não há nada que se possa fazer, aparecendo os sentimentos de medo e angústia. O medo, frente à possibilidade da morte, se estabelece a impotência diante de alguma doença que ameace a sua vida, por exemplo.

Siqueira-Batista e Schramm (2003) trazem a preocupação de Martin Heidegger sobre a concepção da morte no manancial da vida, pois o filósofo abordado pelos dois autores tratava o processo de viver e morrer como uma vivência da experiência humana, um ser lançado no mundo – *ser-aí (Dasein)* – consciente de sua condição de *ser-para-a-morte* (Heidegger, 1989). A morte pode ser entrelaçada, isto posto, à tristeza e ao sofrimento, em detrimento a interseção existência-finitude, significando, morrer, como um “deixar de fazer parte deste único mundo conhecido – ameaçador, aniquilador, “nadificador” – afastar-se do convívio de pessoas queridas” (Siqueira-Batista; Schramm, 2003, p. 36). Ou seja, a morte causa temor e traz o desconhecido que ainda virá – eis uma das raízes da *incerteza*.

No entanto, a morte traz também a *certeza* como uma condição humana e, o homem, é o único existente que tem a consciência da sua própria finitude, mesmo que recalcada na maioria das vezes. O que Freud chama de inconsciente – “os estratos mais profundos da nossa alma, constituídos por moções pulsionais” (Freud, 1974, p. 28) – não acredita na própria morte. Sob outra perspectiva mais ampla, o ser humano, que sempre está em busca de

*certezas*, é capaz de diminuir o seu desconforto da ideia da finitude, perante a realidade (Siqueira-Batista; Schramm, 2003).

Outros influenciadores do sentimento de impotência dos indivíduos perante a morte são o tempo e a doença.

O *tempo* se mostra no processo de envelhecer, por exemplo, onde se percebe que o tempo passou e nada foi possível fazer para detê-lo, trazendo, muitas vezes, o sentimento de arrependimento por não o ter aproveitado de maneira mais adequada (Escudeiro, 2019).

Assim como de nada serve encher com um líquido uma vasilha sem fundo, nada pode trazer de volta o tempo, não importa quanto ele te foi dado, se não há onde retê-lo... o tempo presente é brevíssimo, ao ponto de, na verdade, não ser percebido por alguns (Sêneca, 2010, p.51 *apud* Escudeiro, 2019, p. 112).

A morte é inerente à vida e consiste em um fato natural da existência humana e, entender isto, pode ajudar na atitude do indivíduo frente ao processo de morte e morrer, a depender da crença étnica, cultural e/ou religiosa. Essas atitudes podem ser definidas e percebidas pela perspectiva negativa, que pronunciam o medo e a negação da morte, e na perspectiva positiva, onde há a aceitação da morte. Neste último aspecto, é possível observar diferentes tipos de atitudes (Souza *et al.*, 2017): (1) A aceitação neutra, entendendo que a morte é uma parte natural e integral da vida; (2) A aceitação religiosa, caracterizada pela crença de uma vida feliz após a morte e (3) A aceitação pelo escape, que pressupõe que a morte pode ser uma alternativa para o encerramento de circunstâncias que trazem dor e sofrimento, como em casos de doenças que ameacem a continuidade da vida, como o câncer.

A *doença*, como outra situação que traz a impotência quando relacionada a um processo grave, desperta uma ameaça a uma experiência segura, controlada e conhecida. Sendo a iminência de uma doença com pouca ou nenhuma possibilidade de cura, o indivíduo percebe que a vida e seu mundo não estão cem por cento em seu controle (Escudeiro, 2019), provocando a possibilidade da perda – a doença – e assim, repercutindo em seu comportamento, como salienta Alves (2009):

A doença é a possibilidade da perda, uma emissária da morte. Sob seu toque, tudo fica fluido, evanescente, efêmero. As pessoas amadas, os filhos, todos ganham a beleza iridescente das bolhas de sabão. Os atingidos pela possibilidade da perda, acordam da sua letargia. Objetos banais, ignorados, ficam repentinamente luminosos. Se soubéssemos que vamos ficar cegos, que cenários veríamos num simples grão de areia! (Alves, 2009, p. 42-43).

Estudo realizado em 1995 nos Estados Unidos (Lynn, 1997), com nove mil pacientes, teve o objetivo de obter informações sobre pessoas que estão enfrentando o processo de morte e morrer. Com o intuito de descobrir a maior causa de sofrimento diante da morte foi possível observar que 55% estavam conscientes três dias antes de morrer, 40% relatavam dores insuportáveis, 80% apresentavam extrema fadiga e 63% diziam não suportar o grande sofrimento físico e emocional diante do agravamento da doença e diante da finitude. Estes dados trouxeram elementos a fim de aperfeiçoar os Cuidados Paliativos (CP) (Kovács, 2008).

É sempre um desafio abordar o tema da morte, mormente quando apresenta uma experiência velada, mesmo despertando curiosidades e reflexões, pois também desperta sentimentos de dúvidas e desconfortos. Esses aspectos são mais visíveis principalmente em situações em que a morte é vinculada a um adoecimento decorrente de uma doença grave (Fitaroni, 2021), como o câncer.

Câncer e morte são temas muitas vezes evitados pelas sociedades humanas e enfrentados pelas equipes de saúde com grande dificuldade, mesmo sendo, muitas vezes, associados. O diagnóstico de câncer costuma ter impacto significativo no indivíduo, podendo abranger sua saúde física e mental, limitando sua qualidade de vida e despertando sentimento de angústia, medo e ansiedade, pois há uma vinculação com a dor, o sofrimento e a morte. O câncer ainda é considerado uma doença crônica, progressiva e incapacitante, sendo o tratamento, em grande parte, mais sofrido que a própria doença para muitos pacientes, apesar dos avanços da medicina moderna (Faria, 2017).

Embora o câncer, principalmente nos estágios avançados, tenha um vínculo com a dor, deve-se reconhecer que cada dor é subjetiva, ou seja, acomete os distintos indivíduos de forma diferente e, deste modo, cada um aprende a lidar com esta vivência de modo concorde às suas experiências, personalidade e contexto. As pesquisas revelam que das pessoas com diagnóstico de câncer, 60% a 90% possuem dores intensas e que, através dos tratamentos médicos, como os CP, é possível diminuir ou eliminar essas dores. Em pacientes gravemente enfermos e que vivenciam dores físicas e emocionais intensas e complexas – como é o caso de pessoas com diagnóstico de câncer – pode ser possível o controle e até a eliminação de qualquer tipo de dor presente, a fim de oferecer um morrer sem sofrimento, tranquilo e em paz. E isso só é viável perceber, através do contato com estas pessoas (Kübler-Ross, 1991). Todavia, deve-se questionar se o conhecimento científico é capaz de auxiliar na dor emocional – perda da saúde, da vida e na dor da finitude da vida (Carvalho, 2009).

As pessoas com diagnóstico de câncer geralmente associam a doença à própria morte, vivenciando ansiedades e sofrimentos intensos. Mesmo com o desenvolvimento tecnológico,

os serviços de saúde e seus profissionais não estão preparados para lidar com as doenças crônicas não-transmissíveis potencialmente fatais, como o câncer em estágio avançado, principalmente quando interligado à finitude da vida. A doença pode gerar muitas questões conflitantes, sobretudo aos aspectos bioéticos no enfrentamento de morte e morrer pelos profissionais de saúde (Faria, 2017).

O câncer, muitas vezes, se apresenta de diferentes maneiras no processo de enfrentamento pelas pessoas que recebem este diagnóstico, mas também os afetam de formas universalmente conhecidas, como a morte e o enfrentamento da dor. Morte e dor são, comumente, associados ao câncer e, receber este diagnóstico, significa também receber as dores e a tomada de consciência da própria morte. Cada pessoa que passa por esta experiência se inclui em uma demanda social específica que requer normas de ações e maneiras de enfrentar as questões advindas deste quadro. Sobremaneira, o enfrentamento dos sofrimentos frente à morte – como um fator universal –, propõe características sociais e cuidados com estas pessoas de forma bem clara, distinta e específica. Ao se confrontarem com o diagnóstico de câncer, as pessoas geralmente se questionam sobre os ditames da própria vida, como “Por que estou aqui?” ou “Qual o sentido da minha existência?” (Nascimento-Schulze, 1997).

Uma pesquisa exploratória de enfoque qualitativo, realizada em 2018 em um hospital oncológico em unidade de CP na cidade do Rio de Janeiro, através do método da observação participante, foi possível registrar os atendimentos diários da equipe multiprofissional com o cuidador principal, a fim de captar as reações, opiniões e expressões durante a internação da pessoa em cuidados de fim de vida. Foi também possível observar a dificuldade da equipe médica em lidar com a aproximação da morte e de determinar o quadro dos pacientes em cuidados de fim de vida, devido a não qualificação técnica e questões emocionais e pessoais frente ao processo de morte e morrer (Lima; Machado, 2018).

Algumas pesquisas avaliadas e mencionadas por Kovács (2008) a respeito do enfrentamento do processo de morte e morrer pelos profissionais de saúde, apontam que estes profissionais não estão preparados para lidar com os pacientes que são acometidos por doenças que ameacem a continuidade da vida e enfrentam grandes dificuldades em relação ao tema, como comunicar ao paciente e seus familiares sobre o agravamento da doença – sobretudo a possibilidade de morte – e realizar procedimentos nos pacientes que não possuem prognóstico de cura, pois este enfrentamento gera sentimentos de impotência, medo e ansiedade.

Parece ser universal e inerente à condição humana, o medo da morte e pode-se dizer que o adiamento para a vida, é a resposta ao terror da morte, como uma repressão da única

certeza que temos na vida, o que Becker chama de “condição de individualidade dentro da finitude” (Nascimento-Schulze, 1997, p. 26). Para as pessoas com diagnóstico de câncer existem representações da morte específicas e aparecem em um estudo com impacto na religiosidade e espiritualidade, e estão impregnadas do fenômeno, chamado por Nascimento-Schulze (1997), de “consciência da temporalidade”.

Esta dimensão perpassa o cotidiano como uma realidade organizada em termos de um tempo contínuo e finito. Desta feita, ter conhecimento da morte, traz à tona este tempo finito, ou seja, a concepção de que há “pouco tempo” para realizar os próprios projetos. Neste contexto, alguém que tem um diagnóstico de câncer pode reconhecer sua morte como iminente, o que gera conflitos existenciais e físicos (Nascimento-Schulze, 1997), o que requer um cuidado específico e qualificado, além das questões que propela este tema, como as certezas, incertezas e o cuidado às pessoas com câncer.

Kovács (2008) relata que pessoas com diagnóstico de câncer podem ter a aceitação dos sintomas da doença e que é considerado como uma condição de subtratamento da dor, sendo esta, muitas vezes, quando intensas, a representação da aproximação da morte e pode ser encarada como um “fazer parte da doença”. Além disso, há um grande preconceito em relação ao cuidado desta dor com a utilização da morfina, pois esta é considerada como um recurso utilizado no fim de vida. Ressalta-se que Alves (2002) reconhece que a dor é um dos aspectos mais terríveis na condição humana. Esta, quando de grande magnitude, associa-se muitas vezes ao surgimento do desejo de morrer, pois não se sente dor na morte.

Outras queixas, além da dor, podem aparecer em pessoas com câncer, como a fadiga, anorexia, problemas gastrointestinais e dispneia e, em todos estes sintomas, é importante considerar alguns aspectos, como o início, duração, frequência e intensidade – dos sintomas (Kovács, 2008).

Estes fatos – outras queixas além da dor - são necessários serem considerados para o cuidado destes pacientes, que, quando diagnosticados com câncer, como uma grave doença, tem uma aproximação com a morte, podendo gerar medos e inseguranças, sendo importante criar ambientes acolhedores e seguros (Hennezel, 1997 *apud* Kovács, 2008).

Alguns autores ressaltam que a finitude é subjetiva e objetiva, dependendo da trajetória do processo de morte e morrer, com duração e forma distinta, sobretudo nas doenças crônicas não-transmissíveis, como o câncer. Estas podem ter um processo de morte longo, com necessidades múltiplas e específicas, além de sentimentos flutuantes. A doença é, em grande parte, uma ameaça à autonomia das pessoas com diagnóstico, podendo ser um facilitador para a prática do paternalismo e da superproteção dos cuidadores, familiares e/ou

profissionais de saúde. O cuidado clínico deve basear-se na meta da dignidade, o respeito aos valores individuais e na diminuição do sofrimento, abstendo-se de centrar as decisões apenas nos princípios bioéticos da beneficência e não maleficência (Kóvacs, 2008).

Segundo Kovács (2008), as pessoas com diagnóstico de câncer que estão no processo de morrer, podem ficar isoladas, pois pode haver o temor do contágio do sofrimento e pelo sentimento de impotência. Além disso, podem estar presentes alguns ressentimentos de perda, como o da autonomia, do corpo saudável e de pessoas. Muitas vezes aparecem, neste momento, medos – da dependência e da dor – e incertezas.

A morte é sempre um desafio, sobretudo para os profissionais de saúde, pois são treinados para “salvar vidas” e pessoas que enfrentam doenças graves, como o câncer e se encontram próximas à finitude e/ou em cuidados que se relacionam com a qualidade de vida e não da cura, muitas vezes tornam-se inúteis as técnicas de manutenção da vida, muitas vezes enfatizadas nas escolas de formação (Kovács, 2008).

É necessário pensar as atitudes dos profissionais de saúde ao lidar com os processos de morte e morrer, pois são eles que convivem com o fenômeno da morte em suas rotinas de trabalho. Mesmo a morte fazendo parte da experiência humana, não saber lidar com este processo pode influenciar a maneira do cuidado com os pacientes, que estão enfrentando a finitude da vida, e seus familiares. Alguns estudos com enfermeiros que cuidam de pacientes que estão enfrentando o processo de morte e morrer revelam que esse enfrentamento, enquanto profissionais, geram sentimentos de medo, angústia, desamparo e ansiedade, impactando na qualidade do cuidado dessas pessoas e de seus familiares (Souza *et al.*, 2017).

Com efeito, Kovács (2008) ressalta que a morte, quando era considerada como um evento metafísico, era encarada com respeito. No entanto muito se faz pelo prolongamento da vida, sendo aquela atualmente encarada como um fracasso, principalmente quando há um aumento da técnica e do poder, mormente na ciência médica, onde a doença deve ser sempre curada e a morte afastada a qualquer custo, como um “acalento” para o seu medo e morrer, criando uma “beleza” nas coisas (Alves, 2002), como a cura.

Vale ressaltar que outro sentimento que acomete os profissionais de saúde perante a morte, é a raiva, principalmente ao médico, pelo fato de não ter conseguido salvar o paciente (Escudeiro, 2019). O psicólogo, por exemplo, faz a mediação das situações da perda e da morte, no entanto, muitas vezes, não estão preparados para este enfrentamento, pois não tiveram a oportunidade destas discussões – a respeito da morte – na graduação e pós-graduações. Segundo o autor, grande parte da dificuldade em lidar com a morte, vem da cultura de “negação” e do desespero dos educadores em abordar um tema tido como

“proibido”, o que reflete na não abordagem desse tema nas escolas de formação – graduação e pós-graduação – dos profissionais de saúde. A falta de preparo desses profissionais pode gerar um sentimento de estresse vivido pela grande maioria, principalmente àqueles que atuam nas instituições hospitalares, onde a morte acontece na maioria das vezes.

Revela-se, pois, a importância de discussões avançadas a respeito da vivência dos profissionais de saúde diante da proximidade da finitude e seus sentimentos e atitudes perante a esse processo. É através do prognóstico que é possível determinar a direção terapêutica da equipe cuidadora, delineando as condutas e atitudes dos profissionais nos momentos finais do enfermo. Estes profissionais lidam em suas rotinas de trabalho com a comunicação de más notícias, inclusive comunicando a necessidade de cuidados de fim de vida. No entanto, não estão qualificados, de maneira satisfatória, para a prática de suas atividades de forma eficaz nas situações nos processos de morte e morrer, pois, ao vivenciarem em suas rotinas, a experiência de morte, segundo os autores do estudo, “os profissionais de saúde se percebem também finitos, mortais, o que os leva a questionamentos acerca de sua própria morte” (Lima; Machado, 2018, p. 98).

Muitas vezes o médico se vê diante de situações altamente compromissadas com o paciente que aguarda sua melhora. A morte é encarada com a necessidade de ser combatida como uma resposta à ciência e/ou à competência. O óbito do paciente é visto como uma derrota geradora de grande angústia e frustração. Assim, os médicos, muitas vezes, entram em uma *guerra* pela manutenção da vida a qualquer custo, mesmo com grande sofrimento por parte do paciente (Siqueira-Batista; Schramm, 2003), o que requer um conhecimento bioético de fim de vida que para lidar com este tema.

A questão da atenção às pessoas com câncer em fim de vida não representa um tema simples para o profissional de saúde (Lima; Machado, 2018), principalmente em virtude das incertezas que precisam ser enfrentadas no cotidiano do cuidado. Desta feita, salienta-se a importância de novos estudos acerca do tema – um dos cerne do presente trabalho, a fim de ressaltar o papel dos trabalhadores da área da saúde – particularmente do médico –, conforme será discutido no próximo capítulo.

### 3.2 MEDICINA, INCERTEZA E O CUIDADO ÀS PESSOAS COM CÂNCER

A Medicina, como uma área das ciências da saúde, se situa na tensão entre os conceitos da ciência e os valores da ética. Dentro desta perspectiva estão as questões do

processo de morte e morrer, evocando as condutas e responsabilidades das posturas destes profissionais frente ao paciente (Siqueira-Batista; Batista, 2002).

A finitude da vida pode fomentar algumas incertezas produzindo uma série de questões éticas, as quais podem – e precisam – ser abordadas pelos referenciais da Bioética – mormente a proteção, o cuidado e a compaixão laica – o que torna essencial a abordagem dessas questões na esfera da formação dos trabalhadores da área de saúde, particularmente na educação médica e na atuação destes profissionais frente ao cuidado às pessoas com câncer.

O par de opostos *certeza/incerteza* – tema recorrente no pensamento ocidental – tem significativas repercussões na prática da medicina (Siqueira-Batista, 2018). A incerteza pode ser articulada aos seguintes aspectos: (i) a falta de conhecimento de uma quantidade por um observador, (ii) a imprecisão experimental de uma quantidade medida, (c) a possível ambiguidade na definição de uma quantidade ou alguma disseminação estatística em um conjunto de sistemas. Assim é possível entender a incerteza como dispersão, imprecisão e indeterminação (Hilgevoord, 2016). Ademais, de uma perspectiva filosófica, esta pode ser entendida como uma “propriedade epistêmica das crenças” como a maneira mais elevada do conhecimento, sendo difícil uma análise incontestada da certeza (Reed, 2022).

Uma das razões é que existem duas dimensões para se pensar a certeza: uma crença pode ser certa individualmente em um determinado momento ou pode ser certa, por um período maior de tempo, em um sistema de crenças (Reed, 2022).

Na esfera da Medicina – particularmente ao se considerar a educação desses profissionais –, aparece uma considerável ambiguidade nas dimensões subjetivas e da incerteza como potencial nos domínios da prática profissional. Aponta-se, portanto, a relevância dos conceitos de *ambiguidade* e *incerteza* na prática clínica (Dogra; Giordano; França, 2007).

A primeira pode ser definida como uma descrição que pode ser interpretada de várias maneiras – a *ambiguidade* –, enquanto *incerteza* traz a não previsibilidade plena sobre algo, referindo-se a uma falta de certeza. Embora os dois conceitos sejam diferentes, eles se interpõem na prática médica, podendo gerar insegurança nas decisões clínicas. Estudos apontam que a medicina tem como característica a incerteza, a qual é constitutiva da avaliação clínica e da formulação diagnóstica. No entanto este fator gera uma maior insegurança aos estudantes e profissionais da área (Dogra; Giordano; França, 2007).

No entanto, Torres (2013) traz um estudo da incerteza na medicina, a partir de uma frase, de um professor da Faculdade de Medicina de Minas Gerais, ouvida pelo autor, que

dizia: “a dúvida é o travesseiro do clínico” (Torres, 2013, p. 117) e vamos discorrer a partir daí.

Segundo Torres (2013), a palavra *incerteza* é definida como uma falta de certeza diante de uma decisão médica e também, como mencionado acima, como o conceito de “*princípio da incerteza*”. Porém, além de um conceito da palavra *incerteza*, traz em seu significado a prática médica e a complexidade na relação médico-paciente, gerando uma necessidade de reavaliar o papel da experiência clínica apenas como o instrumento válido para as tomadas de decisão.

Alguns autores trazem o fato de que, quando os médicos se deparam com as incertezas e ambiguidades, – o que gera ansiedade e frustração – pode ser uma maneira de motivação para a continuidade da avaliação e cuidado aos pacientes, apesar de um diagnóstico ou resultado não aparente. Porém, ressalta ainda que, mesmo a incerteza fazendo parte da prática médica, – também evidenciada por outros autores citados acima – os profissionais da medicina que apresentam menor intolerância às ambiguidades e incertezas, podem se frustrar em maior grau, podendo levá-los ao esgotamento e à desilusão, além da incerteza influenciar a sua prática clínica, com solicitação de testes diagnósticos excessivos e modelos de tratamentos adicionais. Esta prática acaba por aumentar os custos dos cuidados de saúde, pode colocar os pacientes em risco e coloca estes profissionais, menos propensos à discussão das incertezas com os pacientes, a fim de melhor decidir o seu prognóstico (Luther; Crandall, 2011).

Com efeito, uma das práticas profissionais que mais coloca o profissional diante de seus conflitos é a medicina. O médico se vê, em vários momentos, em confronto com seus sofrimentos e em rompimento do equilíbrio de sua própria saúde, pois estão sujeitos à atividade de pressões e desgaste profissional, principalmente em situações em que haja um lento sofrimento do paciente sem prognóstico de cura, ou seja, sem o médico “ter muito a fazer” (Machado, 1997, p. 229).

Nesse sentido, pode ser extremamente desconfortável – para os médicos – o confronto com a morte e também considerar questões de reavaliação da vida e de suas práticas profissionais (Nascimento-Schulze, 1997). De fato, a fala de uma médica trazida por uma pesquisa realizada por Lima e Machado (2018), mostra como estes profissionais podem não estar preparados para o enfrentamento da morte. Esta profissional relata sobre o tempo de sinalização à equipe de saúde dos pacientes que necessitava, a partir de então, de cuidados de fim de vida:

Eu protelo ao máximo, porque isto modifica a abordagem de toda a equipe. Tem gente que diz que o paciente em cuidados de fim de vida pode perfeitamente deixar de ser, mas isso é muito complicado, porque como você vai falar com a família depois e reverter a conduta que estava sendo tomada? (Lima; Machado, 2018, p. 92).

Este fato se articula ao reconhecimento de que os estudantes de medicina, ao se interessarem mais por aspectos orgânicos das doenças, são mais intolerantes à ambiguidade, comparados àqueles que são mais dirigidos aos fatores psicológicos da enfermidade, conforme observação de Geller e colaboradores (1990). A partir disto, sugere-se que se as universidades trabalhassem para a educação de estudantes mais tolerantes à ambiguidade – como, por exemplo, com adequada formação em ciências sociais e/ou humanidades –, o que contribuiria para a formação de profissionais com estas características, o que geraria melhores ações de cuidados para diferentes condições, como as doenças crônicas, com destaque para o câncer (Geller; Faden; Levine, 1990).

Como visto no capítulo anterior, pessoas com diagnóstico de câncer podem, muitas vezes, estar enfrentando o processo de morte e morrer – gerando uma série de sentimentos como medo e angústia – e/ou vivenciando a etapa dos Cuidados Paliativos (CP) – conforme será discutido no próximo capítulo –, o que pode gerar incertezas e sentimentos dela advindos. Estes fatores requerem dos profissionais de saúde, sobretudo o médico, atitudes que serão analisadas no Capítulo 5.

As doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer, estão aumentando progressivamente e, conseqüentemente, incrementam a necessidade de cuidados especializados. Estudos apontam que, dentro do contexto dessas enfermidades, estão relacionados altos níveis de incerteza, tanto por parte do paciente, quanto de cuidadores e profissionais de saúde. Este fato se dá pelos eventos ambíguos que aparecem junto com a doença, devido à falta de informações, aos sintomas não previsíveis ou mutáveis, ao próprio desfecho da doença e ao apoio insuficiente (Arias-Rojas; Carreño-Moreno; Posada-López, 2019).

Estudos evidenciam que, pessoas com diagnóstico de doenças crônicas possuem graus de confiança com os profissionais de saúde e buscam, da parte destes profissionais, a valoração que estão fazendo de suas experiências profissionais a respeito da sua doença, a fim da melhor tomada de decisão para seu tratamento (Arias-Rojas; Carreño-Moreno; Díaz, 2019).

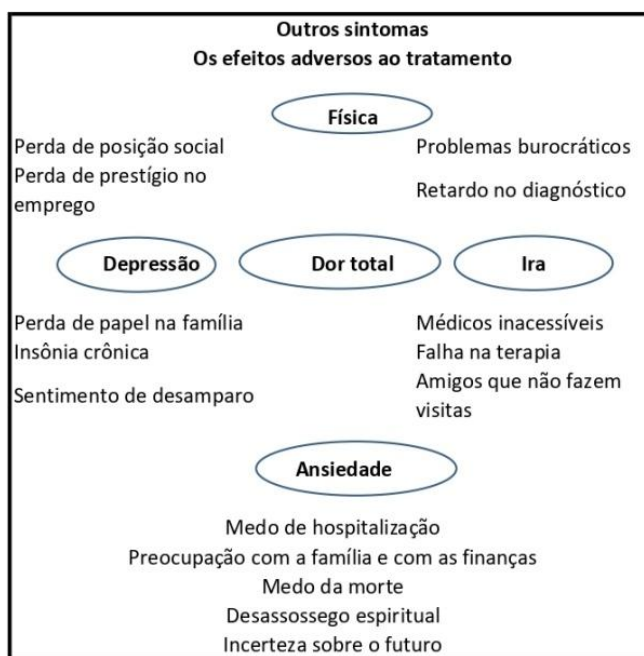
Lidar com a fenda que se coloca entre o “tempo a que se planeja e espera” e a “incerteza do que ainda virá”, não é uma tarefa fácil e só pode ser oferecida ao paciente as

possibilidades de “solucionar” ou ao menos refletir sobre tais conflitos, quando estas pessoas – com diagnóstico de câncer – têm o conhecimento sobre o seu real estado de saúde, e são os profissionais de saúde que são responsáveis por passar estas informações (Nascimento-Schulze, 1997a), sobretudo o médico. Os cuidados oferecidos neste contexto requerem da equipe multiprofissional conhecimentos específicos, pois além de questões existenciais e emocionais que se fazem presentes na experiência do câncer, estão a dor, o sofrimento físico e a urgente necessidade de ter a percepção desta dor (Nascimento-Schulze, 1997a).

Acima disto, esta percepção e cuidados fazem parte dos elementos fundamentais dos CP apontados pela Associação Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL), no seu Guia de Cuidados Paliativos, a fim de estabelecer a terapêutica para os pacientes. Os CP propõem o alívio da dor, dos sintomas e do sofrimento em pessoas que possuem diagnóstico de doenças crônico-degenerativas, como o câncer e/ou que estão no enfrentamento do fim de vida, a fim de promover sua qualidade de vida e em sua globalidade de ser (Pessini; Bertachini, 2006).

No relatório da Organização Mundial de Saúde (1990), organizou os fatores que influenciam a percepção da dor, conforme figura abaixo.

**Figura 1 - Fatores que influenciam a percepção da dor**



Fonte: (Nascimento-Schulze, 1997a, p. 28).

Frequentemente, profissionais que atuam frente aos cuidados dos pacientes oncológicos e/ou que se vinculam às pesquisas sobre a prevenção do câncer, estão cada vez mais em busca dos conhecimentos das ciências sociais, como a Psicologia, sobretudo ao

universo cognitivo dos pacientes (Nascimento-Schulze, 1997b), pois como visto anteriormente, a dor é um fator que, muitas vezes, se faz presente na experiência do câncer. De fato, segundo o Instituto Nacional do câncer, “dor é sempre subjetiva e pessoal” (INCA, 2001, p. 15) e alguns fatores podem influenciar sua percepção, como a fadiga, depressão, raiva, medo, ansiedade em relação à doença e sentimentos de falta de apoio e desesperança (INCA, 2001).

Geralmente, as pessoas que recebem o diagnóstico de câncer, passam por um “choque”, que muitas vezes levam à depressão, à perda de autoestima, sentimento de abandono, ira e a negação. Poderá ainda passar por cirurgias e até a perda de autonomia e mobilidade. Passar por todos estes enfrentamentos está relacionado à trajetória de vida de cada pessoa, desde o diagnóstico, as experiências do tratamento, até a fase final. A partir disto, foi proposta uma lista que engloba 19 estratégias de enfrentamento da doença. São elas: (1) confrontação interpessoal; (2) resolução de problemas por outros; (3) resolução de problemas planejada; (4) tomar uma ação firme; (5) buscar solução favorável; (6) buscar mais informação; (7) buscar direcionamento; (8) considerar as alternativas possíveis; (9) buscar suporte social; (10) fazer reavaliação positiva; (11) chorar; (12) buscar suporte espiritual; (13) procurar exercer autocontrole; (14) aceitar responsabilidade ou culpa; (15) culpar alguém ou algo; (16) distanciamento; (17) evitamento, escape, negação; (18) desanimar; (19) submeter-se ao inevitável (Nascimento-Schulze, 1997b). Esta proposta corrobora para a complexidade no cuidado às pessoas com câncer.

Cuidar, segundo Arruda e Gonçalves (1998), envolve atitudes humanas inseridas no processo de assistir ao indivíduo, à comunidade ou grupo, aos racionais, deliberados e dotados de sentimento e fundamentados em conhecimento. O cuidado vai muito além de um ato, representando outrossim uma atitude que resulta em uma responsabilização, preocupação e ocupação (Boff, 2013). Este processo envolve as reações interpessoais, advindas do sentimento de ajuda e confiança, baseados em valores humanísticos e conhecimento científico.

No entanto, o cuidar está inserido em um processo mais complexo que a cura e nem tampouco como uma prerrogativa de uma única profissão, ou seja, é um processo de várias ações que incluem a seleção e implementação da ação, a identificação da necessidade de quem está recebendo o cuidado e o critério para medida do alcance do resultado a que se espera (Arruda; Gonçalves, 1998).

Para o cuidado às pessoas com diagnóstico de câncer se faz necessário um conhecimento da condição deste paciente, com o objetivo de compreender as ações, fazer uma

melhor interpretação da realidade e enfrentar a situações de crise, pois sua condição clínica pode ser de extremo sofrimento, podendo assumir várias formas (Nascimento-Schulze, 1997a).

Desta maneira, pode-se dizer que, pessoas com diagnóstico de câncer, podem assumir diversas formas em seu processo de vida e sendo afetadas de forma universalmente reconhecidas. Em estudo com estas pessoas e que estavam em tratamento de quimioterapia, foi possível uma taxonomia das dificuldades enfrentadas, onde foi possível ilustrar as mudanças que estes pacientes passam na vida, desde o recebimento do diagnóstico até as fases mais avançadas da doença. Estes fatores são apresentados no Quadro 4.1 (Nascimento-Schulze, 1997a).

**Quadro 1 - Dificuldades de ordem prática e psicossocial mencionadas por paciente portadores de câncer**

<b>Dificuldades de ordem prática e econômica</b>
1) Dificuldade em arrumar os papéis para internação/trâmites burocráticos;
2) Dificuldades financeiras no decorrer do tratamento;
3) Auxílio no serviço doméstico;
<b>Dificuldades de ordem psicossocial</b>
4) Deixar a família (filhos);
5) Enfrentar o julgamento social;
6) Enfrentar a possibilidade da morte (quando recebe o diagnóstico);
7) Preparo para cirurgias em geral;
8) Enfrentar a consequências de um não esclarecimento quanto ao diagnóstico e decorrências da cirurgia;
9) Mudança no desempenho de papéis sociais;
10) Despreparo para o uso de próteses;
11) Despreparo para enfrentar a quimioterapia;
12) Falta de apoio durante a quimioterapia;
13) Enfrentar mudanças corporais decorrentes da cirurgia e do tratamento quimioterápico;
14) Enfrentar dores;

Fonte: Nascimento-Schulze (1997a, p. 20).

Com este quadro, é possível ter a dimensão de como o enfrentamento do câncer pode trazer grandes respostas emocionais, o que impõe a necessidade de uma maior compreensão e qualificação no cuidado à estas pessoas – a fim de proporcioná-las uma melhor e efetiva intervenção –, na perspectiva de uma relação sujeito-sujeito, pois “cuidar é entrar em sintonia com” (Boff, 2017, p. 72). Nesse sentido, vale ressaltar que o ato de cuidar – segundo este autor – foi “difamado” das práticas humanas como uma feminilização e um obstáculo à objetividade e à eficácia na compreensão ao outro, perdendo a “visão do ser humano como

ser-de-relações ilimitadas, ser de criatividade, de ternura, de cuidado, de espiritualidade, portador de um projeto sagrado e infinito” (Boff, 2017, p. 75).

Quando o paciente oncológico recebe o diagnóstico, muitas vezes são confrontados com as incertezas e a aproximação da morte, como vimos anteriormente, e é preciso um tempo para que cada pessoa, em seu devido momento, possa refletir e se adaptar à esta nova realidade e traçar ressignificações da sua vida, o que Nascimento-Schulze chama de “processo de realização” (1997, p. 21).

A autora salienta que, geralmente, as pessoas que recebem o diagnóstico de câncer, são confrontadas com inúmeros desapontamentos, além de uma grande perda, mas que podem ser superados com cuidados e direcionamentos apropriados (Nascimento-Schulze, 1997a) e o CP podem ser uma dessas formas.

Este tópico será abordado mais profundamente no próximo capítulo, mas já se pode adiantar que diante do exposto, o objetivo dos CP é garantir os princípios instituídos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002:

Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, o que requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (Figueiredo, 2008, p. 383).

Contemplam, pois: o alívio da dor e quaisquer outros sintomas que sejam desconfortáveis para o paciente, a afirmação da vida e o reconhecimento da morte como um processo inerente à vida, a não antecipação ou o adiamento da morte, a promoção do cuidado integral, a disponibilização de um sistema que apoie o paciente a uma vida ativa dentro de suas possibilidades, o auxílio aos familiares no enfrentamento da doença e no luto e o apoio às necessidades dos pacientes e familiares através de uma equipe multiprofissional. Os princípios visam ainda, promover uma melhor qualidade de vida e influir, de forma positiva, no curso da doença, além de oferecer, através de terapêuticas de prolongamento da vida, os CP precocemente e, por fim, empreender esforços para reduzir as situações clínicas estressantes. Os CP aceitam a morte como um processo natural da vida e desconsidera os tratamentos que apenas prorrogaria o sofrimento do paciente (Pessini; Bertachini, 2006).

É importante salientar que os CP não se relacionam, diretamente, com a finitude, mas exigem uma atuação de uma equipe multiprofissional qualificada, pois a vulnerabilidade e a proteção são conceitos que estão intrínsecos ao processo de vida e morte. Quanto aos CP, o profissional deve estabelecer uma relação de proteção ao paciente através de uma escuta

baseada no conhecimento, respeito e valorização do indivíduo em toda sua complexidade e o que está implícito no processo do cuidado, é a ajuda ao outro no seu processo de crescimento (Lima; Manchola-Castillo, 2021).

Para isto ser possível, é preciso alguns fatores (Arruda; Marcelino, 1997): (1) conhecer o que, de fato, o outro necessita; (2) compreender que o cuidado não é apenas um hábito, mas um aprendizado; (3) paciência para permitir o crescimento do outro a seu tempo e lhes dando possibilidades; (4) confiança para permitir que o outro se arrisque dentro de suas possibilidades; (5) humildade para aprender mais sobre o que o cuidado compreende; (6) esperança nas possibilidades e no evitamento de interferência na vitalidade do ser e (7) coragem frente às incertezas. A partir disto, pode-se observar que o interagir é inerente ao cuidado, implicando nas relações.

Alves (2009) faz uma analogia do cuidado ao corpo, como instrumentos musicais e que estes não existem por eles mesmos, mas pela música que produzem, ou seja, o corpo não se cura só pelos atos médicos, é necessário que “beba” da sua própria música e isso só se revela através do cuidado – “precisa da voz, da escuta, do olhar, do toque, do sorriso” (Alves, 2009, p. 35).

A medicina nunca teve tanta capacidade de fazer pelo outro, como atualmente, em relação ao cuidado. Porém, as pessoas estão cada vez mais desapontadas com estes profissionais, pois a maioria dos médicos têm dificuldades para o exercício do cuidado (Lown, 2020). Com efeito, para Lown (2020), o cuidado na esfera da medicina vai além do diagnóstico e da utilização dos recursos tecnológicos, e sim da relação médico-paciente.

No cuidado às pessoas com diagnóstico de câncer, além de requerer uma especificidade e qualificação, pela demanda destes pacientes, como visto anteriormente, há uma grande inquietação em lidar com estas pessoas, por parte dos profissionais de saúde, pois além de demandar cuidado com os próprios pacientes, há uma demanda de cuidado aos familiares e profissionais de saúde (Almeida, 2020). Esta compreensão – mormente o que é o cuidado às pessoas com diagnóstico de câncer – traz a necessidade da reflexão a respeito da promoção de equipes transdisciplinares, a educação dos profissionais de saúde e os aspectos bioéticos dos CP – à luz da Bioética da Proteção, Ética do Cuidado e (Bio)ética para todos os seres –, conforme será discutido no próximo capítulo.

### 3.3 BIOÉTICA E CUIDADOS PALIATIVOS

Bioética é um termo que deriva do grego *bios* (vida) e *ethike* (ética). De um modo geral, reconhece-se que esse campo do conhecimento se refere aos estudos morais nos âmbitos da visão, decisão, conduta e normas dos cuidados da saúde e das ciências da vida e tem como principal objetivo aprimorar o juízo moral, a fim de cuidar da dignidade e da vida, principalmente ao que diz respeito ao significado e sentido da existência (Mendes; Pereira; Barros, 2021). Esta disciplina tem seus primeiros registros no Brasil a partir do início dos anos 1990, de modo articulado ao processo de redemocratização do país no pós-ditadura (Mendes; Pereira; Barros, 2021; Rego; Palácios; Siqueira-Batista, 2020).

A Bioética pode também ser delineada como uma área epistêmica em resposta, no campo das ciências da saúde, aos desafios e mudanças que surgiram nos séculos XX e XXI sobre a vida e o ambiente, tendo como pauta principal o cuidado, a proteção dos seres – humanos ou não – e o respeito à existência (Siqueira-Batista, 2020). Pode ser entendida igualmente em um sentido de “ética da vida” – ou de uma ética aplicada –, que diz respeito, portanto, à moralidade dos atos dos agentes morais envolvendo outros viventes, a fim de proteger a vida, não só no sentido do *bios*, mas no seu sentido orgânico, *zoé* (Schramm, 2020). A Bioética, portanto, tem uma ligação com a ética aplicada, como um subconjunto desta, com a seguinte notação: “bioética  $\subset$  ética aplicada  $\subset$  ética” (Siqueira-Batista, 2020, p. 261).

Assim, a Bioética se aproxima da “ética da sobrevivência” proposta por Van Rennslaer Potter (1970), a qual visa não só preservar a qualidade da vida humana, mas a biosfera, tendo a bioética, então, uma relação com as palavras *proteção* e *cuidado*, sendo o significado da palavra *proteção* pelo *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* “cuidado (com algo ou alguém) mais fraco”; “aquilo que serve para abrigar”, “resguardado”, “guardado” (Houaiss, 2001 *apud* Schramm, 2020, p. 234).

Os Cuidados Paliativos (CP) são indicados pela Organização Mundial de Saúde como uma abordagem de atenção à pessoa com diagnósticos de doenças crônicas – como o câncer – em quadros avançados, promovendo a qualidade de vida a fim de prevenir e aliviar o sofrimento. Estes cuidados lidam com pessoas vivas e, por esta razão, focam no sentido da existência de cada um diante do tratamento e ao próprio processo de finitude, lhes dando a oportunidade de autonomia e princípio de dignidade, aspectos estes, bioéticos (Langaro; Schneider, 2022).

A partir disto, pode-se elencar os referenciais bioéticos – sobretudo a proteção, o cuidado e a compaixão laica – aos CP, dado o reconhecimento da vulnerabilidade dos

pacientes inseridos nesses cuidados. É importante ressaltar que os CP vão além de “garantir” uma boa morte, representando outrossim uma possibilidade de propiciar qualidade de vida (Lima; Mancholla-Castillo, 2021).

Diante do exposto, faz-se necessário apresentar a Bioética da Proteção, a Ética do Cuidado e a (Bio)ética para todos os seres com mais detalhes, como referenciais bioéticos que apoiarão as análises dirigidas à atenção à pessoa com diagnóstico de câncer, sobretudo àqueles sob os CP. Para isso, no entanto, é preciso entender sobre estes cuidados considerados recentes no Brasil.

Os CP, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS),

consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2022, p. xv, tradução nossa).

Os CP são geralmente indicados para pessoas com diagnóstico de doenças crônicas, progressivas e incuráveis, e muitas vezes com já em quadros avançados e sem respostas ao tratamento. Geralmente esses pacientes apresentam sintomas multifatoriais, intensos, múltiplos e mutantes, com prognóstico de vida inferior a seis meses e quando há um grande impacto emocional no paciente, podendo estar relacionado, ou não, com a aproximação da morte (Pessini; Bertatini, 2006).

Esta prática se torna cada vez mais necessária, principalmente após a segunda metade do século XX, momento no qual houve um aumento da expectativa de vida e o número de pessoas longevas e, como consequência, um maior número de pessoas diagnosticadas com doenças crônicas com pouca ou nenhuma possibilidade de cura. Desta maneira, essas pessoas passam a fazer parte do grupo daqueles que necessitam dos CP, pois, mesmo não havendo expectativas de cura, os cuidados ainda são necessários, a fim de aliviar o sofrimento do paciente e de seus familiares. De certo não trarão a cura, mas poderão proporcionar uma maior qualidade de vida com grandes chances de uma morte digna (Alves *et al.*, 2014). Nestes termos, como disse Cicely Saunders (2004):

Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento da sua vida, e faremos tudo o que estiver ao nosso alcance não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte (Saunders, 2004 *apud* Alves *et al.*, 2019, p. 3).

Embora o termo “*cuidados paliativos*” – ou a expressão alternativa “*tratamento paliativo*” – tenha um sentido carregado de negatividade e passividade, sua abordagem deve ser proeminentemente ativa, mormente às pessoas com diagnóstico de câncer em fase avançada que, em grande parte, são acometidas com uma alta carga de sintomas físicos, emocionais e psicológicos devastadores, requerendo controle destes sintomas e uma conduta terapêutica dinâmica e ativa, respeitando os limites do paciente, frente à sua aproximação, muitas vezes, com a finitude da vida (INCA, 2022b).

Os CP têm o objetivo de promover uma melhor qualidade de vida à pessoa que enfrenta uma doença progressiva e limitadora, como o câncer, por exemplo, e ajuda aos familiares a enfrentar o curso da doença, desenvolvendo práticas de cuidado humanizado e integral. Estes cuidados geralmente são feitos por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais da medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia, assistência social, terapias ocupacionais e representantes religiosos, cujo auxílio pode se ampliar aos familiares no período pós-morte do paciente, no enfrentamento do luto (Alves; Oliveira, 2022).

Considerando que os CP não estão, diretamente, relacionados à finitude da vida, devem ser realizados logo no diagnóstico e sendo ajustado de acordo com a necessidade do paciente, o qual tem o direito de ser assistido e cuidado durante o processo da doença até o fim da vida. Os CP têm uma política de afirmação da vida e consideram a morte um processo natural, não reconhecendo como válidas as possibilidades de adiamento (distanásia) ou antecipação da morte (eutanásia). Desta maneira, faz-se fundamental, nestes cuidados, os olhares psicossocial e espiritual como acolhimento e apoio aos pacientes, para que vivam ativamente, dentro das suas possibilidades, até a morte. E, em relação à família, o acolhimento no enfrentamento da vivência da doença e no processo de luto (Mendes; Vasconcellos, 2015).

Os CP tiveram seu marco a partir da fundação *Saint Christopher's Hospice*, pela Dr<sup>a</sup> Cicely Saunders, na década de 1960, com um reconhecimento científico no movimento *hospice*, cujo objetivo é o cuidado ao ser humano e seus familiares em processo de morte e morrer, com compaixão e escuta empática, com a filosofia de um cuidado mais humano às pessoas com diagnósticos de doenças crônicas que ameacem a vida. Desta maneira, os CP eram conhecidos como *assistência hospice* e foi sendo absorvidos pela comunidade científica com diversas dimensões que, segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), relaciona o cuidado aos pacientes pelas equipes profissionais e são elas (Mendes; Vasconcellos, 2015): (1) física: em forma de cuidados ativos e integrais ao paciente, respeitando sua autonomia; (2) psicológica: avaliação do impacto da doença no paciente, ameaçando a sua vida; (3) social: avaliação das necessidades sociais individualizadas e integrada e inclusão de uma proposta de

CP nas políticas sociais e de saúde; (4) espiritual: suporte espiritual e religioso no cuidado laico; (5) cultural: atendimento às necessidades culturais e programas educacionais para os profissionais de saúde; e (6) estrutural: formação de equipes multidisciplinares.

Esta prática tem uma estimativa no Brasil, segundo a Fundação do Câncer (2011), que cerca de 650 mil pessoas por ano, necessitarão desses cuidados, e no mundo cerca de, 85% de pessoas em CP, são com diagnóstico de câncer.

Embora haja uma preocupação pela OMS, desde 1990, com a padronização e a formulação do conceito de CP, no Brasil ainda há uma lacuna na rede de assistência à saúde que englobe, nos três níveis de complexidade do sistema de saúde, a implementação e organização dos referidos cuidados. Por esta razão, será necessária uma política de saúde mais qualificada na perspectiva dos vários problemas provenientes de uma pessoa que se encontra na fase avançada do câncer e/ou no final de vida (Mendes; Vasconcellos, 2015).

O conceito de CP faz referência aos diversos tratamentos prestados – físico, emocional, social e espiritual – que surgiram após o conceito de “dor total”, utilizando a premissa de Saunders (1996) ao dizer que “cada morte era tão individual quanto a vida que a precedia e que toda experiência daquela vida estava refletida no modo de morrer do paciente” (Saunders, 1996, p. 1600). Este conceito, no entanto, se expandiu para as dimensões financeira, interpessoal, familiar e aos profissionais de saúde que atuam nos CP (Floriani; Schramm, 2007).

As pessoas com diagnóstico de câncer e enfrentam o estágio avançado da doença, geralmente se deparam com muitas perdas, como da saúde, de sua autonomia, da sua normalidade e, sobretudo, do potencial de futuro, pois a dor, muitas vezes presentes neste processo, limita o estilo de vida destes pacientes, alterando sua mobilidade, paciência e resignação, e nos pacientes em CP, a severidade da dor não está relacionada diretamente com o tecido lesionado e outros sintomas podem ser percebidos, como a depressão, fadiga, raiva, medo e/ou ansiedade da doença e os sentimentos de falta de esperança e amparo, podendo gerar um sentimento de angústia proveniente das incertezas advindas do processo de morte e morrer (INCA, 2001). Por esta razão, a importância no conceito de “Dor Total”, amplificando as dimensões do sofrimento humano.

Aparece na literatura o termo “cuidado terminal” referenciando aos CP no suporte ao paciente que se encontra em seus últimos momentos de vida – dias ou horas – e à fase terminal da doença, com o objetivo de oferecer a esta pessoa, uma morte digna (Ellershaw; Ward, 2003 *apud* Floriani; Schramm, 2007).

Assim, faz-se necessário ressaltar, a importância de oferecer ao paciente, através dos CP, o acolhimento na hora de sua morte, incluindo seus familiares e cuidadores, amparando-os no enfrentamento deste processo e se estendendo a posteriori – o luto. No entanto, vale comentar que, em CP, não é consensual as questões de “qualidade de vida” e “boa morte”, do ponto de vista conceitual nem operativo. Os CP buscam minimizar os sintomas mais estressores que afetam os pacientes em fases avançadas da doença, com a finalidade de melhorar a qualidade do seu cotidiano e, com controle, minimizar o sofrimento, oferecendo mais dignidade no enfrentamento deste processo. Além disso, ajudam os enfermos a participarem de forma ativa nas decisões sobre sua vida, caso este esteja em condições de realizar, preservando sua autonomia (Floriani; Schramm, 2007).

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2018), as iniciativas e discussões sobre CP no Brasil, são encontradas desde a década de 70, mas apenas nos anos 1990 surgem os primeiros serviços organizados de maneira experimental. Um dos serviços pioneiros foram os cursos e atendimentos com filosofia dos CP na Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM); deve-se ressaltar, também, o papel do INCA, com atendimentos a pessoas com doenças sem possibilidades de cura, desde 1986. Com as atividades iniciadas em 2005 pela ANCP, foi possível avançar na regularização do paliativista no Brasil, estabelecendo critérios de qualidade para os serviços de CP, ampliando para o Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB), elaborando, assim, duas resoluções importantes que regulam a atividade médica para esta prática, e incluindo em 2009 pelo CFM, os CP como princípio fundamental em seu novo Código de Ética Médica.

No entanto, há uma grande dificuldade de implementar os CP no Brasil pela carência de formação qualificada aos profissionais de saúde e aos cuidados a pacientes com esta demanda, pois as formações são, predominantemente, direcionadas à cura, sendo a morte o resultado de um fracasso, pela dificuldade em lidar com os processos de finitude da vida. Diante deste cenário, é possível perceber a grande necessidade de qualificação eficiente nos contextos de assistências de fim de vida (Alves; Oliveira, 2022).

De acordo com a ANCP (2018), em consequência de uma carência das formações de profissionais de saúde em CP, estes profissionais não detêm habilidades no reconhecimento de sintomas e administração da situação para um acolhimento e cuidado mais humanizado e ativo, mormente quando estes pacientes e familiares se aproximam de seus processos de morte e morrer.

No que tange à formação de profissionais em oncologia paliativa no Brasil, foi realizado um estudo com 23 profissionais de saúde entre 17 e 60 anos. Destes, 8 tinham especialização, 6 possuíam residência médica e/ou multiprofissional, 2 tinham mestrado e 4 afirmaram não ser especializado. Em relação às pós-graduações, 10 profissionais possuíam especialização em oncologia, 6 tinham especialização em áreas afins e 4 não possuíam nenhum título de pós-graduação. A fim de analisar os discursos dos profissionais de equipes multidisciplinares em CP, foram especificadas quatro categorias principais que serão mostradas nas Figuras 5.1, 5.2, 5.3 e 5.4. São elas (Alves; Oliveira, 2022):

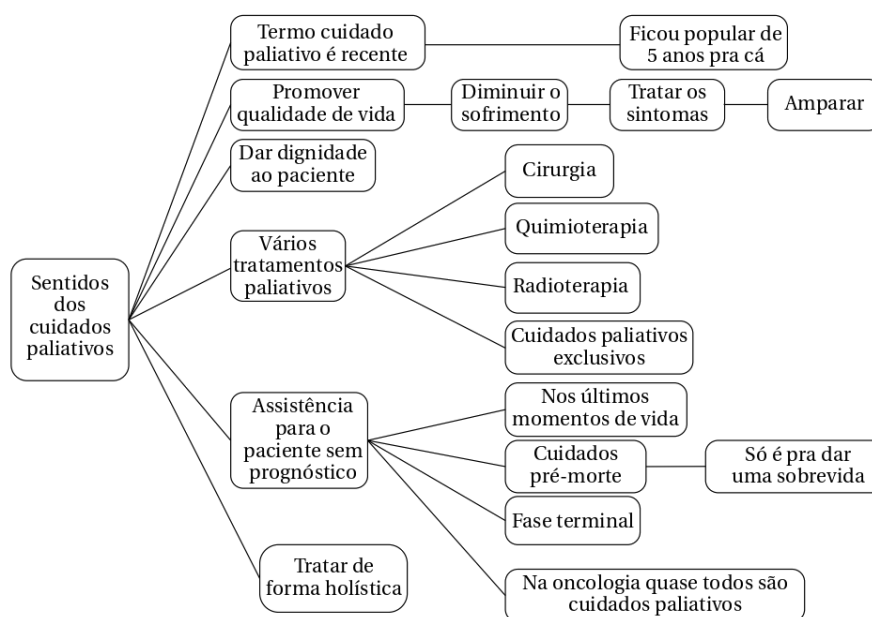
(1) “Sentidos de cuidados paliativos para profissionais de saúde atuantes em oncologia” – evidencia os múltiplos sentidos atribuídos pelos profissionais;

(2) “Ações de cuidados paliativos para profissionais de saúde atuantes em oncologia” – ações de CP executadas pelos profissionais em suas rotinas de trabalho;

(3) “Dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na assistência ao doente oncológico em cuidados paliativos” – as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no enfrentamento do agravamento da doença e/ou no processo de morte e morrer, sobretudo quando se estabelece vínculos afetivos com os pacientes; e

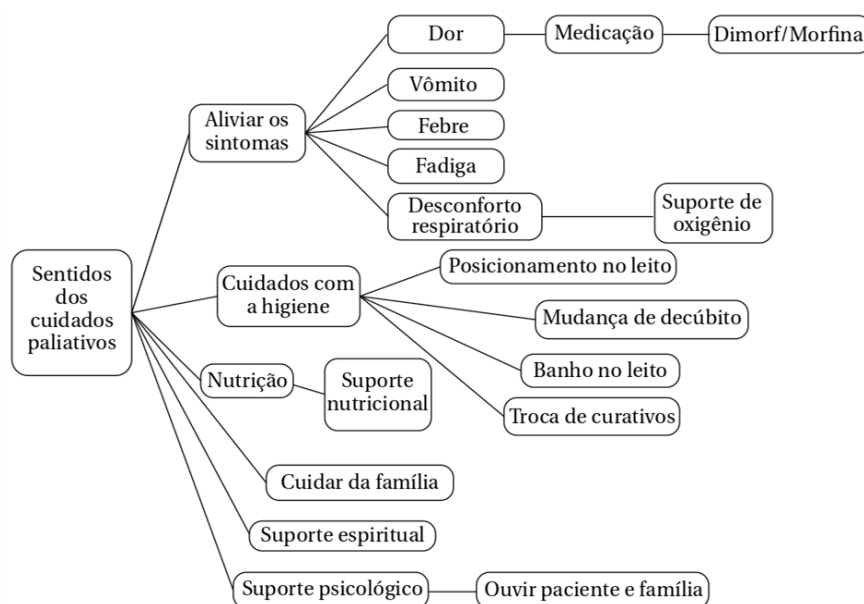
(4) “Formação dos profissionais de saúde para a atuação em cuidados paliativos” – evidencia a insuficiência na formação de profissionais de saúde com o objetivo de atuar em CP e no enfrentamento dos processos de morte e morrer.

**Figura 2 - Árvore de associação de sentidos: Sentidos de cuidados paliativos para os profissionais de saúde atuantes em oncologia**



Fonte: Alves e Oliveira (2022, p. 4).

**Figura 3 - Árvore de associação de sentidos: Ações de cuidados paliativos para os profissionais de saúde<sup>1</sup>**



Fonte: Alves e Oliveira (2022, p. 6).

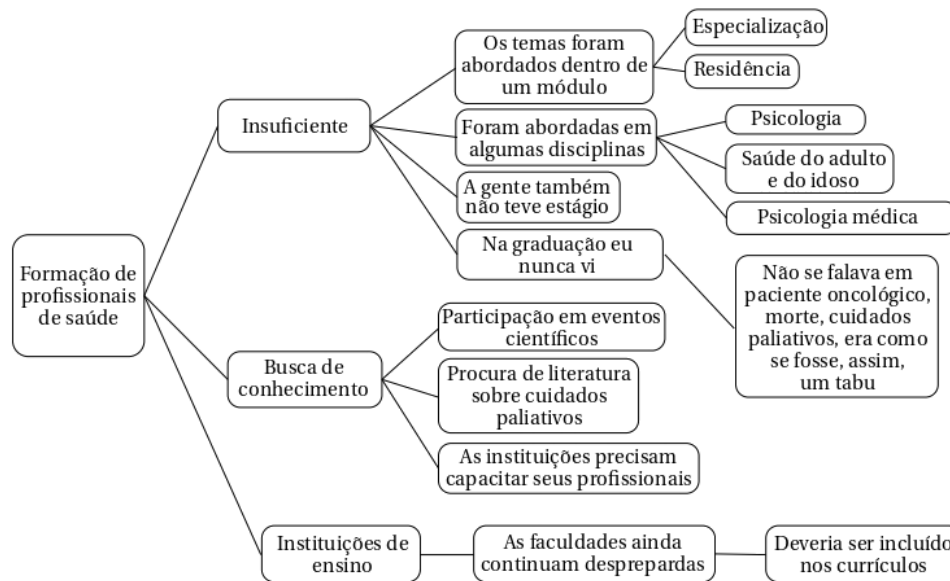
**Figura 4 - Árvore de associação de sentidos: Dificuldade encontradas pelos Profissionais de Saúde na assistência ao doente oncológico em cuidados paliativos**



Fonte: Alves e Oliveira (2022, p. 8).

<sup>1</sup> Acreditamos que o primeiro bloco da figura 2 digitado *Sentidos dos cuidados paliativos* seja um erro, pois este está referenciado à figura 1, sendo na figura 2, portanto, “Ações dos cuidados paliativos”.

**Figura 5 - Árvore de associação de sentidos: Formação dos profissionais de saúde para a atuação em cuidados paliativos**



Fonte: Alves e Oliveira (2022, p. 10).

Foi possível constatar neste estudo, o avanço entre os profissionais de saúde, no campo do conhecimento sobre a filosofia dos CP. No entanto, aparece a lacuna que ainda existe em capacitação nos serviços para atuar na área de CP e a carência nas formações acadêmicas, indicando uma necessidade de inclusão, nos currículos, os CP. Outro tema que apareceu com uma grande carência de discussões, foi referente à finitude da vida e a qualidade da morte, aparecendo, inclusive, uma reivindicação dos profissionais para a importância da formação de uma equipe especializada e capacitada no tema (Alves; Oliveira, 2022).

No Brasil, segundo a ANCP (2018), ainda são poucos os serviços oferecidos em CP, principalmente na implementação de serviços de qualidade e eficácia. Esta pode ser uma resposta de uma carência existente na formação médica e de outros profissionais de saúde em CP, fundamental para um atendimento adequado. Além da falta de oferta de residências médicas e cursos de especialização e de pós-graduação de qualidade, as graduações em Medicina no Brasil não ensinam os futuros médicos a lidar com as pessoas que estão na fase final da vida, impossibilitando-os de reconhecer os sintomas e, muitas vezes, não sabendo administrar o processo de morte e morrer de maneira humanizada e ativa. No entanto, em 2022 o Conselho Nacional de Educação alterou os artigos 6º, 12º e 23º da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação

em Medicina, onde passam a instituir competências, habilidades e conhecimentos da assistência aos pacientes em Cuidados Paliativos, além de princípios e Boas Práticas em CP e, por último, o artigo 23º recomendando a compreensão dos aspectos – psicossociais, biológicos e espirituais - que envolvem a terminalidade da vida, o luto e a morte (Brasil, 2022).

Vale ressaltar que “a conscientização da população brasileira sobre Cuidados Paliativos é essencial para que o sistema de saúde brasileiro mude sua abordagem aos pacientes portadores de doenças que ameaçam a continuidade de suas vidas” (ANCP, 2018, p. 1), diminuindo, assim, os custos dos serviços de saúde e contribuindo com grandes benefícios para os pacientes e seus familiares (ANCP, 2018).

A partir disto, é possível observar a importância da capacitação e especialização dos profissionais de saúde, tanto na prática e especialização dos CP, quanto na vivência e capacitação acadêmica nos processos de morte e morrer, mormente à luz da bioética, que acreditamos contribuir muito nas formações e práticas dos profissionais de saúde.

Desta maneira, serão apresentadas, a seguir, as três correntes éticas que apoiarão o debate em torno do amparo ao enfermo oncológico em fim de vida, em um cenário de incertezas – a Bioética da Proteção, a Ética do Cuidado (na perspectiva de Leonardo Boff) e a (Bio)ética para todos os seres (está última com ênfase no conceito de *compaixão laica*) – as quais podem ser articuladas, também relevante para a delimitação teórica da questão em tela apontados nos artigos de Possamai e Siqueira-Batista (2022a,2022b).

### **3.3.1 Bioética da Proteção**

A Bioética da proteção é “um modelo que busca soluções aos conflitos existentes na saúde pública” (Possamai, 2022, p. 11), sejam eles individuais ou gerados pela relação médico-paciente, respeitando sua singularidade e magnitude. Desta forma, para compreender este modelo, é necessário conhecer os princípios que respondem aos conflitos médico-paciente: (1) princípio do respeito á autonomia, (2) princípio da não maleficência, (3) princípio da beneficência e (4) princípio da justiça, no entanto não entram no âmbito da saúde pública, que coloca o outro em uma proteção assimétrica, sem reciprocidade. Então, autores sugerem o princípio da proteção, sob três condições para sua aplicação: (1) gratuidade, sem compromisso *a priori* para a proteção, (2) vinculação, como um compromisso com o afetado e (3) cobertura das necessidades das pessoas. Assim, podemos entender por proteção “a atitude de dar resguardo ou cobertura às necessidades essenciais, ou seja, aquelas que devem

ser satisfeitas para que a pessoa afetada possa atender a outras necessidades ou outros interesses” (Schramm, 2021, p. 11).

O Princípio da Proteção, então, tem um objetivo não paternalista, garantindo ao afetado o benefício a partir da sua própria decisão. Sendo a Bioética da proteção, uma ética prática com objetivo de fornecer meios de proteger os envolvidos em possíveis conflitos na saúde pública (Possamai, 2021). Tem o objetivo ainda de evitar o paternalismo médico e a culpabilização das vítimas do adoecimento, a fim de promover uma atitude protetora e não repressora (Schramm, 2020).

Diante do exposto, de acordo com Schramm (2005):

A bioética da proteção é uma ética aplicada que se refere às práticas humanas que podem ter efeitos significativos irreversíveis sobre os seres vivos e, em particular, sobre indivíduos e populações humanas, considerados em seus contextos bioecológicos, tecnocientíficos e socioculturais, tendo em vista os conflitos de interesses e de valores que emergem de tais práticas e que, para poder dar conta de tais conflitos, (a) se ocupa de descrevê-los e compreendê-los da maneira mais racional e imparcial possível; (b) se preocupa em resolvê-los, propondo as ferramentas que podem ser consideradas, por qualquer agente moral racional e razoável, mais adequados para proscrever os comportamentos incorretos e prescrever aqueles considerados corretos; e (c) que, graças à correta articulação entre (a) e (b), fornece os meios capazes de proteger suficientemente os envolvidos em tais conflitos, garantindo cada projeto de vida compatível com os demais.

Vale, neste momento, conceituar “vulnerados”, na perspectiva de Schramm, como “seres ou populações que possuem incapacidades que não lhes possibilitem encarar o desamparo por si mesmo, pois precisam de proteção para enfrentar as adversidades” (Possamai, 2021, p. 11).

Para Schramm (2008), a vulneração humana tem referência com a “condição existencial dos humanos que não estão submetidos somente a riscos de vulneração, mas a danos e carências concretas” (Schramm, 2008, p. 11). Com efeito, a Bioética da Proteção aponta para a essencialidade do cuidado como ação humana, o que aproxima essa corrente da Ética do Cuidado de Leonardo Boff (Possamai, 2021).

### **3.3.2 Ética do Cuidado**

A Ética do cuidado de Leonardo Boff (2013), diz que o cuidar faz parte da essência do ser humano, indo além de um ato, mas uma atitude inerente a este, pois além de saber cuidar, possui o desejo de ser cuidado, significando um envolvimento afetivo que resulta em uma responsabilização, preocupação e ocupação.

No plano da existência, pela perspectiva fenomenológica de Heidegger, o *modo-de-ser* essencial do cuidado deve ter referência no que é vivido e estruturado pelo humano e não como algo independente, de modo que o ser-no-mundo possui duas vertentes: o cuidado e o trabalho, construindo sua identidade, autoconsciência e o próprio Ser. Para Heidegger (2012), o homem se constitui no *ser-aí* (*Dasein*), ou seja, uma condição de cuidar de si, um cuidado existencial, como possibilidades de ser e *ser-com-os-outros*. Desta maneira, é possível apresentar âmbitos que o cuidado se concretiza, os quais apresentaremos alguns: (1) amparo ao Planeta; (2) cuidado com o outro, mantendo o diálogo eu-tu de maneira respeitosa e amorosa; (3) cuidado com o corpo e a saúde, sendo o corpo como parte do ser humano; (4) cuidado com a cura integral do ser humano, buscando equilíbrio entre corpo, mente e espírito; (5) cuidado com nossa alma, com anjos e demônios interiores como forças internas que guiam nossa centralidade; (6) cuidado com nosso espírito, como seres humanos falantes e interrogantes e, conseqüentemente espirituais; (7) cuidado com a morte – chamado por Boff de “a grande travessia”, como um destino final do homem-corpo (Boff, 2013).

A partir destes princípios, é proposta por Boff uma ética do cuidado, pois, sendo inerente ao ser humano e pertencendo à sua essência concreta, gera uma ética e uma elaboração de um discurso ético universal pelo fato de estar-no-mundo-com-os-outros. Assim, sob essa perspectiva, é importante refletir sobre o cuidado exercido pelos profissionais de saúde. Em relação às suas atividades, cuidando de seus pacientes, se caracteriza como uma atividade de amparo, de proteção das vidas humanas e da comunidade e o cuidado desses cuidadores, reflete um olhar para suas situações de trabalho sob estresse e a motivação para exercer suas tarefas (Boff, 2013).

Deste modo, é possível apresentar outras concepções filosóficas que se articulam com a teoria de Leonardo Boff e uma delas é o princípio de compaixão que, segundo o autor, significa a “capacidade de com-par-ti-lhar a paixão do outro e com o outro. Trata-se de sair de seu próprio círculo e entrar na galáxia do outro enquanto outro para sofrer com ele, alegrar-se com ele, caminhar junto com ele e construir a vida em sinergia com ele” (Boff, 2017, p. 98). Ademais, Boff (2011) diz ainda que a compaixão pode ser caracterizada como a mais humana das virtudes por nos abrir ao outro ser humano assumindo sua paixão, além de se colocar no lugar deste, sentindo suas dores e transladando ao seu lugar, sem levar em conta a sua ideologia, status social, cultural e religião.

Nesta perspectiva, da proteção de alguém que necessita de amparo, é possível o questionamento acerca da atuação do cuidador, que ampara, o qual nos leva ao conceito de *compaixão laica*, proposto pela inter-relação deste com as concepções de proteção e cuidado

– “proteção como um ato de *cuidado* quiçá motivado por *compaixão*” (Siqueira-Batista, 2020, p. 266), como se discutirá na próxima seção.

### 3.3.3 Compaixão laica à luz da (Bio)ética para todos os seres

A compaixão tem origem em diferentes tradições religiosas, mormente o Budismo e o Cristianismo. É possível encontrar o termo *simpatia* na cultura grega, que se traduz como padecer juntamente, simpatizar, compadecer, que se refere a ter *com-paixão*, ou seja, “*compartilhar* o πάθος (*páthos* = paixão, sentimento, afeto arrebatador) do outro” (Siqueira-Batista, 2010, p. 15).

Na perspectiva do Cristianismo, *compaixão* pode ser vista como uma virtude maior, como um “tomar para si a o sofrimento alheio, tendo o outro como um ser desamparado. No Budismo, *compaixão* está relacionado ao *desapego total* – como na Com-preensão da efemeridade da vida – e *acolhida incondicional* – como Compaixão como plena recepção de todas as formas viventes (Siqueira-Batista, 2010, p. 16).

Para que seja possível a distinção das Tradições Sagradas e da ética do ponto de vista filosófico, há a composição do conceito de *Compaixão laica*, onde é possível se articular a ideia de *quididade*, ou seja, na *igualdade essencial*. A partir daí, a compaixão laica é formulada nos termos de nascer, morrer e sofrer, onde não há vida que não tenha vivenciado um *vir-a-ser* até experimentar o *deixar-de-ser*. A compaixão laica, portanto, pode ser elaborada em conformidade com o exposto no Quadro 2 (Siqueira-Batista; Gomes, 2021).

#### Quadro 2 - Síntese argumentativa da compaixão laica

- |  |
|--|
| <p>(1) Todos os seres estão inscritos no espaço e no tempo, subservientes, então, aos ditames do <i>vir-a-ser</i> e do <i>deixar-de-ser</i>;</p> <p>(2) Esta característica torna-os compartes de uma igualdade essencial, estabelecida em termos da [<i>quididade</i>];</p> <p>(3) Todos os seres – os quais vêm-a-ser e deixam-de-ser – podem ser pensados em termos de <i>totalidade</i> e de sua <i>interdependência</i>;</p> <p>(4) A atitude diante de um igual – no plano, imanente, da existência: [<i>quididade</i>], <i>totalidade</i> e <i>interdependência</i> – somente pode ser de incondicional acolhida, <i>amparo</i>, uma vez que a aceitação de (2) e (3) torna inconsistente que <i>aquele que acolhe</i> se veja completamente independente (e apartado) <i>daquele que é acolhido</i>;</p> <p>(5) A oferta de amparo a todos os seres – havendo distinção, mas não separação, entre aquele que “recebe” e aquele que é “recebido” – diz respeito à acolhida da igualdade radical imanente à condição de existente;</p> <p>(6) A acolhida/proteção do outro, em tal circunstância, só pode ser obtida sem julgamento,</p> |
|--|

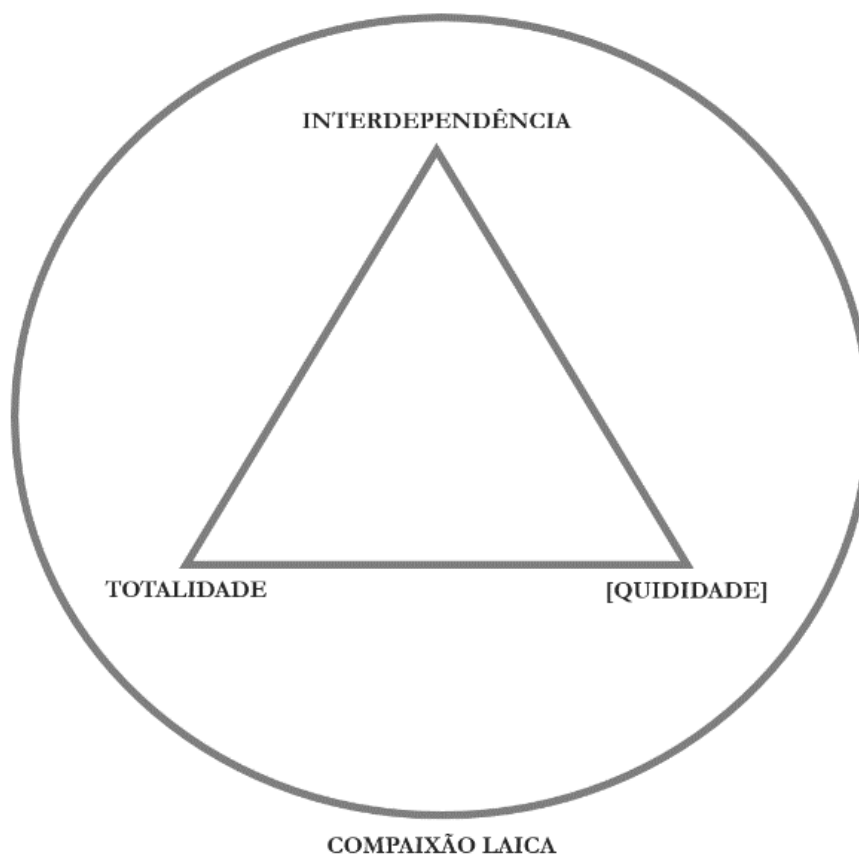
ou seja, a partir da recepção incontestada de sua *situação-no-mundo* (a despeito dos sofrimentos, desejos e decisões autônomas, em relação à sua própria existência);

(7) O acolhimento/proteção/cuidado assim expresso é um genuíno ato de *compaixão laica*.

Fonte: Modificado de Siqueira-Batista, 2006 (p. 135),<sup>34</sup> Siqueira-Batista, 2010 (p. 355-356)<sup>77</sup> e Siqueira-Batista, 2020 (p. 269).<sup>35</sup>

A *compaixão laica*, portanto, se manifesta de um “eu” por um “outro” sem adotar um modelo paternalista, onde decidir signifique delimitar o que é melhor para o outro, mas sim “desenvolver e praticar um amplo respeito pela existência, na medida em que se recebe aquele que existe” (Siqueira-Batista, 2010, p. 18). Esta – a *compaixão laica* – se estabelece na compreensão da existência como manifestação de uma ambiguidade de mundo, no *vi-a-ser* e no *deixar-de-ser*; felicidade e sofrimento; prazer e dor; em transitoriedade e impermanência em que todos os seres estão submetidos, invariavelmente (Siqueira-Batista, 2010, p. 18). Na Figura 5.6 se apresenta os conceitos de *compaixão laica*, totalidade e interdependência, os quais estão inseridos no núcleo da *(Bio)ética para todos os seres*.

**Figura 6 - Conceitos fundamentais da (Bio)ética para todos os seres**



Fonte: Siqueira-Batista e Gomes (2021), modificado de Siqueira-Batista, 2020.

Desta maneira, apresenta-se a reescrita da máxima *kantiana* a respeito da Ética para todos os seres, a qual está inserida a *compaixão laica*: “*Trata todos os seres, sempre como um fim e nunca somente como um mero meio*” (Siqueira-Batista, 2010, p. 19).

A partir do exposto, pode-se dizer que *compaixão laica* se insere em uma compreensão incontestável de igualdade pertinente à vida – nascer, sofrer e morrer. Esta concepção permite o sujeito a se colocar como igual em relação ao outro, aquele que pode ser acolhido em um deslocamento do “eu” compassivamente na direção do “outro em dupla direção, assinala Leonardo Boff (2009).

### 3.4 BIOÉTICA, INCERTEZA E O CUIDADO AO PACIENTE COM CÂNCER: UMA QUESTÃO PARA A FORMAÇÃO MÉDICA

A morte – como foi possível observar até este ponto da dissertação – é um tema delicado de se tratar, sobretudo a partir do século XX, principalmente com o desenvolvimento do conhecimento biológico e dos avanços da tecnologia, gerando muitos problemas éticos, angústias e incertezas, aspectos essenciais para o adequado ensino da medicina.

A formação médica, mesmo com seus avanços, aumentando a expectativa de vida e a reversibilidade de algumas doenças, segue com uma educação cada vez mais voltada às tecnologias da pós-modernidade, na expectativa de pessoas cada vez mais especializadas e utilitaristas, estando assim, um domínio de mercado que supera as dimensões da existência humana: estética, emocional e fisiológica e, a bioética, tem como tema principal a pessoa humana (Sobreiro *et al.*, 2021).

De acordo com Ferrari e colaboradores (2018), a bioética se configura como um campo da ética aplicada e como o princípio da proteção que norteia as decisões clínicas a serem tomadas e, discutir estes temas, assim como a humanização, é de extrema importância, visto que é um instrumento necessário para as prudentes e razoáveis decisões clínicas, onde se apresentam conflitos morais entre profissionais de saúde, paciente e familiares.

Neste contexto, é possível observar uma instituição do modelo técnico-científico inserido no processo de ensino-aprendizado nas escolas de ciências humanas, o que é um grande influenciador da maneira em que o médico vê o paciente, ou seja, distante de um ser psicossocial (Ferrari *et al.*, 2018, p. 229).

Blasco (2016) destaca que o estudante de medicina entra na universidade com uma suspeita do processo de cuidar e, com o tempo, se “esquece dos pacientes porque está muito ocupado com a medicina” (Blasco, 2016, p. 106) e que tal “esquecimento” se deve à academia

e acrescenta que o percurso da medicina vem deixando de lado, nos últimos anos, o humanismo. Este fato vem prejudicando a relação médico-paciente, assim como corrobora o trabalho de Ferrari e colaboradores (2018), anteriormente citado. Desta maneira, com uma formação tão tecnológica, a formação médica se distancia do processo morte e morrer e das questões bioéticas dele advindos. Como salienta Blasco (2016):

[...] a morte é a única coisa certa do acontecer humano e o médico, querendo ou não, está no caminho dessa saída obrigatória. Toda sua perícia estará em diluir a técnica que possui em veículo humanitário, para que todos - pacientes, família e ele mesmo – possam digerir, com sentido e transcendência, a natural contingência da vida, para a qual a ciência mais apurada será sempre insuficiente (Blasco, 2016, p. 107).

É possível observar na literatura alguns estudos que trazem o tema da formação médica, sobretudo a carência na educação destes futuros profissionais no que tange os temas da bioética e os aspectos bioéticos do cuidado, Cuidados Paliativos (CP) e o cuidado aos pacientes e familiares no enfrentamento na finitude da vida e às incertezas dela advindas.

Em 2016 foi realizada uma revisão de literatura por Machado e colaboradores (2016), com o objetivo de identificar as atitudes no enfrentamento da morte pelos profissionais de saúde e foi possível identificar que o tema de morte e morrer é negligenciado pelas instituições de formação, o que está repercutindo na prática destes profissionais e requerendo uma maior capacitação técnica e emocional para lidar com a morte de seus pacientes ou no processo de morte e morrer, e não mais encarar a morte como um insucesso profissional (Machado *et al.*, 2016).

Outro estudo feito entre maio de 2015 e janeiro de 2016 em um Hospital Geral na Zona da Mata Mineira – que realiza atendimento ambulatorial, internação e cirurgias, além de desenvolver atividades de ensino e pesquisa – teve o objetivo de questionar as condições que influenciam as interações dos profissionais de saúde no cuidado aos pacientes e seus familiares frente à morte e ao morrer. Participaram da pesquisa enfermeiros, – que são os profissionais responsáveis pelo gerenciamento do cuidado de enfermagem – técnicos de enfermagem e integrantes da equipe multidisciplinar. Foram consideradas duas categorias para avaliação: (1) “Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias” e (2) “Considerando a complexidade da vida humana diante do adoecimento e da morte”. Observou-se que há um incômodo nos profissionais de saúde quando há manifestação da dor nos pacientes em processo de morte, cujas especificidades do cuidado nestes casos, apresentam diferenças entre os profissionais de saúde, e a maneira de lidar com esta situação pode impactar no cuidado ao paciente e seus familiares (Prado *et al.*, 2018).

A fim de conhecer um pouco mais as atitudes frente à morte dos graduandos dos cursos na área de saúde, foi feito um estudo descritivo e transversal em uma Universidade pública de Brasília em 2017, com 1.005 (mil e cinco) estudantes dos cursos de enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, saúde coletiva e terapia ocupacional. Foi possível observar que os estudantes do curso de Saúde Coletiva, possuíam maior ansiedade causada pelos pensamentos e sentimentos advindos do processo de morte e morrer e 75,4% dos alunos não discutiam sobre esses processos, impactando na prestação de cuidados (Souza *et al.*, 2017).

Ferrari e colaboradores (2018) salientam que alguns programas curriculares das escolas de medicina, por subestimar os temas humanistas, acabam formando profissionais inseguros diante de casos clínicos complexos, que hajam conflitos morais, mesmo com grandes habilidades técnicas. Este fato se dá pela carência de produção acadêmica e oferta de disciplinas no campo da bioética e da ética (Ferrari *et al.*, 2018, p. 230).

Sobreiro e colaboradores (2021) realizaram um estudo com 60 alunos do curso de medicina de uma universidade de Minas Gerais (MG) que estavam cursando do primeiro ao sexto ano da graduação. Apresentou-se que, 83% desses estudantes afirmaram que, de alguma maneira, tiveram contato com questões sobre a terminalidade da vida, assim como questões bioéticas. No entanto, apontaram um grande distanciamento entre as aulas teóricas acerca da eutanásia, distanásia e ortotanásia e as aulas práticas.

Em relação aos sentimentos desses estudantes, advindos da lida com pacientes em processo de finitude, apareceu a “insegurança”, “inconstância” e medo ao vivenciarem conflitos diante do sofrimento, mesmo com o domínio técnico, no entanto, sem reflexão sobre os aspectos emocionais, gerando uma sobrecarga afetiva (Sobreiro *et al.*, 2021, p.327).

De acordo com o II Consenso Nacional de Dor Oncológica (2011), entre os países onde as pessoas relatam sentirem mais dor, o Brasil, dentre a América Larica, está em 2º lugar. Destes, 24% a 46% com dor proveniente do câncer, têm sua dor controlada de forma inadequada, o que impõe à equipe de saúde, o alívio do sintoma, considerando as diretrizes dos CP. Estas dores, quando não manejadas de forma eficaz, podem trazer ao paciente, desconforto físico e elevar o seu sofrimento, o que interfere diretamente em sua Qualidade de Vida (Santos *et al.*, 2020, p. 7). No entanto, a equipe de saúde não está preparada de forma adequada para realizar estas intervenções, como temos visto até aqui e como traz Santos e colaboradores (2020), “as faculdades de medicina não preparam adequadamente seus acadêmicos a lidarem com o processo de finitude da vida, em que pese o fortalecimento dos CP no cenário brasileiro (Santos *et al.*, 2020, p. 7).

Na literatura é possível encontrar evidências de discussões que analisam os desafios e dificuldades que os estudantes encontram na formação em medicina, em relação ao enfrentamento do processo de morte e morrer, sendo preciso, algumas mudanças nas grades curriculares, a fim de avançar para uma formação mais complexa que compõem o cuidado médico. Além disto, as dificuldades que docentes encontram, inclusive na estrutura da educação médica, pode levar os estudantes à crença que, as questões emocionais no enfrentamento do processo de morte e morrer, seriam um entrave às habilidades técnicas nas tomadas de decisão (Melo *et al.*, 2021, p.312).

Em estudo realizado em 2021, com 20 profissionais de saúde de CP em um complexo oncológico no sul do Brasil, foi possível observar que os profissionais estão, aos poucos, se apropriando da filosofia paliativista, no entanto a morte ainda é vista como uma perda, o que ainda se conecta com a representação da morte em nossa sociedade, ou seja, como um tabu. A amostra deste estudo foi: quatro profissionais da enfermagem, quatro da medicina, quatro técnicos de enfermagem, dois profissionais de farmácia, um da nutrição, uma assistente social, um profissional da psicologia, um terapeuta ocupacional, um auxiliar de enfermagem e um profissional da fisioterapia. O tempo de formação destes profissionais variava entre 5 e 37 anos e o tempo de trabalho em CP na unidade da pesquisa tinha uma média de 10,5 anos. Em relação à formação dos profissionais, seis possuíam ensino superior, cinco técnicos, quatro especialistas em sua área de formação, três com mestrado em sua área de graduação e dois profissionais especialistas em CP. Apresenta-se, abaixo, a Tabela 1, a qual representa a síntese das categorias, subcategorias e temáticas de análise sobre o tema *morte* (Fitaroni *et al.*, 2021).

**Tabela 1 - Síntese das categorias, subcategorias e temáticas de análise do tema morte**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	TEMÁTICAS DE ANÁLISE
1. Significados atribuídos à morte	1.1 Para os profissionais	1.1.1 Fim de vida (frequência=26)
		1.1.2 Processo (frequência=80)
		1.1.3 Perda (frequência=13)
		1.1.4 Passagem (frequência=15)
	1.2 Para as pessoas atendidas	1.2.1 Incógnita (frequência=24)
		1.2.2 Medo (frequência=17)
1.2.3 Negação (frequência=13)		
2. Cuidado do morrer	2.1 Formas de Cuidado	2.1.1 Vínculo (frequência=37+)
		2.1.2 Respeito (frequência=50)
		2.1.3 Qualidade de Vida (frequência=58)
	2.2 Aspectos facilitadores	2.2.1 Sofrimento do paciente/família (frequência=28)
		2.2.2 Cuidado com a família (frequência=61)
3. O trabalhar com a morte	3.1 Aspectos facilitadores	3.1.1 Naturalidade ao lidar com a morte dos pacientes (frequência=39)
		3.1.2 Separação do trabalho da vida pessoal (frequência=20)
		3.1.3 Trabalho em equipe (frequência=30)
		3.1.4 Espiritualidade (frequência=34)

	3.1.5 Experiência de perda pessoal (frequência=19)
3.2 Aspectos dificultadores	3.2.1 Dificuldade de lidar com a morte (frequência=82)
	3.2.2 Sofrimento pessoal (frequência=28)
	3.2.3 Envolvimento emocional (frequência=60)
	3.2.4 Desgaste (frequência=22)
3.3 Mudanças pessoais	3.3.1 Aproveitar o presente (frequência=42)
	3.3.2 Crescimento pessoal (frequência=67)

Fonte: Fitaroni *et al.* (2021, p. 5).

Com a análise do conteúdo acima exposto, foram observados os significados em relação à morte e o cuidado ao paciente no processo de morrer. Concluiu-se, portanto, que os profissionais que tem como suas práticas a filosofia do cuidado humanizado, encaram a morte como menos assustadora, tendo a visão da morte como um processo natural do ciclo vital. No entanto, ainda é um tabu que precisa ser ressignificado e desconstruído, e isso só é possível mediante a inclusão deste tema nos currículos de formação profissional (Fitaroni *et al.*, 2021).

Uma pesquisa realizada em 2019 foi possível analisar a grade curricular dos 50 melhores cursos de medicina no Brasil no ano de 2017. A busca foi feita através de um ranking confiável que listasse os cursos de excelência que fossem nacionalmente reconhecidos e que contemplassem critérios de qualidade de ensino, com a nota do Exame Nacional de Desenvolvimento (ENADE). Assim, foram selecionadas as instituições em que seu curso de medicina estivesse entre o ranking das 50 melhores instituições do país, segundo o “Ranking Universitário Folha” (RUF), da Folha de São Paulo, e que o currículo do referido curso e propostas pedagógicas estivessem apresentadas no site da instituição. A partir disto, foram selecionados os 50 melhores cursos de medicina no Brasil, a fim de buscar as disciplinas optativas, eletivas ou obrigatórias sobre tanatologia. As graduações foram separadas da seguinte maneira: (A) tanatologia ou similar como disciplina obrigatória; (B) tanatologia ou similar como disciplina optativa ou eletiva; (C) disciplinas que tangenciam o currículo da tanatologia em suas grades curriculares e (D) temas de tanatologia ou similar não foram contemplados nas ementas das disciplinas (Batista; Freire, 2019) apresentando o seguinte resultado, como mostra Tabela 2.

**Tabela 2 - Abordagem da tanatologia nas 50 melhores graduações em medicina do Brasil, conforme RUF – Ranking Universitário Folha (Folha de São Paulo, 2017)**

<b>Classificação</b>	<b>Nº absoluto de Universidade por grupo</b>	<b>Percentual em relação à amostra total</b>
Grupo A	2	4%
Grupo B	9	18%
Grupo C	16	32%
Grupo D	23	46%

Fonte: Batista; Freire (2019, p. 5).

Mediante o exposto, foi possível constatar que há um grande déficit na capacitação dos estudantes de medicina em torno do tema da finitude da vida, o que influencia, diretamente, na prática médica profissional, distanciando um olhar aos pacientes como seres biopsicossociais e se aproximando da técnica e da ciência, quase que de forma instintiva (Batista; Freire, 2019).

No entanto, em grande parte das vezes, no binômio médico-paciente, se aproxima a relação com a morte, que é postergada e adiada sempre que possível, mesmo se tratando de pacientes com doenças crônicas e graves, fazendo-as viverem por mais tempo. Estes profissionais, ainda na graduação, são os maiores leitores sobre doenças, tratamentos, fisiopatologia e ressaltam a cura no corpo, mas conseguem lidar com o processo de morte e morrer? Apesar da morte ser definida como um “processo de transformação” (Antonucci *et al.*, 2022, p. 273) – de acordo com algumas referências bibliográficas –, a cultura atual traz a percepção de certa preeminência do corpo sobre o psiquismo.

Pereira e colaboradores (2022) realizaram uma revisão integrativa de literatura na base de periódicos Capes, a fim de responder a seguinte pergunta norteadora: “*quais são os desafios do ensino de cuidados paliativos no processo de formação de profissionais da saúde durante a graduação?*”. O resultado encontrado foi que, nas grades curriculares dos cursos ofertados na área de saúde, não incluem a oferta de ensino em CP, o que ocasiona despreparo prático, teórico e psicológico (Pereira *et al.*, 2022, p. 149). Assim, foi possível evidenciar a importância da filosofia e da bioética na preparação dos profissionais de saúde, a fim de induzir condutas profissionais mais adequadas, éticas e humanas.

Pois, segundo Barros (2021), o Brasil apresenta dados demográficos e epidemiológicos a respeito do envelhecimento populacional e de aumento de doenças crônicas não transmissíveis – como o câncer e, os profissionais de saúde, mormente o médico, precisa estar

apto para cuidar desses pacientes, principalmente no âmbito bioéticos e cuidados paliativos, aspectos estes que são requeridos por tais demandas populacionais.

A partir de estudo de abordagem quanti-qualitativa, com alunos do 1º ao 12º período do curso de Graduação em Medicina, foi possível observar que é, cada vez mais uma necessidade, o ensino dos cuidados paliativos e da bioética na formação médica e que “a caixa de ferramentas da bioética precisa ser fortalecida em termos de continuidade e longitudinalidade” (Barros, 2021, p. 133) para que os futuros profissionais se aproximem do campo da bioética e estejam aptos a identificar, descrever e buscar a solução dos problemas complexos no que tange o cuidados dos pacientes, sobretudo àqueles que necessitam de cuidados paliativos (Barros, 2021).

## 4 DISCUSSÃO

A morte é um tema delicado, pois costuma gerar um sentimento de angústia e desamparo diante da ideia de finitude da vida. Tais sentimentos podem surgir quando da descoberta de uma doença grave. Ocorre também a angústia e o desamparo diante da morte quando desencadeados por grave acidente ou confronto com outras situações violentas. Nessa mesma discussão, está a questão do processo de morrer e “as questões levantadas pelos avanços nas técnicas de manutenção da vida e prolongamento da sobrevida” (Siqueira-Batista, 2003, p. 4).

Dentre os temas da Bioética, as discussões a respeito dos limites da vida e ao início da mesma, são os que mais repercutem posicionamentos da saúde pública, exigindo uma redefinição do conceito de morte, como uma questão emergente e de direitos individuais (Borges e Mendes, 2012).

A sociedade tem passado por grandes modificações – em termos científicos e tecnológicos – tornando-se urgente um debate sobre a ética que norteia situações dessa instância (Kovács, 1998). Nas práticas de saúde, essas grandes modificações tecnológicas geram dúvidas nos profissionais a respeito do limite do investimento em procedimentos de suporte vital, por exemplo, partindo do princípio da complexidade do cuidado à pessoa em fim de vida. Este cenário, então, convida à dilemas morais na escolha da manutenção artificial da vida ou a possível retirada do suporte vital, questões estas pensadas pela Bioética (Nogueira, *et al*, 2022).

Surge, então, uma demanda para a Bioética, a fim de certificar-se da integridade da tecnologia e dos dados, além das questões morais e éticas “que envolvam a tomada de decisão apoiada na IA, tendo sempre como norte os princípios da bioética e o melhor interesse do paciente” (Nunes, *et al*, 2022, p. 90).

Não há como a medicina escapar ao impacto da utilização da Inteligência Artificial, no entanto é preciso lembrar que “não pode substituir completamente o papel dos profissionais de saúde na complexidade do cuidado e na relação clínica” (Pulgar, 2023, p. 45) e, para a bioética, não só as reflexões acerca da relação clínica, investigação científica e questões de início e fim de vida, mas também pensar o domínio da IA para a condição humana (Pulgar, 2023).

No entanto, mais do que a ciência e a lei, busca-se a compreensão do drama humano entre a vida e a morte e os conceitos de liberdade e dignidade que, embora sejam conceitos

universais, têm para cada indivíduo um significado singular que, em momentos limite, adquirem fundamental importância (Kovács, 1998).

Este fato não é diferente entre os profissionais de saúde, sobretudo os médicos, pois são estes profissionais que lidam com o processo de morte e morrer, a finitude da vida, as dores – físicas e emocionais – e a demanda de cuidado e proteção, em suas rotinas de atividades profissionais. No entanto, para estes profissionais que são, geralmente, formados para curar e salvar, a morte é associada ao fracasso e/ou ao erro (Moritz, 2005).

A fim de garantir a proteção, o cuidado e compaixão laica ao paciente, é necessário que o médico reconheça o processo de finitude e mude a conduta da “*vida a qualquer custo*”, para uma provisão de conforto ao pacientes, sobretudo àqueles que são diagnosticados com câncer e trazem tantas dores, incertezas e, muitas vezes, à associação com o “*deixar-de-ser*”. Para isto faz-se necessário trazer à discussão a importância de re (pensar) uma formação médica mais sólida nos termos do processo de morte e morrer, Cuidados Paliativos (CP) e o conceitos bioéticos a eles relacionados.

De acordo com o apresentado, é possível perceber articulações entre os princípios da proteção, do cuidado e da compaixão laica, tendo entre eles o objetivo comum de ofertar o amparo, a fim de garantir a capacidade de enfrentar os desafios inerentes à vida, promovendo as condições reais para que isso se estabeleça. A *compaixão laica* – à luz da (Bio)ética para todos os seres – propõe um cuidado com o outro, assim como pode ser delimitado na Bioética da Proteção. As três correntes teóricas defendem que “deve haver um olhar afetuoso, de incondicional hospitalidade ao outro” (Possamai, 2021, p. 16) com o objetivo de ofertar a garantia de diminuição da desigualdade e, conseqüentemente, a construção de um mundo melhor (Possamai, 2021).

Desta maneira, é possível que o outro seja visto como um semelhante, na construção de uma relação amorosa, cada um com o seu valor único, “inscrito no *vir-a-ser* e no *deixar-de-ser* e expresso em sua própria história” (Possamai, 2021, p. 18).

Os pacientes em CP, geralmente estão em uma situação de estágio avançado do câncer, com pouca ou nenhuma possibilidade de cura. O que muito aparece nos atendimentos, é uma condição de incerteza para o paciente, ou seja, de como será a resposta do tratamento a partir do diagnóstico, além de enfrentar um possível sofrimento frente ao processo de morte e morrer, que muitas vezes, está inserido no contexto histórico do câncer e dos CP. No entanto, este paciente, assim como o médico (residente ou experiente) e os estudantes de medicina, buscam o encontro de alguma certeza para seguir em frente. Muitas vezes essa busca é iniciada por algo que impulse o sujeito a prosseguir, acreditando que ainda há um sentido

existencial – a continuidade do *vir-a-ser* – inclusive a possibilidade de uma melhora clínica, sendo, muitas vezes, a certeza que o paciente espera, embora não signifique a cura.

Cabe salientar aqui, o conceito de CP que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, é uma abordagem que tem a finalidade de trazer ao paciente e aos seus familiares a promoção da qualidade de vida, através de uma avaliação prévia e controle de sintomas físicos, espirituais, emocionais e sociais referentes às doenças que ameaçam a continuidade da vida, como o câncer. (D'alessandro *et al.*, 2020).

Assim, diante de uma doença e um diagnóstico rodeado de incertezas, como o câncer, o médico oncologista, em um ambulatório de CP, muitas vezes, busca encontrar, a todo instante, uma suposta “certeza” para tranquilizar o paciente, mesmo que momentaneamente. Geralmente são utilizadas falas como: “*you will be fine*”, “*we will remove your pain*” e “*we will give you quality of life*”. Ao mesmo tempo, possui uma posição cética, quando se apresenta no modelo biomédico, onde o paciente deve escolher entre seguir o tratamento e receber todo o apoio da equipe de saúde ou escolher não seguir adiante e estar só nessa decisão: “*if you do not want treatment, we cannot do anything more for you*”.

A respeito desse posicionamento – em concordância com Arantes (2019) –, pode-se dizer que a pessoa que vive esse momento de finitude – como aquelas com diagnóstico de câncer em CP ou não –, sente que a percepção do tempo é diferente, comparado à percepção de uma pessoa que não está nesse processo de morte e morrer. Para a autora, o tempo da espera – que podemos aqui relacionar com a *incerteza* -, parece durar para sempre e é muito difícil, pois, “*como a pessoa não pode fazer coisas, é como se não estivesse viva*” (Arantes, 2019, p.61), ou seja, se a medicina nada pode fazer, a “solução” é esperar pela morte, sendo o mais difícil a espera por ela, como uma *certeza* (Arantes, 2019). E com um posicionamento cético, se fecha o campo de possibilidades, excluindo a Bioética da proteção e a Ética do Cuidado.

Diante o exposto, como esse profissional, dentro de uma perspectiva bioética, lida com as incertezas na oncologia? As formações médicas (graduação e pós-graduação) preparam os profissionais e/ou estudantes para lidar com essas questões?

Conversando com autores que apresentaram os posicionamentos e conceitos do processo de morte e morrer – tendo como referenciais a Bioética da proteção, a Ética do Cuidado e a (Bio)ética para todos os seres –, foi possível constatar que ainda há uma grande lacuna nas grades curriculares das formações dos cursos de saúde sobre morte e morrer e o ensino da Bioética nas escolas de formação, trazendo sentimentos de incapacidade, medo e angústia aos profissionais que passam por tais enfrentamentos em suas atividades profissionais.

Sobre o ensino de CP, Pereira e colaboradores (2022) salientam que na maioria dos cursos de saúde, este tema não é evidenciado, o que ocasiona um despreparo teórico, prático e psicológico, assim como a importância das questões filosóficas e bioéticas na formação dos profissionais de saúde “como indutoras de condutas profissionais mais éticas, adequadas e humanas” (Pereira, *et al.*, 2022, p.149).

Como citado acima, a morte e o sofrimento humano fazem parte da rotina dos profissionais de saúde, mormente os médicos. No entanto é possível perceber um grande despreparo destes profissionais, principalmente por suas escolas de formação darem grande enfoque ao ensino técnico, deixando, muitas vezes de lado, as questões humanísticas e Bioéticas. Isto implica em profissionais impotentes e despreparados ao lidar com o processo de morte e morrer, provocando uma grande distorção da profissão médica.

Sobre este aspecto, Blasco (2016) salienta que a filosofia deveria ser encarada como “uma postura diante da vida, que envolve valores, crenças, significados, assim como técnicas, procedimentos e recursos modernos para o bom desempenho da missão que a vida conferiu a cada um” (Blasco, 2016, p.1070) e não como um recurso quando a técnica não possui mais nada a fazer.

Quanto ao ensino de Bioética, Mendes e colaboradores (2021) relatam que, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), a Bioética foi citada em 2001 como conhecimento importante a ser considerado nas escolas de graduação médica, proporcionando aos estudantes condições práticas e teóricas para o autodesenvolvimento moral, “visto que a disciplina foca na formação moral” (Mendes, *et al.*, 2001, p. 535), implicando na decisões do profissional de saúde, além de cuidar da dignidade da vida, principalmente no sentido e significado da existência.

De acordo com Pereira e colaboradores (2022), faz-se necessário melhorar o acesso da população aos CP, devido ao aumento da longevidade, tendo uma grande demanda da dignidade e da qualidade de vida. Desta maneira, baseado no envelhecimento populacional, como uma certeza global, o aumento de pacientes que precisarão de CP, são muitos, assim como a estimativa até 2025 de um aumento de 80% de novos diagnósticos de câncer.

Estes fatores implicam em questões Bioéticas, mormente aos apontados neste trabalho – Ética do cuidado, Bioética da Proteção e *compaixão laica* pertencente à (Bio)ética para todos os seres – e, consequentemente em profissionais da saúde devidamente qualificados e preparados para lidar com estes pacientes, sobretudo aos que enfrentam a finitude da vida.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao retomar o objetivo da presente dissertação – *analisar as incertezas na atenção ao paciente oncológico em fim de vida, na perspectiva da formação médica, à luz da ética do cuidado, da bioética da proteção e do conceito de compaixão laica à luz da (Bio)ética para todos os seres* – pode-se propor que a vida às vezes apresenta “certezas”, as quais precisam ser transformadas em “incertezas”, particularmente ao se considerar a finitude da vida. A todo instante o ser humano permeia neste binômio – certeza e incerteza – na busca de um caminho “certo” ou “seguro”, com possibilidades de continuar, no *vir-a-ser*. No entanto, a morte é uma *certeza* presente na vida, mas nessa “certeza”, ninguém, com possibilidades, sonhos e um caminho a desvendar, gostaria e quer vivenciar. E por quê?

Talvez porque a morte seja uma *certeza* permeada de *incerteza*. Ou seja, sabe-se que é um fato inerente à vida, mas não se sabe data, local, modo que acontecerá.

Culturalmente, o ser humano precisa justificar a morte ou os processos que levaram à concretização desta. Dizer que foi pelo processo da vida, advinda de uma doença sem possibilidade de cura ou até mesmo pela autonomia do sujeito – em casos da eutanásia, por exemplo –, pode gerar grandes conflitos no processo de cuidado aos enfermos.

Por esta razão, nos antecipamos em dizer que o ser humano está sempre permeando entre as *incertezas* e *certezas*, buscando a justificativa para o que quer e precisa acreditar, pois, segundo Boff (2017), “não somos livres nas nossas atitudes porque não somos livres nos nossos desejos, não conseguindo ir contra aquilo que está dentro de nós”.

Para uma pessoa que recebe o diagnóstico de câncer ou outra doença crônica, muitas vezes apresenta seu limite clínico com sintomas debilitantes, e que requer uma internação ou os Cuidados Paliativos (CP) – o que ainda é um tabu. Para estes, esse processo pode significar a aproximação da própria morte, o que pode gerar sentimentos de angústia, solidão, desamparo e medo; uma das razões para os profissionais de saúde que estão a frente deste processo, serem devidamente qualificados e treinados.

Diante disto, se insere então, a busca de uma *incerteza* como “fuga” da *certeza* que pode estar se aproximando – dentro da perspectiva do paciente e, muitas vezes, da família e dos profissionais de saúde.

O lugar da dúvida apresenta um horizonte de crenças, segundo Marcondes (2019) e há a necessidade de acreditar na *incerteza* para que, esta mesma dúvida, possa se distanciar da crença – a morte. Instaura-se assim, um dilema no exemplo citado acima: a não internação –

como uma incerteza do que poderá acontecer com sua condição clínica ou prosseguir com a internação como uma “segurança”, sendo esta, aparecendo no lugar da *certeza*.

Outro exemplo que pode ser citado é uma pessoa com diagnóstico de câncer que está internada e está em fase de negação da sua situação, assim como sua família. A certeza que norteia estas pessoas está na fé, como exemplifica a fala de uma pessoa com diagnóstico de câncer em fim de vida: “Deus fará um milagre e o impossível será feito.” A “certeza” da morte, passa a ser vivenciada como uma “incerteza” e a “incerteza” do resultado de um procedimento paliativo dá lugar a uma “certeza” - de que essa é solução, a cura esperada.

Diante desta complexidade – e incerteza –, que a própria medicina se insere, como visto neste trabalho, a falta de qualificação dos profissionais de saúde nos termos bioéticos da proteção, do cuidado e da compaixão laica – e, também, para a adequada condução dos processos de morte e morrer – acabam dificultando a atenção à pessoa com diagnóstico de câncer.

Ainda há uma carência da literatura nos aspectos da incerteza na medicina e a formação médica nos matizes da finitude: entre proteção, cuidado e compaixão laica.

Espera-se que este trabalho apresente um olhar mais crítico sobre o tema e possa despertar interesse em futuros estudos e propostas para uma formação médica mais sólida no campo da humanização, para além da técnica somente e, assim, termos futuros profissionais que, não só na teoria, mas principalmente na prática à atenção a pessoa com diagnóstico de câncer que requerem proteção, cuidado e compaixão laica como variantes da finitude da vida.

Como uma grande perspectiva futura, não poderíamos deixar de citar os avanços tecnológicos que vêm aparecendo nas discussões e tomadas de decisão na área de saúde e nos termos bioéticos – a Biotecnociência.

Neste âmbito, citamos a Inteligência Artificial (IA), que, a partir da pandemia de COVID-19, foi ainda mais comum a utilização da IA na área de saúde, como a autorização da telemedicina. No Brasil, a IA está sendo utilizada, por exemplo, na área hospitalar para triagem e pronto atendimento. No entanto, dentre tantas possibilidades e, mesmo com tantas vantagens, aparecem os problemas advindos da utilização da IA, principalmente no que tange às tomadas de decisão. Isto requer investimento na capacitação dos profissionais de saúde para operar os sistemas, mas sobretudo a ampliação da oferta de ensino humanizado e ético (Nunes *et al.*, 2022).

## REFERÊNCIAS

ABREU, C. B. B. **Questões éticas reconhecidas por profissionais de uma equipe de cuidados paliativos**. 2014. 213 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, 2014.

ALMEIDA, E. S. Ferreira. **Aprender, ensinar, cuidar**: narrativas sob à ótica de doentes oncológicos. São Paulo: Appris, 2020.

ALVES, R. S. F.; OLIVEIRA, F. F. B. Cuidados Paliativos para profissionais de saúde: Avanços e dificuldades. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 42, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003238471>.

ALVES, R. S. F. *et al.* Saberes e práticas sobre cuidados paliativos segundo psicólogos atuantes em hospitais públicos. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 15, n. 1, p. 78-96, 2014.

ALVES, R. **O médico**. 8. ed. São Paulo: Papirus, 2009.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Cuidados paliativos no Brasil. **ANCP**, São Paulo, 04 abr. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3CGMFVW>. Acesso em: 01 ago. 2023.

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019. *E-book*.

ARIAS-ROJAS, M; CARREÑO-MORENO, S; POSADA-LÓPEZ C. Uncertainty in illness in family caregivers of palliative care patients and associated factors. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3200, 2019. DOI: 10.1590/1518-8345.3185.3200.

ARIAS-ROJAS, M; CARREÑO-MORENO, S.; DÍAZ, C. L. Incertidumbre ante la enfermedad crônica. Revisión integrativa. **Revista Latino-Americana de Bioética**, Bogotá, v. 36, n. 1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.18359/rlbi.3575>.

ARRUDA, E. N.; GONÇALVES L. T. **A enfermagem e a arte de cuidar**. Florianópolis: UFSSC, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, L. C. **Percepção dos estudantes de medicina sobre os problemas bioéticos relacionados ao fim de vida na atenção primária à saúde**. 2021. 153 f. Dissertação (Mestrado em Bioética Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

BATISTA, G. F. M.; FREIRE, G. C. L. Análise do ensino da morte e do morrer na graduação médica brasileira. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, v. 15, n. e3, p. 1-13, 2019. DOI: <https://doi.org/10.26512/rbb.v15.2019.23286>.

BLASCO, P. G. A ordem dos fatores altera o produto. Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos. **Educación Médica**, Madrid, v. 19, n. 2, p. 104-114, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.07.010>.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2017.

BOFF, L. **O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

BOFF, L. Compaixão: a mais humana das virtudes. **Leonardo Boff Blog**. [s. l.], 20 mar. 2011. Disponível em: <https://leonardoboff.org/2011/03/20/compaixao-a-mais-humana-das-virtudes/>. Acesso em: 28 jul. 2022.

BOFF, L. **Princípio da compaixão e cuidado**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

BORGES, M. S.; MENDES, N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 324-331, mar./abr. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200019>.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 3 de novembro de 2022**. Altera os Arts. 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/novembro-2022-pdf-1/242251-rces003-22-2/file>. Acesso em: 13 fev. 2024.

CARVALHO, M. M. M. J. A dor do adoecer e do morrer. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 77, n. 02/09, p. 322-328, 2009.

D'ALESSANDRO, M. P. S. *et al.* **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital SírioLibanês; Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 175 p.

DOGRA, N.; GIORDANO, J.; FRANCE, N. Cultural diversity teaching and issues of uncertainty: the findings of a qualitative study. **BMC Medical Education**, [s. l.], v. 7, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-8>.

ESCUDEIRO, A. Falando sobre a morte. *In*: ESCUDEIRO, A. **O vazio da perda e da morte**. Fortaleza: Saber Viver, 2019.

ELIAS, C. S. R. *et al.* Quando chega o fim?: uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 48-53, 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762012000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000100008). Acesso em: 28 jul. 2022.

FARIA, N. C. **O processo de morte e morrer de pessoas com câncer, em diferentes contextos, sob o olhar dos profissionais de saúde**. 2017. 92 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

- FERRARI, A. G.; SILVA, C. M.; SIQUEIRA, J. E. Ensino de bioética nas escolas de medicina da América Latina. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 2, abr./jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018262243>.
- FIGUEIREDO, M. G. M. C A. Cuidados paliativos. *In*: CARVALHO, V. A. *et al.* (org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Editora Sumus: Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia, 2008.
- FITARONI, J. B.; BOUSFIELD, A. B. S. Morte nos cuidados paliativos: representações sociais de uma equipe multidisciplinar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 41, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003209676>.
- FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2072-2080, set. 2007.
- FREUD, S. A nossa atitude diante da morte. *In*: FREUD, S. **Escritos sobre a guerra e a morte**. (1974). Tradutor: Arthur Morão. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2009.
- FUNDAÇÃO DO CÂNCER. Cuidados paliativos. **Fundação do Câncer Blog**. Rio de Janeiro, 18 out. 2011. Disponível em: [http:// https://www.cancer.org.br/blog/cuidados-paliativos/](http://https://www.cancer.org.br/blog/cuidados-paliativos/). Acesso em: 31 jul. 2023.
- GALLASCH, C. H. Expectativas sobre a sobrevivência ao câncer de pacientes internados em unidades de clínica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 29, e47510, 2021. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.47510>.
- GELLER, G.; FADEN, R. R.; LEVINE, D. M. Tolerance for ambiguity among medical students: Implications for their selection, training and practice. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 31, n. 5, p. 619-624, 1990. DOI: 10.1016/0277-9536(90)90098-d.
- GOMES, E. C.; MENEZES, R. A. Aborto e eutanásia: dilemas contemporâneos sobre os limites da vida. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 77-103, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000100006>.
- GUTIERREZ, P. L. O que é o paciente terminal? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, jun. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302001000200010>.
- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Tradução: F. Castilho. Campinas: Ed. Unicamp; Petrópolis: Vozes, 2012. [Original publicado em 1927].
- HILGEVOORD, J.; UFFINK, J. The Uncertainty Principle. **The Stanford Encyclopedia of Philosophy**, [s. l.], Winter 2016. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/qt-uncertainty/>. Acesso em: 13 nov. 2022.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). O que é câncer? **INCA**, Rio de Janeiro, 31 maio 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer>. Acesso em: 13 nov. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2023**: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2022b.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Cuidados paliativos: conheça a abordagem dos cuidados paliativos para o câncer do colo do útero. **INCA**, Rio de Janeiro, 16 set. 2022c. Disponível em: <https://bit.ly/3yqLOaw>. Acesso em: 13 nov. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Cuidados paliativos oncológicos**: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

KOVÁCS, M. J. Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 41, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000300004>.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LANGARO, F.; SCHNEIDER, D. R. Aspectos existenciais e bioéticos nos cuidados paliativos oncológicos. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 813-824, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304572PT>.

LIMA, C. P.; MACHADO, M. A. Cuidadores principais ante a experiência da morte: seus sentidos e significados. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 38, n. 1, p. 88-101, jan./mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002642015>.

LIMA, M. A.; MANCHOLA-CASTILLO, C. Bioética, cuidados paliativos e libertação: contribuição ao “bem morrer”. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 268-278, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292464>.

LOWN, B. **A arte perdida de curar**. Tradução: Wilson Velosso. São Paulo: Peirópolis, 2020. *E-book*.

LUTHER, V. P.; CRANDALL, S. J. Commentary: ambiguity and uncertainty: neglected elements of medical education curricula? **Academic Medicine**, [s. l.], v. 86, n. 7, p. 799-800, July 2011. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31821da915.

LYNN, J. Study to understand prognosis and preferences for outcomes and risk of treatment (Support). **Annals of Internal Medicine**, [s. l.], v. 126, p. 97-106, 1997.

MACHADO, R. S. *et al.* Finitude e morte na sociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. **Cultura de los Cuidados**, Valencia, v. 20, n. 45, 91-97, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.10>.

MARCONDES, D. **Raízes da dúvida**: ceticismo e filosofia moderna. Rio de Janeiro: Zahar, 2019. 208 p.

MARTA, G. N. *et al.* O estudante de medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 416-427, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000300011>.

MELO, V. L. *et al.* Morte e morrer na formação médica brasileira: revisão integrativa. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 300-317, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302526PT>.

MENDES, P. B.; PEREIRA, A. A.; BARROS, I. C. Bioética e cuidados paliativos na graduação médica: proposta curricular. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, n. 3, jul./set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293489>.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 881-892, jul./set. 2015. h DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030026>.

MÉNORET, M. A cura em oncologia: uma ambição improvável. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 693-703, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180491>.

MORITZ, R. D. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. **Revista Bioética**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 51-63, 2005. Disponível em: <https://bit.ly/3wvMj1g>. Acesso em: 20 mar. 2022.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. A condição do paciente portador de câncer. *In*: NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. (org.). **Dimensões da dor do câncer**: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde. São Paulo: Editora Robe, 1997a.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. As contribuições do enfoque psicossocial para o cuidado junto ao paciente portador de câncer. *In*: NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. (org.). **Dimensões da dor do câncer**: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde. São Paulo: Editora Robe, 1997b.

NOGUEIRA, V. P. *et al.* Cuidados Terminais: reflexão filosófica sob a ótica da ética e da moral. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2022-0054pt>.

NUNES, H. C.; GUIMARÃES, R. M. C.; DADALTO, L. Desafios bioéticos do uso da inteligência artificial em hospitais. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 1, jan./mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301509PT>.

PEREIRA, L. M.; ANDRADE, S. M. O.; THEOBALD, M. R. Cuidados paliativos: desafios para o ensino em saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 1, jan./mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301515PT>.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **O que entender por cuidados paliativos**. São Paulo: Paulus, 2006.

POSSAMAI, V. R.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Schramm and Kottow's bioethics of protection: principles, scopes and conversations. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 10-18, 2022a. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301501EN>.

POSSAMAI, V. R.; SIQUEIRA-BATISTA, R. A ética de Leonardo Boff: saber cuidar. **Prometeus**: Filosofia em Revista, Aracaju, v. 38, p. 103-121, 2022b. Disponível em: <https://periodicos.ufs.br/prometeus/article/view/15473/12683>. Acesso em: 23 mar. 2023.

POSSAMAI, V. R. (Bio)ética para todos os seres: uma proposta em construção. *Research, Society and Development*, [s. l.], v. 10, n. 16, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.22414>.

POTTER, V. R. Bioethics, science of survival. *Perspectives in Biology and Medicine*, [s. l.], v. 14, p. 127-153, 1970. DOI: <https://doi.org/10.1353/pbm.1970.0015>.

PRADO, R. T. *et al.* Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 39, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0111>.

PULGAR, G. A. F. Bioética e integración de la inteligencia artificial en la medicina: reflexiones desde em cine sobre la condición humana y la responsabilidad hacia las generaciones futuras. *Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte*, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 42-47, sept. 2023/marzo 2024.

REED, B. Certainty. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, [s. l.], Spring 2022. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2022/entries/certainty/>. Acesso em: 13 nov. 2022.

REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2020.

ROTHER, E. T. Systematic literature review X narrative review. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

SANTOS, V. N. M.; SOEIRO, A. C.; MAUÉS, C. R. Qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares e desafios da prática médica diante da finitude da vida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 66, n. 4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n4.423>.

SAUNDERS, C. Into the valley of the shadow of death: a personal therapeutic journey. *BMJ: British Medical Journal*, London, v. 313, n. 7072, p. 1599-601, 1996. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10822/898833>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SCHRAMM, F. R. Bioética de proteção: justificativa e finalidades. **Iatros: Ensaios de Filosofia, Saúde e Cultura**, [s. l.], v. 1, n. 1, 2005. Disponível: <https://bit.ly/3pXz9aR>. Acesso em: 22 nov. 2023.

SCHRAMM, F. R. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Revista Bioética*, Brasília, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/52](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/52). Acesso em: 18 abr. 2022.

SCHRAMM, F. R. A bioética da proteção é pertinente e legítima? *Revista Bioética*, Brasília, v. 19, n. 3, p. 713-724, 2011. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/673](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/673). Acesso em: 18 abr. 2022.

SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção: uma antiga e nova ferramenta para o campo da saúde pública? *In*: CASTRO, J. C.; NIEMEYER-GUIMARÃES, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Caminhos da bioética**. Teresópolis: Editora Unifeso, 2020. v. 3, p. 216-238

SETÚBAL, H. C. R. **O cuidado e a ética do cuidado**: um diálogo entre Leonardo Boff, Carol Gilligan e Nel Noddinngs. 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; BATISTA, R. S. De como filosofar é aprender a morrer: o pensamento de Michel de Montaigne como pressuposto na discussão sobre a morte e o processo de morrer na prática médica. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 9-18, 2002.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100004>.

SIQUEIRA-BATISTA, R. O desamparo de Quíron. *In*: JORNADA CIENTÍFICA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 1., 2006, Rio de Janeiro. **Anais [...]**.Rio de Janeiro: HCE, 2006.

SIQUEIRA-BATISTA, R. A boa-morte à luz da ética para todos os seres: o lugar da compaixão laica. *In*: PEREIRA, T. S.; MENEZES, R. A.; BARBOZA, H. H. (coord.). **Vida, morte e dignidade humana**. Rio de Janeiro: GZ Editora, 2010. p. 341-362.

SIQUEIRA-BATISTA, R. Conferência Magna (abertura do evento) 'Medicina e incerteza: velhos e novos desafios'. *In*: CONGRESSO DA ACADEMIA DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (ACAMERJ), 2., 2018, Teresópolis.

SIQUEIRA-BATISTA, R. (Bio)ética para todos os seres: proêmio. *In*: CASTRO, J. C.; NIEMEYER-GUIMARÃES, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Caminhos da bioética**. Teresópolis: Editora Unifeso, 2020. v. 3, p. 257-276.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P. (Bio)ética para todos os seres e Estratégia Saúde da Família: composições entre cuidado de si e compaixão laica. *In*: CASTRO, J. C.; NIEMEYER-GUIMARÃES, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Caminhos da bioética**. Teresópolis: Editora Unifeso, 2021. v. 4, p. 64-95.

SOBREIRO, I. M.; BRITO, P. C. C.; MENDONÇA, A. R. A. Terminalidade da vida: reflexão bioética sobre a formação médica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, n. 2, abr./jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292470>.

SOUZA, M. C. S. Avaliação do perfil de atitudes acerca da morte: estudo com graduandos da área de saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003640016>.

TEIXEIRA, J. A. C. Introdução à psicoterapia existencial. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 24, n. 3, p. 289-309, 2006. DOI: <https://doi.org/10.14417/ap.169>.

TORRES, H. O. G. A dúvida é o travesseiro do médico. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 24, n. 1, p. 117-121, 2014. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20140026>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2nd. ed. Geneva: WHO, 2002.