

A Compreensão do Estudante de Medicina Acerca da Morte e do Morrer: Reflexão e Revisão do (Des)Preparo Médico

Mariana Campos Vale ¹

Prof. Dr. Roberto Sanchez Dornelles de Oliveira ²

Resumo: Tendo em vista a inegável resignificação da morte ao longo dos séculos de acordo com as diferentes circunstâncias histórico - sociais, a forma como o ser humano lida com esse evento é igualmente repensada de geração para geração. Por consequência de tal processo, a Medicina e sua perspectiva sobre a morte e o morrer são diretamente afetadas, uma vez que a visão dos profissionais da saúde e dos pacientes define a conduta frente a essas circunstâncias. Diante da observação da dificuldade de estudantes de Medicina, bem como dos próprios médicos, em lidar com processos de morte e morrer nota-se a necessidade de analisar como a graduação aborda semelhante tema e aspectos que influenciam na elaboração de terapêuticas perante pacientes em risco eminente de morte – tais quais os cuidados paliativos e a espiritualidade aplicada à prática médica. Nesse contexto, o presente trabalho tem por objetivo investigar a abordagem dos processos de morte e morrer na faculdade de Medicina da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques e a interpretação desse tema pelos estudantes da área. Esta pesquisa apresenta caráter transversal. A amostra de 148 indivíduos foi retirada da população de estudantes de Medicina da Fundação Técnico - Educacional Souza Marques no ano de 2019. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionário fechado, cujo critério de exclusão foi a não aceitação do termo de consentimento livre e esclarecido. Foi observado que cerca de 70% dos entrevistados (103 indivíduos) não se consideram preparados para lidar com a morte. Para mais, em torno de 86% da amostra (127 indivíduos) considera a abordagem do tema morte durante a graduação insatisfatória. Destarte, conclui-se que a maior parte dos entrevistados aponta que

¹ Aluna do 3º ano do curso de Medicina da Escola de Medicina Souza Marques.

² Mestre em Farmacologia e Terapêutica.

graduação não aborda de forma suficiente o processo da morte e do morrer, contribuindo para a sua insegurança frente ao enfrentamento desses eventos.

Palavras-chave: Medicina; Morte; Morrer; Cuidados Paliativos; Espiritualidade; Graduação

Abstract: In view of the undeniable resignification of death over the centuries according to different historical social circumstances, the way human beings deal with this event is also rethought from generation to generation. As a consequence of this process, Medicine and its perspective on death and dying are directly affected, since the vision of health professionals and patients defines the conduct in face of these circumstances. Considering the difficulty of medical students, as well as the doctors themselves, in dealing with death and dying processes, it is necessary to analyze how graduation approaches such subject and aspects that influence the elaboration of therapies for patients at imminent risk of death - such as palliative care and spirituality applied to medical practice. In this context, the present work aims to investigate the approach to the processes of death and dying in Souza Marques Technical-Educational Foundation's School of Medicine and the interpretation of this theme by students from the area. This research has a transversal character. The sample of 148 individuals was taken from the population of medical students at Souza Marques Technical-Educational Foundation in 2019. The data collection was carried out through the application of a closed questionnaire, whose exclusion criterion was the non-acceptance of the informed consent form. It was noticed that about 70% of the interviewees (103 individuals) do not consider themselves prepared to deal with death. Moreover, around 86% of the sample (127 individuals) considers the approach to the subject of death during graduation unsatisfactory. Therefore, it is concluded that most of the interviewees point out that graduation does not sufficiently address the process of death and dying, contributing to their insecurity in face of these events. **Key-words:** Medicine; Death; Dying; Palliative Care; Spirituality; Graduation

Introdução

Ao longo da história da humanidade, a morte foi ressignificada repetidas vezes, assumindo, assim, uma definição científica de acordo com a evolução do conhecimento do Homem e uma definição emocional e psicológica de acordo com o contexto histórico-social e com a percepção do ser humano sobre a finitude e o valor das coisas. Partindo da Era Medieval, a morte, em um primeiro momento, era percebida como membro das comunidades que leva os homens ao sono, isto é, algo domesticado e contido. Em seguida, os indivíduos começaram a adquirir uma noção de sobrevivência da alma, o que contribuiu para que entre os séculos XVI e XVIII a morte passasse a ser enxergada pelas lentes de um estado primitivo de selvageria, provocando ambos medo e fascínio. Dessa forma, apenas no século XVIII a morte se transveste de drama e é tachada como transgressão por afanar o Homem do seu dia a dia e da sua família. Nos anos que se seguiram, atribuiu-se à morte a posição de tabu e a sua chegada passou a ser escondida do doente. Contudo, a partir de 1930, a Medicina modificou a representação social da morte: a casa deixou de ser o espaço do morrer, dando lugar aos hospitais e a vida, a partir de então, mostrou-se passível de ser prolongada, ainda que vegetativa e artificialmente (ARIÉS, 2014).

Na atualidade, lidar com a morte e, principalmente, com o processo de morrer passou a ser papel dos hospitais, os quais nem sempre estão preparados para exercer tal responsabilidade. Situações que impõe a necessidade de comunicar a morte de um paciente em lugares sem privacidade, como corredores e salas de espera, são muito frequentes no ambiente hospitalar e explicitam tal despreparo.

Nessa conjuntura, o falar sobre a morte é quase proibido por uma espécie de conspiração do silêncio que permeia o espaço em questão. Tal negação do morrer e, não raro, do moribundo em si fica evidente no desconforto dos profissionais que, por não saberem como se portar, empregam termos impróprios e, na maior parte dos casos, carregados de eufemismo frente ao paciente doente e seus familiares. Portanto, visando

evitar passar por esse mal-estar, muitos profissionais da área da saúde acabam se distanciando dos pacientes terminais (DUARTE et al, 2015). Tendo isso em mente, pergunta -se: como os alunos de Medicina percebem a morte e o morrer?

Outrossim, é válido questionar se é necessário que doentes terminais fiquem à mercê do tempo e de abordagens agressivas de tratamento que não levam a uma mudança significativa do seu prognóstico em detrimento de serem acolhidos por profissionais que saibam valorizar o quanto de vida ainda lhes resta e garantir a qualidade do processo de morrer.

A importância de responder-se esta indagação deve-se à carência de estudos acerca da percepção de estudantes de Medicina da morte e do processo de morrer. Com o intuito de responder essa pergunta, o presente estudo tem o objetivo de descrever como os alunos de graduação em Medicina na Fundação Técnico Educacional Souza Marques (FTESM) lidam com situações que envolvem a morte.

Objetivos

Geral: Analisar a percepção dos alunos de Medicina da acerca do processo de morte e morrer.

Específico: Investigar a abordagem dos processos de morte e morrer na faculdade de Medicina da FTESM e a interpretação desse tema pelos estudantes da área.

Esperado: Mapear as vulnerabilidades dos sistemas brasileiros de saúde e de educação no que tange à discussão acerca dos processos de morte e morrer no ambiente da faculdade de Medicina e analisar a percepção por parte dos alunos desse curso acerca do tema em voga. Incorporando, assim, não só benefícios na esfera médica, mas também de ordem educativa e social, uma vez que fornecerá dados para a revisão do ensino sobre a morte e o morrer.

Literatura

A abordagem do processo de morte e morrer e da prática médica humanizada na graduação e a compreensão dos estudantes e profissionais da área da saúde no que tange tais temas

Apesar de haver divergência quanto aos benefícios e malefícios do emprego da tecnologia durante a avaliação médica, é inegável dizer que, em meio a avanços instrumentais e da farmacologia, a formação médica prioriza tal área em detrimento das humanidades. Assim, percebe-se como a questão de o médico se esquecer de que há um paciente cara a cara com ele em prol de vidrar os olhos apenas na tela de uma máquina não é algo que o profissional desenvolve somente ao começar a clinicar. A falha de comunicação entre médico e paciente, no geral, remete à sua graduação, uma vez que, então, não houve o dispensar da atenção necessária à construção da habilidade de comunicação do futuro profissional. No entanto, o que muitos docentes e discentes de faculdades de Medicina não enxergam é que o início da relação médico-paciente se dá, exatamente, por meio da comunicação e é este vínculo que determinará – na maior parte dos casos – a adesão ou não do paciente ao tratamento proposto, influenciando diretamente no seu sucesso e aumentando o número de queixas de más práticas médicas. (OLIVEIRA et al, 2004; CAVALCANTE et al, 2017; LEAL - SEABRA e COSTA, 2015).

Nesse contexto, um ponto de suma importância a ser pensado é como tal carência na habilidade de comunicação se agrava em situações de comunicação de más notícias, pois essas demandam um maior domínio não só da sua forma verbal, mas, também, da não verbal.

“O termo má notícia define informação com significado de impacto negativo na vida do indivíduo doente e familiares percebido assim pelos mesmos” (NONINO et al, 2012). Apesar de a preocupação do ato de comunicar-se más notícias ter sido manifestada desde a redação do primeiro código de ética médica dos Estados Unidos da América, em 1847, os cursos de Medicina foram estruturados com base no relatório de Flexner (1902), o qual focava em uma visão biocêntrica e tecnocêntrica. Assim, os novos médicos formavam-se especialistas em doenças e não no cuidado de

doentes. Diante disso, surgiu a necessidade de readaptações curriculares. (GIRGIS e SANSON-FISCHER,1995; MARTA et al, 2009).

Nas últimas décadas, o conceito de humanização passou a ser introduzido aos novos currículos, o que contribuiu para que a produção do conhecimento passasse a enxergar o Homem como um todo. Logo, o conceito de saúde deixou de ser a ausência de doenças e foi ampliado de forma a abranger o bem-estar físico, psíquico e social, considerando, desse modo, o meio no qual o cidadão está inserido como um fator determinante para o alcance da sua saúde. Para mais, a humanização trouxe a visão da linguagem como ferramenta de compreensão do outro, permitindo o desenvolver de uma relação médico-paciente e de um tratamento mais individualizados (MARTA et al, 2009; RIOS e SIRINO, 2015).

Ao tratar-se especificamente do Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina (2014) preconizam o ensino humanizado, crítico, reflexivo e ético e voltado para o desenvolvimento de profissionais com empatia, sensibilidade, interesse, compreensão, que saibam respeitar a autonomia dos pacientes e garantir a confidencialidade e a segurança daqueles sob seus cuidados e com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde (CAVALCANTE et al, 2017). Além disso, é presente no capítulo sobre conteúdos curriculares e projeto pedagógico do curso de graduação em medicina: “A promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte) [...]”

Por conseguinte, conclui-se que a concepção de morte faz parte do conteúdo programático dos cursos de Medicina, mas poucas graduações dispõem de disciplinas que abordem a compreensão desse processo de forma explícita, reflexiva e crítica. Assim sendo, há um despreparo dos alunos e, conseqüentemente, dos médicos para lidar com situações de morte e morrer, o que fica evidente na vulnerabilidade emocional e dificuldade de escolher o vocabulário a ser empregue ao se defrontarem com tais cenários, fazendo uso excessivo de termos inapropriados e eufemismo (SADALA e SILVA, 2008; BIFULCO e IOCHIDA, 2009; MARTA et al, 2009; ALBERTONI et al, 2013). Destarte, afirma-se que a formação médica auxilia no preparo

psicológico e prático do estudante de Medicina e, conseqüentemente, do futuro médico acerca da morte em si e do processo de morrer. Tendo isso em vista, a lacuna existente no sistema de educação brasileiro contribui para um despreparo dos profissionais de saúde em território nacional (CAMARGO et al, 2015).

Ademais, ao tratar dos aspectos psicológicos de alunos de Medicina relacionados a morte e morrer, nota-se como, caso houvesse a abordagem necessária acerca desses processos, o cenário dos aspectos psicológicos de alunos de Medicina relacionados a eles poderia ser completamente distinto (CAMARGO et al, 2015). Ao passo que a formação médica não costuma tratar corretamente da questão da morte e do morrer, não há uma discussão que promova a compreensão da morte, o que leva muitos alunos a experienciarem sentimentos de angústia durante as aulas práticas de anatomia. A necessidade dessa conversa se mostra mais urgente para estudantes dos dois primeiros anos de graduação, pois é quando estão em maior contato com os cadáveres e tem menor chance de presenciar uma morte, sendo o momento adequado para preparar-se psicologicamente assistir o paciente em seu leito (ANDRADE et al, 2014).

Ao investigar-se a relação entre as visões de morte com o grau de ansiedade de estudantes dos cursos de Psicologia, Enfermagem e Medicina constatou-se que o nível de ansiedade frente a morte não variou em função do curso, mas variou no caso de concepção desse processo como algo desconhecido. Além disso, estudantes associaram a morte à dor, solidão e fracasso e admitiram que sentem grande angústia ao serem impelidos a acompanhar pacientes terminais e que tais vivências afloram suas próprias fragilidades e noção de finitude. Não obstante, ficou comprovado como a percepção da morte se altera entre o primeiro e o sexto ano da graduação por conta das experiências dos futuros médicos durante esse período e como essa mudança pode ser negativa, pois eventos traumatizantes podem inibir a busca de conhecimentos e fazer com que os graduandos percam a sensibilidade capacidade de enxergar o ser humano diante de si (AQUINO et al, 2010; ANDRADE et al, 2011; BERTOLDI e FOLBERG, 2013; MOREIRA et al, 2015). Diante disso, nota-se, mais uma vez, os efeitos psicológicos adversos

que o desconhecimento sobre a morte causa em alunos da área da saúde e a necessidade de trabalhar-se essas questões durante a graduação, pois tende-se a construir um ensino pautado somente nas formas de salvar uma vida, mas não em como proceder frente a morte.

Vale destacar que esse sentimento de fracasso frente ao processo de morrer ecoa, muitas vezes, no exercício da Medicina. Assim, é comum médicos e acadêmicos julgarem-se fracassados diante da morte de um paciente ou da constatação de um quadro terminal, o que pode ser visto como a tradução da negação não só da morte em si, mas da falibilidade da Medicina. Nessa conjuntura, há prejuízo do psicológico do estudante e do médico, os quais costumam entrar em choque e se isolar (ALBERTONI et al, 2013). Semelhante conjuntura ainda fada o doente terminal a um tratamento nada empático, pois ele é, na visão do profissional que se enxerga como um fracasso, a personificação desse deslize.

A abordagem dos cuidados paliativos e da espiritualidade aplicada à prática médica na graduação e a compreensão dos estudantes e profissionais da área da saúde no que tange tais temas

Nesse ponto da discussão entra uma outra questão: a recorrente não abordagem dos cuidados paliativos quanto opção de tratamento na faculdade de Medicina e, muitas vezes, nos próprios hospitais.

O ensino médico da contemporaneidade, tecnicista e cientificista, associado ao crescimento exponencial da indústria farmacêutica vem construindo um sistema de saúde que valoriza absolutamente a cura. Ao buscar somente a cura, os médicos parecem deixar de lado a passagem do juramento de Hipócrates que traz o alívio e a consolação como funções primordiais do profissional de saúde, as quais se diferenciam da tão almejada cura por sempre poderem ser colocadas em prática. Dessa forma, o cuidado médico, a medicina do leito, o toque, a escuta e o olhar de compromisso são colocados em um patamar secundário e o processo de morrer se torna um fardo, um processo doloroso do qual deve-se tentar fugir a todo instante.

Frente a esse cenário, em 1960, a psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross aprofundou-se nos estudos acerca da psicologia da morte e, ao longo dos

anos que se seguiram, publicou obras como “On death and dying”, “Questions and answers on death and dying” e “Living with death and dying”. Usando sua vasta experiência no trato de russos e poloneses marcados pela Segunda Guerra Mundial, a médica descreveu os estágios pelos quais passam os pacientes terminais (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação), ressaltou a importância da coparticipação de familiares para a construção de processos terapêuticos individualizados e questionou a relutância das equipes em fazer uso de todos os recursos disponíveis para aliviar as dores físicas e emocionais dos doentes. Assim, Elisabeth propôs um modelo em que a opinião do paciente deveria ser ouvida sem julgamentos e o médico teria por função auxiliá-lo na tomada de decisões quanto pessoa incumbida de conhecimentos sobre a Medicina baseada em evidências. Para mais, os próprios familiares dos doentes deveriam receber cuidados de forma a evitar o seu adoecimento emocional ao longo de todo o processo terapêutico. Nesse momento, a Medicina começa a ter registros mais frequentes de sua associação com a espiritualidade, o que promove uma mudança na forma de se enxergar a morte. A partir de então, surge a Medicina voltada para a qualidade do morrer e a morte passa a ser vista como uma metáfora: “O corpo físico é a morada temporária da alma ou entidade que se liberta, como uma borboleta do casulo, para habitar uma dimensão atemporal, na qual não há dor nem sofrimento; onde só há beleza, prazer e plenitude; onde a pessoa é recebida por um ente querido que já tenha feito o que ela chamava de transição, e onde nunca se está só.” (SELENE e MINAYO, 2013). Apesar de a psicologia da morte ser abordada explicitamente desde então, o termo “cuidados paliativos” só surgiu em 1974. Ao contrário do que soa para um falante do português brasileiro, as ações compreendidas nessa esfera médica não condizem com algo feito para “disfarçar ou arranjar uma solução temporária e precária para um problema”. Derivado do latim, o prefixo “pallium” significa manta, remetendo à ideia de proteger, cobrir, amparar, o que constitui a base dos princípios dos cuidados paliativos (FONSECA e GEOVANINI, 2013).

Na década de 90, a OMS definiu cuidados paliativos como “cuidado ativo e total dos pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos, incluindo controle da dor, de outros sintomas e

problemas sociais e espirituais com o objetivo de atingir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e seus familiares”. Na atualidade, o conceito de cuidados paliativos abrange, ainda, a identificação precoce e avaliação escrutinizada da dor e de problemas associados aos âmbitos físico, psicológico, social e espiritual. Logo, os cuidados paliativos transcendem os cuidados técnicos restritos ao tratar da enfermidade, se estendendo às diferentes dimensões do paciente e engloba ações multissetoriais, isto é, realizadas em equipe tanto por profissionais médicos quanto por não médicos (ROBERTSON e BOWLBY, 1952; KUBLER-ROSS e KESSLER, 2000).

Nas últimas décadas, muito se discutiu acerca do prolongamento artificial da vida e, assim, da possibilidade de antecipar a chegada da morte em casos específicos. Nesse contexto, surgiram termos como Eutanásia – prática ativa de abreviar a vida de um paciente com doença em estágio irreversível e sem possibilidade de melhora com o objetivo de cessar seu sofrimento através, por exemplo, da aplicação de um medicamento que interrompa suas funções vitais - Distanásia adiamento da morte de um indivíduo, geralmente, via emprego de fármacos e aparelhagens que, muitas vezes, proporcionam sofrimento – e Ortotanásia. Esse último, por sua vez, significa “morte correta”, ou seja, no seu tempo certo e caracteriza-se pela opção de não submeter um paciente sem prognóstico de cura a tratamentos invasivos e degradantes destinados somente a prolongar o processo de morte. Portanto, cabe à Ortotanásia a promoção de cuidados paliativos ao paciente até o momento de morte com o intuito de garantir a qualidade de vida desse indivíduo durante tal processo e a chegada indolor da morte (MORAIS et al, 2016).

Ao questionar-se pacientes terminais, familiares e equipes médicas sobre o que significa morte boa, para a maior parte dos entrevistados ela era vista como a capacidade de ter “controle da dor e dos sintomas; boa relação com a família e bem-estar ambiental; boa relação com a equipe médica”. Parentes de pacientes em fase terminal, internados em unidades de tratamento intensivo apontam, ainda, que os cuidados durante o processo de morrer devem incluir “dignidade, apoio, respeito, paz e controle do

paciente” para caracterizarem uma morte boa no cenário hospitalar (MULARSKI et al, 2005; HIRAI et al, 2006).

Assim, nota-se como as questões levantadas pela Medicina dos cuidados paliativos está intimamente ligada aos pontos que doentes, seus familiares e profissionais da área da saúde consideram cruciais ao morrer bem, ratificando a importância dessas práticas.

Não obstante, deve-se perguntar: como é abordado o conceito de cuidados paliativos durante formação médica nacional?

Ao longo das duas últimas décadas, o ensino dos cuidados paliativos vem sendo introduzido nas graduações da área da saúde no Brasil. Fruto de um processo recente, tal introdução se deu via matérias optativas, não tendo entrado, assim, na grade curricular nacional dos cursos de Medicina. Diante disso, a disseminação dos conhecimentos acerca dessa área médica em iminente expansão ainda se dá de forma insuficiente, dificultando o desenvolvimento das habilidades e competências essenciais a sua prática (TOLEDO e PRIOLLI, 2012). É válido destacar que a formação em cuidados paliativos foi aprovada quanto especialidade médica, no Brasil, em 2011, isto é, 24 anos após o primeiro país (Reino Unido) tê-lo feito (MANCHOLA et al, 2016).

Nesse cenário, a Carta de Praga – redigida em conjunto pelas instituições de maior destaque em cuidados paliativos no mundo - documenta tais práticas quanto direito dos pacientes e ratifica a obrigação legal dos Estados em garantir o seu acesso, bem como fomenta a corresponsabilização das universidades no processo de capacitação de profissionais para atuar na área de cuidados paliativos (MORAIS et al, 2016).

Materiais e Métodos

Esta pesquisa apresenta caráter transversal. A amostra de 148 indivíduos foi retirada da população de estudantes de Medicina da FTESM no ano de 2019.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionário fechado estruturado tendo por base questionários validados nacionalmente, cujo

critério de exclusão foi a não aceitação do termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Os dados a seguir se referem ao questionário enviado online a 148 estudantes de Medicina da FTESM, dos quais 147 concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ao analisar a figura 1, nota-se que a maior parte dos alunos entrevistados (117) se encontra na faixa entre 18 e 24 anos, dentre os quais os extremos concentram mais estudantes – 23 e 18 indivíduos, respectivamente. Diante disso, fica explícita a amplitude das idades encontradas no curso em voga.

Dos 147 alunos analisados, 39 afirmam cursar atualmente o primeiro ano, o que coloca tal opção como aquela que comporta 26% dos entrevistados. Por outro lado, apenas 9% dos participantes (13 indivíduos) encontram-se no último ano da faculdade de Medicina, sendo a menor parcela do grupo em questão (figura 2A).

Ao longo da pesquisa constatou-se que aproximadamente 70% dos participantes (103), afirma não se sentir preparado para lidar com a morte; contra 44 estudantes (cerca de 30%) que dizem estar preparados para semelhante enfrentamento (figura 2B). A figura 2C mostra que 125 (80%) apontam já ter se deparado com a morte. Assim, apenas 15% (22 alunos) não relatam tal experiência.

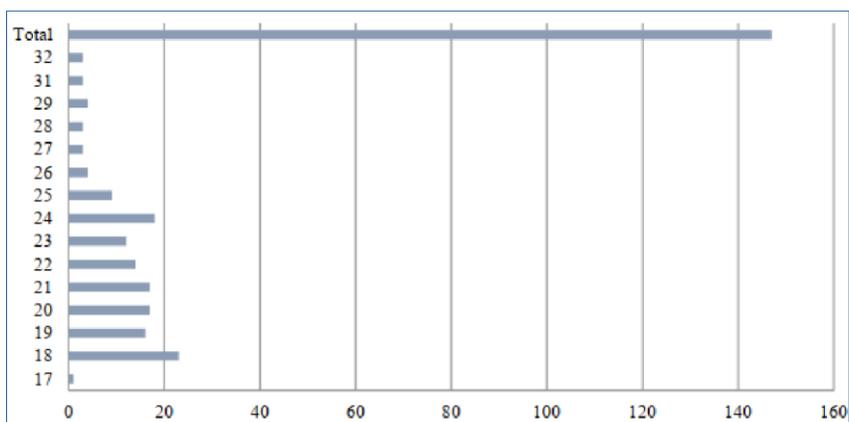


Figura 1: Idade dos alunos de Medicina da FTESM respondentes.

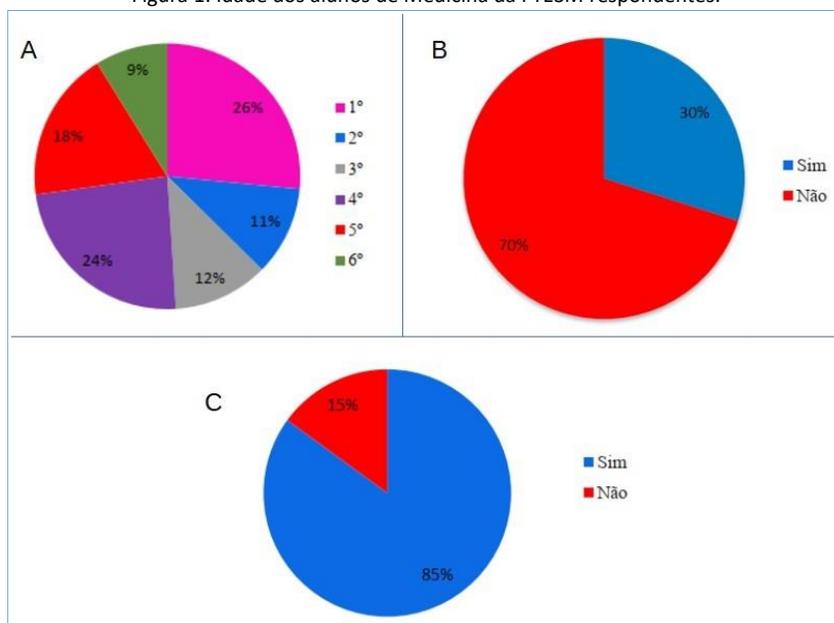


Figura 2: A – Distribuição de alunos respondentes de acordo com o ano do curso. B – Se sente preparado para lidar com a morte? C – Já se deparou com a morte?

No que tange a seleção de uma palavra para descrever a morte, a preponderância da resposta “fim” é inegável (38 estudantes). Para mais, termos como “adeus”, “esquecimento”, “fracasso”, “livramento”, “perdão”,

“ruptura”, “transcendência” e “viagem” somam apenas 8 respostas, correspondendo ao conjunto de palavras menos frequentes (figura 3).

Ao computar os dados acerca da atribuição de uma cor à morte, torna-se explícita a predominância do “preto” (76 participantes). Nesse cenário, “amarelo”, “azul” – e suas variações – “fruta-cor”, “marrom”, “preto e branco”, “transparente”, “verde” e “vermelho” apresentam as menores concentrações de entrevistados, totalizando 20 de 147 (figura 4).

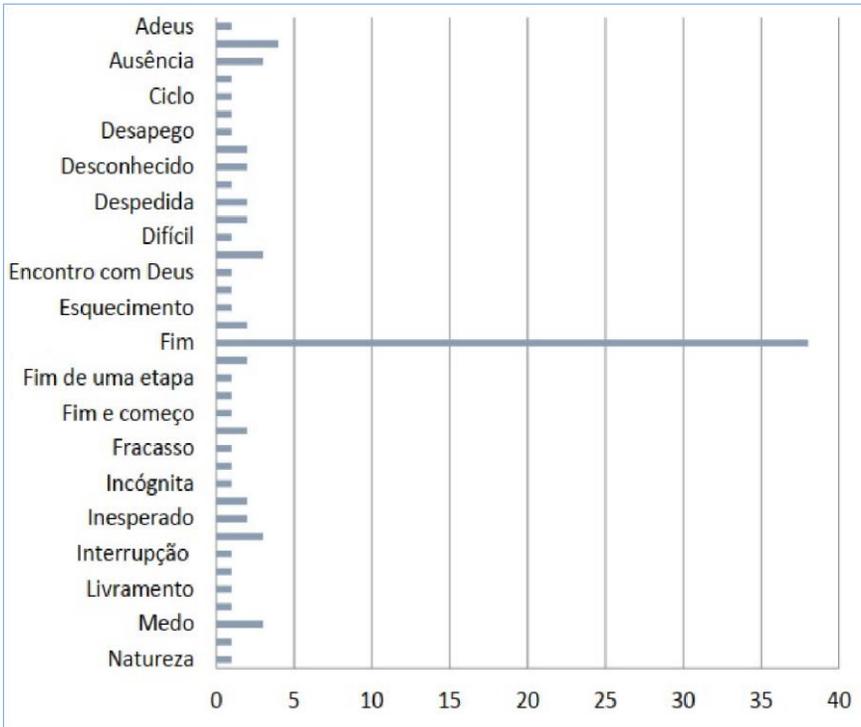


Figura3:Descrevaemumapalavraoqueémorteparavocê.

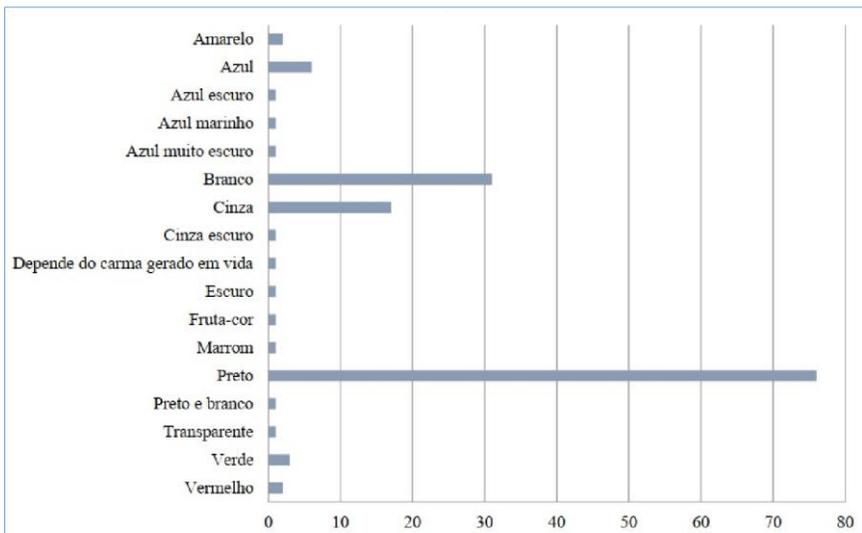


Figura 4: Descreva em uma cor o que é morte pra você.

A partir deste ponto, os resultados serão apresentados de acordo com a lógica de ramificação de perguntas. Portanto, o questionário abrangerá questões distintas de acordo com certas respostas dos participantes.

Questionário referente aos participantes que responderam “não” à pergunta “Em algum momento da sua vida você já se deparou com a morte?”

Todos os 22 entrevistados disseram achar insatisfatória a abordagem do tema “morte” durante a graduação.

Dezoito participantes (82%), dentre os 22 cujo questionário seguiu o caminho aqui sendo trilhado, assinalaram achar que o ato de falar sobre morte e morrer durante a graduação é capaz de mudar a compreensão do aluno sobre tal assunto (figura 5A).

Além disso, apesar de 4 terem dito não saber responder, nenhum estudante afirmou pensar que essa prática não mudaria a compreensão dos alunos.

A figura 5B mostra que 82% (18) dos alunos se dizem despreparados para lidar com a morte; enquanto 4 (18%) se autodeclararam preparados. Bem como, nenhum estudante afirmou estar totalmente preparado para semelhante confronto.

Apenas 5 participantes (23%) apontam estar preparados para comunicar más notícias. Em contrapartida, 17 se dizem despreparados, registrando um total de 0 (zero) alunos afirmando estarem totalmente preparados (figura 5C).

Dezenove estudantes (86%) optaram por assinalar que ainda há o que ser feito diante de um paciente terminal, discordando de outros 3 (14%), figura 5D.

Em torno de 20 indivíduos (91%) afirmam saber o que são cuidados paliativos, fazendo com que a parcela que não sabe permaneça restrita a cerca de 9% (2 indivíduos) (figura 6A).

Ao analisar a questão que aborda a relevância quanto ao enfrentamento com a morte de o profissional ter fé em alguma crença

religiosa, nota-se que as porcentagens de “sim” e “não sei responder” são iguais (32%), as quais abrangem um total de 14 pessoas (7 cada).

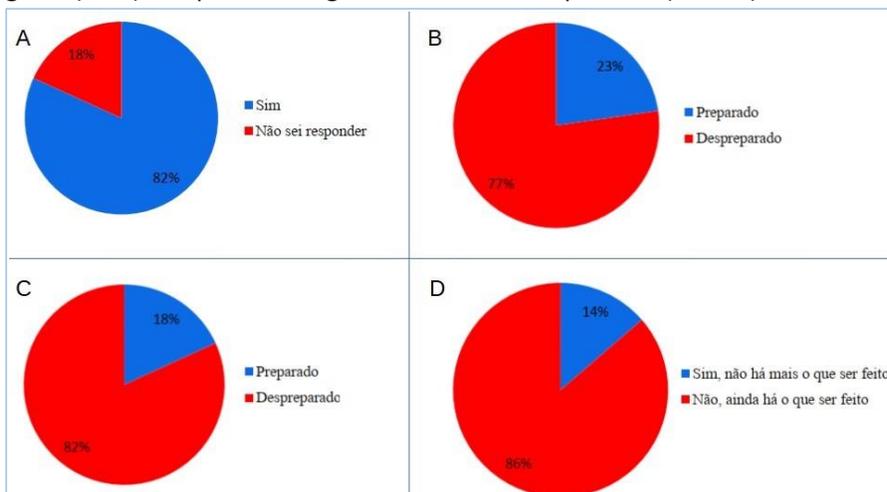


Figura 5: A - Falar sobre morte e morrer durante a graduação é capaz de mudar a compreensão do aluno sobre tal assunto? B – Você se sente preparado para lidar com a morte do paciente? C - O quão preparado você se sente para comunicar más notícias? D - Você considera que não há nada que se possa fazer diante de um paciente terminal?

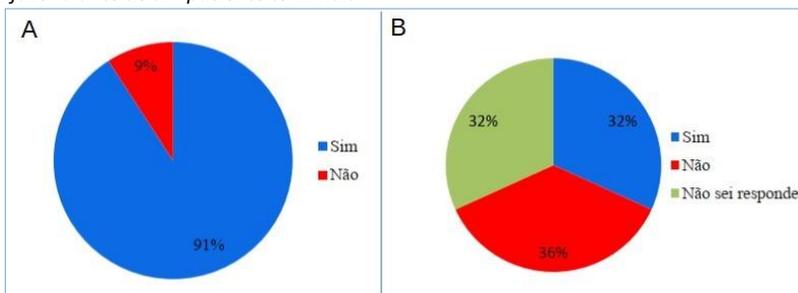


Figura 6: A – Você sabe o que são cuidados paliativos? B - Você considera relevante que, para o enfrentamento com a morte, o profissional da saúde tenha fé em alguma crença religiosa?

Nessa conjuntura, 36 % dos participantes apontam “não” como resposta para tal indagação, o que faz dessa a opção mais selecionada (figura 6B).

Questionário referente aos participantes que responderam “sim” à pergunta “Em algum momento da sua vida você já se deparou com a morte?”

A pergunta referente à figura 7A permitia que os estudantes selecionassem mais de uma opção, uma vez que o evento da morte perpassa as diferentes fases da vida. Nessa conjuntura, levando em conta que 125 participantes seguiram esse modelo de questionário, o registro de 174 respostas demonstra que há um excedente de 49 respostas, demonstrando que um número considerável de participantes assinalou mais de uma alternativa.

A infância se mostrou como a opção menos eleita (36 vezes); enquanto a adolescência e a fase adulta foram escolhidas, respectivamente, 76 e 62 vezes.

Ao passo que a questão acima tinha por objetivo separar em dois grupos os participantes que chegaram até esse ponto, apesar de ser reconhecível que os indivíduos possam ter passado pelo enfrentamento da morte em ambos os ambientes, apenas uma opção pôde ser escolhida.

Diante disso, na pergunta da figura 7B, 107 indivíduos (85,6%) selecionaram a opção que faz menção ao ambiente familiar e/ou de amigos. Logo, o ambiente da graduação – o qual faz referência a perda de pacientes – foi eleito por 18 estudantes (14,4%).

Questionário referente aos participantes que responderam “família/ amigos” à pergunta “Em que ambiente o enfrentamento da morte ocorreu?”

A pergunta referente à figura 8A permitia que os alunos selecionassem mais de uma opção, uma vez que o evento da morte pode gerar um misto de sentimentos. Nesse cenário, levando em conta que 107 participantes seguiram esse modelo de questionário, o registro de 290 respostas demonstra que há um excedente de 183 respostas, demonstrando que um número considerável de participantes assinalou mais de uma alternativa.

Ao computar os dados acerca da atribuição de uma palavra à sensação diante da morte, torna-se explícita a predominância do “sofrimento” (84 seleções). Concomitantemente, “curiosidade” e

“tranquilidade” apresentam as menores concentrações de entrevistados, totalizando 20 de 183 escolhas.

Ao serem questionados sobre o tempo de permanência da memória da morte em suas lembranças, 45 estudantes (42%) afirmaram que esta ficou por tempo mediano em sua lembrança diária.

Os grupos que assinalaram “muito tempo” e “ainda permanece” representam, respectivamente 30% e 26% dos alunos, somando 60 indivíduos. Os outros 2 participantes (2%) foram os únicos a apontar que a morte foi rapidamente esquecida (figura 8B).

A figura 8C mostra que 82,2% dos entrevistados disseram achar insatisfatória a abordagem do tema “morte” durante a graduação. Enquanto, no entanto, 17,8% desses indivíduos (19 alunos) apontaram satisfação diante de semelhante abordagem.

Oitenta e oito participantes (82%), dentre os 107 cujo questionário seguiu o caminho aqui sendo trilhado, assinalaram achar que o ato de falar sobre morte e morrer durante a graduação é capaz de mudar a compreensão do aluno sobre tal assunto.

Ao mesmo tempo, 16 desses apontaram não saber responder e apenas 3 consideraram que falar sobre morte e morrer durante a graduação não promove mudanças na compreensão do aluno sobre tal assunto (figura 8D).

Os dados obtidos a partir desse questionamento mostram que 55% (59) dos alunos se dizem despreparados para lidar com a morte; enquanto 46 (43%) se autodeclaram preparados e 2 (2%) afirmam estar totalmente preparados para semelhante confronto (figura 9A).

Na figura 9B, 26 participantes (24%) apontam estar preparados para comunicar más notícias.

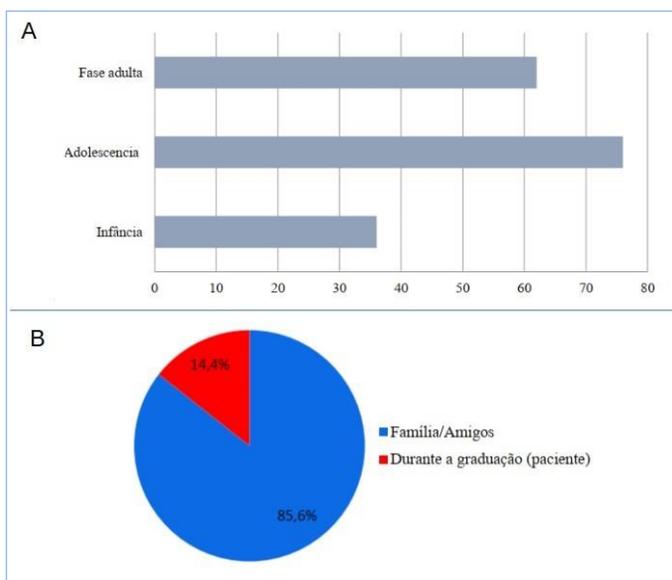


Figura 7: A - Em que fase ou fases o encontro com a morte ocorreu? B - Em que ambiente o enfrentamento da morte ocorreu?

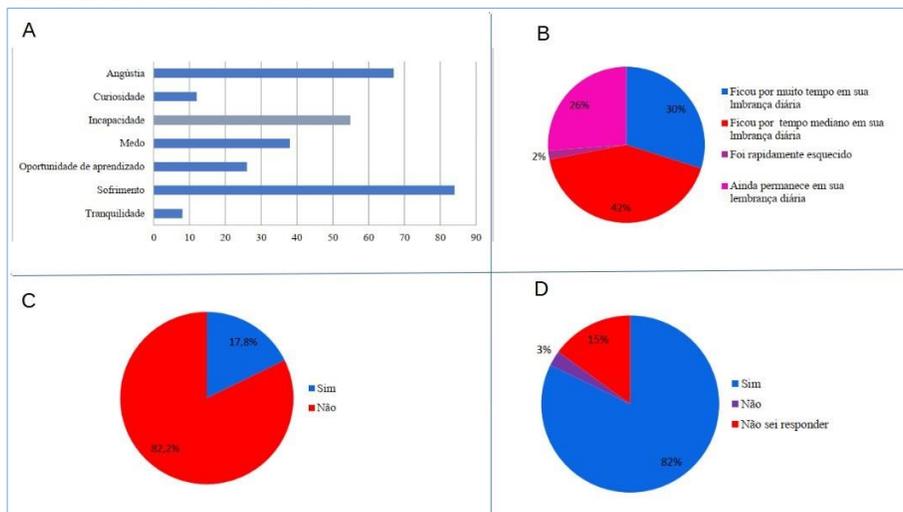


Figura 8: A - O que você sentiu ao vivenciar o enfrentamento com a morte? B - Permanência da morte na memória. C - O tema da morte é abordado de forma satisfatória durante a graduação? D - Falar sobre morte e morrer durante a graduação é capaz de mudar a compreensão do aluno sobre tal assunto?

Noventa e dois (86%) optaram por assinalar que ainda há o que ser feito diante de um paciente terminal, discordando de outros 15 (14%) (figura 9C).

Em torno de 103 indivíduos (96%) afirmam saber o que são cuidados paliativos, fazendo com que a parcela que não sabe permaneça restrita a cerca de 4% (4 indivíduos) (figura 9D).

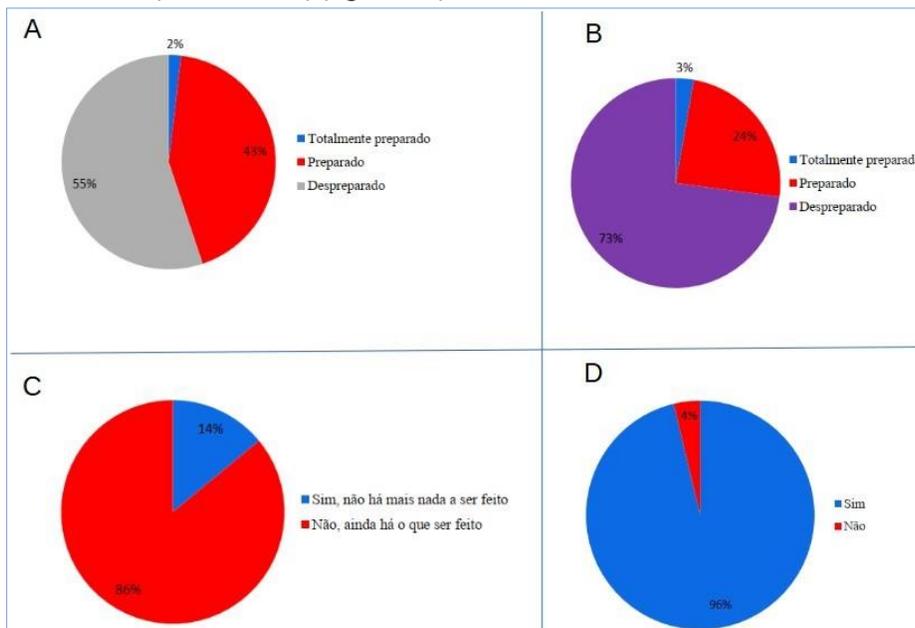


Figura 9: A - Você se sente preparado para lidar com a morte de um paciente? B - Você se sente preparado para comunicar más notícias? C - Você considera que não há nada que se possa fazer diante de um paciente terminal? D - Você sabe o que são cuidados paliativos?

Questionário referente aos participantes que responderam “sim” à pergunta “Você sabe o que são cuidados paliativos?”

Em meio aos 103 indivíduos cujo questionário chegou a este ponto, 100 (97%) assinalaram “sim”, restringindo a apenas 3% (3 alunos) a opção “não sei responder”.

Nessa conjuntura, constata-se um total de 0 (zero) participantes afirmando que não indicariam o processo terapêutico baseado em cuidados paliativos para um paciente terminal (figura 10A).

Oitenta e dois alunos (80%) apontaram que estariam dispostos a se submeter a cuidados paliativos em caso de doença terminal. Nessa perspectiva, aqueles que não souberam responder (15 indivíduos) ou não aceitariam tal processo terapêutico (6 indivíduos) correspondem, respectivamente, a 14% e 6%, aproximadamente (figura 10B).

Ao analisar a questão que aborda a relevância quanto ao enfrentamento com a morte de o profissional ter fé em alguma crença religiosa, nota-se que as porcentagens de “sim” e “não sei responder” somam mais de 50%, correspondendo, respectivamente, a 37 e 15 indivíduos. 51 dos 103 participantes (49%) apontam “não” como resposta para tal indagação (figura 10C).

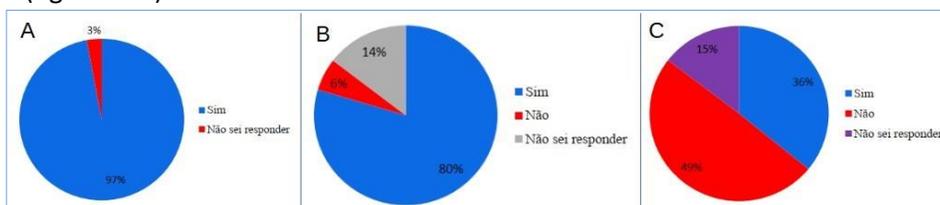


Figura 10: A - Indicaria o processo terapêutico baseado em cuidados paliativos para um paciente terminal? B - Caso se tornasse um paciente terminal, aceitaria ser submetido a cuidados paliativos? C - Considera relevante que, para o enfrentamento com a morte, o profissional da saúde tenha fé em alguma crença religiosa?

Questionário referente aos participantes que responderam “não” à pergunta “Você sabe o que são cuidados paliativos?”

Ao analisar a questão que aborda a relevância quanto ao enfrentamento com a morte de o profissional ter fé em alguma crença religiosa, nota-se que as porcentagens de “não” e “não sei responder” são idênticas (50%), correspondendo a 4 indivíduos (2 cada). Assim, o total de indivíduos que assinalou “sim” se iguala a 0 (zero) (figura 11).

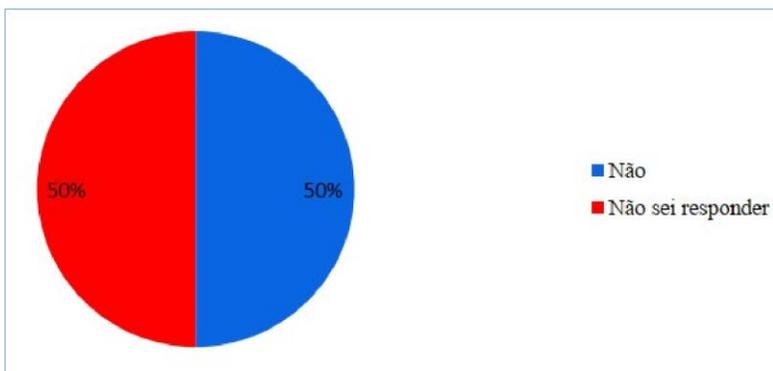


Figura 11: Considera relevante que, para o enfrentamento com a morte, o profissional da saúde tenha fé em alguma crença religiosa?

Questionário referente aos participantes que responderam “durante a graduação (paciente)” à pergunta “Em que ambiente o enfrentamento da morte ocorreu?”

No que tange a seleção de uma palavra para descrever a perda de um paciente, há predominância das palavras “frustrante” e “tristeza”, as quais correspondem a 8 indivíduos (4 cada).

Para mais, com exceção de “impotência” – o qual foi escrito por 2 alunos - todos os outros termos como apresentam mesma frequência (aparecem uma vez) (figura 12A).

A pergunta, referente à figura 12B, permitia que os alunos selecionassem mais de uma opção, uma vez que o evento da morte pode gerar um misto de sentimentos. Nesse cenário, levando em conta que 18 participantes seguiram esse modelo de questionário, o registro de 39 respostas demonstra que há um excedente de 21 respostas, demonstrando que um número considerável de participantes assinalou mais de uma alternativa.

Ao computar os dados acerca da atribuição de uma palavra à sensação diante da morte, torna-se explícita a predominância de “incapacidade” (12 seleções). Concomitantemente, “tranquilidade” e “curiosidade” apresentam as menores concentrações de entrevistados, totalizando 3 de 39 escolhas.

Vale destacar que nenhum indivíduo assinalou “medo”.

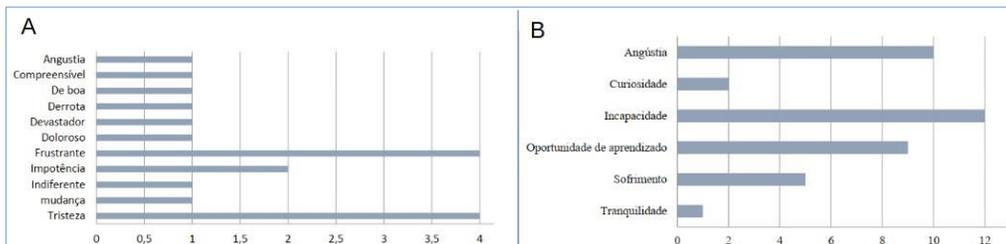


Figura 12: A - Descreva, em uma palavra, como foi perder um paciente. B - O que sentiu ao vivenciar o enfrentamento com a morte?

Ao serem questionados sobre o tempo de permanência da memória da morte em suas lembranças, 7 estudantes (39%) afirmaram que esta ficou por tempo mediano em sua lembrança diária.

Os grupos que assinalaram “ainda permanece” representa 33% dos alunos, totalizando 6 indivíduos. Os outros 5 participantes (28%) foram os únicos a apontar que a morte foi rapidamente esquecida (figura 13A).

Dezessete entrevistados (94%) disseram achar insatisfatória a abordagem do tema “morte” durante a graduação. Enquanto, no entanto, 1 aluno (6%) apontou satisfação diante de semelhante abordagem (figura 13B).

Quatorze participantes (78%), dentre os 18 cujo questionário seguiu o caminho aqui sendo trilhado, assinalaram achar que o ato de falar sobre morte e morrer durante a graduação é capaz de mudar a compreensão do aluno sobre tal assunto.

Ao mesmo tempo, 3 (17%) desses apontaram não saber responder e apenas 1 (5%) considerou que falar sobre morte e morrer durante a graduação não promove mudanças na compreensão do aluno sobre tal assunto (figura 13C).

Os dados obtidos a partir desse questionamento mostram que 39% (7) dos alunos se dizem despreparados para lidar com a morte; enquanto 11 (61%) se autodeclaram preparados e nenhum se declara totalmente preparado para semelhante confronto (figura 13D).

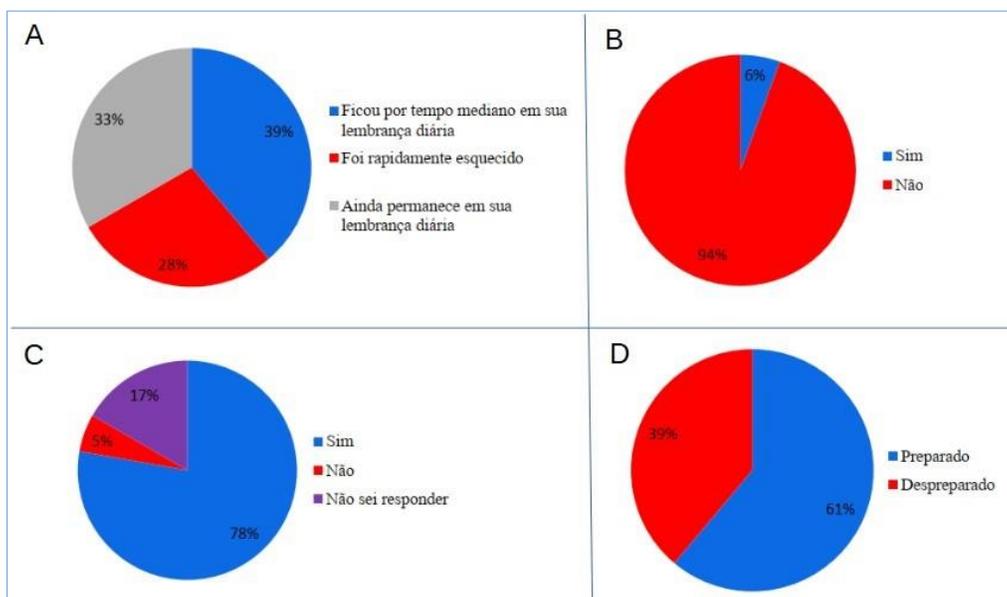


Figura 13: A – Permanência da morte na memória. B - A morte é abordada de forma satisfatória durante a graduação? C - Falar sobre morte durante a graduação é capaz de mudar a compreensão do aluno sobre o assunto? D - Você se sente preparado para lidar com a morte de um paciente?

Nesse ponto, 16 participantes (89%) apontam estar despreparados para comunicar más notícias. Em contrapartida, 2 (11%) se dizem preparados, registrando um total de 0 (zero) alunos afirmando estarem totalmente preparados (figura 14A).

No que tange a efetiva comunicação de más notícias, 13 participantes (72%) relataram não terem passado por tal situação até o momento da entrevista. Porém, 5 desses (28%) afirmaram já terem tido tal experiência (figura 14B).

Quinze estudantes (83%) optaram por assinalar que ainda há o que ser feito diante de um paciente terminal, discordando de outros 3 (17%) (figura 14C).

Ao analisar a questão que aborda a relevância quanto ao enfrentamento com a morte de o profissional ter fé em alguma crença

religiosa, nota-se que as porcentagens de “sim” e “não sei responder” somam 33%, correspondendo, respectivamente, a 5 e 1 indivíduos.

Nessa conjuntura, 12 dos 18 participantes (67%) apontam “não” como resposta para tal indagação (figura 14C).

Todos os 18 entrevistados disseram achar saber o que são cuidados paliativos e indicariam o processo terapêutico baseado em cuidados paliativos para um paciente terminal.

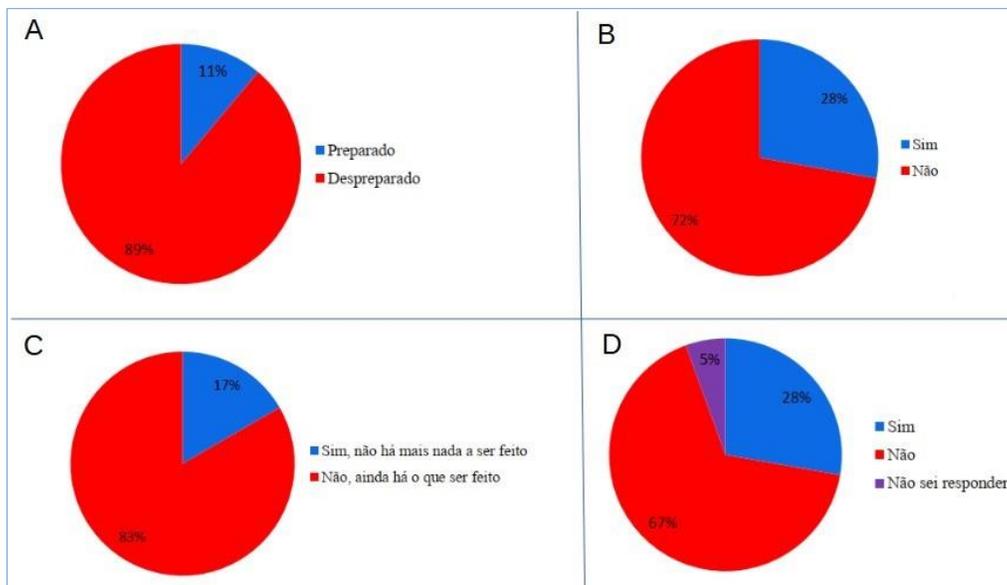


Figura 14: A - Se sente preparado para comunicar más notícias? B – Já comunicou más notícias? C - Considera que não há nada que se possa fazer diante de um paciente terminal? D - Considera relevante que, para o enfrentamento com a morte, o profissional da saúde tenha fé em alguma crença religiosa?

Discussão

Ao unir-se as afirmações de vários autores, torna-se tangível a relação entre o déficit no desenvolvimento da habilidade de comunicação por parte dos estudantes de Medicina e a preocupação tardia das instituições de ensino em incorporar ao currículo disciplinas voltadas para a desconstrução da ideia de que saúde se resume à ausência de doenças, o

paciente se resume à sua queixa e a morte representa o insucesso do médico. Portanto, o lapso de tempo durante o qual a humanização deixou de ser trabalhada desde a graduação formou profissionais inseguros e não empáticos, prejudicando o cuidado médico (GIRGIS e SANSON-FISCHER, 1995; OLIVEIRA et al, 2004; MARTA et al, 2009; CAVALCANTE et al, 2017; LEAL-SEABRA e COSTA, 2015; RIOS, 2015). Nesse contexto, a recente introdução de cadeiras voltadas para o desenvolvimento de habilidades como a comunicação e para a discussão sobre temas tidos como tabus – tais quais a morte e o processo de morrer – ecoa ainda nos dias atuais.

A constatação de que cerca de 86% da amostra (127 indivíduos) entrevistada ao longo do projeto afirma não achar satisfatória a abordagem do tema morte durante a graduação e um número ainda maior de estudantes diz não se sentir preparado para lidar com a morte de um paciente e/ou para comunicar más notícias explicita a consonância, dos achados pelo presente estudo e pelo material empregue na literatura.

Para mais, vale destacar que é presente no capítulo sobre conteúdos curriculares e projeto pedagógico do curso de graduação em medicina das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina (2014): “A promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte) [...]” (BRASIL, 2014). Logo, percebe-se como o tema morte está previsto no documento que define pontos a serem abordados ao longo do curso de Medicina. No entanto, como ratificado pela literatura, poucos cursos abordam de forma clara, reflexiva e crítica semelhante assunto (SADALA e SILVA, 2008; BIFULCO e IOCHIDA, 2009; MARTA et al, 2009 e ALBERTONI et al, 2013). Com base no dado coletado de que 111 dos 147 alunos entrevistados (aproximadamente 75,5%) se consideram despreparados para comunicar más notícias, observa-se o reflexo da discussão falha sobre morte ao longo da graduação. Diante disso, torna-se comum a insegurança no momento de escolher as palavras a serem empregues ao dialogar com acompanhantes do paciente que veio a falecer, dando espaço para o uso indevido de termos inapropriados para tal cenário e eufemismo.

Vale refletir sobre como essa comunicação improvisada pode afetar a família do paciente, uma vez que esse diálogo é construído, muitas vezes, em locais nada acolhedores e rodeados por outros indivíduos. Assim, a família não tem o direito de passar pelo primeiro momento do luto com privacidade, o que agrava a sua conjuntura de vulnerabilidade. Além disso, o comunicado chega, frequentemente, pela boca de profissionais que não os médicos que os familiares têm como referência de forma a focar nos fatos biológicos e técnicos que envolveram todo o processo de morte do indivíduo, desqualificando a sua partida como sentimental e significativa para outros além dos acompanhantes e distanciando a instituição médica do processo de luto iminente. Por consequência, a sensação referida pelos familiares, frequentemente, é de que médico e centro hospitalar não são corresponsabilizados pela morte, caindo a culpa sobre o próprio morto.

Destarte, indo de acordo com o expressado por Camargo e colegas, torna-se inegável a crucial participação da formação médica em prol do devido preparo psicológico e prático do futuro médico, bem como, conseqüentemente, conclui-se que o gap na graduação brasileira fada o sistema de saúde a lidar com profissionais despreparados (CAMARGO et al, 2015).

A ideia apresentada de que ampliar a discussão poderia modificar o cenário atual é reiterada pelos próprios alunos, uma vez que cerca de 81,6% dos entrevistados (120 indivíduos) afirma pensar que o falar sobre morte e morrer durante a graduação é capaz de mudar a compreensão do aluno sobre tal assunto. Ademais, visto que os dois primeiros anos da faculdade (ciclo básico) são aqueles de maior visita a anatômicos e menor probabilidade de um estudante de Medicina vivenciar a morte de um paciente – por ainda não frequentarem hospitais de forma regular -, Andrade e colaboradores destacam que seria esse o momento mais adequado para estimular a compreensão acerca da morte e do morrer (ANDRADE et al, 2014).

Ao serem requisitados a definir a morte em uma palavra e em uma cor, a maior parte dos estudantes respondeu “Fim” e “Preto”, o que demonstra a visão negativa e pesada que a morte assume para tais indivíduos. A visão do morrer como um fardo, porém, se suaviza conforme o

ano da graduação aumenta. Nesse sentido, uma possível hipótese é a naturalização da perda de pacientes pelos alunos com maior experiência em ambientes hospitalares, bem como por esses serem mais velhos e apresentarem maior chance de terem perdido um ente querido. Semelhantes achados e reflexões remetem ao proposto por diversos estudos (AQUINO et al, 2010; ANDRADE et al, 2011; BERTOLDI e FOLBERG, 2013; MOREIRA et al, 2015). Outrossim, o apontamento do “fracasso” como definição para morte por uma parcela diminuta dos entrevistados faz referência a ideia de um “médico Deus”, isto é, com poderes extra-humanos e dever de garantir a sobrevivência dos Homens. A desconstrução dessa noção de infalibilidade depende do ensinamento de como lidar com a morte em detrimento de apenas com a vida. Os reflexos dessa concepção enraizada na cultura brasileira e mundial como um todo pode ser comprovado a partir da informação de que quase 60% (57,14%) dos alunos que responderem ao questionário sentem-se despreparados para lidar com a morte de um paciente, podendo tomar atitudes de isolamento, de antipatia – por enxergar o doente como a representação material da sua falha - e susto paralisante, por exemplo, diante de tal eventualidade (ALBERTONI et al, 2013).

Seguindo o disposto por diversos trabalhos e o encontrado pelo presente estudo, o deficit na área de psicologia da morte, tanto ao nível de graduação, quanto ao nível de ensino mais avançado e prática, abre espaço para que pacientes terminais e seus familiares não sejam devidamente amparados, perpetuando o sofrimento do processo de morte e reforçando a sua negatividade. Nesse contexto, os cuidados paliativos entram como medidas para maximizar o conforto físico, psicológico e emocional do doente, bem como de seus acompanhantes (ROBERTSON e BOWLBY, 1952; KUBLER-ROSS e KESSLER, 2000; FONSECA e GEOVANINI, 2013 e FREITAS, 2017).

No entanto, cuidados paliativos ainda são pouco abordados na graduação, o que prejudica semelhante tratamento que visa dar dignidade e qualidade de vida ao indivíduo no seu final de vida. A afirmação de que as graduações falham nesse quesito torna-se inegável a partir dos diversos estudos destinados a torná-la explícita e tentar criar soluções para combate

- la, como aqueles desenvolvidos por vários grupos (TOLEDO e PRIOLLI, 2012; MANCHOLA et al, 2016; e MORAIS et al, 2016).

Partindo do questionário, observa-se um quadro no qual quase 15% dos entrevistados julgam que não há nada que se possa fazer diante de um paciente terminal, apesar de mais de 82% desse mesmo grupo afirmar saber o que são cuidados paliativos. Assim, ao traçar um paralelo entre o ensino nas faculdades de Medicina e o cenário do campo em voga no Brasil, nota-se a importância de ensinar cuidados paliativos para graduandos de forma a reforçá-los quanto opção de terapêutica e estimular a sua adoção, permitindo que parta do paciente a escolha de seguir em tratamento convencional ou ser submetido a técnicas não invasivas, de amparo e preservação do bem-estar durante o morrer, caracterizando um procedimento de Ortotanásia.

Portanto, percebe-se como a discussão acerca do processo da morte abrange a questão “o que é morrer bem” para cada indivíduo. Indo de acordo com o relatado por Mularski e grupo, em 2005, e Hirai e colegas, em 2006, a maior parte (82%) dos alunos questionados acerca da adoção ou não de cuidados paliativos caso viessem a se tornar doentes terminais assinalaram “sim”, remetendo a ideia de “controle da dor e dos sintomas; boa relação com a família e bem-estar ambiental; boa relação com a equipe médica; dignidade, apoio, respeito, paz e controle do paciente” tida como predominante na entrevista referente aos artigos publicados pelos autores supracitados. Diante disso, ratifica-se a tremenda relevância dos cuidados paliativos quanto métodos capazes de prover tais colocações tidas como essenciais para o morrer bem (MULARSKI et al, 2005 e HIRAI et al, 2006).

Ao final, o presente trabalho de monografia se preocupou em explorar um aspecto mais profundo da concepção do “morrer bem”: a espiritualidade. Frente a constatação de que a espiritualidade e as religiões por ela entremeadas é responsável por guiar o pensamento e o comportamento de muitos pacientes terminais e de seus familiares, é válido analisar como o médico deve fazer uso dessa ferramenta de forma a contribuir para a evolução do cuidado.

Objetivando obter a percepção dos estudantes acerca do papel do profissional de saúde nessa circunstância, perguntou-se “Você considera relevante que, para o enfrentamento com a morte, o profissional da saúde tenha fé em alguma crença religiosa?”. Desse modo, apenas 33% da amostra afirmou categoricamente que sim, o que dá lugar a uma série de hipóteses. Nesse cenário, pode-se especular se o fortalecimento nas últimas décadas da ideia de divergência entre espiritualidade e religião não poderia ser a motivação de a maior parte dos estudantes não julgar essencial a fé em uma crença específica para o manejo da morte e da importância que o paciente dá a esses conceitos.

Conclusão

A partir da observação dos dados coletados de forma direta (a partir da implementação de questionário fechado) e indireta (a partir da utilização de informações, conhecimentos e dados coletados por outros indivíduos em pesquisas prévias), pode-se chegar a 5 conclusões centrais:

1. O sistema de saúde conta com médicos cujas habilidades de comunicação e de empatia – dentre outras - não foram bem trabalhadas durante a sua formação por conta de uma tardia implementação de disciplinas com foco na humanização do cuidado
2. Há um déficit educacional no que tange a discussão e reflexão acerca da morte e do morrer ao longo da graduação em Medicina, o qual resulta no despreparo psicológico e emocional dos futuros profissionais da saúde
3. Os estudantes e profissionais de Medicina sentem-se inseguros diante do enfrentamento desses eventos em decorrência de semelhante despreparo
4. Os cuidados paliativos não são bem trabalhados na graduação e seus benefícios continuam, muitas vezes, sendo menosprezados tanto por pacientes/familiares, quanto pelos próprios médicos
5. Apesar de a religião, historicamente, apresentar grande influência sobre a forma como se enxerga saúde, doença e morte, o cenário

atual mostra que para o estudante de saúde hodierno isso já não é tão expressivo

Destarte, ratifica-se o êxito do presente estudo no que se refere a análise da percepção dos alunos de Medicina acerca do processo de morte e morrer, bem como a investigação da abordagem dos processos de morte e morrer na faculdade de Medicina da FTESM e da interpretação desse tema pelos estudantes da área. Diante disso, torna-se explícita a relevância de pesquisas nesse campo de forma a viabilizar a denúncia de falhas dos sistemas nacionais de saúde e de educação quanto à discussão acerca dos processos de morte e morrer no ambiente da faculdade de Medicina, permitindo a revisão e correção de tais vulnerabilidades e contribuindo, portanto, para a formação de médicos mais preparados.

Referências Bibliográficas

ALBERTONI, L. I.; JÚNIOR, R. S.; CURY, P. M.; PEREIRA, P. S. F.; MIYAZAKI, M. C. O. S.. Análise qualitativa do impacto da morte sobre os estudantes de medicina da faculdade de medicina de São José do Rio Preto. *Arq Ciênc Saúde*, São José do Rio Preto, v. 20, n. 2, p.49-52, abr./ jun. 2013. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-20-2/ID_5_29_abrjun_2013.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.

ANDRADE, J. B. C.; SAMPAIO, J. J. C.; FARIAS, L. M.; MELO, L. P.; SOUSA, D. P.; MENDONÇA, A. L. B.; FILHO, F. F. A. M.; CIDRÃO, I. S. M.. Contexto de formação e sofrimento psíquico de estudantes de medicina. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p.231-242, abr./jun. 2014.

AQUINO, T. A. A.; SERAFIM, T. D. B.; SILVA, H. D. M.; BARBOSA, E. L.; CIRNE, E. A.; FERREIRA, F. R.; DANTAS, P. R. S.. Visões de morte, ansiedade e sentido da vida: um estudo correlacional. *Psicol. Argum.*, Curitiba, v. 28, n. 63, p. 289-302, out./dez. 2010.

ARIÈS, P.. *O homem diante da morte*. São Paulo: Unesp; 2014.

BERTOLDI, S. G.; FOLBERG, M. N.; MANFROI, W. C.. Psicanálise na educação médica: subjetividades integradas à prática. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, vol.37 no.2 Rio de Janeiro. Apr./June 2013.

BIFULCO, V. A.; IOCHIDA, L. C.. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p.92-100, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/13.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

CAMARGO, A. P.; NUNES, L. M. F.; REIS, V. K. R.; BRESCHILIARE, M. F. P.; MORIMOTO, R. J.; MORAES, W. A. S.. The Teaching of Death and Dying in Brazilian Medical Graduation: Review Article. *Rev. bras. educ. med.* vol.43 no.3 Brasília July/Sept. 2019.

CAVALCANTE, M.; VASCONCELOS, M. V. L.; GROSSEMAN S.. A Comunicação De Más Notícias Por Estudantes De Medicina: Um Estudo De Caso. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde* . v. 2. 2017.

DUARTE, A. C.; ALMEIDA D. V.; POPIM, R. C.. Death within the medical undergraduate routine: students' views. *Interface (Botucatu)*. 19(55):1207-19. 2015.

EUROPEAN ASSOSSIATION FOR PALLIATIVE CARE.. Palliative care: a human right. Carta de Praga. [Internet]. Praga: EAPC [acesso 16 jul 2019]. Disponível em: <https://www.apcp.com.pt/uploads/cartadepraga.pdf> 37, n. 2, p.202-209, abr./jun. 2013.

FONSECA, A.; GEOVANINI, F.. Cuidados Paliativos na Formação do Profissional da Área de Saúde. *Rev. bras. educ. med.* 37 (1) : 120-125; 2013

GIRGIS, A.; SANSON-FISHER, R. W.. Breaking Bad News: Consensus Guidelines for Medical Practitioners. *J Clin Oncol*, 13(9), 2449–2456. 1995.

HIRAI, K.; MIYASHITA, M.; MORITA, T.; SANJO, M.; UCHITOMI, Y.. Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. *J Pain Symptom Manage.* [Internet]. 2006 [acesso 16 jun 2019];31(2):140-7. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2005.06.012

KUBLER-ROSS, E.; KESSLER, D.. *Life lessons*. New York: Scribner; 2000.

LEAL-SEABRA, F.; COSTA, M. J.. Comunicação de más notícias pelos médicos no primeiro ano de internato : um estudo exploratório. *Revista de la Fundación Educación Médica*, 18(6), 387– 395. 2015.

MANCHOLA, C.; BRAZÃO, E.; PULSCHEN A.; SANTOS M.. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2016; 24 (1): 165-75

MARTA, G. N.; MARTA, S. N.; FILHO, A. A.; JOB, J. R. P. P.. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3), 416–427. 2009.

MORAIS, I. M.; NUNES, R.; CAVALCANTI, T.; SOARES, A. K. S.; GOUVEIA, V. V.. Percepção da “morte digna” por estudantes e médicos. *Revista Bioética* 24(1):108-117. 2016.

MULARSKI, R. A.; HEINE, C. E.; OSBORNE, M. L.; GANZINI, L.; CURTIS, J. R.. Quality of dying in the ICU: ratings by family members. *Chest.* [Internet] 2005 [acesso 16 jun 2019];128(1):280-7. DOI: 10.1378/chest.128.1.280

NONINO, A.; GONÇALVES, S. M.; FALCÃO, D. P.. Treinamento Médico para Comunicação de Más Notícias : Revisão da Literatura Médica. *Rev. Bras. Edu. Méd.*, 36(2), 228– 233. 2012.

OLIVEIRA, V. Z.; OLIVEIRA, M. Z.; GOMES, W. B.; GASPERIN, C.. Comunicação do Diagnóstico: Implicações no Tratamento de Adolescentes com Doenças Crônicas. *Psicologia em Estudo*, 9, 9–17. 2004.

RIOS, I. C.; SIRINO, C. B.. A Humanização no Ensino de Graduação em Medicina: o Olhar dos Estudantes. *Rev. Bras. Edu. Méd.* 39(3), 401– 409. 2015.

ROBERTSON, J.; BOWLBY, J.. Responses of young children to separation from their mothers. II Observations of the sequence of response of children aged 18 to 24 months during the course of separation. *Courrier du Centre International de l'Enfance.* 3:131-142. 1952

SADALA, M. L. A.; SILVA, M. P.. Cuidar de pacientes em fase terminal:a experiência de alunos de medicina. *Interface - Comunic., Saúde, Educ., Botucatu*, v.12, n.24, p.7- 21, jan./mar. 2008.

TOLEDO, A. P.; PRIOLLI, D. G. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. *Rev Bras Educ Méd.* 36(1):109-17. 2012.