

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA
RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

DIÁLOGO SOBRE FINITUDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

JULIANA OLIVEIRA PEDROSA

OURO PRETO

2023

JULIANA OLIVEIRA PEDROSA

DIÁLOGO SOBRE FINITUDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial para obtenção do título de Médica de Família e Comunidade.

Orientador: Thiago Leister de Medeiros

Co-orientador: Alexandre Rotondo da Silva

OURO PRETO

2023

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

P372d Pedrosa, Juliana Oliveira Pedrosa.
Diálogo sobre finitude [manuscrito]: relato de experiência. / Juliana
Oliveira Pedrosa Pedrosa. - 2023.
27 f.

Orientador: Esp. Thiago Leistes de Medeiros Medeiros.
Coorientador: Prof. Me. Alexandre Rotondo da Silva Silva.
Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro
Preto. Escola de Medicina.

1. Cuidados paliativos. 2. Comunicação na medicina. 3. Cuidados
primários de saúde. I. Medeiros, Thiago Leistes de Medeiros. II. Silva,
Alexandre Rotondo da Silva. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV.
Título.

CDU 614.253.5

Bibliotecário(a) Responsável: Maristela Sanches Lima Mesquita - CRB-1716



FOLHA DE APROVAÇÃO

Juliana Oliveira Pedrosa

Diálogo sobre finitude: Relato de Experiência

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Aprovada em quatorze de fevereiro de 2023.

Banca examinadora:

Especialista em Medicina de Família e Comunidade - Thiago Leister de Medeiros - Orientador(a) - Prefeitura Municipal de Ouro Preto

Especialista em Medicina de Família e Comunidade - Gabriela Gouveia Calil - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

Mestre em Ciências da Saúde - Prof.(a) Alexandre Rotondo da Silva Coorientador (a) - Universidade Federal de Ouro Preto

Especialista em Cuidados Paliativos - Prof.(a): Gabriella Maciel Fiamoncini - Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)

O médico Thiago Leister de Medeiros, orientador do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 24 de abril de 2023.

Ouro Preto, 27 de abril de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Valdares Labanca Reis, COORDENADOR(A) DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM RESIDÊNCIA MÉDICA**, em 15/05/2023, às 12:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0514266** e o código CRC **361D201B**.

RESUMO

Conversar sobre finitude e planejamento avançado de cuidados, incluindo desejos, preferências e prognóstico, de maneira precoce, com pacientes com doenças em estágio avançado, tem impactos positivos no fim de vida, sendo um ponto importante para o fornecimento de cuidados de qualidade. Considerando o primeiro nível de entrada e assistência, a Atenção Primária à Saúde tem papel fundamental nos cuidados de fim de vida. Esse trabalho apresenta duas experiências vivenciadas em uma unidade básica de saúde, de Ouro Preto-MG, com pessoas em cuidados paliativos e discute sobre aspectos da formação em comunicação em fim de vida e a importância da utilização de ferramentas para esse fim, durante a Residência de Medicina de Família e Comunidade. A ideia da morte ainda é considerada um tabu, e é um dos maiores desafios. Foi possível verificar a necessidade de maior treinamento e espaços de reflexão sobre esse tema durante a formação. Além de tornar conversas sobre morte e questões de fim de vida habituais tanto para o profissional, quanto para paciente e família, verifica-se a relevância da implementação de estratégias e instrumentos que auxiliem no treinamento de habilidades de comunicação pelo residente na prática clínica, assim como para identificação dos pacientes que podem se beneficiar de cuidados paliativos na APS e realização de planejamento de cuidados, de maneira sistemática e padronizada.

Palavras chave: Cuidado Paliativo. Comunicação. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Talking about finitude and advanced care planning, including wishes, preferences and prognosis, early on with patients with advanced-stage disease, have positive impacts on end-of-life care, being an important point for providing quality care. Considering the first entry and healthcare level, Primary Health Care (PHC) has a crucial role in end-of-life care. This work presents two experiences in a basic health unit, in Ouro Preto - MG, with people in palliative care and discuss aspects of professional training in communication about finitude during the residency in Family and Community Medicine at the Federal University of Ouro Preto. The idea of death is still considered taboo, and it is one of the biggest challenges. It was possible to verify the need for more training and spaces for reflection on this topic during training. Besides turning conversations about death and end-of-life issues common both for professionals, patients and families, there is the relevance of implementing strategies and instruments that help the resident to train communication in clinical practice, as well as to identify patients who can benefit from palliative care in the PHC and implementation care planning, in a systematic and standardized way.

Key Words: Palliative Care. Communication. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS: Atenção Primária à Saúde

CP: Cuidado paliativo

ESF: Estratégia Saúde da Família

GW: Go Wish

MFC: Medicina de família e comunidade

OMS: Organização Mundial da Saúde

SBGG: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SBMFC: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SUS: Sistema Único de Saúde

PRMFC: Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família

UFOP: Universidade Federal de Ouro Preto

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	07
OBJETIVO	12
METODOLOGIA.....	13
RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
Primeira experiência	14
Segunda experiência	15
Diálogo sobre questões de fim de vida.....	16
Formação em conversas sobre finitude	17
CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS	24

INTRODUÇÃO

A capacidade de enfrentar, cuidar e saber conversar sobre a perspectiva da morte e do morrer está evoluindo ao longo do tempo, principalmente com o surgimento e valorização do cuidado paliativo. No entanto, para que esse cuidado seja implementado de forma assertiva, é necessário formação e treinamento qualificado na Atenção Primária à Saúde (MENEGUIN; RIBEIRO, 2016).

O cuidado paliativo (CP) é uma abordagem que busca promover a qualidade de vida, suprimindo necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais de pessoas e suas famílias que sofrem de doenças ameaçadoras da vida. Preferencialmente, deve ser ofertada desde o início do diagnóstico, sendo caracterizados como um direito humano e uma responsabilidade ética, tanto do sistema quanto de todos os profissionais de saúde (CARVALHO; PARSONS, 2012).

A Atenção Primária à Saúde (APS) corresponde à porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e propõe um cuidado integral que busca promover e proteger a saúde dos indivíduos nas dimensões individual e coletiva, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a base em que se alicerça e organiza a expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). Dessa forma, a equipe de saúde na APS, por abranger o cuidado do nascimento até a proximidade e a ocorrência da morte, é parte fundamental na abordagem das situações de final de vida e oferta de CP da comunidade (MARCUCCI et al., 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a necessidade de CP de uma população pode ser prevista a partir do perfil de mortalidade. Considerando todos os diagnósticos, 50 a 80% dentre as mortes ocorridas por causa natural poderiam ser beneficiados por essa abordagem (SILVA, 2014).

Em 31 de outubro de 2018, o Ministério da Saúde publicou a resolução nº 41, que normatiza e define que cuidados paliativos devem estar disponíveis no âmbito do SUS, em todos os pontos da rede de maneira integrada (SILVA, 2014). No entanto, a despeito da legislação, a oferta de CP ainda é uma realidade incipiente. Uma pesquisa publicada em dezembro de 2021 mostrou que o Brasil é, dentre 81 países, o terceiro pior para se morrer devido a diversos fatores, incluindo a deficiência em cuidados paliativos (FINKELSTEIN et al., 2022).

Um aspecto importante para o fornecimento de CP é o respeito aos desejos e prioridades dos pacientes. Apesar disso, estudo recente mostrou que, enquanto 90% dos adultos consideram como importante conversar sobre seus desejos de fim de vida, apenas

27% realmente tiveram essa conversa (SORRELL, 2018). Autores, como Gawande afirmam:

Pessoas com doenças graves têm outras prioridades além de simplesmente prolongar suas vidas. As pesquisas indicam que entre suas principais preocupações estão evitar o sofrimento, fortalecer seus relacionamentos com familiares e amigos, estar mentalmente conscientes, não ser um fardo para os outros e alcançar uma sensação de completude. A questão, portanto... é como podemos construir um sistema de saúde que de fato ajude as pessoas a alcançar o que lhes é mais importante no fim de suas vidas (GAWANDE, 2015, p. 148- 149).

Dessa forma, discute-se a importância do diálogo sobre a finitude e morte (nesse trabalho, usados como sinônimo), como um meio de buscar uma experiência de morte mais digna para pacientes e familiares.

Diversas barreiras são descritas pela literatura para o estabelecimento de discussões sobre morte, desejos e preferências no fim de vida, tanto do paciente quanto do profissional de saúde. Além da falta de recursos, tempo e experiência, diferenças culturais e dificuldade de prognóstico, cita-se também a relutância do paciente ou membro da família (ENG; HEWITT; KEKALIH, 2022; BRIGHTON; BRITOWE, 2016).

A ideia da morte ainda é considerada um tabu, e é um dos maiores desafios. Se historicamente, a morte era vista como algo natural, o processo de medicalização ocorrido a partir do século XXI, acarretou um afastamento gradual desse evento, do ambiente familiar, para dentro dos hospitais, influenciando a maneira de se encarar a morte como um fracasso e não como uma fase do desenvolvimento humano (Ariès, apud DIAS, 2020). De maneira geral, as pessoas evitam falar sobre o processo da morte ou sua possibilidade. Por meio de um acordo silencioso entre familiar, médico e paciente, evita-se falar sobre a gravidade da doença e finitude, criando uma situação conhecida como “conspiração do silêncio”, uma forma de proteção mútua (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Autores como Selaimen et al., [s.d.], também apontam a deficiência na formação médica de disciplinas sobre como lidar com a morte e o morrer, como uma fase natural da vida. Dias (2020) cita Kluber-Ross e Kovacs, umas das escritoras mais importantes nessa temática, que discutem a necessidade da educação para a morte, não somente para os profissionais de saúde, mas para toda a sociedade, a fim de melhorar a forma de encarar e cuidar desse evento.

Existe um escasso número de estudos que avaliam a capacidade de se liderar conversas de fim de vida. Pesquisa canadense, identificou que de 289 médicos de família, apenas um terço se sentiam confortáveis em discutir sobre o planejamento de cuidados com o paciente em CP e seus familiares (CHPCA, 2014 apud Santos, 2017).

Além disso, estudos demonstram que médicos e estudantes de medicina geralmente

sentem-se despreparados ou incomodados ao abordar o tema da morte. A carga emocional dessa comunicação é um dos fatores que influenciam e exigem treinamento de habilidades aos profissionais. Smeenk et al. (2017) identificaram que entre as principais preocupações em discutir sobre questões de fim de vida estava a incerteza de qual seria o tempo certo de iniciar o tema na trajetória da doença, associado ao medo de lidar com questões emocionais, como, por exemplo, abalar as expectativas e esperanças em relação ao tratamento. O mesmo trabalho mostrou que, através da implementação de sessões de treinamento em comunicação e promoção de reflexões sobre autodeterminação, liberdade de escolha e esperança, o limiar do desconforto e sensibilidade em falar de morte e morrer pode ser diminuído. Além disso, demonstrou que a utilização de perguntas do tipo: “você ficaria surpreso se esse paciente morresse no próximo ano” para médicos e estudantes em treinamento, pode ser uma forma de determinar o momento mais apropriado para a discussão.

Pinheiro et al. (2012) relataram a experiência do ensino de CP através de um estágio em um ambulatório de CP na Residência de Saúde da Família da Escola de Medicina do ABC, São Paulo. Esse estudo considerou a experiência positiva, por promover além de um ensino técnico, um ambiente de reflexão sobre temas difíceis, como dor, sofrimento e morte, diminuindo barreiras para abordar e conversar com pacientes terminais.

Alguns estudos avaliaram ferramentas que incentivam a comunicação sobre questões de fim de vida e planejamento avançado de cuidados (DUPONT, C. et al., 2022; LIU et al., 2021; Volandes AE et al., 2013). Dupont, C. et al. (2022) analisaram 20 recursos que fornecem educação ao paciente para apoiar o planejamento avançado e apesar da variedade de recursos identificados terem demonstrado benefícios que ampliam tais discussões, de uma maneira geral, são subutilizados na prática e não são universalmente aceitos. Além disso, a maioria possuía apenas versões em inglês e/ou espanhol, destacando-se o The Conversation Project[®], um guia já traduzido em português para ajudar as pessoas a conversarem sobre seus desejos e cuidados de fim de vida, e o jogo de cartas Go Wish[®], traduzido e adaptado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). O jogo é composto por 36 cartas e tem frases do tipo: “Quero alívio da dor e da falta de ar” e “Prefiro morrer em casa”, que o paciente deve classificar em ordem de importância e prioridade, escolhendo 10 cartas ao final do jogo. Tem o objetivo de facilitar uma conversa sobre o fim de vida, criando uma oportunidade para a identificação de desejos e preferências de acordo com os seus valores (SBGG, n.d).

Ademais, Delgado-guay (2016) traz a contribuição de Stewert et al. (1999) sobre as

quatro dimensões para uma boa comunicação médico-paciente no âmbito de questões de fim de vida: fornecer informações claras, capacitar os pacientes a ter um papel ativo na tomada de decisões, demonstrar empatia, apoio e afeto; estabelecer um plano conjunto. Portanto, destaca-se o método clínico centrado na pessoa (MCCP), descrito por Stewart e colaboradores (2017), como uma importante ferramenta de comunicação nesse âmbito, assim como na prática e na formação do médico de família e comunidade. O MCCP busca alcançar o entendimento da pessoa e sua doença de forma integral, respeitando as necessidades e crenças para a tomada de decisões compartilhadas e construção de um plano terapêutico conjunto, estimulando a autonomia e protagonismo da pessoa em seu processo de saúde.

A sociedade brasileira de medicina e comunidade (SBMFC) formulou em 2015 um Currículo Baseado em Competências, e apresenta o cuidado paliativo como competência essencial, assumindo um papel fundamental na formação médica nesse campo de atuação (SBMFC, 2015).

O município de Ouro Preto, local onde foi realizado esse trabalho, possui uma população estimada de 74.825 habitantes (IBGE, 2021), situa-se na região Central de Minas Gerais e possui 12 distritos. Sua ESF é composta por 26 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), sendo 11 na sua sede, 14 em distritos e 2 em subdistritos.

No município existe o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), originado em 2013, cujo campo de prática são algumas das unidades citadas acima e se orienta pelo mesmo currículo de competências da SBMFC (OURO PRETO, 2013). Importante ressaltar que o município não possui um Serviço Atenção Domiciliar (SAD), assim como equipe de cuidados paliativos em seu hospital de referência, denotando a relevância de se desenvolver habilidades em cuidados de fim de vida por parte dos profissionais que atuam na APS.

Este trabalho surgiu a partir do meu interesse sobre o tema, com foco em diálogo sobre finitude. Reflexões acerca do tema da morte a partir de vivências na minha vida pessoal e profissional, despontaram em mim uma angústia e inquietação, se o diálogo sobre a terminalidade da vida pode tornar melhor o processo de adoecer e morrer para paciente e família. É possível que a ideia de finitude, “colocada na mesa”, transforme o modo de cuidar e ser cuidado? Portanto, a partir de tais questionamentos, relato aqui a minha tentativa de se abrir espaço para conversar sobre finitude e favorecer um diálogo sobre desejos e prioridades ao final da vida com dois pacientes e seus familiares em CP na UBS do Bairro Piedade, Ouro Preto – MG. Como uma iniciativa de fazer a discussão, busquei aplicar o jogo “Cartas na Mesa”.

Frente a minha compreensão da necessidade de aprimoramento da formação e capacitação sobre CP e diálogo sobre finitude como residente em Medicina de Família e Comunidade após as duas experiências aqui relatadas, nesse trabalho busco discutir e aprofundar meu estudo sobre o tema.

OBJETIVO

Apresentar duas experiências vivenciadas com pessoas em cuidados paliativos e discutir sobre aspectos da formação em comunicação em fim de vida e a importância da utilização de ferramentas para esse fim, durante a Residência de Medicina de Família e Comunidade.

METODOLOGIA

Este estudo consiste no relato de duas experiências com pacientes em CP, durante minha formação no Programa de Residência Médica de Família e Comunidade na UFOP.

A UBSF Caminhar, do Bairro Piedade, local que se desenvolveu esse trabalho, possui uma população registrada de aproximadamente 3300 pessoas, e era composta por mim, como médica residente do segundo ano, uma médica preceptora, outra residente do primeiro ano, duas técnicas de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde.

A partir de visitas domiciliares para abordagem de questões de fim de vida, propus uma conversa sobre finitude, desejos e preferências, mediada pelas ferramentas de comunicação clínica como o jogo “Cartas na Mesa” da SBGG e o Método Clínico Centrado na Pessoa. O relato dos pacientes se deu por escrita livre após cada encontro, preservando as identidades dos mesmos. Para análise e discussão das experiências foi realizada busca na literatura com foco em cuidados em fim de vida e treinamento médico em comunicação sobre finitude.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeira experiência

A primeira experiência ocorreu na Unidade Básica de Saúde Piedade, Ouro Preto – MG, a qual estava passando um curto período durante as férias do meu preceptor.

Durante um dia de visita domiciliar, surgiu a demanda de um paciente em cuidado paliativo exclusivo em que foi identificado a necessidade de se realizar uma conversa acerca da morte/finitude e se oportuno aplicar o jogo “Cartas na Mesa”.

Estavam presentes na visita eu, como médica residente, a preceptora, o paciente e sua filha. No primeiro momento, buscamos entender suas preocupações, sentimentos e expectativas em relação àquela fase de sua vida. A partir de uma escuta atenta e acolhedora, a conversa caminhou para uma reflexão acerca do medo da morte. Havia uma grande esperança na cura e ao mesmo tempo um sentimento de paz e aceitação em relação à morte. Nesse momento, ocorreu um distanciamento do familiar que até então estava participando da visita, demonstrando, por meio de gestos e expressões, certa desaprovação acerca do tema daquela conversa. Apesar de sua fragilidade, paciente mostrava uma grande abertura e receptividade para o diálogo. Dessa forma, com alguma dúvida, se aquele seria o momento ideal para aplicação do baralho ou não, introduzimos e apresentamos o mesmo, seu objetivo e dinâmica, o que foi prontamente aceito pelo paciente. Convidamos a filha para que participasse, se assim desejasse, e de forma respeitosa se manteve presente durante todo o jogo, se emocionando em alguns momentos.

O paciente, então, começou a ler carta por carta, fazendo reflexões sobre cada uma, sem classifica-las em ordem de importância. Tentei, por receio em não atingir o objetivo do jogo, conduzi-lo para que separasse as cartas. Porém, aos poucos, foi possível perceber o quanto ele trazia de forma tão genuína aquilo de mais vivo que havia dentro do seu coração. Optei então, por simplesmente deixar que o paciente conduzisse o fio daquela conversa como quisesse, me colocando no lugar de expectadora e aprendiz, frente a um paciente que demonstrava tanta sabedoria, lucidez e inteireza. Em um curto intervalo de tempo, o paciente demonstrou, por meio de sua atitude, coragem, força, resiliência, esperança e fé diante da vida e da morte. Apesar de não separar em ordem de prioridades, algumas cartas trouxeram temas, que a partir da sua discussão, sugeriram para mim o que poderia ser valioso para ele, como por exemplo sua religiosidade e seu desejo de rever e estar com pessoas queridas e sua família (através de cartas como “Gostaria de um objeto religioso perto de mim”, “Quero minha família e meus amigos perto de mim”). Além de expressar questões práticas por meio das cartas, como o fato de já ter pensado em seu funeral e seu testamento, a carta “Quero poder

dizer: Obrigado, Eu te amo, Me desculpe, Adeus”, também deu a oportunidade de expressar todo o seu sentimento de gratidão e amor em relação à toda a sua família, principalmente à sua filha, até aquele momento de sua vida.

Segunda experiência

A segunda experiência ocorreu na mesma comunidade que a primeira. Estavam presentes eu, outra médica residente, a paciente e sua filha. A paciente possuía uma doença grave, avançada, e que limitava enormemente a sua vida. Da mesma forma, procurei iniciar a conversa escutando ativamente suas preocupações, ideias e sentimentos em relação à sua condição. A paciente expressou ter consciência da irreversibilidade da sua doença, porém afirmava com firmeza que não sentia tristeza. Apesar disso, a filha demonstrou que o tema da morte estava presente nos pensamentos da mãe cotidianamente e, por meio de choros contidos, a paciente fez surgir para mim, sentimentos de angústia e tristeza frente à sua doença. Procurei, então, escutar e legitimá-los, porém, encontrei grande dificuldade em aprofundar a vivência naquele mar de emoções acumuladas. A filha, por meio de sua atitude durante a visita, algo firme e autoritária, me pareceu que inibia a mãe de expressar suas angústias e medos e que, por isso, se tornavam velados.

Mesmo encontrando essa dificuldade, tentei progredir na conversa, e ao propor o baralho, foi interessante notar que a filha, que estava até então em pé, rapidamente puxou uma cadeira e sentou-se próximo de todos. Inicialmente, parecia interessada em participar daquela conversa, mas ao explicar o objetivo e a finalidade dessa, a filha considerou inaceitável. Apesar de deixar aberto para a mãe decidir, a atitude da filha me causou uma impressão de que imaginar um fim tão próximo da mãe era uma ameaça, da qual precisaria protegê-la. Dito disso, a paciente, com certa passividade e conformismo, não aceitou a proposta, o que foi acolhido.

Diálogo sobre questões de fim de vida

Um dos deveres da medicina é oferecer uma morte confortável para aquelas pessoas da qual a morte não é possível postergar (ISLABÃO, 2022). Conforme Temel et al. (2010), conversar sobre finitude e planejamento avançado de cuidados (incluindo desejos, preferências e prognóstico) de maneira precoce, com pacientes com doenças em estágio avançado e suas famílias, tem impactos positivos nos cuidados no final da vida. No entanto, é necessária uma mudança cultural, principalmente dentro das profissões de saúde, para que essas conversas se tornem um direito de todas as pessoas e famílias que assim o desejarem (SALLNOW et al., 2012).

No percurso desse trabalho, inicialmente, procurei planejar qual seria o melhor método e qual paciente poderia ser elegível para o diálogo sobre questões de fim de vida. Anteriormente às duas experiências aqui relatadas, havia dois pacientes “candidatos” com câncer em estágio avançado e já em CP. Meu preceptor, eu e outras duas residentes conseguimos fazer uma primeira visita para um deles, que até então era desconhecido da equipe. Identificamos uma demanda importante de controle da dor e uma demanda por parte da família em relação à comunicação de más notícias e terminalidade. Optamos por iniciar o manejo da dor primeiramente e em um segundo momento, após um vínculo estabelecido, tentar abordar a conversa sobre questões de fim de vida com paciente e família. No entanto, ambos pacientes faleceram antes da oportunidade de aprofundar tal abordagem.

No decorrer de todas as vivências desse trabalho, pude perceber alguma resistência em se conversar sobre a morte, tanto por mim, quanto dos familiares. Semelhante à literatura (SMEENK et al., 2017), me deparei com vários sentimentos e barreiras. Havia sempre uma dúvida se haveria um “melhor momento” para discussões sobre o fim da vida. Alguns questionamentos surgiram antes e durante a realização desse trabalho: O que iria surgir? Seria capaz de conduzir uma conversa sobre esse tema tão delicado? Como seria a aceitação? Havia um medo de causar angústia nos pacientes e um sentimento de despreparo que me faziam reconsiderar a escolha do tema.

Para entender parte dessa dificuldade em se conversar sobre a morte, procurei verificar como a morte foi tratada ao longo da história.

A despeito de todos os avanços tecnológicos, a morte permanece um tabu na sociedade ocidental. Entretanto, Ariès (apud DIAS, 2020), em seus estudos sobre a morte no Ocidente, demonstra que em outros momentos da história houve diferentes formas de se encarar esse evento. A morte, na Idade Média, era vista como algo natural e familiar, onde o doente era o protagonista e tinha autonomia para se preparar e vivenciar seus últimos momentos com

familiares e amigos. Para esse autor, a morte era “domada” na antiguidade, passando a ser interdita nas sociedades contemporâneas. A “morte domada” era caracterizada pela aceitação e familiaridade com essa, já com a “morte interdita”, ocorre uma inversão do sentido da morte, que passa a ser escondida e silenciada, caracterizando um tabu na modernidade. Nesse contexto, há um deslocamento do local da morte, do espaço doméstico para os leitos hospitalares, tornando, assim, esse momento cada vez mais solitário e silencioso. Ao sair de casa, a morte deixou de ser pública e se tornou objeto de interdição.

A partir dessa breve reflexão histórica, a minha inquietação, que conduziu esse trabalho e o objetivo de se conversar sobre a finitude, ficou ainda mais viva, frente a compreensão de que a discussão de forma aberta sobre a morte, preferência e desejos de fim de vida, seria importante para reduzir o desconforto sobre o tema, tanto meu, quanto dos pacientes e familiares, e talvez ajudar a trazer maior dignidade para o morrer.

Formação em conversas sobre finitude

Aprendi muitas coisas na faculdade de medicina, mas mortalidade não era uma delas... [nossos] livros didáticos não tinham quase nada sobre envelhecimento, fragilidade ou morte. Como o processo se desenrola, como as pessoas vivenciam o fim de suas vidas e como isso afeta aqueles ao seu redor pareciam irrelevantes. Do jeito que vimos, o propósito da escola médica era nos ensinar como salvar vidas, não como cuidar de sua morte (GAWANDE, 2015. p. 11)

É cada vez mais evidente a importância do desenvolvimento da filosofia do CP, por meio do ensino e da pesquisa em todos os âmbitos da formação médica, objetivando alcançar as necessidades daqueles pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras da vida (SANTOS, 2017).

Apesar da SBMFC apresentar em seu currículo, 11 competências essenciais acerca dos cuidados paliativos que vão desde o manejo da dor, úlceras de decúbito e terminalidade, até a comunicação de más notícias e abordagem ao luto (SBMFC, 2015), não me foi oferecido durante a minha formação, treinamento de habilidades de forma estruturada, em conversas sobre finitude.

Estudo de Gryscek et al. (2012), através de uma análise crítica de tal currículo, identificou necessidade de melhorias e propuseram novas e ampliadas competências. Destaco uma proposta que vai de encontro à lacuna que identifiquei na minha formação, que é a inclusão da habilidade no desenvolvimento de planos de cuidados individualizado e integral àqueles recebendo CP e técnicas adequadas de comunicação durante o cuidado, com ênfase na comunicação de más notícias.

Para realizar um plano de cuidados, é necessário conversar sobre a morte, e a trajetória

desse trabalho evidenciou essa deficiência na formação em conversas sobre finitude, desejos e preferências de fim de vida, que vai desde a graduação, até a residência médica.

Para compensar um pouco a deficiência na minha formação como um todo, no início do segundo ano da residência de MFC, busquei uma oportunidade de realizar um estágio optativo em Cuidados Paliativos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Durante o período de um mês, pude ter mais contato com essa área e com excelentes profissionais. No entanto, notei um foco no ensino do controle de sintomas e não houve êxito em vivenciar e acompanhar conversas sobre planejamento de cuidados, desejos e preferências de fim de vida. Dessa forma, mesmo em um serviço de cuidados paliativos, essa prática não se mostrou como parte do cotidiano. Essa observação emerge de uma experiência individual e limitada a um curto período de tempo, e de maneira nenhuma um julgamento de valor ao referido estágio.

A partir dessa vivência, também notei o contraste da atenção hospitalar e da APS no cuidado de pacientes em final de vida e suas famílias. O cuidado integral proposto pelo CP é uma das características compartilhadas com os princípios que regem o SUS e a APS (COBO et al, 2019). Ademais, destaca-se a longitudinalidade, orientação comunitária e a coordenação do cuidado, princípios da APS que dialogam especificamente com o CP. Segundo Forrest e Barclay (2007), uma vez que a APS e os profissionais de saúde que nela atuam se propõe a estarem próximos geograficamente, culturalmente e emocionalmente dos usuários, familiares e cuidadores, ao longo do tempo, a APS se torna um serviço de saúde privilegiado para ofertar os cuidados em fim de vida.

Oliveira, Ferreira & Resende (2013) apontaram que devido ao déficit no ensino de forma sistematizado em CP na graduação e pós-graduação, alunos e profissionais não se julgam capacitados a oferecer controle de sintomas, manejo de casos complexos e cuidados de fim de vida. Santos (2017) observou que, possivelmente devido às similaridades da APS e CP, entre elas, o cuidado centrado na pessoa e na família, a elaboração de um plano terapêutico que contemple os aspectos psíquicos, espirituais, culturais, sociais e econômicos, com objetivo na manutenção ou na melhora da qualidade de vida, o ensino do CP na residência de MFC acontece no currículo oculto e de forma não planejada.

De maneira semelhante, pude perceber a minha formação em cuidado paliativo, como médica de família e comunidade. Foram realizadas discussões não sistematizadas acerca de casos clínicos que permeavam a temática finitude, além de três aulas teóricas com duração de cerca de 1 hora, elaboradas por um grupo de residentes diferentes, que abordaram os conceitos gerais sobre o tema, abordagem da terminalidade, organização da equipe e controle

dos principais sintomas, disponibilizando pouco espaço para um aprofundamento das discussões, reflexões e treinamento em comunicação sobre cuidados de fim de vida e morte.

Kovacs (apud SORGATTO, 2014) propôs que a criação de um espaço para se conversar e viabilizar a reflexão sobre a própria morte, assim como a do outro, pode ajudar a melhorar a forma de lidar com essa questão no local de trabalho.

Nos dois casos desse trabalho, assim como no acompanhamento de alguns pacientes no estágio de CP, algumas dificuldades encontradas foram amenizadas por meio do uso de uma comunicação centrada na pessoa, uma habilidade e ferramenta que faz parte da formação em MFC.

Nas duas experiências relatadas, como eram pacientes que ainda não conhecia, procurei entender previamente o contexto junto a preceptora e a residente que já acompanhavam os mesmos. Em ambas visitas, estava presente o profissional de referência daqueles dois pacientes, o que facilitou a abordagem. Como descrito no relato, em um primeiro momento, busquei através de uma escuta atenta e acolhedora explorar os sentimentos, ideias e expectativas em relação àquele momento de suas vidas e em relação à morte.

O primeiro paciente teve uma maior abertura para o diálogo e apesar de não ter conseguido aplicar o jogo conforme as instruções, pude perceber que o uso do jogo “Cartas na Mesa”, versão traduzida do “Go Wish” (GW), se mostrou como um facilitador para estimular a autonomia e protagonismo ao final da vida daquele paciente, elementos que são muito importantes para uma medicina centrada na pessoa. Dessa forma, foi possível oferecer a possibilidade de fazer escolhas, surgindo substratos importantes para realização de um plano conjunto de manejo de problemas. Além disso, as ideias e discussões sobre algumas das cartas, permitiu ao paciente a expressão de sentimentos, como o de gratidão pela sua filha, sugerindo aumentar o envolvimento emocional e aproximação entre ambos.

Há uma variedade de jogos de cartas com o objetivo comum de auxiliar a iniciar conversas sobre questões de fim de vida, morte e planejamento antecipado de cuidados. A maioria desses é derivada do “Go Wish” (GW), porém, ainda há poucos que avaliam e comprovam a sua eficácia (FERNANDO; LOURENÇO; VALE, 2021).

Ressalta-se que no quesito de educação médica, um estudo que relatou a experiência utilizando o jogo GW em uma disciplina de cuidados paliativos na graduação, verificou que o mesmo ajudou a ensinar sobre a variabilidade nas prioridades dos pacientes e assim ensinar sobre a relevância de se considerar as prioridades dos pacientes quando a doença avança (OSMAN, H. et al.; 2017). Apontando, dessa forma, que o jogo também pode ser utilizado

para aprimorar a formação e treinamento em habilidades de comunicação sobre fim de vida.

Um ponto levantado após análise das experiências foi a diferença na abertura para o diálogo e uso do jogo. Enquanto na primeira houve prontidão e êxito, no segundo caso havia, de antemão, uma resistência por parte do paciente e da família, não sendo possível avançar na conversa. Nesse sentido, essa dicotomia presente trouxe à tona o questionamento se existe um perfil de paciente/família que é ou não aberto a ter esse tipo de conversa.

Segundo Lankarini-Fard et al. (2010), alguns dos motivos comuns para pacientes não aceitarem realizar o jogo são fadiga, transtorno emocional, esclarecimento prévio de suas preferências e incapacidade de se concentrar na classificação dos cartões. Em contrapartida, outro estudo discutiu que uma das hipóteses de quais seriam as características daqueles pacientes que optaram por completar o jogo GW foi o fato desses pacientes estarem mais doentes e frágeis, ou por outras razões físicas ou psicológicas, mais conscientes da necessidade de comunicar as preferências de fim de vida do que aqueles que recusaram ou não concluíram o processo (LITZELMAN et al., 2017). Tal estudo, trazendo a perspectiva de que a profundidade do estabelecimento de metas é mais sobre a autonomia do paciente e crenças pessoais e menos sobre a limitação da utilização de recursos médicos, discute que as relações familiares são frequentemente complicadas por tristeza e negação quando os idosos discutem seus desejos em um planejamento avançado de cuidados, privando o idoso da oportunidade para a conversa.

Estendendo a reflexão para o Brasil, Araújo (2020) cita estudo realizado pela The Economist em 2017 em parceria com a Kaiser Family Foundation sobre os desejos de fim de vida no Brasil, Estados Unidos, Japão e Itália, que discute:

[..] os brasileiros foram os mais propensos a dizer que a maioria das pessoas no país têm pouco controle sobre seus cuidados médicos ao fim da vida (setenta e nove por cento). Em relação aos entrevistados dos demais países, os brasileiros foram os que mais disseram que os médicos devem dar a palavra final em relação aos tratamentos necessários (quarenta por cento), sendo que, dentre os brasileiros que afirmaram não ter discutido os desejos de fim de vida com os entes queridos, a principal razão informada foi de que eles confiariam no que o médico dissesse que é o melhor (HAMEL; WU; BRODIE, 2017, p. 30 apud ARAÚJO, 2020).

Dessa maneira, foi possível identificar algumas convergências da literatura com o desfecho das duas experiências vivenciadas. Na primeira, me ocorreu uma expressão de fragilidade e consciência da aproximação da morte mais evidente. Enquanto na segunda, devido à dificuldade na aceitação à proposta de se conversar sobre os desejos da paciente, aparentou para mim, que o familiar tinha aquele ato como equivocado e repreensível, apesar de ter deixado em aberto a escolha para a mãe. Não houve oportunidade para aprofundar no

entendimento de tal atitude, mas me pareceu que havia então uma questão importante sobre a autonomia, pois o familiar deixou claro que não era possível tal conversa e não cabia a ninguém, além do médico e de Deus, saber o que é melhor para cada um ao final da vida.

Dessa forma, no segundo caso, percebi que não se trata apenas de uma ideia reducionista sobre a recusa do uso do jogo, como uma negação da morte, pois nem todo paciente e família vai ser aberto à essa conversa e que cada um vai ter um tempo diferente para essa abertura. No entanto, aquele encontro, me fez recordar a “conspiração do silêncio”. Parecia haver ali um sofrimento do paciente e familiar frente àquela situação, porém não existia espaço para a partilha do mesmo, destacando um isolamento emocional entre ambos. Abrir espaço para conversar sobre esse assunto, mesmo que de forma incipiente, pode ter facilitado a expressão daquele sofrimento frente à morte, dando assim pistas para futuras abordagens.

Visto que foram experiências pontuais, a carência de um maior vínculo previamente à abordagem, foi um fator que provavelmente dificultou uma melhor exploração de queixas e sentimentos, interferindo na narrativa de ambos os casos.

Conversar sobre a morte pode ser inaceitável para algumas pessoas ou familiares tanto emocionalmente, quanto cognitiva ou culturalmente. Porém, destaca-se que a conversa é um processo, e não uma única conversa (SALLNOW et al., 2022). Dessa maneira, evidencia-se um aprendizado importante desse trabalho. Conversar sobre a morte, desejos e preferências ao final da vida demanda mais vínculo do que geralmente é possível se formar em um único encontro.

Algumas estratégias poderiam ser usadas para um melhor aprofundamento das conversas sobre a finitude, aceitação do uso do baralho e atenuação das barreiras encontradas. Seriam elas: assegurar um ambiente protegido, garantir a longitudinalidade e criar um maior vínculo previamente, reduzir o número de cartas para o paciente mais frágil, oferecer o baralho para o paciente e família refletir em particular sobre cada uma das cartas quando acharem oportuno, e em um segundo encontro, conversar sobre o resultado, diminuindo o tempo da intervenção (MÖLLER et al., 2020; LANKARANI- FARD et al., 2010).

Minha experiência com o jogo “Cartas na Mesa”, considerando as percepções com o paciente do primeiro relato, me apontou que este instrumento talvez possa auxiliar a estimular o protagonismo do paciente na fase final de vida, a refletir sobre a morte e tornar essa conversa menos difícil, tendo potencial para fazer parte da minha maleta como médica de família.

Assim como acontece em outros países, como Austrália e Reino Unido, em que o

próprio sistema de saúde incentiva e disponibiliza guias para realização de conversa sobre questões de fim de vida e planejamento de cuidados (NICE, 2019; HEALTH, 2019) há que se desenvolver estratégias para que avancemos nessa direção, como a criação de um programa nacional com incentivo ao planejamento de cuidados e fornecimento de informações e recursos à população e aos profissionais de saúde sobre cuidado paliativo, morte e luto, tornando esse tipo de conversa essencial e indispensável.

CONCLUSÃO

Abrir espaço para conversar sobre finitude de forma ativa, mesmo que incipiente e com diversas limitações, contribuiu para o meu amadurecimento e repertório de informação e experiências sobre o assunto. Para conversar sobre a morte é necessário tempo, escuta, vínculo e coragem.

Há muito para se trabalhar com o paciente e família, antes de trazer à tona o tema da morte, campo que envolve vários sentimentos difíceis e que muitas vezes são velados.

Além de compreender a necessidade de maior treinamento e espaços de reflexão para tornar essas conversas cada vez mais habituais e naturalizadas no meu dia a dia, pude verificar que o método clínico centrado na pessoa é parte fundamental nesse processo.

Ademais, destaca-se a relevância da implantação de estratégias na minha prática clínica para identificação dos pacientes que podem se beneficiar de cuidados paliativos na APS, assim como instrumentos para realização de planejamento de cuidados, de maneira sistemática e padronizada, e uso de ferramentas que possam reduzir o estigma e as barreiras sobre o tema, como por exemplo o jogo “Cartas na Mesa” utilizado nesse trabalho.

Conversar sobre a morte e o que se deseja para o fim de vida e todo o processo desse trabalho foi engrandecedor e um privilégio, me fazendo refletir também sobre a minha vida e finitude.

REFERÊNCIAS

ANCP | **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Disponível em:

<<https://paliativo.org.br/blog/cne-institui-diretrizes-respeito-cuidados-paliativos-cursos-graduacao-medicina>>. Acesso em 19 jan. 2023

ARAÚJO, C. P. **EXISTE DIREITO À ESPERANÇA? Saúde no contexto do câncer fim de vida**. Belo Horizonte: Lumen Juris, 2020.

BRIGHTON, L. J.; BRITOWE, C. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. **Graduate medical journal**, v. 92, n. 1090, p. 466- 470, 2016. Disponível em: <https://pmj.bmj.com/content/92/1090/466.short>. Acesso em: 10 ago. 2022.

CAMARGO, R. M. Vida e morte: A morte nas decisões e planejamentos na vida. **Psicologia- Florianópolis**, 2019. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/16625/1/Artigo%20Robson.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A (Orgs.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

COBO, Viviane de Almeida et al . Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos profissionais de saúde. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo , v. 39, n. 97, p. 225-235, dez. 2019 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 22 mar. 2023.

DELGADO-GUAY, M. O. *et al.* Advanced cancer patients' reported wishes at the end of life: a randomized controlled trial. **Supportive Care in Cancer**, v. 24, n. 10, p. 4273-4281, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27165052/>. Acesso em: 10 ago. 2022.

DIAS, A P.M. A finitude da vida pela perspectiva de profissionais da saúde de uma clínica da família do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro: 2020. Acesso em: 04 jan. 2023.

DUPONT, C. et al. Publicly Available, Interactive Web-Based Tools to Support Advance Care Planning: Systematic Review. **Journal of Medical Internet Research**, v. 24, n. 4, p. e33320, 20 abr. 2022. Acesso em: 19 jan. 2023.

ENG, V.; HEWITT, V.; KEKALIH, A. Preference for initiation of end-of-life care discussion in Indonesia: a quantitative study. **BMC palliative care**, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-021-00894-0>. Acesso em: 10 ago. 2022.

FERNANDES, C. S.; LOURENÇO, M.; VALE, Belem. Patient card games in palliative care: integrative review. **BMJ Supportive & Palliative Care**, 2021. Disponível em:

<https://spcare.bmj.com/content/early/2022/02/14/bmjspcare-2021-003300.abstract>. Acesso em: 10 ago. 2022.

FINKELSTEIN, E. A. *et al.* Cross-country comparison of expert assessments on the quality of death and dying 2021. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 63, p. 419-e429, 2022. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(21\)00673-4/fulltext#seccesectitle0022](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(21)00673-4/fulltext#seccesectitle0022). Acesso em: 10 ago. 2022.

FORREST, S.; BARCLAY, S. Palliative Care: A Task for Everyone. **The British Journal of General Practice**, v. 57, n. 539, p. 503, 6 jun. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2078184/>. Acesso em 22 mar. 2023.

GAWANDE, A. **Mortais**. Nós, a medicina e o que realmente importa no final. Rio de Janeiro: Objetiva; 2015.

GRYSCHKE, G.; PEREIRA, E. A. L.; HIDALGO, G. Médicos de Família e Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p.2012, 2 mar. 2020. Acesso em: 19 jan. 2023.

HEALTH. **Advance care planning**. Disponível em: <<https://www.health.gov.au/topics/palliative-care/planning-your-palliative-care/advance-care-planning>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

ISLABÃO, A. **O risco de cair é voar. Mors certa, hora incerta**. Pelotas: BallejoCultura & Comunicação, 2022.

JEANNETTE, E. **Medicina de família e comunidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

KOVÁCS, M. J. (Org.). **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo (SP): M. Fontes, 2008.

LANKARANI-FARD, A. *et al.* Feasibility of discussing end-of-life care goals with inpatients using a structured, conversational approach: the go wish card game. **Journal of pain and symptom management**, v. 39, n. 4, p. 637-643, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392410001260>. Acesso em: 10 ago. 2022.

LITZELMAN, D. K. *et al.* Clarifying values and preferences for care near the end of life: The role of a new lay workforce. **Journal of Community Health**, v. 42, n. 5, p.926–934, 2017. Acesso em: 03 jan. 2023.

LIU, L. *et al.* Gamification to promote advance care planning: a systematic review of mixed method and meta-analysis. **Palliative Medicine**, v. 35, n. 6, p. 1005-1019, 2021. Disponível em: <https://journals.healio.com/doi/full/10.3928/02793695-20171219-03>. Acesso em: 10 ago. 2022.

MARCUCCI, F. C. I. *et al.* Identificação de pacientes com indicação de Cuidados Paliativos na

Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório. **Cad. saúde colet.**, v. 24, n. 2, p. 145-152, jun. 2016. Disponível em: [hp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arext&pid=S1414](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arext&pid=S1414). Acesso em: 10 ago. 2022.

MENEGUIN, S.; RIBEIRO, R. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia da saúde da família. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/HDh7Djn4gc6PHNQPyDVhR8D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde**. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MÖLLER, U. O. *et al.* Using cards to facilitate conversations about wishes and priorities of patients in palliative care. **Journal of Hospice and Palliative Nursing**, v.22, n. 1, p. 33, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6946092/>. Acesso em: 10 ago. 2022.

NICE. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Advance care planning | Quick guides | Social care | NICE Communities | About | NICE**. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/about/nice-communities/social-care/quick-guides/advance-care-planning>>. Acesso em: 02 jan. 2023.

SELAIMEN, N. *et al.* **O Enfrentamento da Morte e do Morrer na Formação de Acadêmicos de Medicina Dealing with Death and Dying in Undergraduate Medical Training**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/LkVgchx3szccMHY4MhvFMQg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

SANTOS, Gisele dos. Formação em cuidados paliativos na residência médica em medicina da família e comunidade: visão dos preceptores e residentes. 2017. 154f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – **Escola Paulista de Enfermagem**, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2017. Acesso em: 19 jan. 2023.

SALLNOW, L. *et al.* Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. **The Lancet**, v. 399, n. 10327, p. 837-884, 2022. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02314-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02314-X/fulltext). Acesso em: 10 ago. 2022.

SBMFC. **Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade**. [s.l: s.n.]. Acesso em: 19 jan. 2023.

SELAIMEN, N. *et al.* **O Enfrentamento da Morte e do Morrer na Formação de Acadêmicos de Medicina Dealing with Death and Dying in Undergraduate Medical Training**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/LkVgchx3szccMHY4MhvFMQg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 19 jan. 2023.

SILVA, M. L. S. R. The role of the Primary Health Care professional in palliative care.

Brazilian Journal of Family and Community Medicine, v. 9, n. 30, p. 45-53, 2014. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/718/595>. Acesso em: 10 ago. 2022.

SMEENK, F. W. J. M. *et al.* Talk about end-of-life care in a timely manner. **Breathe**, v.13, n. 4, p. 95-e102, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6003272/>. Acesso em: 10 ago. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Jogo Cartas na Mesa**. n.d. (On-line). Disponível em: <https://sbgg.org.br/projeto-cartas-na-mesa/>. Acesso em: 10 ago. 2022.

SORGATTO, A.; SILVIANE K.; FREIRE, A.S. **EDUCAÇÃO PARA A MORTE: O PROFISSIONAL DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A MORTE E O MORRER EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**, 2014. Disponível em: <http://eventos.ufgd.edu.br/enepex/anais/arquivos/244.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2023.

SORRELL, J. M. End-of-life conversations as a legacy. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services**, v. 56, n. 1, p. 32-35, 2018. Disponível em: <https://journals.healio.com/doi/10.3928/02793695-20171219-03>. Acesso em: 10 ago.2022.

OSMAN, H. *et al.* Respecting patient choices: using the 'Go Wish' cards as a teaching tool. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 8, n. 2, p. 194–197, 20 jun. 2017. Acesso em: 19 jan. 2023.

Ouro Preto (MG) | Cidades e Estados | **IBGE**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/ouro-preto.html>. Acesso em: 03jan. 2023.

PINHEIRO, T. *et al.* 2 **Teaching Palliative Care in a Free Clinic: A Brazilian Experience**. [s.l: s.n.]. Disponível em: https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2012_fev_teaching_palliative_care_in_a_free_clinic_a_brazilian_experience.pdf. Acesso em: 19 jan. 2023.

TEMEL, J. S. *et al.* Early Palliative Care for patients with metastatic non-small-cellung cancer. **N Engl J Med**, v. 363, n. 8, aug. 2010. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1000678>. Acesso em: 10 ago. 2022.

Volandes AE *et al.*, Randomized controlled trial of a video decision support tool for cardiopulmonary resuscitation decision making in advanced cancer. **J Clin Oncol**. 2013Jan 20;31(3):380-6. doi: 10.1200/JCO.2012.43.9570. Epub 2012 Dec 10. PMID: 23233708; PMCID: PMC4090424. Acesso em: 04 jan. 2023.