

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

BRUNA ROMANELLI

O DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL MÉDICA NO
CONTEXTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

CURITIBA
2023

BRUNA ROMANELLI

**O DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL MÉDICA NO
CONTEXTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bioética, Área de concentração: Bioética Clínica, Humanização e Cuidados Paliativos, Linha de Pesquisa: Bioética na Formação da Identidade Moral e Profissional No Campo da Saúde, da Escola de Medicina e Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Renato Soleiman Franco

CURITIBA

2023

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Luci Eduarda Wielganczuk – CRB 9/1118

Romanelli, Bruna
C787d O desenvolvimento da identidade profissional médica no contexto dos
2023 cuidados paliativos / Bruna Romanelli ; orientador: Renato Soleiman Franco.
– 2023.
77 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2023
Inclui bibliografias

1. Bioética. 2. Médicos – Formação. 3. Cuidados paliativos na terminalidade
da vida. I. Franco, Renato Soleiman. II. Pontifícia Universidade Católica do
Paraná. Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº22/2023
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética

Em sessão pública às dezessete horas do dia trinta e um de julho do ano de dois mil e vinte e três, via plataforma zoom <https://us06web.zoom.us/j/87370186120?pwd=T056dHJwMDExRk5XSIVtSENERjRDdz09> realizou-se sessão pública de Defesa da Dissertação **O DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL MÉDICA NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS** apresentada pela aluna **Bruna Romanelli** sob orientação do Professor Doutor Renato Soleiman Franco como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Professor Doutor Renato Soleiman Franco
Presidente (PUCPR)

Professora Doutora Carla Corradi Perini
Membro interno (PUCPR)

Professora Doutora Úrsula Bueno do Prado Guirro
Membro externo (UFPR)

Úrsula
Bueno do
Prado Guirro

Assinado de forma digital por Úrsula Bueno do Prado Guirro
Data: 2023.08.02 13:31:03 -03'00'

Início: 17:03 Término 18:40

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado APROVADO. A aluna está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para ao cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Assinado digitalmente por:
Bruna Romanelli
24/08/2023 - 08:58:36h - Num. Controle: 394574
CPF: 053.899.329-43

Aluna: **Bruna Romanelli**

Professor Doutor Mario Antonio Sanches
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

A eterna missão de cuidar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pacientes que dão sentido à luta constante do aprimoramento ao cuidado humano e maior significado à vida.

À equipe de hospitalistas e residentes do Hospital Cruz Vermelha/PR que não mede esforços em busca de uma medicina fundamentada naquilo que realmente importa ao paciente e seus familiares e que me ensina cada dia a ser uma médica um pouco melhor.

Ao meu orientador Professor Dr. Renato Franco Soleimann pela inspiração e abertura de novos horizontes jamais imagináveis.

Aos meus pais e irmão pelo apoio familiar incondicional.

E fundamentalmente a Deus por me abençoar diariamente em meu trabalho e meus estudos.

“É muito simples: só o coração é capaz de ver bem as coisas. O essencial é invisível aos olhos” (Saint-Exupéry, 1943, p. 70)

RESUMO

A identidade profissional médica é um dos alvos da educação médica contemporânea que objetiva fortalecer o processo de desenvolvimento do estudante na direção do ser médico. Sua formação ocorre através de um processo reflexivo denso sobre os valores e as normas da profissão, que levam o indivíduo a pensar, agir e se comportar como um médico. Compreender quais as experiências que contribuem nesse processo reflexivo torna-se um grande questionamento da literatura. Essa dissertação objetiva por meio de dois artigos contribuir para o entendimento da formação da identidade profissional médica, além de compreender qual o impacto da vivência e da experiência profissional em cuidados paliativos e de intervenções de ensino em cuidados paliativos na formação da identidade profissional em diferentes fases da formação médica – estudantes de graduação de medicina, médicos residentes e médicos preceptores. O artigo 1 foi composto de uma revisão sistemática em cinco base de dados, resultou na análise de 755 artigos, sendo que apenas 8 artigos cumpriram os requisitos de seleção de serem estudos de intervenção, prospectivos cuja temática abordava identidade profissional e cuidados paliativos e/ou pacientes em fim de vida. Esse artigo identificou que os fatores que favorecem essa formação foram: estágio com estrutura bem delimitada, suporte para o enfrentamento de emoções, suporte da mentoria e apoio da equipe multidisciplinar. O artigo 2 foi realizado por meio da análise temática (AT) de 24 entrevistas semiestruturadas com estudantes de medicina, médicos e médicos-preceptores de um programa de residência em clínica médica. Após AT o artigo 2 resultou em uma associação positiva entre intervenções educacionais em cuidados paliativos em diferentes fases da vida profissional – estudantes e residentes – e a formação da identidade profissional. Para os entrevistados ajudar/cuidar foram tidos como essência da profissão médica e os conflitos bioéticos estiveram relacionados a dificuldade de dar voz aos pacientes e do respeito à autonomia dos pacientes. Neste estudo a vertente da bioética que mais se aproximou da resolução de conflitos foi o cuidado ético. Concluímos assim que o contato com pacientes em cuidados paliativos favorece a formação da identidade profissional do profissional médico em diferentes fases da profissão.

Palavras-chave: identidade, cuidados paliativos, terminalidade da vida.

ABSTRACT

Medical professional identity is one of the targets of contemporary medical education, which aims to strengthen the student's development process towards being a medical doctor. Its formation takes place through a thorough reflective process on the values and regulations of the profession, which make the individual think, act and behave like a doctor. Understanding which experiences contribute to this reflective process becomes a major question in the literature. This dissertation aims, through two articles, to evaluate formation of medical professional identity, in addition to understanding the impact of personal and professional experience in palliative care and teaching interventions in palliative care in the formation of professional identity in different stages of medical training – medical undergraduate students, resident doctors and preceptor physicians. Article 1 consisted of a systematic review of five databases, resulting in the analysis of 755 articles, with only 8 articles meeting the selection requirements of being intervention studies, prospective whose theme addressed professional identity and palliative care and/or end-of-life patients. This article identified that the factors that favor this training were: internship with a well-defined structure, support for coping with emotions, mentoring support and support from the multidisciplinary team. Article 2 was carried out through thematic analysis (TA) of 24 semi-structured interviews with medical students, doctors and preceptors of a residency program in internal medicine. After TA, article 2 resulted in a positive association between educational interventions in palliative care at different stages of professional life – students and residents – and the formation of professional identity. For the interviewees, helping/caring was seen as the essence of the medical profession and bioethical conflicts were related to the difficulty of giving voice to patients and respect for patients' autonomy. In this study, the aspect of bioethics that came closest to conflict resolution was ethical care. We conclude that contact with patients in palliative care favors the formation of the professional identity of the medical professional in different phases of the profession.

Keywords: Identity; palliative care; terminal care;

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma baseado no PRISMA mostrando a inclusão e exclusão de estudos em cada etapa	28
Figura 2 – Representação de temas domínio e subtemas nível 1 e 2	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Metodologia e população dos artigos selecionados30

Tabela 2 – Sentimentos associados a fazer o trabalho e a vivência do processo de morte e morrer 33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PR	Paraná
CP	Cuidados Paliativos
CM	Clínica médica
IP	Identidade profissional
FIP	Formação da Identidade profissional
NAM	Narrativa de aprendizado memorável
ERIC	<i>Educational Resources Information Center</i>
Psycinfo	<i>American Psychological Association</i>
Pubmed	<i>US National Library of Medicine</i>

SUMÁRIO

1	ENSINO MÉDICO E CUIDADOS PALIATIVOS: UM DESAFIO PESSOAL	15
2	INTRODUÇÃO	15
3	ARTIGO 1	23
3.1	INTRODUÇÃO	23
3.2	MÉTODOS	26
3.2.1	Busca de dados	26
3.2.2	Seleção dos estudos, critérios de inclusão e exclusão	27
3.2.3	Extração dos dados dos artigos	27
3.3	RESULTADOS	27
3.3.1	Avaliação global dos dados	27
3.3.2	Avaliação dos artigos selecionados	29
3.3.3	Ensino de cuidados paliativos	31
3.3.3.1	Visão e reflexão sobre os cuidados paliativos	31
3.3.3.2	A influência da experiência pessoal prévia no aprendizado	31
3.3.4	Formação da identidade profissional	32
3.3.4.1	Consciência sobre a identidade profissional-o processo de torna-se	32
3.3.4.2	O impacto das emoções na formação da identidade profissional	33
3.3.4.3	Os fatores que favorecem a redução dos sentimentos negativos	34
3.4	DISCUSSÃO	35
3.4.1	Ensino de cuidados paliativos	35
3.4.2	A formação da identidade profissional	36
3.5	LIMITAÇÃO DO ESTUDO	39
3.6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS	40
4	ARTIGO 2	42
4.1	INTRODUÇÃO	42
4.2	MÉTODOS	44
4.2.1	Contexto do estudo	44
4.2.2	Seleção dos participantes	45
4.2.3	Desenho do estudo e coleta de dados	45

4.2.4	Análise dos dados	46
4.3	RESULTADOS	46
4.3.1	TEMA 1: ESSÊNCIA DA PROFISSÃO MÉDICA	48
4.3.2	TEMA 2: DESAFIO DO SER MÉDICO	51
4.3.3	TEMA 3: RESPEITO À AUTONOMIA DO PACIENTE	53
4.4	DISCUSSÃO	54
4.4.1	Do cuidado e ajuda como essência da profissão médica	54
4.4.2	Da identidade como essência da profissão médica	55
4.4.3	Dos desafios do ser médico	57
4.4.4	Do respeito à autonomia do paciente	58
4.5	LIMITAÇÃO DO ESTUDO	60
4.6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	62
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
	REFERÊNCIAS	66
	ANEXO A	68
	ANEXO B	73
	ANEXO C	74
	ANEXO D	75

1 ENSINO MÉDICO E CUIDADOS PALIATIVOS: UM DESAFIO PESSOAL

Desde o término da minha residência em clínica médica (CM) em 2019 fui contratada por uma universidade, em Curitiba/PR, para ministrar aulas na disciplina de CM a estudantes do terceiro e quarto ano do curso de Medicina. Tendo como um dos focos do meu atendimento pacientes em cuidados paliativos (CP) observava nos estudantes o interesse na busca de conhecimento sobre o tema. Ao longo do bimestre, conforme o contato com pacientes em CP ocorria, percebia que os estudantes realizavam uma reflexão sobre a ressignificação do que é ser médico, como se a formação profissional permitisse o fortalecimento ali em um novo significado, o do cuidado, contrapondo-se a uma visão tradicionalista de cura.

Após 2 anos – em 2021 - assumi a coordenação do Programa de Residência Médica de Clínica Médica de um hospital geral filantrópico de Curitiba, que possui em sua estrutura um grande programa de Cuidados Paliativos. O contato diário dos médicos residentes com pacientes em CP trazia diante das múltiplas decisões clínicas sobre o que fazer e não fazer – quais procedimentos médicos deixar de indicar e quando – um crescente conflito moral entre os residentes.

Ambas as reflexões – de ressignificação da profissão quanto os questionamentos morais diante dos desafios clínicos – me fizeram refletir sobre o impacto do ensino dos cuidados paliativos na formação médica. Através de meu orientador, o professor Dr. Renato Soleiman Franco optamos por realizar esse estudo utilizando como base a identidade profissional e o cuidado ético, ferramentas capazes de interligar a educação médica e os cuidados paliativos, as bases conceituais do profissionalismo e as reflexões apresentadas tanto pelos residentes quanto graduandos.

2 INTRODUÇÃO

A identidade profissional (IP) é um dos alvos atuais da educação médica moderna e ela engloba a constituição do sujeito considerando a percepção do próprio indivíduo e da comunidade a que ele faz parte (Konkin; Suddards, 2012). Outro alvo da educação médica, os cuidados paliativos (CP), levam os estudantes e profissionais de saúde a situações emocionais e de habilidades técnicas não usuais na prática clínica (Kilbertus *et. al.* 2020, 2018a). Ambos estão interligados, uma vez

em que, lidar com a proximidade da morte e vivenciar um cuidado inserido na vulnerabilidade e fragilidade da vida humana, por exemplo, tensionam a identidade profissional no sentido de refletir sobre valores profissionais, valores pessoais, incluindo aqueles dos pacientes para um cuidado ético (Wald, 2015). A prática do cuidado ético nos leva a uma visão crítica, uma vez em que a bioética promove a construção desses valores e sua integração com a prática clínica. Assim, analisar o papel dos cuidados paliativos na formação da identidade sob a perspectiva da Bioética pode aprofundar a compreensão de como valores e práticas de cuidado em CP podem estar associados à formação da identidade profissional.

A profissão médica passou por dois períodos históricos importantes de profissionalização. O primeiro deles ocorreu após a revolução industrial com o custeamento dos serviços médicos em maior escala e a necessidade do cumprimento de obrigações com o objetivo de satisfazer as expectativas públicas e manter o status profissional (Dunn, 2016; Cruess, 1997). O segundo ocorreu após a Segunda Guerra Mundial não só com um novo aumento do consumo dos serviços médicos, mas também com um movimento em que o conceito de profissionalismo passou a estar em alta e a profissão enfrentou críticas devido uma clara quebra de confiança entre os médicos e a população (Cruess *et al.*, 2016).

A necessidade de maior profissionalização, levou a reflexão do movimento do profissionalismo, e consequentemente, sua inserção no ensino médico (Cruess *et al.*, 2014). Este modelo do profissionalismo está diretamente ligado à moral e a conduta ética e a autonomia do profissional (Dunn, 2016; Cruess, 1997). Ele passa a ser visto como ponto fundamental da educação médica a partir das décadas de 80 e 90 do século XXI onde cria-se um movimento para formalizar o seu ensino dentro da grade curricular da graduação e pós-graduação, passando-se a discutir métodos de ensino e avaliações e suas definições (Cruess *et al.*, 2014). Dentro das grades curriculares, o ensino com base no profissionalismo apresenta-se, geralmente, no ciclo pré-clínico através de disciplinas normativas (Cruess *et al.*, 2014; WALD, 2015).

De acordo com Cruess (2016), o profissionalismo pode ser definido como:

Um conjunto de valores, comportamentos e relacionamentos que sustentam a confiança do público nos médicos (Cruess *et al.*, 2016, p. 201).

Ensinar profissionalismo então tem como objetivo fazer com que os estudantes entendam suas obrigações e os valores da profissão (Cruess *et al.*,

2014). Isso ocorre porque o profissionalismo é considerado a base do contrato social entre os médicos e os pacientes, ou seja, aquilo que sociedade espera dos médicos de um lado, e o que os médicos esperam dos pacientes do outro, mas cujas cláusulas não foram escritas nem pelos profissionais de saúde, nem pelos pacientes a serem cuidados (Cruess *et. al.*, 2016). Sendo assim, ambos deverão respeitar aquilo que é esperado pela outra parte, caso contrário, haverá risco de conflito e ruptura da relação médico-paciente, e a quebra do contrato torna-se um evento grave (Cruess *et. al.*, 2016; Irvine, 1997).

No entanto, o mundo em eterna transformação traz expectativas antes não imaginadas e cujos profissionais não tiveram a autonomia de decidir se faz parte ou não da normativa que deve ser seguida. Além disso, questiona-se a real capacidade do ensino de normativas para que os indivíduos passem a exibir um comportamento profissional (Cruess *et. al.*, 2016). Por isso, desde os anos 90 já se discute a efetividade do modelo do profissionalismo e a forma com que deve ser ensinado. Esse modelo contratual, com regras rígidas e até certo ponto, universais - válidas para todas as situações - passou assim a ser revisto e em 2010 a *the Carnegie Foundation* -responsável pelo relatório *Flexner* - apontou as limitações do modelo do profissionalismo e sugeriu sua substituição pela formação da identidade profissional (Cruess *et. al.*, 2019; Sullivan, 2000).

Apesar de ter sido reconhecido como alvo da educação médica apenas a partir de 2010, o reconhecimento da identidade profissional ocorre desde o século VI a.c. nos tempos de Hipócrates e o primeiro estudo abrangente na área de sociologia foi publicado em 1957 por Robert Merton que definiu identidade profissional como:

Uma representação de si, alcançada em estágios ao longo do tempo, durante os quais as características, valores e normas da profissão são internalizados, resultando em indivíduos pensando, agindo e sentindo-se como um médico (Cruess *et. al.*, 2016, p. 31).

Questiona-se então como formar a Identidade Profissional a partir do processo educacional. A primeira coisa que entendemos é que a IP está intimamente ligada ao modelo anterior do profissionalismo, pois ambas trazem como ponto central comum a ética (Cruess *et al.*, 2014; Wald, 2015). Mas sua formação vai além de um modelo normativo expositivo de sua antecessora, trata-se de um processo dinâmico, ativo, construtivo e transformador que trabalha com um processo de tornar-se – que é auto reflexivo de ações e inspirações da identidade do indivíduo

(Wald, 2015). Globalmente temos um processo intelectual, social e moral (Cruess *et. al.*, 2016).

Além disso, a sua formação não se inicia na graduação e não se restringe ao currículo formal da medicina, sofrendo influência também do currículo oculto (Rees; Monrouxe, 2018). Isso porque por se tratar de um processo não linear, a formação da identidade profissional (FIP), ocorre devido às características de individualidade do processo, dessa maneira, estudantes e residentes não são uma versão imatura de um médico mais experiente, há na realidade qualitativamente, uma diferente percepção do mundo e de si em relação ao ambiente em que estão inseridos (Jarvis-Selinger *et. al.*, 2012).

Para que a FIP ocorra, o ambiente bem como o processo de socialização são fundamentais (Rees; Monrouxe, 2018). Isso porque é necessário que o indivíduo passe pelo processo de tornar-se, onde teremos uma reflexão entre quem eu sou e quem eu serei ao longo do processo (Cruess *et. al.*, 2016). Esse processo descrito por Cruess de tornar-se já havia sido introduzido pela literatura como uma metáfora de ensino. Podemos entender o ensino de diversas formas, uma delas é através de analogias. A metáfora de tornar-se entende o indivíduo como alguém com habilidades, conhecimento e compreensão. A aprendizagem ocorre como um processo contínuo através da mudança do estudante e do ambiente em que está inserido em suas experiências – sendo que essas funcionam como ponto central do desenvolvimento – onde a aprendizagem depende de seu contexto. O ensino passa a ser uma teia racional mutável de processo de mudança contínuo e que nunca se esgota – se encerrando apenas com a morte ou estado comatoso permanente (Hager, 2008).

Uma das reflexões que podemos levantar desse processo seria – mas tornar-se o que? Para Carl Rogers, psicólogo humanista focado na abordagem centrada na pessoa, a resposta seria: tornar-se ele mesmo (Roger, 1997). Ou seja, aqui o processo de desenvolvimento da identidade se sustenta dentro de processos e ambientes estruturados para que o indivíduo possa dentro de um processo reflexivo tornar-se uma versão profissionalizada de si próprio, através da internalização de normativas e objetivos compatíveis com a boa prática médica (Jarvis-Selinger *et. al.*, 2012).

Questiona-se então quais seriam as experiências capazes de sustentar o processo reflexivo para a formação e o desenvolvimento da identidade profissional

(Wald, 2015). Como exemplo, alguns estudos já foram realizados para avaliar experiência em cuidados paliativos durante a graduação e residência médica. Esses estudos indicam as práticas em CP como positivas para o desenvolvimento da IP mesmo quando intervenções pontuais, por exemplo, visitas domiciliares de 30-60 minutos realizadas por estudantes e residentes com esse perfil de pacientes demonstraram serem efetivas na FIP (Nagano et. al., 2019).

Qual seria então a ligação entre a FIP e os CP? Primeiramente vamos compreender a definição de Cuidados paliativos pela Organização Mundial da Saúde como:

Cuidados Paliativos é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e de suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças com risco de vida. É uma abordagem que previne e que alivia o sofrimento por meio da identificação precoce, da avaliação e do tratamento correto da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. (Organização Mundial de Saúde, 2018)

Entendemos que esse atendimento a pacientes com graves sofrimentos de forma holística leva a reflexão tensionando a formação da identidade profissional (Arai *et al.*, 2017). Além disso, a própria definição de Cuidado, central na perspectiva dos CP também se conecta à essência da formação de uma identidade profissional.

A palavra cuidado aparenta ter duas origens possíveis, a primeira delas é a derivação da palavra do latim *Cura* – anteriormente a escrita era *Coera* – traduz-se uma atitude de preocupação e de dedicação. A outra origem seria pela palavra *cogitare-cogitatus* que significa pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de dedicação e preocupação. Para ambas fica claro que cuidado é um modo de ser no mundo em que se relaciona com as coisas e as pessoas (Zoboli, 2004). Assim, ao inserir estudantes e profissionais em contextos nos quais valores, cuidado e conflitos são diários, é preciso compreender e refletir sobre as situações vivenciadas para uma melhor decisão.

Entendemos que essa relação de atenção e preocupação também fazem parte do processo reflexivo e é fundamental para a existência do ser humano. Essa importância do cuidado – como ponto central para o ser humano onde ele se torna a característica mais notável de sua origem, vivência e finalidade, é exposta pelo teólogo Leonardo Boff em sua fábula mito do final da era pré-cristã e traduzida em versão livre para o português em 1999, descrita a seguir:

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez foi de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: Você, Júpiter, deu-lhe o espírito, recebe-rá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte da criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada *Homem*, isto é, feita de *Húmus*, que significa terra fértil (Zoboli, 2004).

Entretanto, apesar de o cuidado ser reconhecido desde a Roma antiga como algo fundamental ao ser humano, do ponto de vista moral naqueles tempos predominava-se o raciocínio antropocêntrico. Foram filósofos como David Hume em seu *Tratado Sobre a Natureza Humana* e Kierkegaard, considerado o pai do existencialismo que passaram a questionar a influência dos sentimentos e do cuidado, respectivamente, no ato moral (Zoboli, 2004).

Sob essa mesma perspectiva, Carol Gilligan, em 1970, inicia a escrita de seu livro *Uma voz diferente*, obra em que discute a influência das emoções no desenvolvimento moral. A discussão proposta por Gilligan teve início nas reflexões oriundas dos tempos em que trabalhou como pesquisadora assistente de Lawrence Kohlberg em uma pesquisa de desenvolvimento moral realizada com 84 meninos durante 20 anos. Neste estudo, Kohlberg propôs uma classificação de desenvolvimento moral em 6 estágios. O primeiro e o segundo estágio são uma compreensão egocêntrica da justiça dentro de uma perspectiva individual, sendo eles, respectivamente, orientação pela obediência para evitar punição e orientação egocêntrica para satisfação de desejos próprios ou de outros. O terceiro e quarto estágio são considerados uma junção de justiça e acordo social, sendo eles, respectivamente, orientação pela manutenção dos valores vigentes e orientação pela lei e ordem social. O quinto e sexto estágio são pautados pela justiça em junção com a igualdade e reciprocidade, sendo eles, respectivamente, orientação pelo contrato social e respeito aos direitos civis e individuais e orientação pela ética universal (Gilligan, 1982).

Carol entendia que pela classificação proposta por Kohlberg as mulheres pareciam estar presas dentro do terceiro estágio, orientação pela manutenção dos valores vigentes, um estágio que traduz a bondade voltado a ajudar e agradar os outros. Isso acontecia, porque para Kohlberg apenas se a mulher adentrar a vida tradicional masculina poderia evoluir aos níveis moralmente mais elevados, saindo de sua inadequação de perspectiva moral para se subordinar a regras (quarto estágio) e passar a ser governadas por princípios universais de justiça (estágios cinco e seis). Dessa forma, para Gilligan a bondade das mulheres, seu cuidado e sensibilidade estariam sendo classificadas de maneira equivocada como marcas evidentes da falha de desenvolvimento moral (Gilligan, 1982).

Gilligan parte do princípio de que a teoria de Kohlberg não é adequada para a avaliação das mulheres, pois a estrutura de raciocínio moral feminino é diferente, priorizando o cuidado e bem-estar do outro, ao que ela chamou de Cuidado ético, enquanto o desenvolvimento masculino prioriza a estrutura da justiça e dos princípios. É interessante ressaltar entretanto que, apesar da descrição fenomenológica inicial utilizando gêneros, Gilligan não propõe um modelo ético separatista de cuidado ético para mulheres e de ética principialista para homens, pelo contrário, a autora entende que, a necessidade de respeitar os direitos e de cuidar é universal e assim portanto, a moralidade passa a ser entendida como duas experiências interligadas para todos os seres humanos (Kuhnen, 2012). Gilligan define então que problemas morais são problemas das relações humanas, e que o desenvolvimento do cuidado ético explora os limites psicológicos para as relações humanas não violentas (Gilligan, 1982).

Os elementos chaves do cuidado ético são a consciência da conexão entre as pessoas, o reconhecimento da responsabilidade na relação entre os indivíduos com a moralidade derivando deste relacionamento e a comunicação como ponto chave para resolução de conflitos (Zoboli, 2004). Quando analisamos esses elementos percebemos o quanto são princípios comuns ao modelo de CP, que além do manejo de sintomas, tem em seu centro a relação e a comunicação médico paciente e familiares bem como o suporte emocional e espiritual (Braun *et al.*, 2013).

A identidade profissional tem sua formação através do processo de tornar-se, onde experiências que levam a autorreflexão parecem ter papel central (Wald, 2015). Estudar quais experiências potencializam o processo de torna-se e impactam a FIP é fundamental. Com isso poderíamos não somente reforçar os CP na

formação como destacar o próprio modelo de cuidado realizado em CP como algo a ser estimulado em outras áreas da medicina e da saúde como um todo. Assim, quais contribuições da Bioética, do Cuidado Ético e dos CP para o desenvolvimento e reflexão sobre o processo de formação da identidade profissional médica?

Esse trabalho tem como objetivo contribuir para o entendimento da formação da identidade profissional médica e busca compreender o impacto da vivência e da experiência profissional em CP e de intervenções de ensino em CP na formação da identidade profissional em diferentes fases da formação médica – estudantes de graduação de medicina, médicos residentes e médicos preceptores. Para isso essa dissertação será dividida em 2 artigos, o primeiro deles composto por uma revisão sistemática que busca avaliar o impacto da exposição de intervenções educacionais em cuidados paliativos a estudantes e médicos residentes e a formação da identidade profissional e o segundo um artigo derivado de uma pesquisa qualitativa prospectiva que busca através de análise temática avaliar o discurso de estudantes, médicos residentes e médicos preceptores de um programa de residência em CM no que se refere a relação entre a exposição a pacientes em CP e o desenvolvimento da IP médica e sua relação com o cuidado ético.

3 ARTIGO 1

Exposição a pacientes em cuidados paliativos e o desenvolvimento da identidade profissional médica – uma revisão sistemática

Introdução: o processo de educação médica engloba a (trans)formação do indivíduo em ser médico e tem como alvo a formação da identidade profissional. Para que o desenvolvimento do estudante ocorra ele deverá ser exposto a experiências que facilitem a formação de sua identidade profissional, estima-se que os cuidados paliativos podem auxiliar nessa formação por se tratar de especialidade médica com abordagem complexa multidimensional e reflexiva. **Métodos:** esse trabalho objetiva através de uma revisão sistemática de 5 bases de dados determinar qual o impacto na formação da identidade profissional médica de estudantes de medicina e médicos residentes expostos a intervenções educacionais em cuidados paliativos. **Resultados:** foram analisados 755 artigos, sendo selecionados 8 artigos que cumpriram os critérios de seleção - artigos de intervenção prospectiva cuja temática abordassem identidade profissional e cuidados paliativos ou pacientes em cuidados em fim de vida. **Conclusão:** o processo de formação da identidade profissional está diretamente relacionado à capacidade reflexiva potencializada pelos cuidados paliativos, sendo que, estágio com estrutura bem delimitada, enfrentamento de emoções, suporte da mentoria e apoio da equipe multidisciplinar foram potencializadores do processo.

Palavras chaves: identidade, cuidados paliativos, cuidado em fim de vida.

3.1 INTRODUÇÃO

Um dos grandes objetivos do ensino médico é (trans)formar o estudante para que ele possa Ser médico. Ser médico implica em fazer com que alguém aprenda os conhecimentos, as habilidades e as normativas necessárias para fornecer um cuidado adequado ao paciente (Cruess *et al.*, 2014; Wald, 2015). É um desafio aprender como se aprende e há décadas as diferentes metodologias de ensino passaram a serem descritas através de metáforas, com o objetivo de através de analogias comparar situações similares a fim de entendermos com maior clareza as teorias de aprendizado (Sfard, 1998). Nesse sentido da subjetividade e da necessidade de ser criativo, o uso de metáforas é um recurso de linguagem pertinente para entendermos os processos (Oliveira, 2018). Adquirir, participar e tornar são assim verbos centrais na construção das metáforas relacionadas ao ensino.

A primeira metáfora ligada ao ensino descrita foi a de adquirir conhecimento e habilidades – denominada aquisição - nela o cérebro humano funcionaria como um container que deveria ser carregado com diversos materiais (Aye *et al.*, 2020; Sfard, 1998). Nessa metáfora caberia ao professor auxiliar o processo do estudante em adquirir esses materiais através da entrega facilitada e de reflexão (Sfard, 1998). O processo de aquisição é tão intuitivo que foi tido por anos como única metodologia possível de ensino. Apenas após a descrição de uma outra metáfora, a de participação, é que a aquisição é compreendida e questionada como único método (Sfard, 1998).

No processo de participação, os conhecimentos e habilidades são consequentes do interesse pessoal de participar em alguns tipos de atividade em comunidade e refletir sobre elas, o que inclui um sentimento de pertencimento comunitário – nessa metáfora os estudantes passam a participar de um time e consequentemente aprendem com essa experiência em que o professor é um membro mais experiente da comunidade responsável pela manutenção da prática e do discurso (Sfard, 1998). O estudante participa, reflete, mas a figura central ainda é do professor/membro experiente que promove o ensino. Ao participar dessa comunidade é como se o conhecimento/habilidades comessem a fazer parte do sujeito.

Já a metáfora do tornar-se coloca o estudante de volta ao centro, ele não é considerado um objeto e sim um indivíduo social que se envolve em um processo maior de socialização e cultura no local de trabalho (Hager; Hodkinson, 2009; Kilbertusl *et. al.*, 2020). O processo de aprendizado é individual, pois cada pessoa constrói seu processo como parte de si em uma grande teia de interação com o meio e as pessoas à sua volta. Existe uma transformação na visão onde o estudante, por meio de um processo denso de reflexão passa a ser parte do processo de mudança contínuo, sempre inserido dentro de um contexto. Nesse processo nunca há um ponto final e sim diversos estágios do aprendizado, sendo que o processo de aprendizado termina apenas com a morte do indivíduo ou um estado comatoso. A metáfora de tornar-se é mais recente, e foi criada para rever as limitações dos modelos anteriores, porque entende a educação como um processo social e corporificado de múltiplas facetas – prático, emocional, cognitivo e físico – então quando o estudante está construindo um novo conhecimento ele reconstrói a

si mesmo, tornando-se diferente, quer tenha consciência desse processo ou não (Hager; Hodkinson, 2009).

O processo de tornar-se está intimamente relacionado à formação da identidade profissional (FIP) como veremos a seguir. A FIP pode ser definida como:

O processo complexo, multidimensional, contínuo e transformador por meio do qual os indivíduos negociam ou fundem seus conhecimentos, habilidades, valores e comportamentos preexistentes com aqueles que percebem como incorporados à carreira escolhida (Mount *et al.*, 2022).

A FIP é complexa. Ocorre em dois níveis que aparentam ser simultâneos, o nível individual e o sócio-contextual. Na perspectiva individualista a identidade encontra-se dentro da própria pessoa e nesses casos a FIP é o processo de desenvolvimento das normativas e valores atribuídos a um médico através de atividades que buscam a reflexão da identidade e das experiências vividas pelo indivíduo para que ocorra um processo de congruência entre os valores da profissão e os valores do indivíduo. Já o processo sócio-contextual forma a identidade através das interações sociais, através da identificação pessoal em um grupo, ocorrendo um processo de congruência entre a identidade do indivíduo e do grupo (Mount *et al.*, 2022).

Nos estudos que buscam entender as intervenções que levam a FIP, raramente se faz a distinção entre os dois processos ou se a intervenção impacta diretamente na FIP ou apenas indiretamente (Mount *et al.*, 2022). Destaca-se que as três metáforas levam a formação da identidade profissional, porque todas reconhecem a necessidade de reflexão por parte do estudante. Entretanto, apenas o processo de tornar-se envolve o indivíduo, as interações sociais, as influências culturais tendo como centro o indivíduo, por isso ele é tão importante a FIP (Kilbertus *et. al.*, 2020, 2018)

Entender quais as experiências vividas pelos indivíduos que contribuem para a FIP são pontos fundamentais para a educação médica contemporânea. Dentro do conceito apresentado acima entendemos que essa experiência deverá primariamente desencadear um processo reflexivo e inserir o estudante dentro de um contexto social e cultural favorável. Dentro dessas expectativas alguns autores passaram a questionar o impacto da vivência em CP na FIP.

Neste contexto, entendemos que Cuidados paliativos é definido pela *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC) como:

Cuidados Paliativos são os cuidados holísticos ativos de indivíduos de todas as idades com sofrimentos importantes relacionados à saúde devido a doenças graves e, principalmente, de pessoas próximas ao final da vida. Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes, familiares e cuidadores. (Radbruch *et al.*, 2020)

Como podemos observar o CP é multidimensional – envolvendo problemas físicos, psicossociais e espirituais – demandando assim atenção ampla não só do paciente, mas também de seus familiares, o que demanda do médico uma série de capacidades cognitivas e emocionais (Castilho *et. al.*, 2021). Além disso, os CP envolvem uma equipe multiprofissional e podem ser realizados em diferentes cenários, seja em unidades de terapia intensiva, enfermarias hospitalares, hospices ou em domicílio, o que também poderia potencializar o impacto na FIP.

Sendo assim, é possível que ao inserir os CP na educação médica, mais do que adquirir e participar os estudantes possam *tornar-se* e auxiliar na constituição da identidade profissional. Nos questionamos, qual seria o impacto do ensino de cuidados paliativos e cuidados em fim de vida na formação da identidade profissional médica? Este trabalho tem como objetivo determinar qual a repercussão do ensino de cuidados paliativos na formação da identidade profissional médica. Buscando através de uma revisão sistemática determinar quais intervenções e quais impactos encontrados na educação de estudantes de medicina e médicos residentes expostos ao atendimento desses pacientes durante sua formação acadêmica.

3.2 MÉTODOS

3.2.1 Busca de dados

Essa revisão sistemática de escopo com pergunta norteadora: “Qual o impacto de intervenções educacionais em cuidados paliativos na formação da identidade profissional médica?”. Assim, a partir da estratégia PICO, definimos uma **População** (estudantes de medicina, médicos residentes e médicos preceptores), **intervenção** (estágios ou outras modalidades de ensino voltadas para os cuidados paliativos), **resultado/outcome** (avaliação do impacto na formação da identidade profissional); não temos como objetivo comparar estratégias, logo, não há variáveis de **comparação**. Foi utilizada a declaração dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemática e Meta-análises (PRISMA), publicada em 2009 e atualizada

em 2020 como base metodológica (Liberati *et al.*, 2009; Page *et al.*, 2021). Foram realizadas buscas nas bases de dados ERIC, *Psycinfo*, *Pubmed*, *Scopus* e *Web of Science* incluindo todos os artigos publicados até 09 de agosto de 2021, sem restrição de data de início de ano de inclusão na base de dados. Os descritores da pesquisa foram (*identity*) AND (*palliative care* OR “*end of life care*” or “*terminal ill*”).

3.2.2 Seleção dos estudos, critérios de inclusão e exclusão

Os artigos foram inicialmente identificados pela pesquisadora principal (BR) após busca nas bases de dados e foram incluídos em um banco de artigos para iniciar a seleção. Todos os artigos foram incluídos neste banco de artigos, e posteriormente, eles foram pré-selecionados de acordo com o título, seguido por leitura do resumo e, numa etapa posterior, de acordo com a leitura na íntegra. Os artigos completos identificados para leitura na íntegra foram avaliados independentemente quanto à elegibilidade com base nos critérios de inclusão pelos dois autores da revisão (BR e RSF). Para inclusão foi considerado necessário ser artigo de intervenção prospectivo, tratar sobre identidade profissional e cuidados paliativos ou pacientes em cuidados em fim de vida (ANEXO A). Após concordância entre os pesquisadores, esses artigos que atenderam aos critérios propostos foram incluídos para a síntese de dados. Caso houvesse discordância mesmo após a reunião de consenso a opinião do autor mais experiente (RSF) prevalece.

3.2.3 Extração dos dados dos artigos

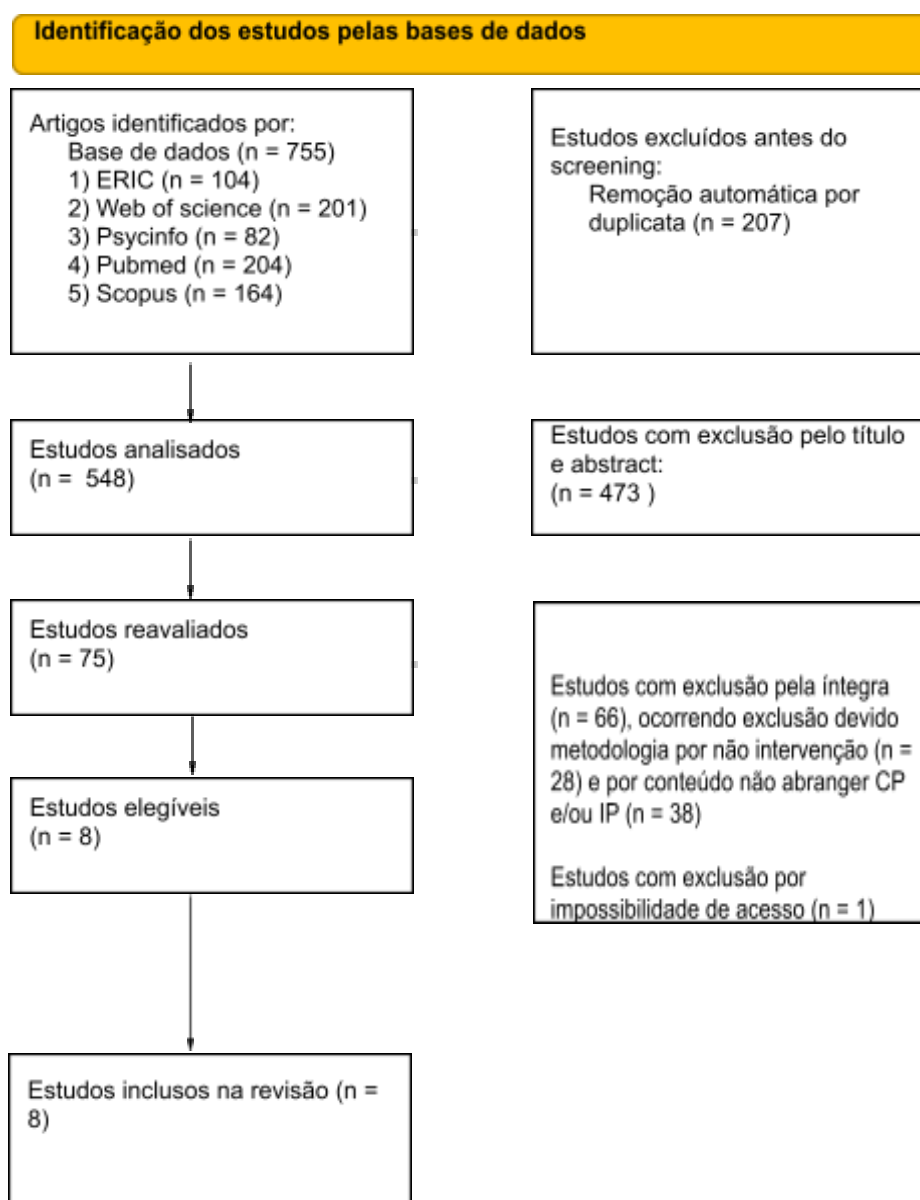
Depois da seleção, os autores extraíram os seguintes dados: autores, país, título, objetivo do estudo, tema, delineamento científico, perfil da população estudada e número de participantes e técnica de análise de dados para definir as características de cada estudo. Devido a heterogeneidade de desenhos dos estudos, uma síntese qualitativa convergente foi empregada, onde as descobertas de estudos de métodos quantitativos e mistos foram transformadas em informações descritivas qualitativas.

3.3 RESULTADOS

3.3.1 Avaliação global dos dados

A pesquisa resultou em um total de 755 artigos encontrados em 5 bases de dados (ERIC = 104, Web of science = 201, Psycinfo = 82, Pubmed = 204, Scopus = 164). Após extração da base de dados foram excluídos automaticamente por estarem duplicados 207 artigos, restando 548 para análise. Após a exclusão por título e leitura do resumo foram selecionados 75 artigos que foram lidos na íntegra, sendo que no total 8 foram considerados elegíveis. O processo de seleção está ilustrado na FIGURA 1.

Figura 1- Fluxograma baseado no PRISMA mostrando a inclusão e exclusão de estudos em cada etapa



Fonte: adaptado de *Prisma-Statement* ("PRISMA flow diagram", 2020)

3.3.2 Avaliação dos artigos selecionados

Foram selecionados 8 artigos, sendo que desses, 6 deles, sendo eles Nagano et al (2019), Kilbertus et al (2017; 2020), Fernandes et al (2014), Arai et al (2017) e Braun et al (2013) utilizaram na metodologia uma análise temática, e, 2 deles, Noguera et al (2019) e Luethi et al (2013) usou abordagem metodologia de respostas através de questionários quantitativos. Sendo assim, como a maioria dos estudos utiliza abordagem temática qualitativa, a síntese dos resultados também seguiu uma abordagem qualitativa. Nota-se uma homogeneidade entre os estudos que se propõem em grande maioria (N 7 – 87,5%) a analisar o impacto de uma intervenção educacional, a exceção encontra-se em Noguera et al (2019) que buscam a validação de um instrumento próprio denominado SIP (Inventário de profissionalismo dos estudantes). Na categoria de análise temática, foram utilizados diferentes materiais de base, sendo que 2 utilizaram escrita reflexiva (Nagano et al, 2019 e Braun et al, 2013), 1 utilizou transcrição de painel acadêmico (Fernandes et al, 2008), 1 utilizou entrevista semiestruturada (Arai et al, 2017) e 2 utilizaram narrativas de aprendizado memorável - NAM (Kilbertus et al, 2017 e 2020).

Destaca-se que um mesmo grupo de autores (Kilbertus et al) foram responsáveis por dois artigos com análise temática de narrativas de aprendizado memorável, sendo que em um dos artigos o objetivo era de explorar os fatores associados à formação da identidade profissional e no outro artigo o foco foi analisar o impacto emocional e educacional, onde ambos foram realizados com 14 residentes de Medicina de Família e Comunidade, não ficando claro se o mesmo grupo de residentes com derivação dos dados, sendo que ambos possuem coleta de dados em 2014, mas com uma separação entre as publicações de 3 anos (2020 e 2017, respectivamente).

Houve discreto predomínio entre os artigos selecionados de amostragem exclusivamente com residentes – 50% (N = 4), sendo que 37,5% (N = 3) dos estudos incluíram apenas estudantes e 12,5% (N = 1) incluíram residentes e estudantes. No total foram analisados dados de pelo menos 669 participantes – podendo chegar a 683 caso a amostra de Kilbertus et al não tenha sido duplicada. Desses 669, 612 eram estudantes de medicina e 57 médicos residentes. No grupo

de residentes, Kilbertus et al utilizaram residentes da especialidade de Medicina de Família e Comunidade (N = 14), Nagano et al e Luethi et al utilizaram residentes da especialidade de Medicina Interna (N = 30) e Arai et al descreveram como residente junior (N = 13), não havendo assim especialidade médica associada. No grupo dos estudantes não houve homogeneidade entre o período acadêmico estudado pelos autores - Nagano et al e Noguera et al utilizaram estudantes do 6º ano (N = 174), Noguera et al utilizou também estudantes do 4º ano (N = 128), Braun et al utilizou estudantes do 3º ano (N = 30) e Fernandes et al os do 2º ano (N = 280).

Dessa forma, a maioria dos estudos utilizou análise temática de conteúdos reflexivos sob diversas formas (transcrição de painéis, escrita reflexiva ou NAM) sendo que não há predomínio entre os estudos do ponto de vista metodológico na escolha entre residentes e estudantes, mas devido a amostragem dos acadêmicos ser numericamente superior em todos os estudos o número final de acadêmicos participantes prevaleceu. A TABELA 1 resume a metodologia associada a população de cada estudo.

Tabela 1 – Metodologia e população dos artigos selecionados

Nº	Autor	Ano	Metodologia	População
1	Fernandes et al	2008	Análise temática de conteúdo de painéis de discussão sobre cuidados em fim de vida	280 estudantes do 2º ano
2	Braun et al	2013	Análise temática de escrita reflexiva exposição a pacientes em CP	30 estudantes do 3º ano
3	Luethi et al	2013	Questionário durante estágio de CP	8 residentes de Medicina Interna
4	Arai et al	2017	Análise temática de entrevistas semiestruturadas após exposição a paciente em CP em fim de vida	13 residentes Junior
5	Kilbertus et al	2017	Análise temática de NAM exposição a pacientes em CP	14 residentes de Medicina de Família e Comunidade
6	Nagano et al	2019	Análise temática de escrita reflexiva exposição a pacientes em CP em fim de vida	10 estudantes do 6º ano + 22 residentes de Medicina Interna
7	Noguera et al	2019	Validação de questionário em duas fases sobre exposição a CP	128 estudantes do 4º ano + 164 estudantes do 6º ano

8	Kilbertus et al	2020	Análise temática de exposição a pacientes em CP	NAM	14 residentes de Medicina de Família e Comunidade
---	-----------------	------	---	-----	---

Fonte: produzida pelo autor. CP: Cuidados Paliativos; NAM: narrativas de aprendizado memorável.

Globalmente, os resultados foram agrupados do ponto de vista qualitativo e fragmentados em dois grupos – o de ensino de cuidados paliativos onde se aborda indiretamente aspectos que influenciam na formação da identidade profissional, e o grupo da formação da identidade profissional propriamente dita. Destaca-se que devido a heterogeneidade das atividades reflexivas propostas, há também uma variedade entre os resultados apresentados, dificultando a comparação de resultados entre os diferentes autores.

3.3.3 Ensino de cuidados paliativos

3.3.3.1 Visão e reflexão sobre os cuidados paliativos

Dentro da avaliação do conceito de CP, poucos residentes o enxergam como parte integral da prática médica, estando mais relacionado com algo que contrasta com a atividade clínica usual (Kilbertus *et. al.*, 2020).

Apesar da dificuldade em visualizar como algo usual, ou não negativo, a intervenção educacional parece levar a consciência renovada de um tratamento não orientado para cura (Arai *et al.*, 2017). Neste caso os autores descrevem que quando o residente se depara com a dor do paciente e da família ele reflete sobre a necessidade do alívio do sofrimento (Arai *et al.*, 2017).

3.3.3.2 A influência da experiência pessoal prévia no aprendizado

Ter uma experiência pessoal relacionada a CP impactou a capacidade de uma intervenção de ensino gerar aprendizagem na análise dos estudos qualitativos. Esse fato parece ter correlação positiva de aumento do entendimento do conceito de cuidados paliativos, aumento do conforto e a confiança na participação desse cuidado e no significado dado ao trabalho (Kilbertus *et. al.*, 2020).

No sentido oposto, não ser profissionalmente experiente também aparenta ser um fator ameaçador para a realização de habilidades clínicas avançadas – como comunicar a uma família que o paciente está em fase final de vida (Fernandes *et al.*,

2008), bem como um fator predisponente de sentimento de culpa (Arai *et al.*, 2017). Apesar do encontrado nas análises qualitativas descritas acima, nota-se, entretanto, que, a associação da avaliação do impacto da experiência profissional realizada por Luethi em seu estudo quantitativo foi negativa ($p = 0,8579$) (Luethi; Zulian, 2013).

3.3.4 Formação da identidade profissional

3.3.4.1 Consciência sobre a identidade profissional – o processo de tornar-se

Aspectos da identidade profissional foram explorados por diferentes autores. Arai *et al.*, 2017 encontraram a autoconsciência da identidade profissional e do desejo de continuamente desenvolver habilidades – em que a intervenção de ensino em CP leva o profissional a reflexão de que tipo de médico e pessoa o sujeito objetiva ser (Arai *et al.*, 2017). Similarmente, Nagano *et al.*, 2018 demonstrou reflexões sobre a autoconsciência da imagem ideal de um médico como consequência da reconceptualização do significado da medicina e da identidade profissional do médico pós-intervenção pedagógica (Nagano *et al.*, 2018). Por outro lado, Fernandes *et al.*, 2008 demonstrou as incertezas dos estudantes no início do curso sobre o que é identidade e como deve ser o comportamento profissional em cuidados em fim de vida (Fernandes *et al.*, 2008).

Destaca-se que apesar da capacidade de responder ao sofrimento humano, os estudantes possuíam uma perspectiva preocupante em relação aos pacientes em cuidados paliativos, geralmente eles imaginavam ser uma situação depressiva e aterrorizante (Braun *et al.*, 2013)

Destaca-se que no estudo que realizou mais de uma avaliação ao longo do tempo, a intervenção gerou resultados imediatos e na avaliação posterior. Enquanto a avaliação imediata após uma intervenção de visita domiciliar em pacientes em cuidados paliativos e em fase final de vida demonstrou reflexões acerca da importância da qualidade de vida, apoio psicológico e espiritual e conscientização sobre a diferença entre o tratamento médico hospital e o atendimento domiciliar. Após 3 meses da intervenção, as reflexões foram acerca da conscientização sobre o planejamento de cuidado avançado e o respeito ao testamento vital, a necessidade de comunicação com pacientes e familiares e a conscientização sobre a importância

do estilo de vida e da prestação de cuidados ao paciente (Nagano *et. al.*, 2018). Podemos observar aqui que a reflexão se prolonga além da intervenção trazendo aspectos diferentes anteriormente não citados pelos participantes.

3.3.4.2 O impacto das emoções na formação da identidade profissional

O enfrentamento das emoções esteve relacionado à formação e desenvolvimento da identidade profissional. As emoções foram ligadas tanto em temáticas relacionadas com a equipe multiprofissional quanto como fator desencadeante de reflexão e sofrimento. As emoções influenciam na capacidade de agir ou não agir e a identidade profissional é construída através delas de maneira complexa e individualizada (Kilbertus *et.al.*, 2018).

As emoções inspiraram duas preocupações, a primeira delas por parte dos estudantes menos experientes – segundo anistas – que se questionaram o quão adequado é expressar essas reações emocionais, sendo incentivados então pelos preceptores (Fernandes *et al.*, 2008). A outra preocupação foi em relação às emoções apresentadas, em que os sentimentos foram predominantemente negativos em relação ao trabalho e vivência do processo de morte, os sentimentos relacionados a essas situações podem ser observados na TABELA 2 (Fernandes *et al.*, 2008).

Tabela 2 – Sentimentos associados a fazer o trabalho e a vivência do processo de morte e morrer apresentados pelos estudantes no estudo de Fernandes et al (2008)

Sentimentos associados a fazer o trabalho	Sentimentos relacionados à vivência do processo de morte e morrer
Falta de preparo	Felicidade
Sobrecarga	Tristeza
Esgotamento	Positividade
Humilhação	Dificuldade
Apoio e conforto	Distresse
	Conflito

Fonte: produzido pelo autor, adaptado de Fernandes *et al.*, (2008)

As emoções negativas também foram descritas por Luethi et al – em seu trabalho com residentes – na forma de níveis elevados de apreensão emocional. Durante uma avaliação evolutiva no segundo e sexto mês de estágio, foi medida o grau de apreensão com graduação de 0-100%. Foram avaliados 8 residentes com nível máximo de apreensão de 80% e mínimo de 10% ao início, redução significativa

de 26% dos níveis durante, com níveis inferiores a 30% em todos os participantes ao final do rodízio. Apesar dos níveis elevados de apreensão no início, 75% dos participantes nunca recorreram à ajuda profissional (médico, psiquiatra ou psicólogo) durante todo o processo (Luethi; Zulian, 2013).

Destaca-se ainda que quando deparamos com situações conflituosas os residentes inicialmente apresentavam esquiva em momentos difíceis e após a reflexão passaram a apresentar uma relação mútua de confiança levando a medicina centrada no paciente através do enfrentamento das emoções da família e de si próprio (Arai *et al.*, 2017).

Houve também conflitos de confrontação da realidade em fornecer cuidados a pacientes em processo ativo de morte, através da reflexão de que a medicina é incerta – confrontando assim modelos biomédicos e psicossociais. A esse processo de incertezas se associa um sentimento de culpa e falta de poder que se estende ao ser médico e a figura não profissional levando a um sentimento de remorso em relação às famílias pela sensação de ter feito algo irreparável (Arai *et al.*, 2017).

3.3.4.3 Os fatores que favorecem a redução dos sentimentos negativos

Diante do impacto emocional e sua importância, foram explorados pontos de redução dos sentimentos negativos. No estudo de Luethi *et al.* (2013), os autores acreditavam que a redução dos níveis de apreensão está relacionada ao fato de que ao final do estágio 87,5% de todas as expectativas foram atingidas para os participantes, sendo as principais: saber manejar melhor com a dor e outros sintomas dos pacientes (75%), saber como se comunicar com familiares (75%), aprender a fornecer cuidados gerais a esse perfil de paciente (50%), saber trabalhar com equipe multidisciplinar (25%) e gerir melhor suas emoções (25%) (Luethi; Zulian, 2013).

Outro ponto importante é o apoio por parte de outros membros da equipe após a morte de um paciente como um fator positivo para a formação da identidade profissional (Fernandes *et al.*, 2008). Este mecanismo de enfrentamento através da comunicação com a equipe também foi explorado por Luethi *et al.*, onde a comunicação aparece como mecanismo mais frequente de apoio, sendo que no início do estágio os residentes procuravam mais pelos familiares e após pelos colegas (Luethi; Zulian, 2013).

A colaboração da equipe multiprofissional amplia o olhar individual (Noguera *et al.*, 2019). Quando ausente, a autoeficácia é interrompida o que leva a redução da confiança do residente e a piora em seu atendimento (Arai *et al.*, 2017). A troca de ideias com outros membros da equipe por outro lado pareceu ajudar na comunicação com familiares e pacientes. A equipe nesta perspectiva serviu tanto como ponto de apoio emocional como ponto reflexivo prático da conduta médica (Arai *et al.*, 2017).

Outros mecanismos de apoio também foram observados como uso de hobbies, esportes, escrever poesia e meditação, mas com menor importância do que a comunicação reflexiva (Kilbertus *et.al.*, 2018a; Luethi; Zulian, 2013).

Destaca-se ainda a importância para Kilbertus *et al.*, de se ter mentores e modelos a serem seguidos, bem como atividades estruturadas e programas de ensino que envolvam a equipe multidisciplinar (Kilbertus *et.al.*, 2020).

A necessidade de organização – atividades estruturadas – também deriva do fato de que as múltiplas demandas do ambiente de trabalho aparentam ter impacto negativo no ensino de CP (Fernandes *et al.*, 2008; Kilbertus *et.al.*, 2020). Os estudantes enfrentavam dificuldade ao executar múltiplas tarefas, pois nesses casos acabavam passando mais tempo e tendo maior vínculo com o paciente, fazendo com que eles passassem a entender de maneira diferenciada as necessidades dos pacientes, por vezes de maneira mais ampliada do que a visão da equipe de acompanhamento, o que gerava conflito com a equipe (Fernandes *et al.*, 2008).

3.4 DISCUSSÃO

3.4.1 Ensino de cuidados paliativos

A prática médica não usual, encontrada em Kilbertus *et al.*, também foi encontrada (Centeno *et al.*, 2016). Nesse estudo, com 316 estudantes de medicina que participaram de um curso de cuidados paliativos e responderam perguntas através de um questionário estruturado, na análise temática podemos observar um sentimento similar que remete cuidados paliativos a uma maneira diferente de tratar os pacientes, como observamos a seguir:

Através das palestras e vendo os médicos nas sessões práticas, tenho visto uma forma muito diferente de conceber a medicina e tratar o paciente, muito diferente do que eu tinha visto até agora (M64) (Centeno *et al.*, 2016)

Nesse mesmo estudo encontramos resultados similares ao de Arai *et. al.*, em que ocorre a ressignificação da medicina não orientada apenas para a cura. No estudo de Centeno *et al* os acadêmicos passam a reconhecer a importância da família e do cuidado espiritual, por exemplo, bem como a importância do manejo das medicações sintomáticas para que o paciente esteja confortável. É reconhecido ao final do curso a finitude e a importância do cuidado nos últimos dias de vida do paciente (Centeno *et al.*, 2016).

3.4.2 A formação da identidade profissional

O processo de tornar-se já foi descrito como metáfora de ensino, é importante dentro do processo do ensino dos cuidados paliativos (Kilbertus *et.al.*, 2018). Nela o estudante, inserido dentro de um contexto, passa por experiências culturais e de socialização que o leva a mudanças estruturais do ser (Hager; Hodkinson, 2009). Observamos a importância do contexto, da cultura e da socialização nessa revisão em todos os artigos, porque entendemos, que a intervenção por si só, já expõe os estudantes e residentes a uma prática médica não usual – como definido por eles mesmos (Kilbertus *et.al.*, 2020). Entretanto, destacamos o impacto por exemplo da intervenção de visita domiciliar realizada por Nagano *et al*, que gerou reflexões por 3 meses após a intervenção inicial evidenciando seu poder de impacto, acreditamos que por ser realizada em um ambiente atípico a formação acadêmica – fora do ambiente hospitalar (Nagano *et.al.*, 2018).

Quando exploramos mais a fundo esse processo de tornar-se, podemos utilizar como referencial o precursor da psicologia humanista Carl R. Rogers descreve que o processo de tornar-se envolve o indivíduo desejando se tornar ele mesmo e para isso é necessário que durante o processo a pessoa sinta a liberdade de se mover, pensar, sentir e ser em qualquer direção que desejar (Roger, 1997). Observamos que o ensino em CP desencadeou o processo libertário reflexivo denominados pelos autores de diferentes maneiras, podendo ser expresso como reconceptualização do significado de medicina e da identidade profissional ou seja

através da reflexão da imagem ideal do médico e de que tipo de médico a pessoa deseja se tornar (Arai *et al.*, 2017; Fernandes *et al.*, 2008; Nagano *et al.*, 2018).

O primeiro passo desse processo descrito por Rogers ocorre quando a pessoa coloca de lado máscaras que até certo ponto ela está consciente de que está usando (Roger, 1997). Neste processo o ser humano aprende que aspectos do seu comportamento – incluindo os sentimentos – não são genuínos e que sua vida é guiada por aquilo que ele pensa que deveria ser e não aquilo que ele é. Esse processo é similar ao encontrado pelos acadêmicos que demonstram incertezas sobre a expressão de sentimentos e comportamentos diante dos pacientes em fim de vida (Fernandes *et al.*, 2008). Destaca-se o seguinte trecho do autor:

Descobre o quanto sua vida é guiada por aquilo que pensa que ele deveria ser, e não por aquilo que é. Frequentemente descobre que ele só existe em resposta às exigências dos outros, que parece não ter nenhum eu próprio, e que somente está tentando pensar, e sentir e se comportar de acordo com a maneira que os outros acreditam que deva pensar, e sentir e se comportar (ROGER, 1997, p. 124).

Quando comparamos as informações acima com a definição de identidade profissional proposta por Robert Merton:

A identidade de um médico é uma representação de si mesmo, alcançada em estágios ao longo do tempo durante os quais as características, os valores e normas da profissão médica são internalizados, resultando em um indivíduo pensando, agindo e se sentindo como um médico (Cruess 2016, p. 31)..

Podemos refletir, que o processo de formação de identidade e de tornar-se podem ser assim distintos. Entretanto, olhando mais a frente encontramos definições atualizadas de identidade, que expandem a consciência para um processo mais amplo. Para Lynn V Monrouxe (2018) p.ex. a identidade importa e é resultante daquilo que fazemos e como somos vistos através de processos dinâmicos contínuos de transformação. Ou seja, assim como na metáfora de tornar-se o processo de identidade descrito por Monrouxe só se finaliza quando o indivíduo morre.

Esse processo contínuo é bem evidente dentro dessa revisão onde encontramos incertezas nos estudantes em fases iniciais do curso, autoconsciência e aprimoramento em residentes com foco em auto reflexão da autoconsciência da imagem ideal de um médico pós intervenção (Fernandes *et al.*, 2008; Nagano *et. al.*, 2018). Ora, dentro da reflexão de binômio de modelos biomédicos e psicossociais e da consciência trazida pelos residentes sobre as incertezas da medicina questionamos se a autoconsciência da imagem ideal de um médico não passa daquilo que se espera de um médico – aquele que cura – para aquilo que o médico acredita que deva tornar-se – aquele que alivia o sofrimento. Isso porque, o comportamento de esquiva apresentado pelos residentes na fase inicial é substituído pela capacidade de enfrentamento e o encontrado é que diante do sofrimento e da dor os médicos refletem sobre a necessidade de atenuar o sofrimento humano.

Entretanto, apesar da capacidade de responder ao sofrimento humano, destaca-se que os sentimentos observados frente ao trabalho de cuidados paliativos e o processo de morte e morrer foram predominantemente negativos (Fernandes *et al.*, 2008). Esse achado resulta em grande preocupação, porque apesar das emoções estarem diretamente relacionadas ao processo reflexivo da formação da identidade profissional, a negatividade encontrada por Fernandes et al, 2015, traz preocupações frente a saúde mental dos médicos em formação. Isso porque entendemos que quadros de depressão, ansiedade e risco de suicídio tendem a aumentar durante a residência médica, o que pode se agravar diante de sentimentos negativos não trabalhados (Jiménez-López *et. al.*, 2015). Essa preocupação é parcialmente atenuada pelos achados de Luethi *et al*, 2013 de que há redução da tensão emocional ao longo do estágio, entretanto, a não procura de profissionais de saúde como ponto de apoio gera apreensão (Luethi; Zulian, 2013).

Apesar de não procurarem outros profissionais de saúde, houve procura dos mentores e da equipe multidisciplinar como ponto de apoio e reflexão, entendemos que juntamente com o ambiente propício, esses são pontos fundamentais na literatura para a FIP, que também foram encontrados nesta revisão (Wald, 2015). Destacamos que:

O problema é que os médicos estão procurando profissionalismo no lugar errado. Não é encontrado em uma lista de qualidades. É encontrado em um momento silencioso em que o médico reflete sobre as ocorrências do dia. O

currículo adequado para o profissionalismo guia para essa reflexão (Braun *et al.*, 2013).

Dessa forma, assim como na metáfora de ensino e assim como descrito pela psicologia em nossa revisão, encontramos de maneira positiva que o ambiente estruturado e seguro para ensino permite uma maior reflexão, auxiliando que as experiências vividas em cuidados paliativos se concretizem como fatores formadores da identidade profissional.

3.5 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Esse estudo apresenta limitações devido à heterogeneidade nos métodos de ensino e avaliação. Apesar da metodologia de análise global utilizada em 6 dos 8 artigos ser de análise temática a apresentação dos resultados de formas diversas – temas domínio, vinhetas, descritivos gerais -- dificultou a comparação dos resultados. Além disso, observamos uma segmentação na literatura entre estudos de intervenção que abrangem cuidados paliativos de maneira ampla e outros com foco em fase final de vida tornando mais heterogênea a comparação entre os estudos.

3.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados paliativos não são definidos como usuais na prática médica pelos estudantes e médicos residentes e se contrapõem ao modelo biomédico de cura predominante. Entretanto, quando acadêmicos e residentes são expostos a intervenções de ensino em CP passam a ressignificar sua identidade profissional através de um processo profundo de reflexão sobre o ser médico, ao que chamamos de formação da identidade profissional (FIP) em um processo em que o objetivo final é que o médico se torne uma versão profissionalizada de si próprio.

Dentro dessa revisão encontramos que o processo de FIP é facilitado por experiências que levam a essa reflexão, sendo que, estágio com estrutura bem delimitada, enfrentamento de emoções, suporte da mentoria e apoio da equipe multidisciplinar foram potencializadores do processo.

REFERÊNCIAS

ARAI, Kazuko *et al.* **What do Japanese residents learn from treating dying patients?** The implications for training in end-of-life care. *BMC medical education*. Nov. 2017

AYE, Soe Soe *et al.* **Readiness for Interprofessional Education amongst Students at Public and Private Medical Universities in Malaysia.** *Cypriot Journal of Educational Sciences*. [S.l: s.n.], 2020

BRAUN, Ursula K *et al.* **The utility of reflective writing after a palliative care experience:** Can we assess medical students' professionalism? *Journal of Palliative Medicine*. Mary Ann Liebert, Inc. , 2013

CASTILHO, RODRIGO KAPPEL; SILVA, VITOR CARLOS SANTOS; PINTO, CRISTHIANE DA SILVA. **Manual de cuidados paliativos.** Academia Nacional de Cuidados Paliativos: Atheneu, 2021.

CENTENO, Carlos *et al.* Does palliative care education matter to medical students? The experience of attending an undergraduate course in palliative care. **BMJ Supportive and Palliative Care**, v. 6, n. 1, p. 128–134, 2016.

CRUESS, RICHARD L.; CRUESS, SYLVIA R.; STEINER, Yvonne; **Teaching Medical Professionalism.** [S.l: s.n.], 2016.

_____. Reframing medical education to support professional identity formation. **Academic Medicine**, v. 89, n. 11, p. 1446–1451, 2014.

FERNANDES, Rheinila *et al.* What it's really like: the complex role of medical students in end-of-life care. **Teaching and learning in medicine**, v. 20, n. 1, p. 69–72, 2008.

HAGER, Paul; HODKINSON, Phil. Moving beyond the metaphor of transfer of learning. **British Educational Research Journal**, v. 35, n. 4, p. 619–638, 2009.

JIMÉNEZ-LÓPEZ, José Luis; ARENAS-OSUNA, Jesús; ANGELES-GARAY, Ulises. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. **Aportaciones originales Rev Med Inst Mex Seguro Soc**, v. 53, n. 1, p. 20–8, 2015.

KILBERTUS, Frances; AJJAWI, Rola; ARCHIBALD, Douglas. Harmony or dissonance? The affordances of palliative care learning for emerging professional identity. **Perspectives on medical education**, v. 9, n. 6, p. 350–358, dez. 2020.

_____. You're Not Trying to Save Somebody From Death: Learning as "Becoming" in Palliative Care. **Academic medicine**, v. 93, n. 6, p. 929–936, jun. 2018.

LIBERATI, Alessandro *et al.* The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions:

Explanation and elaboration. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, 2009.

LUETHI, E; ZULIAN, G. Psychological and behavioural impact on residents working in palliative care units [Impact psychologique et comportemental du travail en unité de soins palliatifs sur les médecins internes]. **InfoKara**, cited By 0, v. 28, n. 2, p. 133–141, 2013. Disponível em: <<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84889864138&doi=10.3917%2Finka.132.0133&partnerID=40&md5=50891003f6dbc2a0573f6d955f178fbb>>. Acesso em: 12 dez. de 2022.

MOUNT, George R. *et al.* A Critical Review of Professional Identity Formation Interventions in Medical Education. **Academic Medicine**, v. 97, n. 11, p. S96–S106, 2022.

NAGANO, H; OBARA, H; TAKAYAMA, Y. A brief home-based palliative care learning experience for medical students and resident doctors in Okinawa, Japan. **PLoS ONE**, cited By 1, v. 14, n. 6, 2018. Disponível em: <<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85068851521&doi=10.1371%2Fjournal.pone.0218780&partnerID=40&md5=bfb8a947901b1a6fe580cde0101bef0c>>. Acesso em: 12 dez. de 2022.

NOGUERA, Antonio *et al.* Student's Inventory of Professionalism (SIP): A Tool to Assess Attitudes towards Professional Development Based on Palliative Care Undergraduate Education. **International journal of environmental research and public health**, v. 16, n. 24, dez. 2019.

OLIVEIRA, Rita De Cássia. Hermenêutica e Literatura: a metáfora em Paul Ricoeur como princípio de interpretação da poética em O Guesa, de Sousândrade. **Revista Desenredo**, v. 14, n. 1, p. 2005, 2018.

PAGE, Matthew J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. **The BMJ**, v. 372, 2021.

PRISMA flow diagram. Disponível em: <[http://prisma-statement.org/documents/PRISMA 2020 flow diagram EUROPEAN PORTUGUESE.pdf](http://prisma-statement.org/documents/PRISMA%2020%20flow%20diagram%20EUROPEAN%20PORTUGUESE.pdf)> Acesso em: 12 dez. de 2022.

RADBRUCH, Lukas *et al.* Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 60, n. 4, p. 754–764, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>> Acesso em: 12 dez. de 2022.

ROGER, Carl R. **Tornar-se pessoa**. 1997.

SFARD, Anna. On two metaphors for learning and the dangers of choosing just one. **Educational Researcher**, v. 27, n. 2, p. 4–13, 1998.

WALD, Hedy S. Professional identity (Trans)formation in medical education: Reflection, relationship, resilience. **Academic Medicine**, v. 90, n. 6, p. 701–706, 2015.

4 ARTIGO 2

Análise do impacto da exposição aos cuidados paliativos na formação da identidade profissional

Introdução: a formação da identidade profissional é um processo multidimensional que ocorre a nível do indivíduo e de grupo e que é estimulada por experiências ainda pouco compreendidas. **Métodos:** esse trabalho objetiva determinar qual o impacto da vivência com pacientes em cuidados paliativos na formação da identidade profissional em diferentes estágios da profissão médica. Para isso foram realizadas 24 entrevistas semiestruturadas com estudantes, médicos residentes e preceptores do programa de residência de clínica médica de um hospital terciário brasileiro com posterior análise temática do conteúdo. **Resultados:** foram encontrados 3 temas domínio, 7 subtemas nível 1 e 6 subtemas nível 2. O principal tema domínio - essência da profissão médica esteve relacionado à identidade profissional e ao conceito de ajudar/cuidar do paciente. Dentre as experiências analisadas, houve destaque para os conflitos morais relacionados à falta de voz dos pacientes e a dificuldade de respeito à autonomia. **Conclusão:** cuidar e ajudar foram tidos como essência da profissão e o cuidado ético apresentou-se como vertente da bioética fundamental para resolução dos conflitos.

Palavras chaves: identidade, cuidados paliativos, cuidado em fim de vida.

4.1 INTRODUÇÃO

Cuidados Paliativos (CP) é a especialidade multidisciplinar aplicada a pacientes com doenças potencialmente ameaçadoras da vida, com ênfase nas necessidades do paciente e seus familiares e tem como objetivo central a melhora da qualidade de vida e redução do sofrimento humano (Chang *et al.*, 2021).

Quando pensamos em uma linha de cuidado voltada ao manejo de sintomas e do sofrimento multidimensional originado por doenças potencialmente ameaçadoras da vida precisamos entender que essas doenças são aquelas doenças graves, progressivas e incuráveis que ameaçam a continuidade da vida e idealmente todos os pacientes portadores dessas enfermidades deveriam receber CP desde o seu diagnóstico (Castilho *et.al.*, 2021). Entretanto, mesmo que o paciente esteja recebendo cuidados paliativos não há garantia de uma experiência relacionada a doença adequada (Finkelstein *et al.*, 2022).

Através do índice de Qualidade de Morte (*Death Quality Index - DQI*) podemos avaliar o acesso e a qualidade dos CP fornecidos por 80 países, através deste índice os países foram classificados com uma nota entre A, B, C, D ou F –

sendo A a nota mais satisfatória e F a menos satisfatória. Apenas 6 países atingiram nota A e quase a metade dos países atingiram nota D ou F. O Brasil foi classificado na 79ª posição, permanecendo apenas a frente do Líbano e Paraguai (Finkelstein *et al.*, 2022).

Diversos fatores foram analisados pelo DQI, a maioria deles relacionados à capacidade do profissional de saúde em executar uma ação como prover informação e realizar abordagem e suporte espiritual (Finkelstein *et al.*, 2022). Para a adequada realização de suas funções e devido sua importância clínica e epidemiológica, os CP é considerado uma área prioritária de ensino pela Organização Mundial da Saúde para todos os profissionais da saúde (OMS) (Vindrola-Padros *et al.*, 2018). Além disso, acredita-se que a formação em CP tenha capacidade de auxiliar na formação da identidade profissional (FIP) médica, outro pilar da educação médica contemporânea (Cruess *et al.*, 2019; Fernandes *et al.*, 2008; Sullivan, 2000).

Podemos entender identidade como aquilo que nos traz significado e guia nosso comportamento. Nossa identidade não existe apenas no nível profissional e não é única (Rees; Monrouxe, 2018). Ou seja, possuímos em nós diversas identidades pessoais que se integram a uma identidade profissional (Rees; Monrouxe, 2018). A identidade profissional pode ser definida da seguinte forma:

Como nos percebemos como profissionais a partir de nossos atributos, crenças, valores, motivos e experiências em relação à nossa profissão (Rees; Monrouxe, 2018).

Para forma-lá temos um processo complexo. Wald (2015) faz uma analogia em que FIP se compara a uma árvore onde sua raiz é a capacidade reflexiva; seu crescimento é potencializado pela convivência com mentores e experiências artísticas reflexivas (filmes, literatura, arte); seu tronco a sabedoria prática, o coração, a prática e os provedores de bem-estar; e os frutos são aprendizado baseado em prática, conhecimento médico, cuidado do paciente, habilidades de comunicação, inteligência emocional, profissionalismo, desenvolvimento de padrões éticos e morais, lidar com o complexo e incerto e os valores humanos. Sendo assim, é importante entendermos também que a identidade profissional é um processo com frutos do ponto de vista moral e ético (Wald, 2015).

Seu desenvolvimento é então um processo complexo de autorreflexão e comunicação que abrange características inatas, individuais, relacionais e sociais

(Rees; Monrouxe, 2018; Sarraf-Yazdi *et al.*, 2021). Neste contexto, saber lidar com a terminalidade e a morte envolve uma série de capacidades cognitivas e emocionais, que não são simples. Um estudo realizado com médicos recém-formados, por exemplo, demonstrou a dificuldade dos médicos em lidar com a morte bem como a importância da vivência juntamente com a equipe multidisciplinar para adquirir essas habilidades (Fosse *et al.*, 2017). Demonstrando assim a importância do processo autorreflexivo, de comunicação e de convivência com os mentores e a equipe multidisciplinar.

Podemos entender então que por demandar habilidades específicas dos profissionais, um treinamento adequado em CP aumenta a capacidade de comunicação, o cuidado centrado no paciente, o controle de sintomas, e a inclusão no cuidado de aspectos psicossociais, culturais e espirituais (Vindrola-Padros *et al.*, 2018). Não focar na doença é memorável e desafiador e proporciona uma experiência auto reflexiva e comunicativa por essência, favorecendo assim a formação e o desenvolvimento da identidade profissional (Fernandes *et al.*, 2008; Kilbertus *et al.*, 2020; Luethi; Zulian, 2013).

Dentro da percepção atual de uma medicina não destinada a curar incessantemente precisamos de médicos capacitados a realizar um atendimento humano e bioético e capaz de acolher familiares e pacientes, entendendo de maneira não ilusória que esse conjunto faz parte do ser médico. Esse trabalho tem como objetivo contribuir para o entendimento da formação da identidade profissional médica buscando compreender como a vivência em cuidados paliativos podem impactar e contribuir com a formação. Para isso, este estudo pretende analisar o discurso de sujeitos em diferentes períodos da formação médica e analisar sob uma perspectiva Bioética o desenvolvimento de suas identidades.

4.2 MÉTODOS

4.2.1 Contexto do estudo

Esta pesquisa foi realizada em um hospital escola terciário localizado na cidade de Curitiba/PR que recebe estudantes de todas as faculdades de medicina para a realização de estágios no serviço de clínica médica. Além disso conta com um Programa de Residência de Clínica Médica (PRMCM) e no ano em que este estudo foi realizado contava com 11 médicos residentes matriculados – 7 do primeiro

ano e 4 do segundo ano. O PRMCM e os estágios acadêmicos de clínica médica são vinculados ao serviço dos hospitalistas. A equipe de hospitalistas do Hospital Cruz Vermelha é composta de 8 médicos clínicos de formação variada, sendo 1 deles especialista em Medicina Paliativa, e que trabalham em horário fixo no hospital com o objetivo de prestar atendimento longitudinal visando aumento da segurança do paciente.

4.2.2 Seleção dos participantes

A escolha dos participantes se deu da totalidade dos médicos residentes disponíveis para coleta na ocasião (N = 9) e hospitalistas (N = 8) e através de aleatoriedade e exaustão no subgrupo dos acadêmicos (N = 7), totalizando 24 participantes na pesquisa.

4.2.3 Desenho do estudo e coleta de dados

Trata-se de um estudo qualitativo, transversal, exploratório, realizado através de narrativas individuais semiestruturadas. As entrevistas foram guiadas por um questionário segmentado em 3 tópicos principais: análise perfil global, identidade profissional e cuidados paliativos (ANEXO B). As perguntas realizadas foram:

- 1) Fale um pouco sobre sua formação profissional e o que para você é ser médico
- 2) Você consegue pontuar ou descrever situações que você tenha vivenciado que tenham contribuído para formar sua identidade profissional?
- 3) Existe uma questão de identidade que está relacionada ao ser, pensar e agir, de acordo com o que se espera de um médico, nesse sentido, onde se espera algo, o quanto isso se aproxima ou se distancia do que você acredita ser uma identidade profissional médica?
- 4) Você já vivenciou o atendimento de pacientes em cuidados paliativos?
- 5) Você já vivenciou alguma situação na prática de cuidados paliativos relacionado ao que para você é ser médico? Se sim, você pode nos contar alguma situação que foi marcante para você?
- 6) Ao atender um paciente em cuidados paliativos e seus familiares você já passou por algum conflito ou situação complicada? Você poderia descrever essa situação?

As entrevistas foram realizadas presencialmente no Hospital da Cruz Vermelha filial do Paraná após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa pela instituição principal e co participante – parecer final número 5.348.603 de 13 de abril de 2022 (ANEXO C), sendo realizadas durante os meses de junho e julho de 2022. Todas as entrevistas foram realizadas em ambiente privativo após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (ANEXO D) e foram gravadas em formato de áudio com o uso de um aparelho gravador marca Sony modelo ICD-PX240. O áudio foi transcrito pelos pesquisadores e posteriormente apagado, a versão escrita foi identificada por um código de identificação que não permite que outras pessoas além dos pesquisadores identifiquem o entrevistado. Destaca-se que apesar da coleta ocorrer dentro do ambiente hospitalar as perguntas do questionário buscaram abranger de maneira global as experiências e percepções de vida dos indivíduos entrevistados e não do serviço de clínica médica do Hospital em que a coleta foi realizada.

4.2.4 Análise dos dados

Os dados transcritos foram analisados através da metodologia proposta por Braun e Clarke utilizando-se uma abordagem reflexiva na busca por imersão e profundo engajamento. Os temas foram selecionados como temas cesta – aquele que diz respeito ao principal conteúdo da fala do participante não sendo encontrados tema livro de histórias – tema plenamente completo, pronto. Além dos temas principais foram estabelecidos subtemas, a escolha de derivação de sub tema se deu por relevância e por embasamento técnico do discurso, ou seja, se a temática do discurso estivesse relacionada diretamente ao tema domínio ela seria classificada como subtema. Foram realizadas as 6 fases de análise temática propostas por Braun e Clarke, sendo elas (Souza, 2019):

- 1) Familiarização com os dados
- 2) Geração de códigos iniciais
- 3) Busca temas
- 4) Revisão dos temas
- 5) Definição e nomenclatura dos temas

4.3 RESULTADOS

Foram realizadas ao total 24 entrevistas; 8 médicos hospitalistas (H; corresponde a 100% dos médicos do serviço); 9 médicos residentes (MR; corresponde a 100% dos médicos residentes disponíveis no período – 1 residente foi excluído devido férias e 1 residente devido afastamento por atestado médico) e 7 estudantes de uma turma de 21 estudantes (E) que durante o período encontrava-se no serviço. Os entrevistados foram segmentados em 3 grupos diferentes. No grupo dos hospitalistas, a média de idade dos participantes foi de 38,5 anos (mínimo 31, máximo 44 e desvio padrão de 7,76 anos), com 75% deles apresentando experiência profissional superior há 10 anos de formado (mínimo 5, máximo 24, média de 13,87 e desvio padrão de 7,49), havendo predomínio do sexo masculino (5 homens para 3 mulheres). No grupo dos residentes a média de idade foi de 26,5 anos (mínimo 24, máximo 30 e desvio padrão de 2,18 anos) e experiência profissional global inferior a 3 anos (mínimo 1, máximo 3, média de 2,11 anos e desvio padrão de 0,6) com predomínio do sexo feminino (6 mulheres para 3 homens). O grupo de estudantes apresentou média de idade de 23,57 anos (mínimo 21, máximo 25 e desvio padrão de 1,61 anos), estando predominantemente em fase de graduação do ciclo clínico (mínimo 6º semestre, máximo 10º semestre e média 7º semestre equivalente ao quarto ano da graduação e desvio padrão de 1,34) com predomínio do sexo feminino (5 mulheres para 2 homens).

Foram identificados 3 temas de domínio e 7 subtemas nível 1 – apresentados no esquema abaixo. Dentro do tema de essência da profissão médica os subtemas cuidado/ajuda e identidade foram subdivididos individualmente em outros 2 e 3 subtemas nível 2, respectivamente e dentro do tema desafio do ser médico o subtema nível 1 visão tradicionalista foi subdividido em outro subtema nível 2 – cuidados paliativos e conflito cultural (FIGURA 2).

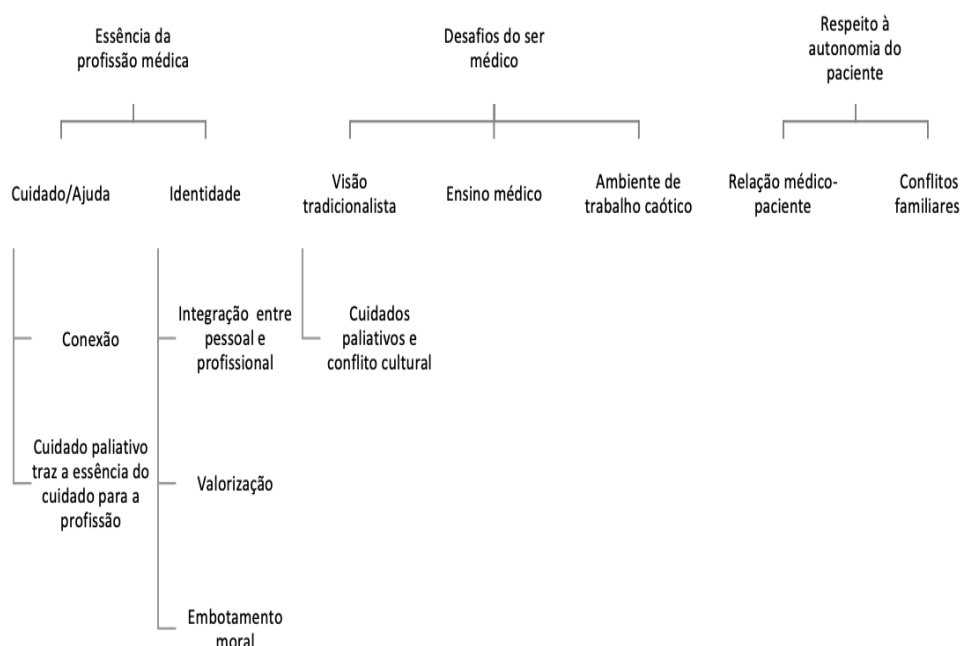


Figura 2 – Representação de temas domínio e subtemas nível 1 e 2

Fonte: produzido pelo autor

4.3.1 Tema 1: Essência da profissão médica

Tema 1: Essência da profissão médica – Subtema nível 1: Cuidado/Ajuda

Quase a totalidade dos entrevistados define o que é ser médico, como cuidar e ajudar os pacientes, apenas um dos participantes (R7) – definiu a profissão médica como a capacidade de diagnosticar e tratar doenças.

E ser médico para mim é ajudar as pessoas sabe, as vezes não curando, mas as vezes tirando um sorriso de uma pessoa, isso para mim faz parte, porque tem muitos pacientes que somente querem ser ouvidos. R4

E o que é ser médico para mim, é poder ter uma função de auxiliar, de poder ajudar, ser útil desde as mínimas coisas, desde mínimas orientações e auxílio às pessoas que nos procuram. H8

É você disponibilizar seu conhecimento para ajudar as pessoas. Claro que a gente sempre quer que o paciente saia bem e entender que você tem que fazer o possível para ver o que está ao seu alcance para ser o melhor médico para o seu paciente, não pode ser o melhor do mundo, mas o melhor para o seu paciente. E4

Tema 1: Essência da profissão médica – Subtema nível 1: Cuidado/Ajuda – Subtema nível 2: Conexão

A essa ação de ajudar e cuidar foi observado também o sentimento de conexão entre as partes como algo importante. Onde a escuta faz parte de uma forma importante de cuidado.

A medicina ela trouxe uma chave para me conectar com as pessoas, através da medicina as pessoas se sentam na minha frente e eu sou levado a beira do leito para olhar essas pessoas. H3

Às vezes eu nem acabo fazendo nada com o paciente, mas eu o ouço, e o paciente diz, nosso doutor é a melhor consulta que eu já vim. H1

Tema 1: Essência da profissão médica – Subtema nível 1: Cuidado/Ajuda – Subtema nível 2: Cuidados paliativos traz a essência do cuidar para a profissão

Os cuidados paliativos tiveram associação direta com o ser médico, essa associação parece estar relacionada em profundidade à essência do cuidado.

Tem uma infinidade de situações marcantes, eu acho que o cuidado de fim de vida, e não só o de fim de vida, mas os cuidados paliativos de uma forma geral, eles têm uma representatividade muito grande na nossa formação e do que é ser médico na medida que eles nos aproximam da finitude da compaixão de ser humano. H7

Eu acho a medicina paliativa a mais bonita possível, eu acho que é medicina na sua essência assim, então meu primeiro contato foi na residência e acho muito bonito. Porque eu achava que nunca ia conseguir fazer isso, tão cedo assim e foi bom, foi uma experiência gratificante. R9

Então foi muito legal, você participar de momentos tão delicados, é muito rico, a gente fica muito reflexivo, sobre os nossos familiares e nossa vida, e quando a gente chega em uma situação parecida. O ser médico está muito ligado aos Cuidados Paliativos. E6

Além disso, foi possível observar também a associação entre cuidados paliativos e a motivação do ser médico – o conforto do paciente como ponto central da preocupação do atendimento.

Eu acho que ser médico é isso, é estar ali para o paciente, e dar sempre o conforto, quando a gente não consegue trazer a cura. H1

O conforto oferecido pelo cuidado paliativo, conforta a família como um todo em uma fase difícil que é o fim de vida do paciente. R1

Tema 1: Essência da profissão médica – Subtema nível 1: Identidade – Subtema nível 2: Integração entre pessoal e profissional

A identidade profissional foi reconhecida como uma extensão da identidade pessoal onde experiências práticas profissionais e convivência com outros profissionais médicos – incluindo familiares - tiveram papel central em seu desenvolvimento. Aos acadêmicos o remetimento a situações familiares que envolveram doenças incuráveis apareceram como papel central. Na análise do

discurso pudemos evidenciar também a impossibilidade de dissociação da identidade profissional da identidade pessoal pelos entrevistados.

Eu não consigo definir facilmente com uma frase, ou uma palavra – que é ser médico. E acaba sendo parte do que você é, tanto que eu não consigo separar o (nome do participante) médico, do (nome do participante), (nome do participante), acaba sendo a mesma coisa assim, sou mais médico no hospital, mas em casa sou menos, mas acaba sendo. H6

O que é ser médico é uma, pessoalmente para mim faz parte da minha essência como pessoa, da minha realização como ser humano, é um valor, e faz parte de uma realização pessoal e um propósito. H7

Bom, são vários elementos que me fazem sentir dessa maneira e que me fizeram chegar até aqui, desde a vivência do convívio com outros médicos, com meu pai que é médico, com outros médicos que cruzei no meu caminho, e na minha experiência como hospitalista. H8

A minha mãe ficou doente e faleceu, então tudo que aconteceu nesse processo com ela, acho que isso serviu para mim como experiência, e levo muitas coisas que eu gostaria que tivesse sido diferente, coisas que eu acho que deveriam ser prioridades, fazem parte da minha identidade agora. E2

Tema 1: Essência da profissão médica – Subtema nível 1.2: Identidade – Subtema nível 2: Valorização

Os entrevistados trouxeram também um sentimento de valorização frente à sociedade.

Eu acho que tem um papel muito importante, os pacientes te valorizam muito, a figura do médico na vida. R5

Eu vejo ali na minha família, todo mundo te coloca médico parece ser a melhor pessoa do mundo e às vezes a gente não consegue entender a dimensão com que as pessoas colocam isso para gente e da responsabilidade que a gente tem. R6

Tema 1: Essência da profissão médica – Subtema nível 1.2: Identidade – Subtema nível 2: Embotamento moral

Curiosamente a maioria dos acadêmicos entrevistados não citaram situações de cuidados paliativos associadas a conflitos, entretanto, chama atenção também que, dentro do grupo dos hospitalistas houve uma maior dificuldade na citação de conflitos e situações específicas, onde os entrevistados referiram já ter passado pela situação inúmeras vezes, mas não se lembrar de uma específica. Já no grupo dos residentes o predomínio foi de lembrança dos casos em detalhes. A esse fenômeno questionamos a possibilidade de embotamento moral.

Caso específico, foram tantos, é interessante que na minha cabeça não consigo definir, diferenciar, está tão integral na minha mente o cuidado paliativo. H3

Você deixar os pacientes com familiares é um momento de fechamento, você consegue fazer isso na prática, e é algo marcante. Então na verdade, eu não consigo pontuar um paciente, eu acho que todos os pacientes paliativos que a gente consegue fazer um desfecho diferente e consegue mudar. H5

Sim, era um paciente que claramente deveria estar em cuidados paliativos e muito ativo antes da covid, e a família ficou muito mau de ele estar morrendo e daí estava assim, não respondia nenhum antibiótico terapia e a gente explicava que estava fazendo toda antibiótico terapia do mundo, o mais potente do mundo e fazia dias que ele não respondia e corpo dele estava morrendo. R3

Sim e nem faz muito tempo, mais ou menos uma semana atrás, a gente teve uma questão de um cuidado paliativo que foi fechado, foi erro de sistema e aí quando a gente foi avaliar o paciente, ele foi chamado o setor de emergência para avaliar o paciente e quando foi conversado com a família foi visto que a família não tinha entendido bem, que tinha sido um cuidado paliativo meio acolhido mesmo, a família não teve o poder de opinar sobre e entender o tempo necessário para que isso fosse digerido mesmo sabe. R1

4.3.2 Tema 2: Desafio do ser médico

Além da imagem que se tem de um médico como uma visão idealizada tradicionalista como veremos a seguir, esteve presente como fator distressor em todos os grupos analisados a profissão médica vista de maneira geral como um desafio pelos participantes.

E para mim ser médico é uma profissão desafiadora do ponto de vista psicológico, ponto de vista técnico e ponto de vista humanitário e acho isso interessante. E1

É bastante desafiador eu acho, a cada dia tem uma coisa diferente, tanto na parte técnica, quanto de relação e tudo mais. H6

Tema 2: Desafio do ser médico – Subtema nível 1: Visão tradicionalista

Apesar da concordância global do que é ser médico, esteve presente nas entrevistas também de todos os grupos uma dissociação entre o que a sociedade espera de um médico *versus* aquilo que o médico espera ser. Esse conceito parece estar relacionado a uma expectativa irreal de poder de resolutividade, bem como a uma normativa de vestimenta e comportamento que vai além dos padrões habituais.

E do saber tudo, as pessoas esperam que médico saiba de tudo, e eu acho que tem que fazer parte do médico admitir que não sabe de tudo e às vezes falar com paciente, eu não sei, mas eu vou atrás disso para trazer a melhor coisa para você, porque se você não assumir e falar eu sei e você não sabe, você pode até prejudicar o paciente. Então acho que a gente precisa assumir que não sabe tudo e não tem como saber. E6

Muitas vezes é esperado da gente, que a gente tenha uma formalidade tanto no se vestir e no agir, e eu acho muito inadequada para o meu perfil de cuidado. H4

Eu acho que talvez muita coisa que a sociedade pede, isso que a gente fala do ser e agir vai em desacordo com meu jeito de ser, meu jeito de me vestir. Aquele conceito que os pacientes mais velhos têm, de um médico homem que fala bem, que fala palavras bonitas, enfim, isso é um desafio também. R1

Tema 2: Desafio do ser médico – Subtema nível 1: Visão tradicionalista – Subtema nível 2: Cuidados paliativos como questão cultural

A implementação de cuidados paliativos dificultada pela barreira da dificuldade de aceitação cultural esteve presente como discurso associado a posições de conflito tanto na relação com familiares quanto na perspectiva da dificuldade com o entendimento das equipes de saúde.

Você tenta abordar os cuidados paliativos com esposa e ela fala 'cuidar do paciente eu cuido em casa, quando vem para o hospital é para tratar e resolver. R2

Aqui no hospital tivéssemos feito na época uns 100 casos paliados até então, e hoje temos mais de 2.000 mil casos, mas naquela ocasião era uma coisa inicial e eu tinha medo no que aquilo poderia causar de mudança cultural no hospital, porque eu estava ali na frente puxando uma turma, onde as pessoas não estavam adaptadas a isso, o cuidado paliativo era uma coisa meio tímida. Então, eu tive medo de como líder fraquejar, e aquilo modificar uma cultura, ou até mesmo perder a cultura que estava em construção inicial. H3

Os conflitos relacionados a cuidados paliativos pareceram estar associados também a questões culturais como a de expectativa irreal em relação ao ambiente hospitalar e estigmas relacionados à dieta.

Aquela história de vai matar de fome, vai ficar fome, essa questão eu acho que é comum que eles estranhem a questão na dieta no fim de vida, e me marcou porque se talvez ninguém tivesse me explicado a questão da dieta, eu teria a mesma reação que o familiar, se fosse familiar meu. R9

Tema 2: Desafio do ser médico – Subtema nível 1: Ensino médico

Foi possível observar entre os participantes uma preocupação global em relação a formação técnica.

Me manter em enfermarias, me manter em UTI por 10 anos, me manter na BR116 atendendo pacientes politraumatizados por 5 anos, tendo ACLS, ATLS, PALS todos mantidos dentro de um rigor com as carteirinhas durante esse período. H3

Tema 2: Desafio do ser médico – Subtema nível 1: Ambiente de trabalho caótico

Esteve presente também uma preocupação em relação à dificuldade da prática da medicina relacionada a ambientes de trabalhos caóticos.

A gente vê isso nas UPAS, por exemplo eles exigem que a gente toque serviço o tempo inteiro, você tem que atender no mínimo quatro pacientes por hora, sempre o fluxo, cobrado o tempo inteiro, cobrado produtividade, como você vai cuidar da pessoa se você nem consegue conversar com ela. R4

Falei para mim mesma, que nunca mais eu quero passar por essa sensação de que você não tem controle sobre a situação e nem as coisas que eram para dar certo e não dão, porque o ambiente estava um caos e tão adverso, que você não consegue fazer o seu melhor em nenhum momento. H4

4.3.3 Tema 3: Respeito à autonomia do paciente

Tema 3: Respeito à autonomia do paciente – Subtema nível 1: Relação médico paciente.

O respeito à autonomia e ao paciente parece estar relacionado ao cerne daquilo que é o ser médico, envolvendo diretamente a relação médico-paciente.

Entender as diversidades, tratar o paciente como um todo, respeitar os pensamentos dos pacientes, a cultura, religião, enfim, cuidar ao longo dos anos. H5

Eu acho que ouvir, respeitar e respeitar a autonomia do paciente, tudo isso acaba aproximando mais do que se espera de um médico. H1

Tema 3: Respeito à autonomia do paciente – Subtema nível 1: Conflitos familiares.

Mas também apareceu como causa frequente relacionada aos conflitos inerentes aos cuidados em fim de vida.

Me pega a falta de voz do idoso sabe, e tem tudo a haver com cuidado paliativo, mas o idoso é banalizado muitas vezes e isso anda me incomodando assim, medo de envelhecer no Brasil, o idoso fala mas todo mundo meio que não revela, pressupõem uma demência, isso é desesperador. H4

E ele falou, não, agora vocês não vão mais passar sonda em mim e a gente tentou entender por que, e falou porque sim, porque chegou a minha hora, eu tenho 90 anos e vivo numa casa de repouso, gosto muito da minha vida e dos meus filhos, mas eu não aguento mais e não tem por que ficar passando sonda. E os filhos ficavam lá, pai deixa de ser teimoso, vai Dra. passa a sonda. H4

As questões familiares parecem influenciar diretamente no respeito à autonomia da família e do paciente. Podemos observar a dificuldade de concordância entre os familiares como fator de potencial sofrimento bem como dificuldades de aceitação da família em relação aos desejos do paciente.

4.4 DISCUSSÃO

Os resultados foram apresentados em 3 temas: domínios e seus subtemas. Para discussão, o primeiro tema domínio – essência da profissão será fragmentado em seus subtemas, devido sua correlação com a identidade profissional.

4.4.1 Do cuidado e ajuda como essência da profissão médica

Quando em 1970 Carol Gilligan inicia a escrita de seu livro - Uma voz diferente – dando início ao movimento do Cuidado ético, o contexto histórico de fundo é a ressurgência do movimento feminista. Gilligan enxergava um problema recorrente: a exclusão das vozes das mulheres. (Gilligan, 1982).

Um exemplo trazido pela autora de mudança histórica que permitiu que as mulheres falassem por si foi o caso *Roe versus Wade* (1973) no qual a Suprema Corte dos Estados Unidos tornou o aborto legalmente aceito (Gilligan, 1982). Gilligan via este caso como emblemático e neste contexto histórico uma similaridade com o encontrado em suas pesquisas, pois quando as mulheres davam força a sua voz interna havia o sentimento de culpa e de que poderia ser “egoísta” trazer sua voz, ou que talvez, elas não soubessem realmente o que pensar e como agir. Essa “falta de voz”, surgia frequentemente em suas pesquisas. Quando perguntadas em suas respostas observava-se por exemplo o fenômeno de dissociação de si e do que é falado – “se eu fosse falar por mim mesma”, trazendo o contexto de medo de abandono e retaliação à superfície (Gilligan, 1982).

A importância relatada por Gilligan em relação ao empoderamento da voz feminina é a mesma encontrada em nossos entrevistados em relação aos pacientes.

Observamos dois relatos de nossos entrevistados: “tem muitos pacientes que somente querem ser ouvidos” e “às vezes eu nem acabo fazendo nada com o paciente, mas eu ouço ele, e o paciente diz, nossa doutor essa foi a melhor consulta que eu já vim”. Observamos aqui dois fenômenos, o primeiro deles é que os pacientes muitas vezes priorizam falar, o segundo é que quando isso ocorre nas consultas é visto como algo atípico, de destaque – a melhor consulta que já vim.

Nós questionamos então qual o impacto do empoderamento da voz do indivíduo? Como consequência da decisão do caso Roe versus Wade muitas mulheres passaram a questionar a moralidade do Anjo do Lar – a mulher que age e fala pelos outros na retração de um casamento ideal e feliz pelo poeta inglês Coventry Kersey Patmore. A reflexão passa a ser de que a mulher passa pelo ato de abdicar de sua voz, sendo, portanto, imoral (Gilligan, 1982). Tal fenômeno também pode ser encontrado em nossos pacientes, quando observamos a importância da conexão como ferramenta fundamental entre médico e paciente entendemos que se conectar, cuidar e ajudar são essência da profissão no cenário dos cuidados paliativos e são fundamentais através do empoderamento da voz para emergir os pacientes da imoralidade. Destaca-se que Gilligan propôs o Cuidado Ético como ética em que o cuidar é a base das relações humanas estando assim os CP também ligado às raízes do cuidado ético (Gilligan, 1982).

4.4.2 Da identidade como essência da profissão médica

O reconhecimento da identidade profissional ocorre desde os tempos de Hipócrates, a primeira definição sociológica foi apresentada em 1957 por Robert Merton, sendo aprimorada posteriormente dando ênfase a junção da visão da vida pessoal e profissional como podemos ver a seguir:

Identidade profissional é a visão de si mesmo como profissional, mais competência como profissional, resultando na congruência entre visão de mundo pessoal e visão profissional (Korkmaz; Senol, 2014)

Neste presente estudo os participantes também reconheceram a identidade profissional como uma extensão da identidade pessoal, evidenciando em alguns momentos a dificuldade de dissociação do *self* do profissional – podemos observar claramente esse fenômeno no relato do entrevistado H6 que referiu não conseguir separar a sua pessoa médica do pessoal, como relemos abaixo:

Eu não consigo definir facilmente com uma frase, ou uma palavra – que é ser médico. E acaba sendo parte do que você é, tanto que eu não consigo separar o (nome do participante) Médico, do (nome do participante), (nome do participante), acaba que sendo a mesma coisa assim, sou mais médico no hospital, mas em casa sou menos, mas acaba sendo. H6

Também observamos a importância relatada de convívio com outros profissionais de saúde e com situações pessoais pela vivência de doenças na própria família. Como observamos a seguir:

Bom, são vários elementos que me fazem sentir dessa maneira e que me fizeram chegar até aqui, desde a vivência do convívio com outros médicos, com meu pai que é médico, com outros médicos que cruzei no meu caminho, e na minha experiência como hospitalista. H8

A minha mãe ficou doente e faleceu, então tudo que aconteceu nesse processo com ela, acho que isso serviu pra mim como experiência, e levo muitas coisas que eu gostaria que tivesse sido diferente, coisas que eu acho que deveriam ser prioridades, fazem parte da minha identidade agora. A2

Estes achados estão de acordo com a literatura que diz que a formação da identidade profissional ocorre em dois níveis simultaneamente, o nível individual de desenvolvimento psicológico da pessoa e o nível coletivo que envolve a socialização e participação em trabalhos da comunidade. O objetivo final é o desenvolvimento de um sistema de valores e uma percepção de *self* que permitam que os comportamentos, normativas e objetivos indiquem através da autopercepção que estão congruentes com a boa prática médica (Jarvis-Selinger *et.al.*, 2012).

4.4.3 Dos desafios do ser médico

Nosso estudo demonstrou a percepção dos médicos em relação à expectativa dos pacientes sobre o que denominamos uma visão tradicionalista. Nela o médico deverá se vestir e o portar de acordo com normativas rígidas e deve ser o fiel detentor do conhecimento técnico. Essa visão tradicionalista aparenta ter origem no movimento do profissionalismo em que sua definição é “Um conjunto de valores, comportamentos e relacionamentos que sustenta a confiança que o público tem nos médicos”. (Cruess *et al.*, 2014), deixa claro que, a confiança será dependente do comportamento. Assim sendo, o profissionalismo estabelece-se através de um contrato social com cláusulas rígidas, Irvine que não foram escritas pelos profissionais (Cruess *et al.*, 2016; Irvinel, 1997).

Quando relemos os relatos de nossos entrevistados, encontramos em todas as populações – estudantes, médicos residentes e hospitalistas – a mesma percepção, a de que se espera algo de mim que está em desacordo com aquilo que eu acredito. Leiamos novamente:

E do saber tudo, as pessoas esperam que médico saiba de tudo, e eu acho que tem que fazer parte do médico admitir que não sabe de tudo e às vezes falar com paciente, eu não sei, mas eu vou atrás disso para trazer a melhor coisa pra você, porque se você não assumir e falar eu sei e você não sabe, você pode até prejudicar o paciente. Então acho que a gente precisa assumir que não sabe tudo e não tem como saber. A6

Muitas vezes é esperado da gente, que a gente tenha uma formalidade tanto no se vestir e no agir, e eu acho muito inadequada pro meu perfil de cuidado. H4

Eu acho que talvez muita coisa que a sociedade pede, isso que a gente fala do ser e agir vai em desacordo com meu jeito de ser, meu jeito de me vestir. Aquele conceito que os pacientes mais velhos têm, de um médico homem que fala bem, que fala palavras bonitas, enfim, isso é um desafio também. R1

Mas será que essa expectativa mencionada pelos nossos entrevistados é real? Dentro desse conceito entendemos que a forma que o médico se veste é sim uma das cláusulas deste contrato e que a preocupação expressa pelos entrevistados encontra embasamento na literatura. Um dos estudos mais emblemáticos sobre o tema, por exemplo, foi realizado com 10 hospitais universitários e foi publicado em 2018 tendo entrevistado mais de 4 mil pacientes concluiu que para 53% dos entrevistados a vestimenta dos médicos é importante e que para um terço deles isso influencia no seu grau de satisfação com o

atendimento médico, sendo que a maioria dos pacientes considera como vestimenta adequada usa de roupa social com jaleco branco ($p < 0,001$) (Petrilli *et al.*, 2018).

É importante alertarmos que essa dissociação entre o que se espera *versus* a percepção de si pelo médico é preocupante. Nos casos relacionados a dificuldade de se manter atualizado e de trabalhar em ambientes caóticos, por exemplo, encontramos na literatura médica associação alarmante com doenças psiquiátricas e altos índices de tentativa de suicídio na população médica – estimados em 3 a 5 vezes maior do que na população geral (Goebert *et al.*, 2009; Kamski *et al.*, 2012).

Outro desafio encontrado em relação ao ser médico foi o de executar cuidados paliativos devido a barreira cultural. Primeiramente podemos definir cultura como:

O conjunto de comportamentos, conhecimentos, valores, crenças e sentimentos implicados no processo de atendimento às necessidades de um grupo humano (Silesi *et al.*, 2001).

Dessa forma entendemos que o médico vê em questão uma necessidade ao paciente o de ser atendido sob a filosofia de cuidados paliativos, mas a família por desconhecimento técnico e valores relacionados ao modelo tradicionalista do profissionalismo não reconhece essa necessidade gerando depoimentos como “cuidar eu cuido em casa”, como se cuidar não fosse um ato médico. Essa reflexão é tão importante, porque como vimos cuidar/ajudar foi colocado pelos nossos participantes como essência fundamental do ser médico, estando, portanto, incorporada a identidade profissional, já para as famílias, cuidar em alguns momentos esteve em dissociação da função do médico. Nesta situação o médico é cerceado de executar aquilo que acredita ser fundamental em sua profissão – cuidar.

4.4.4 Do respeito à autonomia do paciente

No ano de 1974 o caso de Tuskegee fez com que o governo americano propusesse à Comissão Belmonte a investigação de casos de irregularidades em estudos científicos, o que desencadeia 4 anos de reflexão sobre abusos em pesquisas levando a um relatório conhecido como Belmonte. Este relatório busca a resolução de dilemas éticos envolvendo pessoas e os ambientes de cuidado em saúde e estava fundamentado em 3 princípios: respeito à pessoa, beneficência e justiça (Adashi *et al.*, 2018).

Sob a perspectiva de uma bioética pragmática, Beauchamp e Childress em 1979 publicam o livro *Princípios da ética biomédica* apresentando os princípios da moralidade comum. Similar ao que havia sido proposto anteriormente eles propõem 4 princípios que compõem a moralidade comum: não maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça. Notamos assim que temos a mudança do respeito à pessoa para respeito à autonomia, a manutenção da justiça e da beneficência e a inclusão da não maleficência, sendo que os 4 princípios são *prima facie*, não há assim um princípio mais importante do que o outro (Van Thiel; Van Delden, 2009). Mas na impossibilidade de mantê-los em mesmo grau de importância há a necessidade de hierarquizar, para isso devemos entender qual princípio tem maior chance de ser violado e culturalmente é mais importante para a pessoa individualmente, o que é conhecido como equilíbrio reflexivo (Van Thiel; Van Delden, 2009).

Um dos casos selecionados de nossas entrevistas remete a seguinte situação:

E ele falou, não, agora vocês não vão mais passar sonda em mim e a gente tentou entender por que, e falou porque sim, porque chegou a minha hora, eu tenho 90 anos e vivo numa casa de repouso, gosto muito da minha vida e dos meus filhos, mas eu não aguento mais e não tem por que ficar passando sonda. E os filhos ficavam lá, pai deixa de ser teimoso, vai Dra. passa a sonda. H4

Aqui observamos uma questão clássica referentes a bioética principialista, há o aspecto de respeito a autonomia do paciente – que opta pela não passagem da sonda, em contraposição àquilo que os familiares acreditam ser de maior beneficência – a nutrição enteral. Diante dessa situação poderíamos entender sobre o equilíbrio reflexivo de que aquilo que é de maior importância ao paciente em si deve ser respeitado, mas vemos o quanto essa atitude pode ocasionar sofrimento na família que acredita não estar oferecendo o melhor tratamento disponível e eventualmente até estar ocasionando um mal ao paciente com a não passagem da sonda e esse sofrimento pode se estender a equipe médica e multidisciplinar caso estejam em desacordo com a decisão do paciente. Ou seja, neste caso o entendimento através do equilíbrio reflexivo resolve de certa forma o problema do paciente, mas não de forma harmoniosa.

Assim sendo, observamos a dificuldade da resolução de conflito encontrada envolvendo autonomia do paciente e a perspectiva de beneficência dos familiares. O principialismo tem como ponto chave seu pragmatismo e capacidade de trazer

elementos essenciais da Bioética para serem refletidos, mas é preciso ir além e incluir valores comunitários, integrar elementos particulares de cada relação humana envolvida no cuidado, assim como, fatores como razão e emoção. Assim é importante agregar a perspectiva de Cuidado ético entre as linhas da Bioética para resolução adequada dos conflitos morais desses pacientes (Dias, 2017).

No presente estudo também encontramos no discurso de nossos participantes questões referentes à falta de voz do paciente idoso. A esse fenômeno poderíamos interpretar de duas maneiras diferentes. A primeira delas é sob a perspectiva do *ageísmo*, termo denominado em 1968 pelo psiquiatra e gerontólogo Robert Butler e que se refere a discriminação contra a pessoa idosa sendo relacionada a 3 elementos: tomada de atitudes negativas, tomada de atitudes discriminatórias e práticas e políticas institucionais que perpetuam estereótipos de pessoas idosas. Entretanto, é importante destacarmos que o *ageísmo* geralmente leva a maus tratos, falta de atenção e restrição de recursos específicos (Herrera-Pérez *et al.*, 2022; Soares *et al.*, 2021). Dentro dessa perspectiva percebemos que os conflitos encontrados aqui vão no sentido oposto onde o idoso opta pela não realização de um procedimento e a família decide por silenciá-lo. Recorremos novamente ao cuidado ético para interpretar que assim como o fenômeno observado por Gilligan de silenciamento sofrido pelas mulheres a levavam a imoralidade, similarmente encontramos o mesmo processo nos pacientes idosos que buscam externalizar seus desejos, e em processo similar, empoderar a voz de nossos pacientes é o processo necessário para emergimos para a moralidade.

4.5 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

A entrevista produziu pouco conteúdo, em especial por parte dos profissionais médicos já graduados; é possível que outros modelos de entrevista pudessem trazer maior aprofundamento do discurso. O questionário buscou refletir de maneira ampla as vivências dos sujeitos entrevistados. Ao perguntar sobre cuidados paliativos não tivemos como objetivo limitar a cuidados em fim de vida ou cuidados hospitalares, por exemplo – uma vez que alguns profissionais trabalham em outros contextos. No entanto, devemos considerar que todos estavam inseridos dentro de um contexto comum, ou seja, o ambiente hospitalar de enfermaria de clínica médica na ausência de um serviço especializado em cuidados paliativos. Sob esse ponto, podemos crer que as experiências dos sujeitos podem ser tendenciosas sobre o ponto de vista de

vícios técnicos e de uma amostra predominante de pacientes em fase final de vida em seu discurso. Assim, por mais que a pesquisa e as perguntas do questionário tenham sido sobre cuidados paliativos, é possível que toda amplitude dos cuidados paliativos não tenha sido incluída no conteúdo dos discursos.

4.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou encontrar a relação do impacto dos cuidados paliativos na formação da identidade profissional. Entendemos que ambos fazem parte da essência do ser médico e que as experiências profissionais e pessoais fazem parte da formação da identidade profissional, o que já era esperado pela literatura, reafirmando assim nossa hipótese da importância dos cuidados paliativos nesta formação. Independente da idade e experiência profissional, todos os sujeitos analisados demonstraram capacidade de reflexão e mudança de si frente às situações envolvendo cuidados paliativos, o que nos demonstra uma capacidade global de impacto.

Essa hipótese ganha ainda mais peso diante da importância de cuidar e ajudar diante daquilo que é ser médico para nossos entrevistados. Encontramos nesta importância não somente a evidência dos cuidados paliativos como uma experiência pura do ser médico, mas a importância do cuidado ético como vertente daquilo resultante da conexão entre o médico e o paciente, que permite ao paciente ter sua voz restabelecida e submergir da imortalidade, processo similar ao proposto por Gilligan em relação às mulheres em seus estudos iniciais (Gilligan, 1982).

REFERÊNCIAS

- ADASHI, Eli Y.; WALTERS, Le Roy B.; MENIKOFF, Jerry A. The belmont report at 40: Reckoning with time. **American Journal of Public Health**, v. 108, n. 10, p. 1345–1348, 2018.
- CASTILHO, RODRIGO KAPPEL; SILVA, VITOR CARLOS SANTOS; PINTO, CRISTHIANE DA SILVA. **Manual de cuidados paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos: Atheneu, 2021.
- CHANG, Jing *et al.* The impact of palliative care education and training program on the resident physicians. **Annals of Palliative Medicine**, v. 10, n. 3, p. 2758–2765, 2021.
- CRUESS, RICHARD L.; CRUESS, SYLVIA R.; STEINER, Yvonne; **Teaching Medical Professionalism**. 2016.
- _____. A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: A guide for medical educators. **Academic Medicine**, v. 90, n. 6, p. 718–725, 2015.
- _____. Reframing medical education to support professional identity formation. **Academic Medicine**, v. 89, n. 11, p. 1446–1451, 2014.
- _____. Supporting the development of a professional identity: General principles. **Medical Teacher**, v. 41, n. 6, p. 641–649, 2019.
- DIAS, Maria Clara. **Bioética: Fundamentos Teóricos e Aplicações**. Editora Appris., p. 81, 2017.
- FERNANDES, Rheinila *et al.* What it's really like: the complex role of medical students in end-of-life care. **Teaching and learning in medicine**, v. 20, n. 1, p. 69–72, 2008.
- FIGUEIREDO, Antônio Macena. Bioética: crítica ao principialismo, Constituição brasileira e princípio da dignidade humana. **Revista Bioética**, v. 26, n. 4, p. 494–505, 2018.
- FINKELSTEIN, Eric A. *et al.* Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 63, n. 4, p. e419–e429, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015>>. Acesso em: 17 dez. 2022
- GILLIGAN, Carol. **Uma voz diferente : teoria psicológica e o desenvolvimento feminino**. Vozes ed. Petrópolis RJ: Vozes, 1982.
- GOEBERT, Deborah *et al.* Depressive symptoms in medical students and residents: A multischool study. **Academic Medicine**, v. 84, n. 2, p. 236–241, 2009.

HERRERA-PÉREZ, Mario *et al.* Ethical Dilemmas with Regard to Elderly Patients with Hip Fracture: The Problem of Nonagenarians and Centenarians. **Journal of Clinical Medicine**, v. 11, n. 7, 2022.

IRVINE, Donald. The performance of doctors. I: Professionalism and self regulation in a changing world. **British Medical Journal**, v. 314, n. 7093, p. 1545–1549, 1997.

JARVIS-SELINGER, Sandra; PRATT, Daniel D.; REGEHR, Glenn. Competency is not enough: Integrating identity formation into the medical education discourse. **Academic Medicine**, v. 87, n. 9, p. 1185–1190, 2012.

KAMSKI, L.; FRANK, E.; WENZEL, V. Suizidalität von medizinstudierenden. Fallserie. **Anaesthesist**, v. 61, n. 11, p. 984–988, 2012.

KEGAN, Robert. **In Over Our Heads**. [S.l: s.n.], 1994.

KILBERTUS, Frances; AJJAWI, Rola; ARCHIBALD, Douglas. Harmony or dissonance? The affordances of palliative care learning for emerging professional identity. **Perspectives on medical education**, v. 9, n. 6, p. 350–358, dez. 2020.

KORKMAZ, Hunkar; SENOL, Yesim Y. Exploring first grade medical students' professional identity using metaphors: Implications for medical curricula. **Medical Education Online**, v. 19, n. 1, p. 1–8, 2014.

LUETHI, Emilie; ZULIAN, Gilbert. **Impact psychologique et comportemental du travail en unité de soins palliatifs sur les médecins internes**. [Psychological and behavioral impact on residents working in palliative care units.]. Revue Internationale Francophone de Soins Palliatifs. Zulian, Gilbert: Gilbert.Zulian@hcuge.ch: Editions Médecine et Hygiène, 2013.

PATTON, LORI D.; RENN, KRISTEN A.; GUIDO, FLORENCE M.; QUAYE, STEPHEN J.; FORNEY, DEANNA S.; EVANS, Nancy J. **Student Development in College: Theory, Research, and Practice**. [S.l: s.n.], 2016. p. 560.

PETRILLI, Christopher M. *et al.* Understanding patient preference for physician attire: A cross-sectional observational study of 10 academic medical centres in the USA. **BMJ Open**, v. 8, n. 5, 2018.

REES, Charlotte E.; MONROUXE, Lynn V. Who are you and who do you want to be? Key considerations in developing professional identities in medicine. **The Medical journal of Australia**, v. 209, n. 5, p. 202–203, 2018.

SARRAF-YAZDI, Shiva *et al.* A Scoping Review of Professional Identity Formation in Undergraduate Medical Education. **Journal of General Internal Medicine**, v. 36, n. 11, p. 3511–3521, 2021.

SILES GONZÁLEZ, José *et al.* Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de

los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, n. 10, p. 72–87, 2001.

SOUZA, Luciana Karine De. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 71, n. 2, p. 51–67, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 17 dez. de 2022.

SULLIVAN, William M. Medicine under threat: Professionalism and professional identity. *CMAJ. Canadian Medical Association Journal*, v. 162, n. 5, p. 673–675, 2000.

VAN THIEL, G. J.M.W.; VAN DELDEN, J. J.M. The justificatory power of moral experience. *Journal of Medical Ethics*, v. 35, n. 4, p. 234–237, 2009.

VINDROLA-PADROS, Cecilia *et al.* Palliative care education in Latin America: A systematic review of training programs for healthcare professionals. *Palliative and Supportive Care*, v. 16, n. 1, p. 107–117, 2018.

WALD, Hedy S. Professional identity (Trans)formation in medical education: Reflection, relationship, resilience. *Academic Medicine*, v. 90, n. 6, p. 701–706, 2015.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação médica é um processo complexo e multifatorial onde entender como se ensina é um desafio tão grande quanto ensinar. O modelo de profissionalismo deu lugar de destaque a identidade profissional, que se tornou o centro do ensino médico, e onde ambos têm em vertente comum a bioética.

Os CP emergem como experiência médica fundamental, enraizada na essência do ser médico na experiência de aliviar o sofrimento humano. Através do contato mesmo que breve com pacientes em CP e fim de vida os estudantes e residentes são levados a reflexões sobre a essência da profissão e de si próprios. A equipe multidisciplinar, estágios estruturados e mentores presentes parecem ter papel potencializado nesse processo.

O cuidado ético é vertente da bioética que muito se aproxima dos CP, não apenas pelo nome, mas porque ambos possuem em seu centro o princípio de dar voz de decisão aos pacientes. Nessa perspectiva de cuidado, a conduta é individualizada e baseada na biografia e no desejo do paciente e seus familiares, esse processo desafia o modelo biomédico tradicional onde o médico é detentor do conhecimento e ditador da conduta e coloca os profissionais em posição de desconforto inicial, o que os leva ao crescimento profissional. O respeito ao paciente vai muito além do respeito a sua autonomia, é necessário emergí-lo da imoralidade dando voz a suas vontades, opiniões e desejos. Para tornar-se pessoa é necessário encontrar aquilo que somos além da expectativa do outro, o mesmo processo acontece em relação aos médicos e pacientes, que devem buscar a si mesmos, para transcender em transformação e assim cuidarem e serem cuidados.

REFERÊNCIAS

ARAI, Kazuko *et al.* **What do Japanese residents learn from treating dying patients?** The implications for training in end-of-life care. *BMC medical education*. [S.l: s.n.], nov. 2017

BRAUN, Ursula K *et al.* The utility of reflective writing after a palliative care experience: Can we assess medical students' professionalism? **Journal of Palliative Medicine**. Braun, Ursula K.: Baylor College of Medicine, One Baylor Plaza, Houston, TX, US, 77030, ubraun@bcm.edu: Mary Ann Liebert, Inc. , 2013

CRUESS, RICHARD L.; CRUESS, SYLVIA R.; STEINER, Yvonne; **Teaching Medical Professionalism**. [S.l: s.n.], 2016.

_____. Reframing medical education to support professional identity formation. **Academic Medicine**, v. 89, n. 11, p. 1446–1451, 2014.

_____. Supporting the development of a professional identity: General principles. **Medical Teacher**, v. 41, n. 6, p. 641–649, 2019.

DE LIMA, Liliana *et al.* International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. **Journal of Palliative Medicine**, v. 20, n. 1, p. 8–14, 2017.

DUNN, Michael. On the relationship between medical ethics and medical professionalism. **Journal of Medical Ethics**, v. 42, n. 10, p. 625–626, 2016.

GILLIGAN, Carol. **Uma voz diferente: teoria psicológica e o desenvolvimento feminino**. Vozes ed. Petrópolis RJ: Vozes, 1982.

HAGER, Paul. Learning and metaphors. **Medical Teacher**, v. 30, n. 7, p. 679–686, 2008.

IRVINE, Donald. The performance of doctors. I: Professionalism and self regulation in a changing world. **British Medical Journal**, v. 314, n. 7093, p. 1545–1549, 1997.

JARVIS-SELINGER, Sandra; PRATT, Daniel D.; REGEHR, Glenn. Competency is not enough: Integrating identity formation into the medical education discourse. **Academic Medicine**, v. 87, n. 9, p. 1185–1190, 2012.

KILBERTUS, Frances; AJJAWI, Rola; ARCHIBALD, Douglas. Harmony or dissonance? The affordances of palliative care learning for emerging professional identity. **Perspectives on medical education**, v. 9, n. 6, p. 350–358, dez. 2020.

_____. “You’re Not Trying to Save Somebody From Death”: Learning as “Becoming” in Palliative Care. **Academic medicine**, v. 93, n. 6, p. 929–936, jun. 2018.

KONKIN, Jill; SUDDARDS, Carol. **Creating Stories to Live By: Caring and**

Professional Identity Formation in a Longitudinal Integrated Clerkship. **Advances in Health Sciences Education**. [S.l: s.n.], [S.d.]

KUHNEN, Tânia Aparecida. A ética do cuidado como alternativa à ética de princípios: divergências entre Carol Gilligan e Nel Noddings. *ethic@ - An international Journal for Moral Philosophy*, v. 9, n. 3, p. 155, 2012.

NAGANO, Hiroaki; OBARA, Haruo; TAKAYAMA, Yoshihiro. A brief home-based palliative care learning experience for medical students and resident doctors in Okinawa, Japan. **PLoS ONE**. Nagano, Hiroaki: hiroakinoko322violin@gmail.com: Public Library of Science. , 2019

REES, Charlotte E.; MONROUXE, Lynn V. Who are you and who do you want to be? Key considerations in developing professional identities in medicine. **The Medical journal of Australia**, v. 209, n. 5, p. 202–203, 2018.

ROGER, Carl R. **Tornar-se pessoa**. 1997.

SAINT-EXUPÉRY, Antoine De. **O Pequeno Príncipe**. Agir, 1943. p. 91.

SULLIVAN, William M. Medicine under threat: Professionalism and professional identity. *CMAJ. Canadian Medical Association Journal*, v. 162, n. 5, p. 673–675, 2000.

SYLVIA R CRUESS, Richard L Cruess. Professionalism must be taught. **British Medical Journal**, v. 315, p. 1674–1677, 1997.

WALD, Hedy S. Professional identity (Trans)formation in medical education: Reflection, relationship, resilience. **Academic Medicine**, v. 90, n. 6, p. 701–706, 2015.

WHO **Palliative Care**. Disponível em: <<https://www.who.int/health-topics/palliative-care>>. Acesso em: 16 jul. 2023.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 38, n. 1, p. 21–27, 2004.

ANEXO

ANEXO A

Título	Método	CP	IP	Parecer
Physicians' Compassion, Communication Skills, and Professionalism With and Without Physicians' Use of an Examination Room Computer: A Randomized Clinical Trial	RCT	Não	Não	Exclusão
Minding the gaps in evidence, professionalism, and patient care	Editorial	Não	Não	Exclusão
Professionalism in Medicine: Critical Perspectives	Livro	Não	Não	Exclusão
Psychoanalytical approach on the request for assisted death applied to the physician in palliative care [Réflexion psychanalytique sur la demande d'aide à mourir adressée au médecin en soins palliatifs]	Opinião	Não	Não	Exclusão
Developing initial competency-based outcomes for the hospice and palliative medicine subspecialist: Phase I of the hospice and palliative medicine competencies project	Comitê	Sim	Não	Exclusão
RE: Curriculum integration will help newly qualified doctors provide better supportive and end-of-life care	Carta	Sim	Não	Exclusão
To die well: the phenomenology of suffering and end of life ethics.	Descritivo	Sim	Não	Exclusão
Reexamining the Call of Duty: Teaching Boundaries in Medical School.	Descritivo	Não	Não	Exclusão
That's not what you expect to do as a doctor, you know, you don't expect your patients to die." Death as a learning experience for undergraduate medical students.	Intervenção	Não	Sim	Exclusão
Difficulties of residents in training in end-of-life care. A qualitative study	Intervenção	Sim	Não	Exclusão
Constructing denial as a disease object: accounts by medical students meeting dying patients	Intervenção	Sim	Não	Exclusão
Memorable Learning and Professional Identity Formation in Palliative Care: A Study of Canadian Family Medicine Residents	Editorial	Sim	Sim	Exclusão

Who Am I and How Am I Doing? Professional Relationships as a Source of Identity and Resilience for Palliative Care Physicians	Intervenção	Sim	Não	Exclusão
PALLIATIVE CARE AT THE END OF LIFE. CLINICAL AND ETHICAL ASPECTS	Descritivo	Sim	Não	Exclusão
Impact of Physician Attire on Palliative Care Patients' Perception of Physician Compassion and Professionalism: A Randomized Clinical Trial (RCT)	Intervenção	Sim	Não	Exclusão
The ethics of caring for hospital-dependent patients	Descritivo	Não	Não	Exclusão
A 10-Year Longitudinal Study of Effects of a Multifaceted Residency Spiritual Care Curriculum: Clinical Ability, Professional Formation, End of Life, and Culture	Intervenção	Não	Não	Exclusão
Displacement and solidarity: An ethic of place-making	Descritivo	Não	Não	Exclusão
Humanism and professionalism training for pediatric hematology-oncology fellows: Results of a multicenter randomized trial.	Intervenção	Não	Não	Exclusão
A medical curriculum in transition: audit and student perspective of undergraduate teaching of ethics and professionalism.	Intervenção	Não	Não	Exclusão
An approach to educating residents about palliative care and clinical ethics.	Descritivo	Não	Não	Exclusão
Using movies to teach professionalism to medical students.	Intervenção	Não	Não	Exclusão
A person-centred approach in medicine to reduce the psychosocial and existential burden of chronic and life-threatening medical illness.	Descritivo	Não	Não	Exclusão
Ethics and professionalism: what does a resident need to learn?	Intervenção	Não	Sim	Exclusão
Is reflective ability associated with professionalism lapses during medical school?	Intervenção	Não	Sim	Exclusão
Developing a medical school curriculum for psychological, moral, and spiritual wellness: Student and faculty perspectives.	Intervenção	Não	Não	Exclusão
Routine, empathic and compassionate patient care: Definitions, development, obstacles, education and beneficiaries.	Comitê	Não	Não	Exclusão
Talking Medicine: A Course in Medical Humanism--What Do Third-year Medical Students Think?	Descritivo	Não	Sim	Exclusão

Religion, spirituality, and the hidden curriculum: Medical student and faculty reflections.	Intervenção	Não	Não	Exclusão
Professional decision-making in medicine: Development of a new measure and preliminary evidence of validity.	Intervenção	Não	Não	Exclusão
Medical professionalism: Conflicting values for tomorrow's doctors.	Intervenção	Não	Não	Exclusão
Professional development and the informal curriculum in end-of-life care.	Intervenção	Sim	Não	Exclusão
Doctors' learning experiences in end-of-life care - a focus group study from nursing homes	Intervenção	Sim	Não	Exclusão
Palliative care teaching shapes medical undergraduate students' professional development: a scoping review.	Revisão	Sim	Não	Exclusão
[Limits of professionalism].	Descritivo	Não	Não	Exclusão
Using the Term "Palliative Care": International Survey of How Palliative Care Researchers and Academics Perceive the Term "Palliative Care".	Intervenção	Sim	Não	Exclusão
The Limits of Surrogates' Moral Authority and Physician Professionalism: Can the Paradigm of Palliative Sedation Be Instructive?	Descritivo	Sim	Não	Exclusão
Medical students' experiences with goals of care discussions and their impact on professional identity formation.	Intervenção	Não	Sim	Exclusão
End-of-Life Skills and Professionalism for Critical Care Residents in Training: The ESPRIT Survey.	Intervenção	Sim	Não	Exclusão
Developing Professionalism and Professional Identity Through Unproctored, Flexible Testing.	Intervenção	Não	Não	Exclusão
A systematic scoping review of approaches to teaching and assessing empathy in medicine	Revisão	Não	Não	Exclusão
Alise's small stories: indices of identity construction	Intervenção	Não	Não	Exclusão
Barriers to Innovation in Continuing	Intervenção	Não	Não	Exclusão
Communicative and social competence in the medical	Intervenção	Sim	Não	Exclusão
Continuous Professional Development	Simpósio	Não	Não	Exclusão
Creating stories to live by: caring and professional	Intervenção	Não	Sim	Exclusão
Definition of professionalism by different groups of health care students	Intervenção	Não	Não	Exclusão
End-of-Life Training in US Internal	Intervenção	Sim	Não	Exclusão

Ethics as Core Competence:				Simpósio	Não	Não	Exclusão
Evaluation of Resident Communication Skills and Professionalism: A Matter of Perspective?				Intervenção	Não	Não	Exclusão
Editorial	Não	Não	Exclusão				
“It’s just a clash of cultures”: emotional talk within medical students’ narratives of professionalism dilemmas				Intervenção	Não	Sim	Exclusão
Learning That Leads to Action				Intervenção	Sim	Não	Exclusão
Making sense of how physician preceptors interact with medical students: discourses of dialogue, good medical practice, and relationship trajectories				Intervenção	Não	Sim	Exclusão
Medical Students’ Professionalism Narratives Reveal That Experiences With Narratives Reveal That Experiences With Death, Dying, or Palliative Care Are More Positive Than Other Experiences During Their Internal Medicine Clerkship				Intervenção	Não	Não	Exclusão
Mortal Responsibilities: Bioethics and Medical-Assisted Dying				Opinião	Não	Não	Exclusão
Power and resistance: leading change in medical education				Intervenção	Não	Não	Exclusão
Intervenção	Sim	Não	Exclusão				
Professionalism in long-term care settings				Intervenção	Não	Não	Exclusão
Professionalismo: one size does not fit all				Opinião	Não	Não	Exclusão
Professionalism and Ethics Education on Relationships and Boundaries: Psychiatric Residents' Training Preferences				Intervenção	Não	Não	Exclusão
Resigned professionalism? Non-acute inpatients and resident education				Intervenção	Não	Sim	Exclusão
Shoring up professionalism				Editorial	Não	Não	Exclusão
Student and Faculty Reflections of the Hidden Curriculum: How Does the Hidden Curriculum Shape Students' Medical Training and Professionalization?				Intervenção	Não	Sim	Exclusão
Teaching professionalism: passing the torch				Revisão	Não	Não	Exclusão
The Development of Professionalism: Curriculum Matters				Revisão	Não	Não	Exclusão
A brief home-based palliative care learning experience for medical students and resident doctors in Okinawa, Japan				Intervenção	Sim	Sim	Aceite
Harmony or dissonance? The affordances of palliative care learning for emerging professional identity.				Intervenção	Sim	Sim	Aceite

What it's really like: the complex role of medical students in end-of-life care.	Intervenção	Sim	sim	Aceite
Student's Inventory of Professionalism (SIP): A Tool to Assess Attitudes towards Professional Development Based on Palliative Care Undergraduate Education.	Intervenção	Sim	sim	Aceite
What do Japanese residents learn from treating dying patients? The implications for training in end-of-life care.	Intervenção	Sim	sim	Aceite
The utility of reflective writing after a palliative care experience: Can we assess medical students' professionalism?	Intervenção	Sim	Sim	Aceite
"You're Not Trying to Save Somebody From Death": Learning as "Becoming" in Palliative Care.	Intervenção	Sim	Sim	Aceite
Impact psychologique et comportemental du travail en unité de soins palliatifs sur les médecins internes	Intervenção	Sim	Sim	Aceite

ANEXO B**ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA ENTREVISTA**

Data:

Idade:

Gênero:

Posicionamento profissional:

☐ acadêmico de medicina☐ residente de clínica médica – formado em:☐ médico hospitalista – formado em:

Introdução da pesquisa (pelo pesquisador): agradecimento pela participação na pesquisa

Questão introdutória (questão 1): fale um pouco sobre sua formação profissional e o que para você é ser médico?

Perguntas conceituais:

Introdução do tema identidade (pelo pesquisador): explicação do que é identidade profissional médica

Diante disso você consegue pontuar ou descrever situações que você tenha vivenciado que tenham contribuído para formar sua identidade profissional (questão 2)?

Existe uma questão de identidade que está relacionada ao ser, pensar e agir, de acordo com o que se espera de um médico, nesse sentido, onde se espera algo, o quanto isso se aproxima ou se distancia do que você acredita ser uma identidade profissional médica (questão 3)?

Introdução ao tema cuidados paliativos (pelo pesquisador): explicação breve do modelo de cuidados

Você já vivenciou o atendimento de pacientes em cuidados paliativos (questão 4)?

Você já vivenciou alguma situação na prática de cuidados paliativos relacionado ao que para você é ser médico? Se sim, você pode nos contar alguma situação que foi marcante para você (questão 5)?

Ao atender um paciente em cuidados paliativos e seus familiares você já passou por algum conflito ou situação complicada? Você poderia descrever essa situação (questão 6)?

ANEXO C

Aprovação pela instituição proponente:

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: Análise do impacto dos cuidados paliativos na formação da identidade profissional Pesquisador Responsável: Renato Soleiman Franco Área Temática: Versão: 1 CAAE: 53140921.9.0000.0020 Submetido em: 08/11/2021 Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR Situação da Versão do Projeto: Aprovado Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1842170	

Aprovação pelo CEP da instituição coparticipante:

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: Análise do impacto dos cuidados paliativos na formação da identidade profissional Pesquisador Responsável: Renato Soleiman Franco Área Temática: Versão: 2 CAAE: 53140921.9.3001.0093 Submetido em: 04/04/2022 Instituição Proponente: CRUZ VERMELHA BRASILEIRA - FILIAL DO ESTADO DO PARANÁ Situação da Versão do Projeto: Aprovado Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1860725	

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo Análise do Impacto dos Cuidados Paliativos na Formação da Identidade Profissional, que tem como objetivo determinar qual a influência dos cuidados paliativos sobre a formação da identidade profissional. Acreditamos que esta pesquisa seja importante porque a identidade profissional já é reconhecida como um papel central da educação médica, mas os fatores que influenciam sua formação ainda não estão totalmente elucidados.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação no referido estudo será de duração aproximada de 30-60 minutos, consistirá em uma entrevista guiada por um questionário com perguntas a respeito da sua vivência com pacientes em cuidados paliativos e do impacto dessas vivências na sua identidade profissional. A entrevista é individual, gravada com gravador de áudio sem captação de vídeo, ocorrerá no terceiro andar do Hospital Cruz Vermelha filial do Paraná localizado na Av. Vicente Machado nº1280 em sala reservada. O áudio captado será transcrito pelo próprio pesquisador e posteriormente apagado, a versão transcrita terá um código de identificação que não permite a outras pessoas além do pesquisador saber quem foi o entrevistado.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você está sendo alertado de que, da pesquisa a se realizar, pode esperar alguns benefícios, tais como: não há benefício direto ao participante, poderá ocorrer benefício indireto pela reflexão do participante sobre a própria formação profissional e potencial impacto na educação médica. Também é possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos em sua participação, tais como risco de exposição de dados e risco de constrangimento ou desconforto ao durante a entrevista. Para minimizar tais riscos, nós pesquisadores tomaremos as seguintes medidas: os áudios das entrevistas serão gravados e transcritos pelo pesquisador sendo destruídos na sequência, a transcrição será identificada apenas com um código que não permite a outras pessoas além do pesquisador a identificação do entrevistado, não serão utilizados servidores em nuvem ou rede, todos os dados da pesquisa serão armazenados em HD físico de acesso apenas aos pesquisadores. Devido ao risco de constrangimento/desconforto as entrevistas serão elaboradas de forma cuidadosa e caso ocorra o constrangimento/desconforto o participante poderá fazer aviso durante a entrevista ou a qualquer momento posterior para receber suporte dos pesquisadores.

SIGILO E PRIVACIDADE

Nós pesquisadores garantimos a você que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, será mantido em sigilo. Nós pesquisadores nos responsabilizamos pela

guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição de informação em qualquer formato que possa indicar sua identidade.

AUTONOMIA

Nós lhe asseguramos assistência durante toda pesquisa, bem como garantimos seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação. Também informamos que você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação nesta pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, haverá ressarcimento dos valores gastos na seguinte forma: depósito em conta corrente. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

CONTATO

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto e seus contatos são: Bruna Romanelli – celular (41) 99649-3597 e e-mail: brromanelli@gmail.com e Renato Soleiman Franco – celular (41) 98455-3849 e e-mail paum@uol.com.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2103 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail nep@pucpr.br.

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido **e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas.** Entendo que, caso queira, poderá solicitar uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor

econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Dados do responsável pelo participante da pesquisa	
Nome:	
Telefone:	
e-mail:	

Local, ____ de ____ de ____.

Assinatura do responsável pelo
participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador

USO DE IMAGEM E/OU ÁUDIO

Autorizo o uso do áudio referente a minha entrevista para fins da pesquisa, sendo seu restrito a transcrição pelos pesquisadores para análise minuciosa do conteúdo de nossa conversa. Após a realização da transcrição o áudio deverá ser deletado do aparelho gravador Sony ICD PX240 e em momento algum meu áudio deverá ser exposto para aqueles que não sejam os pesquisadores acima listados.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador