



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA-DME
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ARETHA ALVES MACHADO DE SOUZA

**DISCUSSÕES SOBRE MORTE E O MORRER AO LONGO DO CURSO DE
MEDICINA EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA**

ARACAJU

2014

ARETHA ALVES MACHADO DE SOUZA

**DISCUSSÕES SOBRE MORTE E O MORRER AO LONGO DO CURSO DE
MEDICINA EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Colegiado de
Medicina da Faculdade Federal de
Sergipe.

Orientador: Dr. Marco Antônio
Prado Nunes

ARACAJU

2014

ARETHA ALVES MACHADO DE SOUZA

**DISCUSSÕES SOBRE MORTE E O MORRER AO LONGO DO CURSO DE
MEDICINA EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA**

Monografia apresentado ao
Colegiado de Medicina da
Faculdade Federal de Sergipe
como pré-requisito parcial para
obtenção do título de médico.

Aprovada em: ____/____/____

Graduanda: Aretha Alves Machado de Souza

Orientador: Dr. Marco Antônio Prado Nunes

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, o nosso grande orientador nessa grande e maravilhosa escola que é a vida.

A minha mãe, Altair, que me ensinou com seu exemplo e sempre soube me erguer quando eu perdia uma batalha.

Ao meu orientador, Marco Prado, pela paciência e pelos ensinamentos dados a mim nesse momento tão especial.

Aos meus queridos amigos de faculdade, com quem pude dividir alegrias e angústias.

SUMÉRIO

REVISÃO DE LITERATURA	7
REFERÊNCIAS	12
NORMAS DE PUBLICAÇÃO.....	15
ARTIGO CIENTÍFICO	
RESUMO.....	20
ABSTRACT	20
INTRODUÇÃO	21
OBJETIVO	21
MÉTODOS	22
RESULTADOS	22
DISCUSSÃO	23
CONCLUSÃO	25
REFÊRENCIAS	26
TABELAS E GRÁFICOS	28

ANEXOS

ANEXO 1: QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO..... 33

ANEXO 2: TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... 35

Revisão de Literatura

Da mesma forma que o nascer, a morte faz parte do ciclo da vida e essa consciência foi uma importante conquista do homem (KOVACS, 1992, p. 29). Sendo, portanto, natural do ponto de vista biológico (COMBINATO; QUEIROZ, 2006, p. 210). Mesmo assim, é um tema pouco discutido na sociedade, que compreende a morte como um tabu (MEDEIROS, 2011, p. 203). Consequentemente acaba assumindo uma significação relativa, uma vez que todas as suas representações sofrem influencia do contexto cultural. (KOVACS, 1992, p. 29).

O significado da morte tem variado ao longo da história e entre as diferentes culturas humanas. Na idade média, a morte era esperada no leito e compreendida com naturalidade, pois fazia parte do ambiente doméstico e era numa espécie de cerimônia pública organizada pelo próprio moribundo. O maior temor, nessa época, era morrer repentinamente sem as homenagens cabidas. (KOVACS, 1992, p. 29; COMBINATO; QUEIROZ, 2006, p. 210).

A partir do século XVIII os mortos passaram a ser excluídos da sociedade. Nessa época, eles eram colocados, juntamente com o lixo, cada vez mais longe do meio urbano e do convívio social (COMBINATO; QUEIROZ, 2006, p. 210). No século XX marcou uma fase em que se observou um esforço para sugerir que “nada havia mudado”, e assim a morte não deveria ser percebida. Deixando de ser mais um fenômeno natural e passando a ser um fracasso, uma impotência ou uma imperícia, e por isso deveria ser ocultada. (KOVACS, 1992, p. 29). Essa mudança acompanhou o desenvolvimento do capitalismo e o corpo humano tornou-se um instrumento de produção. O adoecer nesse contexto passou a significar ausência de produção e assim uma vergonha devido à inatividade. (PITTA, 1999, apud COMBINATO; QUEIROZ, 2006, p. 210).

Com o objetivo de esconder a morte, ela é transferida do lar para o hospital que até o século XVIII era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres e de exclusão dos doentes, loucos, devassos, prostitutas, mas não representava a busca da cura. A partir daí, os hospitais se reorganizaram assumindo o modelo dos hospitais militares e foram associados às mudanças que ocorreram no saber e na prática médica favorecendo a formação de uma medicina hospitalar (FOULCAULT, 1993, p. 64). A medicina passou a ser denominada de Ciências Médicas.

No final do século XIX, nos Estados Unidos da América, diante da necessidade de avaliar o ensino médico, a elaboração do Relatório Flexner foi o responsável pela mais importante reforma das escolas médicas, com profundas implicações para a formação médica e a própria medicina. (AZEREDO, 2007, p. 46; PAGLIOSA, 2008, p. 493). Nesse

período a formação médica passou a ser orientada pelo modelo biomédico, onde o paciente-sujeito passou a ser percebido através do seu corpo-biológico e, o estudante de Medicina, através da sua formação, vai aprendendo a se comprometer com a vida. A cura passou a ser a recompensa desse esforço (AZEREDO, 2007, p. 46).

O modelo de atenção à saúde ensinado nas escolas de Medicina e nas demais profissões da área da saúde no Brasil passou a seguir esse modelo baseado na prevenção, diagnóstico, tratamento efetivo e cura de doenças. Diante desse contexto, o processo de morte e morrer podem provocar sentimentos contraditórios, pois esses acadêmicos são preparados para lidar com a vida e ao se depararem com a morte veem a sua função ameaçada (BIFULCO; IOCHIDA, 2009, P. 93). O sentimento gerado por situações como esta é interpretado como impotência, frustração e revolta (KOVÁCS, 2010, p. 424) comprometendo, assim, o cuidado desse paciente. (COMBINATO; QUEIROZ, 2011, p. 3899).

O profissional da saúde é levado a enfrentar a morte de maneira intuitiva e muitas vezes sem preparo emocional (LIMA, 2007, p. 22). Desde o início do curso, onde os cadáveres são materiais de estudo, os estudantes entram em contato com a morte despersonalizada, sem identidade e sem história; este, pela ciência, deve reprimir qualquer sensação de repulsa ou angústia (SADALA, 2008, p. 9; CHEN, 2007, p. 22).

Possivelmente esse seria um dos momentos em que poderia surgir a primeira negatização da morte que surge com as “piadas” sobre as peças anatômicas. Bifurco (2006 apud LIMA, 2007, p. 23) afirma que essas “piadas” representam a indiferença dos estudantes nesse primeiro encontro e seriam consideradas manifestações contrafóbicas e talvez as primeiras reações de defesa desses futuros profissionais.

Alguns países já iniciaram uma discussão sobre a inserção desse tema na formação médica: a América do Norte já incorporou há alguns anos a discussão sobre a morte e o ato de morrer em seus currículos, o que se tornou obrigatório segundo exigência do comitê de Ética (CHEN, 2007, p. 33); na Alemanha, embora algumas escolas de medicina já tenham incluído essa discussão em seus cursos, os cuidados paliativos se tornaram obrigatórios no currículo de graduação em medicina (WEBER, 2011, p. 1).

No Brasil, ainda não há diretrizes sobre o ensino dos cuidados no fim da vida (TOLEDO; PRIOLLI, 2012, p.110). Ainda que as Diretrizes Curriculares do curso de graduação em Medicina (CES04, 2001), mais especificamente o artigo 5º e o item XIII, informe que todos os médicos devem atuar na proteção e na promoção da saúde e na

prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte.

Entretanto, na prática, ainda não se conseguiu efetivar a abordagem relacionada às questões da morte e do morrer no ensino e na assistência (TOLEDO; PRIOLLI, 2012, p.110). Provavelmente influenciado por fatores histórico-culturais ainda se mantém a postura de se evitar falar da morte (SANTOS & INCONTRI, 2011, p. 77 e 78). Apesar disso Toledo e Priolli, (2012) relatou que os coordenadores das escolas médicas brasileiras concordaram sobre a importância dos cuidados no fim da vida no ensino médico, embora tenha sido dada pouca prioridade ao seu ensino. Com o aumento das doenças crônicas onde raramente ocorrem curas, esse modelo parece ser ineficaz (BIFULCO; IOCHIDA, 2009, p. 93).

Diante de uma doença incurável pode surgir um conflito: salvar um paciente, evitando ou adiando a sua morte a todo custo ou cuidar dele, através do alívio e do controle de sintomas (KOVÁCS, 2010, p. 424). Diante disso, muitas vezes o avanço dos conhecimentos tecnocientíficos não significa, necessariamente, melhor assistência à saúde (BARCHIFONTAINE & PESSINI, 2000, p. 265), pois os profissionais de saúde empenhados em sua tarefa podem submeter os pacientes a exames e intervenções, alguns invasivos e dolorosos (KOVÁCS, 2010, p. 424) que podem ser confundidas com esperança (CHEN, 2007, p. 164).

Nesse contexto, qualquer decisão para suspender ou retirar um tratamento pode se tornar impraticável e ser interpretada como uma desistência. Essa obstinação terapêutica poderia se tornar uma distanásia, sem que os médicos percebam. O tratamento seria inútil ou teria um efeito mais nocivo do que os efeitos da própria doença e o benefício esperado seria menor do que os inconvenientes previsíveis transformando a fase final da vida num longo e doloroso processo de morrer. Esse problema tem sido debatido inclusive pela bioética (LIMA, 2006, p.80).

O Código de Ética Médica garante o direito do paciente terminal a não ter seu tratamento prolongado, dá direito ainda ao alívio da dor e a não ser morto pelo médico. O artigo 6º do Código de 1988 relatava ser antiético para o médico utilizar seus conhecimentos para gerar sofrimento físico e moral e, o artigo 61, parágrafo 2º incentiva o médico a não abandonar seu paciente portador de moléstia crônica ou incurável. (PISSINI,1996, p. 8).

Em 2009 o Código de Ética Médica foi revisto e ampliado pelo Conselho Federal de Medicina que elaborou normas que orientam os médicos deixaram ainda mais claro o procedimento diante de pacientes com doenças crônicas ou terminais, acrescentando os

cuidados paliativos como uma obrigação médica. No capítulo I, dos princípios fundamentais, artigo XXII (CFM, 2009) declarou que o médico deveria evitar a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários em situações clínicas irreversíveis e terminais e propiciar, aos seus pacientes, todos os cuidados paliativos apropriados (SANTOS & INCONTRI, 2011, p. 78).

O Código de Ética informou que o limite da possibilidade terapêutica não deve significar o fim da relação médico-paciente (PISSINI, 1996, p. 4) e sugeriu estimular o paciente a adotar uma posição ativa diante da decisão do seu tratamento, como visto no capítulo V, que trata da relação com pacientes e familiares, no artigo 41, em seu parágrafo único (CFM, 2009, p. 39), o Código de Ética normatizou que, nos casos de doença incurável e terminal, o médico deveria levar sempre em consideração a vontade do paciente ou de seu representante legal (SANTOS & INCONTRI, 2011, p. 78). Os pacientes com doença terminal passaram a ter os mesmos direitos que os outros pacientes de receber cuidados médicos, apoio pessoal, direito a ser informado, mas também o direito de recusar informações e/ou procedimentos diagnósticos e/ou tratamentos (BARCHIFONTAINE & PESSINI, 2000, p. 483).

A distanásia seria a consequência direta da ausência da discussão sobre a morte com o paciente. E portanto a ausência ou a inadequada comunicação entre o médico e o paciente interfere no cuidado. Para Lima (2007) isso causaria um afastamento dos médicos dos seus pacientes, e segundo ela isso seria justificado por esses profissionais como uma neutralidade científica em que a exclusão das emoções e a racionalidade seriam a melhor forma para o bom exercício da profissão.

Meert et al (2008), mostra que os pais de crianças internadas em Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas (UTIPs) gostariam que os médicos fornecessem informações honestas e completas e usando linguagem para leigos. Esse trabalho ainda relata que ao ocultar informações para os pais poderia levar a falsa esperança e até mesmo um sentimento de raiva, traição e desconfiança por parte destes.

Meyer et al (2006) mostrou que a inadequada comunicação do médico sobre a morte de crianças internadas em UTIPs causou uma insatisfação geral dos pais. Castro (2001) mostrou que 70% dos médicos que lidavam com pacientes terminais no setor de terapia intensiva afirmaram que davam apoio e estabeleciam uma relação de confiança com os familiares do paciente terminal, mas apenas 50% conversavam abertamente com os familiares sobre a doença. Oliviera et al (2011) relataram que a adequada comunicação na

relação médico-paciente foi o instrumento básico para a construção de estratégias que visavam um cuidado humanizado.

Kolarik et al (2006) destacou que médicos, em todos os níveis de carreira, afirmaram ter desconforto ao comunicar má notícias, além de terem tido um treinamento limitado nessa área. Essa situação pode interferir na sua saúde e conseqüentemente na qualidade do seu atendimento. Azeredo (2011) relatou que quando o médico negava a morte se colocava numa situação ilusória de onipotência que o protegia de seus temores e ansiedades. Surgindo assim mecanismos de defesa que poderiam ser inconscientes.

O profissional que não for devidamente preparado para lidar com essas situações pode sentir uma sobrecarga afetiva e experimentar uma variedade de sentimentos reativos, como: solidão profissional, perda do senso de missão, cinismo, desesperança, frustração, bem como risco aumentado de Burnout e depressão; esses sentimentos podem ter repercussões negativas no cuidado ao paciente e à família (KOVÁCS, 2010, p. 425; MASCIA et al, 2009, p. 45). A síndrome de Burnout é descrita por Ruiz (2004) como uma resposta ao estresse laboral e sendo, segundo Shanafelt et al (2005), em parte definida por uma atitude despersonalização: favorece desumanização nas interações sociais e, provavelmente, uma diminuição significativa de empatia em geral, revelando um importante comprometimento da relação profissional-paciente. Esse distanciamento emocional já indica um forte indicativo de que o trabalho estava exigindo um enorme esforço por parte desses profissionais (LIMA, 2013, p. 1052).

Muitas são as conseqüências negativas que ocorrem com a negação da morte. E apesar disso ser uma realidade para os profissionais da área de saúde, são poucos os trabalhos, principalmente no Brasil, sobre esse assunto relacionados com a formação médica, o que demonstra ainda se dá pouca importância a esse relevante tema.

REFERÊNCIAS

AZEREDO, N.S.G. *O acadêmico de medicina frente a morte: questões para se (re)pensar a formação*. Dissertação (mestrado Ciências Médicas), **UFRGS**, 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12945/000635601.pdf?sequence=1>> Acessado em: 13 mar 2013.

AZEREDO, N. S. G.; ROCHA, C. F.; CARVALHO, P. R. A. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022011000100006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 24 dez 2012.

BARCHFONTEINE, C.P.; PESSINI L. *Problemas atuais de Bioética*. 5ª ed. São Paulo (SP): Loyola; 2000.

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, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022009000100013&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 10 Mar. 2014.

BRASÍLIA (Goiás). Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009, Código de ética médica (versão de bolso), **Conselho Federal de Medicina**, Brasília, 2010, 70 p.

CASTRO, D. A. Psicologia e ética em cuidados paliativos. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 21, n. 4, Dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932001000400006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 30 Mar. 2014.

CHEN, P. W.; Exame final: Reflexões de uma cirurgiã sobre a mortalidade. São Paulo: Globo, 2007. 294 p.

COMBINATO, D.S.; QUEIROZ, M.S. Morte: uma visão psicossocial. *Estud. psicol.*, Natal, v. 11, n. 2, Ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 04 fev. 2014.

COMBINATO, D.S.; QUEIROZ, M.S. Um estudo sobre a morte: uma análise a partir do método explicativo de Vigotski. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 9. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a25v16n9.pdf>> Acessado em: 24 dez 2012.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993. Pg 64

KOLARIK, R.C.; WALKER, G.; ARNOLD, R.M. Pediatric resident education in palliative care: A needs assessment. **Pediatrics**; v. 117, n. 6. Jun2006. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/117/6/1949.full.pdf>> .Acessado em: 30 mar 2014.

Kóvacs MJ. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo Casa do Psicólogo; 1992.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n. 4, Ago 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf>Acessado em: 11 mar 2014.

LIMA, D.M. *Enfrentamento de situações de morte e morrer: percepções de médicos e enfermeiros sobre seu preparo*.2007. 95f. Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju. 2007.

LIMA, C. Medicina High Tech, obstinação terapêutica e distanásia. **Medicina interna**, v. 13, n. 2, Abr/jun 2006. Disponível em:<http://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_079_082.pdf> . Acessado em: 13 mar 2014.

LIMA, R.A.S. et al . Vulnerabilidade ao burnout entre médicos de hospital público do Recife. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, Abr. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000400018&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 21 Mai 2014.

MASCIA, A.R., SILVA, F.B., LUCCHESI, A.C., DE MARCO, M.A., NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F., NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Atitudes frente a aspectos relevantes da prática médica: estudo transversal randomizado com alunos de segundo e sexto anos. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022009000100006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 06 jan 2013.

MEERT, K.L. et al. National Institute of Child Health and Human Development Collaborative Pediatric Critical Care Research Network, Parents' perspectives on physician-parent communication near the time of a child's death in the pediatric intensive care unit. **Pediatr Crit Care Med**. v. 9, n.1, Jan. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3198033/>> Acessado em: 30 mar 2014.

MEDEIROS, L. A.; LUSTOSA, M. A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582011000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 24 dez 2012.

MEYER, E.C. et al. Improving the quality of end-of-life care in the pediatric intensive care unit: Parents' priorities and recommendations. **Pediatrics**.;v. 117, n. 3. Mar 2006. Disponível em: < <http://pediatrics.aappublications.org/content/117/3/649>>Acessado em: 30 mar 2014.

OLIVEIRA, F.T., FLÁVIO, D.A.; MARENGO, M.O.; SILVA, R.H.A. Bioética e humanização na fase final da vida: visão de médicos. *Rev bioét.*; v.19,n.1. Mar2011. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/553/635>. Acessado em: 24 dez 2012.

PAGLIOSA, F.L.; ROS, M.A. O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. *Rev. Bras. Educ. Méd.*; v. 32, n. 4. Santa Catarina, Fev 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12>> Acessado em: 30 mar 2014.

PESSINI L. Distanásia: até quando investir sem agredir? *Rev.Bioética*. v.4, n. 1.1996. Disponível em: <<http://www2.ufpel.edu.br/medicina/bioetica/DISTAN%C1SIA%20-%20AT%C9%20QUANDO%20INVESTIR%20SEM%20AGREDIR.PDF>> Acessado em: 17 mar 2014.

RUIZ, C.O.; RIOS, F.L. El burnout o síndrome de estar quemado en lós profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol.*;v. 4, n.1. 2004. Disponível em: <http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf> Acessado em: 1 jun 2014.

SANTOS, F.S., INCONTRI, D. As leis, a educação e a morte - uma proposta pedagógica de tanatologia no Brasil. *International Studies on Law and Education*. set-dez 2011 **CEMOrc-Feusp / IJI-Univ. do Porto**. Disponível em: <<http://www.hottopos.com/isle9/73-82Dora.pdf>> Acessado em: 12 jan 2013.

SADALA, M. L. A.; SILVA, M. P. Cuidar de pacientes em fase terminal: a experiência de alunos de medicina. *Interface*, Botucatu, v. 12, n. 24, Mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832008000100002&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 05 jan 2013.

SHANAFELT, T.D. et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J GenIntern Med.*; V. 20, n. 7. 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490167/pdf/jgi_05233.pdf> Acessado em: 23 mai 2014.

TOLEDO, A.P.; PRIOLLI, D.G. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022012000100015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 11 Mar. 2014.

WEBER, M.; SCHMIEDEL, S.; FRIEDEMANN, N.; ALT-EPPING, B. Knowledge and attitude of final – year medical students in Germany towards palliative care – an interinstitutional questionnaire-based study. *BMC Palliat Care.*; V. 10,n. 19. Nov 2011 Disponível em:<<http://www.biomedcentral.com/1472-684X/10/19>> Acessado em: 5 jan 2013.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Normas para publicação de trabalhos na Revista Brasileira de Educação Médica

A Revista Brasileira de Educação Médica é a publicação oficial da ABEM, de periodicidade trimestral, e tem como Missão publicar debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para a Educação Médica. Serão aceitos trabalhos em português, inglês ou espanhol.

Submissão on line

Os manuscritos serão submetidos à apreciação do Conselho Científico apenas por meio eletrônico através do sítio da Revista (<http://www.educacaomedica.org.br>). O arquivo a ser anexado deve estar digitado em um processador de textos MS Word, página padrão A4, letra padrão Arial 11, espaço 1,5 e margens de 2,0 cm a Direita, Esquerda, Superior e Inferior com numeração seqüencial de todas as páginas.

Não serão aceitas Notas de Rodapé. As tabelas e quadros devem ser de compreensão independente do texto e devem ser encaminhadas em arquivos individuais. Não serão publicados questionários e outros instrumentos de pesquisa.

Avaliação dos originais

Todo original recebido é avaliado por dois pareceristas cadastrados pela RBEM para avaliação da pertinência temática, observação do cumprimento das normas gerais de encaminhamento de originais e avaliação da qualidade científica do trabalho. Os conselheiros têm um prazo de 20 dias para emitir o parecer. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aprovado como está; favorável a publicação, mas solicitando alterações; não favorável a publicação. Todo Parecer incluirá sua fundamentação.

No caso de solicitação de alterações no artigo, estes poderão ser encaminhados em até 120 dias. Após esse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores o artigo será considerado como retirado. Após aprovação o artigo é revisado ortográfica e gramaticalmente. As alterações eventualmente realizadas são encaminhadas para aprovação formal dos autores antes de serem encaminhados para publicação. Será realizada revisão ortográfica e gramatical dos resumos e títulos em língua inglesa, por revisor especializado.

Forma e preparação de manuscritos

1. Artigos originais: (limite de até 6.000 palavras, incluindo texto e referências e excluindo tabelas, gráficos, folha de rosto, resumos e palavras-chave).
 - 1.1. Pesquisa - artigos apresentando resultados finais de pesquisas científicas;
 - 1.2. Ensaio - artigos com análise crítica sobre um tema específico relacionado com a Educação Médica;
 - 1.3. Revisão - artigos com a revisão crítica da literatura sobre um tema específico.
2. Comunicações: informes prévios de pesquisas em andamento - Extensão do texto de 1.700 palavras, máximo de 1 tabela e 5 referências.
3. Documentos: documentos sobre política educacional (documentos oficiais de colegiados oficiais) – Limite máximo de 2.000 palavras.
4. Relato de experiência: artigo apresentando experiência inovadora no ensino médico acompanhada por reflexão teórica pertinente – Limite máximo de 6.000 palavras.
5. Cartas ao Editor: cartas contendo comentários sobre material publicado – Limite máximo de 1.200 palavras e 3 referências.
6. Teses: resumos de dissertações de mestrado ou teses de doutoramento/livre-docência defendidas e aprovadas em Universidades brasileiras ou não (máximo de 300 palavras). Os resumos deverão ser encaminhados com o Título oficial da Tese, informando o título conquistado, o dia e o local da defesa. Deve ser informado igualmente o nome do Orientador e o local onde a tese está disponível para consulta e as palavras-chave e keywords.
7. Resenha de livros: poderão ser encaminhadas resenhas de livros publicados no Brasil ou no exterior – Limite máximo de 1.200 palavras.
8. Editorial: o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite – Limite máximo de 1.000 palavras.

Estrutura:

- Título do trabalho (evitar títulos longos) máximo de 80 caracteres, incluindo espaços - deve ser apresentada a versão do título para o idioma inglês. Apresentar um título resumido para constar no alto da página quando da publicação (máximo de 40 caracteres, incluindo espaços)
- Nome dos autores: A Revista publicará o nome dos autores segundo a ordem encaminhada no arquivo.
- Endereço completo de referência do(s) autor(es), titulação, local de trabalho e e-mail. Apenas os dados do autor principal serão incluídos na publicação.
- Resumo de no máximo 180 palavras em português e versão em inglês. Quando o trabalho for escrito em espanhol, deve ser acrescido um resumo nesse idioma.
- Palavras chave: mínimo de 3 e máximo de 8, extraídos do vocabulário DECS - Descritores em Ciências da Saúde para os resumos em português (disponível em <http://decs.bvs.br/>) e do MESH -

Medical Subject Headings, para os resumos em inglês (disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Os autores deverão informar que organizações de fomento à pesquisa apoiaram os seus trabalhos, fornecendo inclusive o número de cadastro do projeto.

No caso de pesquisas que tenham envolvido direta ou indiretamente seres humanos, nos termos da Resolução nº 196/96 do CNS os autores deverão informar o número de registro do projeto no SISNEP.

Referências

As referências, cuja exatidão é de responsabilidade dos autores, deverão ser apresentadas de modo correto e completo e limitadas às citações do texto, devendo ser numeradas segundo a ordem de entrada no texto, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors). Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Disponível em: <http://www.icmje.org>

Toda citação deve incluir, após o número de referência, a página(s). Ex: xxxxxx¹ (p.32).

Recomendamos que os autores realizem uma pesquisa na Base Scielo com as palavras-chave de seu trabalho buscando prestigiar, quando pertinente a pesquisa nacional

Exemplos:

Artigo de Periódico

Ricas J, Barbieri MA, Dias LS, Viana MRA, Fagundes EDL, Viotti AGA, et al. Deficiências e necessidades em Educação Médica Continuada de Pediatras em Minas Gerais. Rev Bras Educ Méd 1998;22(2/3)58-66.

Artigo de Periódico em formato eletrônico

Ronzani TM. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: qual o papel das crenças?. Rev Bras Educ Med [on line].2007. 31(1) [capturado 29 jan. 2008]; 38-43. Disponível em: http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/reforma_curricular.pdf

Livro

Batista NA, Silva SHA. O professor de medicina. São Paulo: Loyola, 1998.

Capítulo de livro

Rezende CHA. Medicina: conceitos e preconceitos, alcances e limitações. In: Gomes DCRG, org. Equipe de saúde: o desafio da integração. Uberlândia:Edufu;1997. p.163-7.

Teses, dissertações e monografias

Cauduro L. Hospitais universitários e fatores ambientais na implementação das políticas de saúde e educação: o caso do Hospital Universitário de Santa Maria. Rio de Janeiro; 1990. Mestrado [Dissertação] - Escola Brasileira de Administração Pública.

Trabalhos Apresentados em Eventos

Carmargo J. Ética nas relações do ensino médico. Anais do 33. Congresso Brasileiro de Educação Médica. 4º Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico; 1995 out. 22-27; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre:ABEM; 1995. p.204-7.

Relatórios

Campos MHR. A Universidade não será mais a mesma. Belo Horizonte: Conselho de Extensão da UFMG; 1984. (Relatório)

Referência legislativa

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

A bibliotecária da ABEM promove a revisão e adaptação dos termos fornecidos pelos autores aos índices aos quais a Revista está inscrito.

As contribuições serão publicadas obedecendo a ordem de aprovação do Conselho Editorial.

Declaração de Autoria e de Responsabilidade

Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Para tal, deverão encaminhar, após a aprovação do artigo, a seguinte Declaração de autoria e de Responsabilidade:

"Declaro que participei de forma suficiente na concepção e desenho deste estudo ou da análise e interpretação dos dados assim como da redação deste texto, para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo deste artigo. Revi a versão final deste artigo e o aprovei para ser encaminhado a publicação. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo substancialmente semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido a apreciação do Conselho Editorial de outra revista".

Artigos com mais de um autor deverão conter uma exposição sobre a contribuição específica de cada um no trabalho.

Ética em Pesquisa

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II.2 da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ("pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais") deverá encaminhar, após a aprovação, documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde ela foi realizada.

No caso de instituições que não disponham de Comitês de Ética em Pesquisa, deverá apresentar a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Conflitos de Interesse

Todo trabalho deverá conter a informação sobre a existência ou não de algum tipo de conflito de interesses de qualquer dos autores. Destaque-se que os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, incluindo também o próprio vínculo empregatício. (Para maiores informações consulte o site do International Committee of Medical Journal Editors <http://www.icmje.org/#conflicts>)

ARTIGO**Discussões sobre morte e o morrer ao longo do curso de medicina em uma universidade pública****Discussions about death and dying throughout the medical course at a public university**

Dr. Marco Antônio Prado Nunes. Rua Claudio Batista s/n; Sanatório; CEP: 49060-100 - Aracaju, Sergipe. Professor Doutor do Departamento de Medicina/ Universidade Federal de Sergipe. Email: nunes.ma@ufs.br

Aretha Alves Machado de Souza Rua Claudio Batista s/n; Sanatório; CEP: 49060-100 - Aracaju, Sergipe. Graduanda do Departamento de Medicina/ Universidade Federal de Sergipe. Email: aretha.machado@hotmail.com.

RESUMO

Introdução: No curso de medicina o estudante é pouco preparado para lidar com situações relacionadas à morte. Em situações como essas o profissional poderá experimentar uma variedade de sentimentos reativos podendo trazer repercussões negativas ao seu atendimento. **Objetivo:** Verificar a ocorrência de discussão sobre a morte e o morrer no curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe. **Método:** Questionário objetivo foi aplicado aos estudantes matriculados no curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. **Resultados:** Dos 265 estudantes de medicina avaliados, 55% relataram que evitaria ou teria receio em abordar o assunto com o pacientes portador de doença terminal. Ao longo do curso os estudantes apresentaram uma tendência crescente em informar que não teria problema diante de um paciente portador de doença terminal. A abordagem específica sobre o tema a morte e o morrer em alguma disciplina foi relatada por 67% dos estudantes, porém 88% julgaram o debate insuficiente para sua formação. **Conclusão:** Muitos dos acadêmicos se sentem despreparados para lidar com o processo de morte de um paciente terminal e manifestaram haver pouco debate sobre o tema.

Palavras-chaves: Assistência terminal; Atitude frente à morte; Educação médica.

ABSTRACT

Background: Throughout medical school the student is unprepared to deal with situations related to death. In situations like these professionals can experience a variety of reactive feelings may bring negative impact on medical attention. **Purpose:** Verify the occurrence of discussion about death and dying in medical school at the Federal University of Sergipe.

Method: Objective questionnaire was administered to students enrolled in the medical school of the Federal University of Sergipe. **Results:** Of the 265 medical students assessed, 55% reported that they would avoid or afraid to broach the subject with patients carrying terminal illness. Throughout the course the students showed an increasing tendency to report that it would be no problem on a patient with a terminal illness. The specific approach on the subject of death and dying in any discipline was reported by 67% of students, but 88% judged insufficient for training debate. **Conclusion:** Many of the students feel unprepared to deal with the process of death of a terminally ill patient and expressed to be little debate on the issue.

Keywords: Terminal care; Attitude to death; Education, Medical.

INTRODUÇÃO

A morte faz parte do ciclo da vida assim como o nascer, mas é ainda um assunto pouco discutido na sociedade, que a compreende como um tabu¹. Porém, para os profissionais de saúde, como os médicos e os enfermeiros, a morte faz parte do cotidiano². Já foi observado que os profissionais que não estavam devidamente preparados para lidar com essas situações experimentaram uma variedade de sentimentos reativos, como: solidão profissional, perda do senso de missão, cinismo, desesperança, frustração, bem como risco aumentado de *Burnout* e depressão; que poderia ter repercussões negativas no cuidado ao paciente e à sua família³.

Além da formação do médico enfatizar prioritariamente os aspectos biológicos^{4,5}, no início do curso, quando os cadáveres são materiais de estudo, os estudantes entram em contato com a morte despersonalizada, sem identidade e sem história. Nesse momento já deve reprimir qualquer sensação de repulsa ou angústia⁶. Desde o início do curso é treinado para lidar com a morte de maneira prática, sendo estimulado a esconder ou a não expressar seus sentimentos em relação à morte de um paciente⁷. Por isso a introdução do tema da morte e dos limites terapêuticos no currículo do curso de medicina poderia estimular novos comportamentos dos estudantes e dos profissionais, tornando-os mais aptos a lidar com a morte e com o paciente terminal⁸.

OBJETIVO

Analisar a presença de discussões sobre morte e o morrer ao longo do curso de medicina uma universidade pública.

MÉTODO

Este foi um estudo com delineamento transversal realizado no curso de medicina do Campus de Aracaju da Universidade Federal de Sergipe no período de outubro a dezembro de 2013. A pesquisa foi planejada segundo a Declaração de Helsinque e a resolução nº466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta dos dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética com o número CAAE: 29097314.1.0000.5546. Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, ao sigilo e proteção da identidade e, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram realizadas as entrevistas.

O critério de inclusão foram os estudantes matriculados no curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe do campus Aracaju. Foram excluídos da pesquisa os estudantes que estavam cursando o ciclo básico do primeiro ao quarto período, os de outras instituições que estavam no programa de mobilidade acadêmica e os ausentes no dia da aplicação do questionário.

O instrumento usado para a coleta dos dados com questões objetivas sobre idade, sexo, momento da discussão sobre a morte e o morrer, as disciplinas e a opinião do estudante sobre a suficiência desses debates.

A análise descritiva foi realizada através das frequências absolutas e relativas no caso das variáveis categóricas e por meio de medidas de tendência central e variabilidade no caso das variáveis numéricas. Em seguida as diferenças entre proporções foram avaliadas por meio do teste Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher e para a análise das comparações de duas amostras independentes, foi utilizado o teste estatístico t de Student. O nível de significância foi de 0,05.

RESULTADOS

Foram avaliados 265 estudantes de medicina com uma idade mediana de 24 anos (ITQ: 22 a 26 anos), sendo 52% (138/265) do sexo masculino e 48% (127/265) do sexo feminino e se distribuíram do quinto ao décimo segundo períodos (figura 1). Quando questionados sobre a sua reação diante de um paciente portador de doença terminal 55% (146/265) relatou que evitaria ou teria receio em abordar o assunto com os pacientes, enquanto 45% (119/265) informou que não teria problema.

Ao longo do ciclo profissional e do internato os estudantes apresentaram uma tendência progressivamente decrescente a evitar ou ter receio em abordar o assunto com o pacientes, enquanto mostraram uma tendência crescente em informar que não teria problema diante

de um paciente portador de doença terminal (tabela 1, figura 1 e 2). Foi detectada uma diferença nesse padrão apenas em relação ao 6º período ($p = 0,046$).

As disciplinas que foram referidas pelos estudantes (tabela 2 e figura 3) como as que mais abordaram sobre o tema morte foram Medicina Legal relatada por 52% (91/176) e 35% (92/265) informaram Psicologia Médica. Para o cálculo da frequência relativa foi levado em consideração os alunos que já tinham passado pelas disciplinas.

Os estudantes que informaram que evitariam ou teriam receio em abordar o assunto com o paciente terminal foram mais jovens ($p = 0,051$) e relataram que menor número de disciplinas que abordaram o tema morte ($p = 0,039$) em relação aos que disseram que não haveria problema.

Ainda que não tenha sido detectada relação com a postura diante de pacientes terminais ($p = 0,548$), 85% (226/265) dos estudantes já tinham debatido sobre a morte ou o processo de morrer e da mesma forma ($p = 0,239$), 63% (166/265) dos estudantes informaram que eventualmente refletiriam sobre a própria morte e 51% (135/265) relataram o sentimento de medo diante dessa condição (tabela 3).

Para 40% (105/265) dos estudantes a disciplina Anatomia (tabela 4) foi o primeiro contato com a morte e o sentimento nesse momento foi referido como indiferente para 41% (108/265) deles. Essa situação também não influenciou a postura do estudante diante de um paciente terminal (respectivamente $p = 0,976$ e $p = 0,208$).

Informaram que durante o curso tiveram aula que abordou especificamente a morte e o morrer 67% (177/265) dos estudantes e 88% (155/177) julgou que esse debate não tinha sido suficiente para a formação médica. Quando questionados sobre a forma como o tema deveria ser tratado no curso, 63% (168/265) relataram que poderia ser diluída nas várias matérias já existentes. Por fim, 73% (193/265) consideraram que a atitude de responder esse questionário despertou um sentimento positivo.

DISCUSSÃO

A maioria dos estudantes relatou ter debatido sobre a morte ou o processo de morrer em alguma disciplina durante o curso, porém mesmo assim 55% informou que evitaria ou teria receio de lidar com pacientes terminais. Essa situação já foi descrita antes e já observaram que ao mesmo tempo em que manifestam interesse pelo assunto, apresentam dificuldade

para tratar do tema¹⁰. Diante do modelo de atenção à saúde baseado na prevenção, diagnóstico, tratamento e cura de 'doenças' ensinado nas escolas de Medicina, o processo de morte e morrer pode provocar sentimentos contraditórios, pois esses acadêmicos são preparados apenas para lidar com a vida e ao se depararem com a morte veem a sua função ameaçada⁹. O acadêmico de Medicina aprende a se comprometer com a vida em detrimento da morte, mas quando a morte se apresenta, ela traz um sentimento de incapacidade⁸.

Entretanto à medida que progrediam no curso eles relataram que apresentavam mais segurança em abordar um paciente portador de doença terminal e falar sobre o assunto. Tal qual esta pesquisa, já relataram que 50% dos estudantes estariam preparados para enfrentar a morte¹². Por outro lado, já afirmaram que médicos, em todos os níveis de carreira, teriam desconforto em comunicar más notícias sendo uma consequência de um treinamento limitado nessa área¹³. Já foi questionado, inclusive, se a valorização da tecnologia e dos equipamentos não seria uma tentativa desesperada de rejeitar a morte iminente⁷.

Essa formação leva o profissional da saúde a enfrentar a morte de maneira intuitiva e muitas vezes sem preparo emocional¹⁵. Desde o início do curso, onde os cadáveres são materiais de estudo, os estudantes entram em contato com a morte despersonalizada, sem identidade e sem história; conseqüentemente aprendem a reprimir as sensações de repulsa ou de angústia^{6,16}.

As disciplinas mais citadas que abordaram o tema morte foram Medicina Legal e Psicologia Médica, ainda que a maioria tenha concordado que o debate não tinha sido suficiente para a sua formação médica. Poucas escolas de Medicina oferecem disciplinas que abordem esse assunto e esta abordagem ocorre com frequência em disciplinas como Oncologia ou Psicologia Médica¹². Portanto os cursos carecem de disciplinas que abordem os temas da morte e do luto⁹. Apesar de existir em algum momento discussões sobre a morte e o morrer, o tempo dado a esse tema ainda é insuficiente. Isso não deveria depender de uma matéria em específico, mas sim de um corpo docente que dê importância para o tema.

A maioria dos estudantes informou que eventualmente refletiam sobre a própria morte e apresentavam sentimento de medo diante dessa condição. Sendo a morte um tema complexo para o ser humano, para o profissional da saúde toma dimensões maiores, pois lida com ela desde a sua formação. Mais que o debate sobre o assunto, é necessária a orientação desses futuros médicos. A maioria dos entrevistados apenas eventualmente pensa na própria morte, o que pode ser interpretado como uma forma de negação, já que a

maioria dos que pensam na própria morte sente medo quando o faz¹⁰. Apesar da crescente projeção que o assunto vem tomando nos últimos anos, com relação à morte ao morrer se conhece pouco sobre os sentimentos e as atitudes dos estudantes de medicina e dos médicos¹⁰.

Alguns países já iniciaram uma discussão sobre a inserção desse tema na formação médica: a América do Norte já incorporou há alguns anos a discussão sobre a morte e o ato de morrer em seus currículos, o que se tornou obrigatório¹⁶; na Alemanha, embora algumas escolas de medicina já tenham incluído essa discussão em seus cursos, os cuidados paliativos se tornaram obrigatórios no currículo de graduação em medicina¹⁷. No Brasil, ainda não há diretrizes sobre o ensino dos cuidados no fim da vida¹⁸. Há uma tendência à inclusão desse tema nas universidades fora do Brasil, e é possível que isso faça que no futuro se incorpore também na grade curricular das escolas médicas brasileiras.

CONCLUSÃO

Nessa pesquisa observou-se que os estudantes se sentem progressivamente mais preparados para lidar com situações de morte e morrer do paciente. Contraditoriamente, uma grande parte diz ter havido pouco debate sobre o tema ao longo do curso, sendo insuficiente para sua formação médica. Apesar de a morte ser uma realidade para os profissionais da área de saúde, são poucos os trabalhos, principalmente no Brasil, sobre esse assunto na formação médica, o que demonstra ainda se dá pouca importância a esse relevante tema.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros, LA; Lustosa, MA. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. Rev. SBPH [periódico na Internet]. 2011 Dez; 14(2): 203-227.
2. Kovács, MJ. Educação para a morte. Education for death. Psicologia: ciência e profissão, 2005 Set; 25(3), 484-497.
3. Mascia, AR, Silva, FB; Lucchese, AC; Marco, MA; Nogueira-Martins, MCF; Nogueira-Martins, LA. Atitudes frente a aspectos relevantes da prática médica: estudo transversal randomizado com alunos de segundo e sexto anos. Rev. bras. educ. med. [periódico na Internet]. 2009 Mar. 33(1): 40-48.
4. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. Hist. cienc. saude-Manguinhos [periodico na Internet]. 2001 Jun; 8(1): 49-69.
5. Aguiar, IR; Veloso, TMC; Pinheiro, AK; Bezerra, XLB. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. Acta paul. enferm. [periodic na Internet]. 2006 Jun; 19(2): 131-137.
6. Sadala, MLA; Silva, MP. Cuidar de pacientes em fase terminal: a experiência de alunos de medicina. Interface [periódico na Internet]. 2008 Mar; 12(24): 7-21.
7. Mello, AAM; Silva, LC. A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. Revista da Abordagem Gestáltica, 2012 Jun. 18(1): 52-60.
8. Azeredo, NSG; Rocha, CF; Carvalho, PRA. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. Rev. bras. educ. med. [periódico na Internet]. 2011 Mar; 35(1): 37-43
9. Bifulco, VA; lochida, LC. 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. SBPH [periódico na Internet], 2009; 33(1): 92-100.
10. Vianna A., Piccelli H.. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. Rev. Assoc. Med. Bras [periódico na Internet]. 1998 Mar; 44(1): 21-27.
11. Kovács, MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. O Mundo da Saúde [periódico na Internet]. 2010 Ago; 34(4): 420-429.
12. Azeredo, NSG. O acadêmico de medicina frente a morte: questões para se (re)pensar a formação [Dissertação]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; 2007.
13. Kolarik, R.C.; Walker, G.; Arnold, R.M. Pediatric resident education in palliative care: A needs assessment. Pediatrics [periódico na Internet]. 2006 Jun; 117(6): 1949-1954.
14. Kubler-Ross, E. Sobre a morte e o morrer. 8 ed. São Paulo, Brasil: Martins Fontes, 1998.

15. Lima, DM. Enfrentamento de situações de morte e morrer: percepções de médicos e enfermeiros sobre seu preparo [Dissertação]. Sergipe: Universidade Federal de Sergipe - UFS, 2007.
16. Chen, PW. Exame final: Reflexões de uma cirurgiã sobre a mortalidade. 1 ed. São Paulo, Brasil: Globo, 2007.
17. Weber, M.; Schmiedel, S.; Friedemann, N.; Alt-Epping, B. Knowledge and attitude of final – year medical students in Germany towards palliative care – an interinstitutional questionnaire-based study. BMC PalliatCare [periódico na Internet]. 2011 Nov; 10(19): 1-7.
18. Toledo, AP; Priolli, DG. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. Rev. bras. educ. med. [periódico na Internet]. 2012 Mar; 36(1): 109-117.

TABELAS E GRÁFICOS

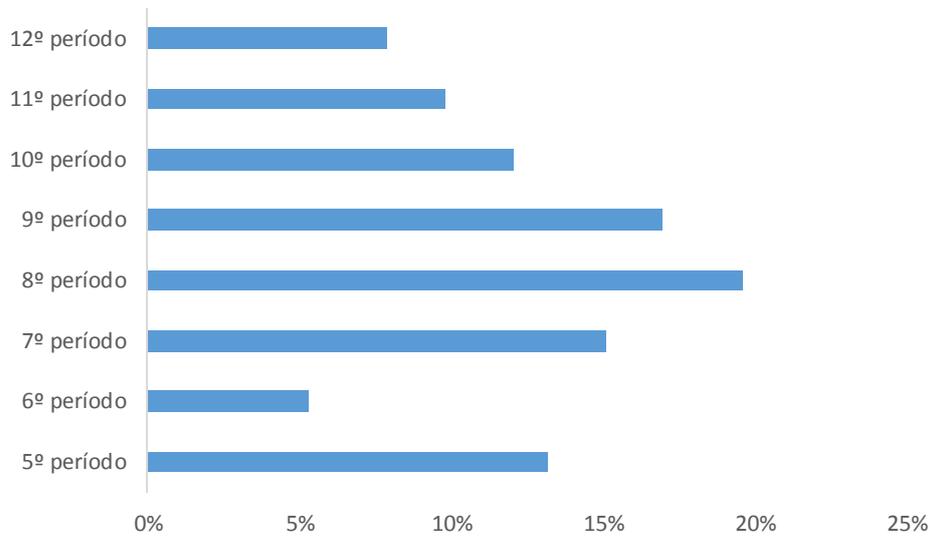


Figura 1: distribuição dos estudantes do quinto ao décimo segundo períodos

Tabela 1: distribuição dos estudantes do quinto ao décimo segundo períodos

	Evitaria ou teria receio		Não teria problema		Total	Valor p
	n	%	n	%		
5º período	23	66%	12	34%	35	0,207
6º período	4	29%	10	71%	14	0,046
7º período	26	65%	14	35%	40	0,208
8º período	29	56%	23	44%	52	0,922
9º período	26	58%	19	42%	45	0,717
10º período	17	53%	15	47%	32	0,823
11º período	11	42%	15	58%	26	0,190
12º período	10	48%	11	52%	21	0,491
Total Geral	146	55%	119	45%	265	

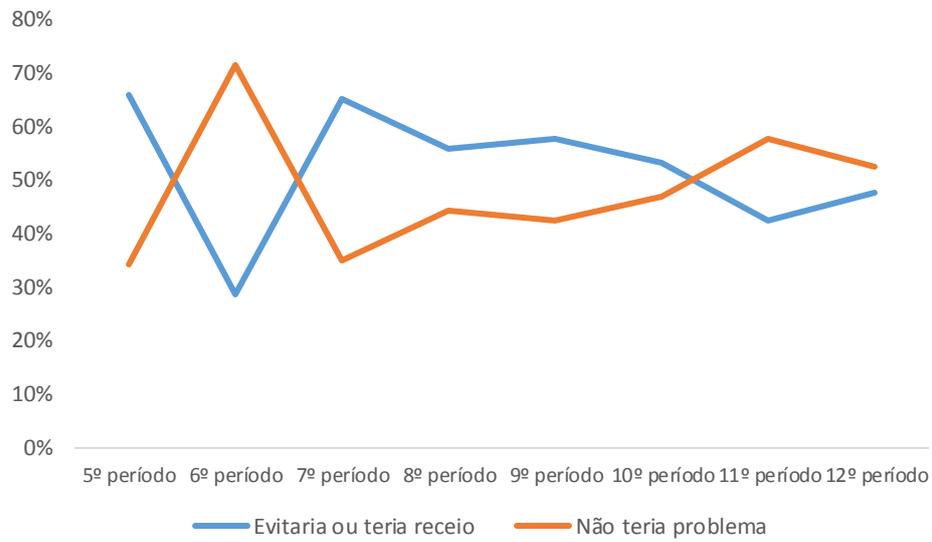


Figura 2: distribuição da reação diante de um paciente portador de doença terminal dos estudantes do quinto ao décimo segundo períodos

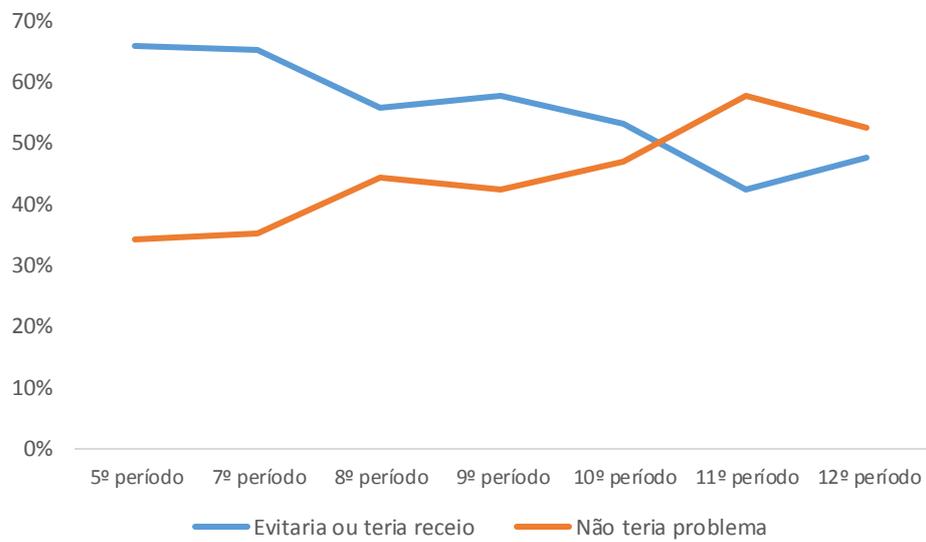


Figura 3: distribuição da reação diante de um paciente portador de doença terminal dos estudantes exceto o sexto período

Tabela 2: disciplinas que abordaram o tema morte segundo os estudantes

	n	%	total
Anatomia	16	6%	265
Psicologia geral	17	6%	265
Saúde e sociedade	12	5%	265
Propedêutica	24	9%	265
Psicologia médica	92	35%	265
Medicina legal	91	52%	176
Psiquiatria	12	6%	216
Clínica médica	9	5%	176
Saúde Coletiva	4	2%	230
Internato	7	9%	79

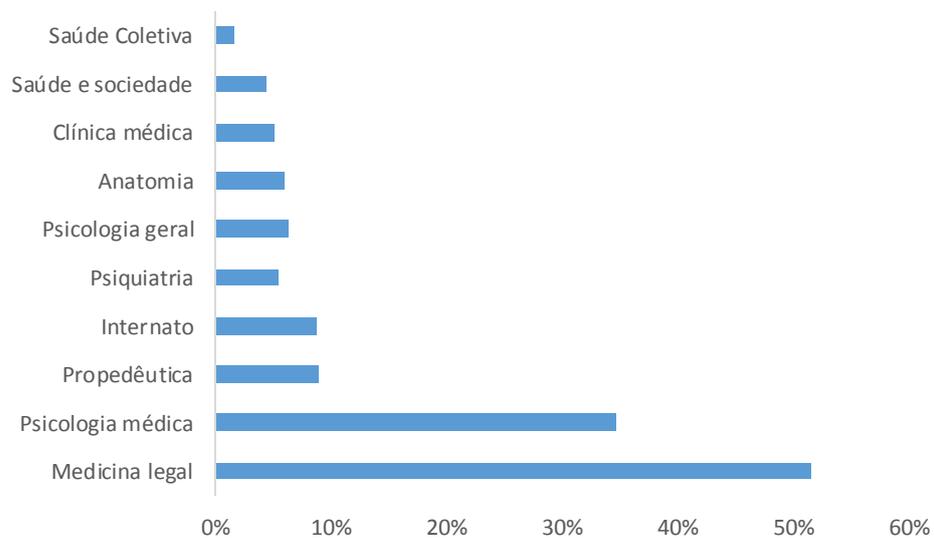


Figura 4: disciplinas que abordaram o tema morte segundo os estudantes

Tabela 3: reação e sentimentos do estudante diante de um paciente portador de doença terminal do estudantes exceto o sexto período

	Evitaria ou teria receio		Não teria problema		Total	Valor p
	n	%	n	%		
Sexo						
Feminino	71	56%	56	44%	127	0,854
Masculino	75	54%	63	46%	138	0,860
Debateu sobre a morte						
Não	17	44%	22	56%	39	0,149
Sim	129	57%	97	43%	226	0,548
Refletiu sobre a própria morte						
Constantemente	11	50%	11	50%	22	0,631
Eventualmente	99	60%	67	40%	166	0,239
Evita pensar	29	48%	31	52%	60	0,292
Nunca	7	41%	10	59%	17	0,249
Sentimento sobre a morte						
Indiferença	24	48%	26	52%	50	0,313
Medo	81	60%	55	41%	135	0,292
Tranquilidade	41	52%	38	48%	79	0,568
Total Geral	146	55%	119	45%	265	

Tabela 4: reação dos estudantes diante da disciplina Anatomia Humana

	Evitaria ou teria receio		Não teria problema		Total	Valor p
	n	%	n	%		
Primeiro contato com a morte						
foi na disciplina Anatomia						
Não	88	55%	72	45%	160	0.981
Sim	58	55%	47	45%	105	0.976
Sentimento na disciplina Anatomia						
Desconforto/medo	55	60%	36	40%	91	0.305
Indiferença	53	49%	55	51%	108	0.208
Não sabe relatar	38	58%	28	42%	66	0.685
Total Geral	146	55%	119	45%	265	

ANEXOS

AXENO 1: Questionário estruturado



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

QUESTIONÁRIO

1. Período: _____ Idade: _____ Sexo: () M () F
2. Alguma vez você debateu com alguém sobre a morte e/ou o processo de morrer?
 - a) sim
 - b) não
3. Alguma vez refletiu sobre sua própria morte?
 - a) nunca
 - b) evita pensar
 - c) eventualmente
 - d) constantemente
4. Qual o sentimento que você tem quando pensa sobre a sua própria morte?
 - a) indiferença
 - b) medo
 - c) tranquilidade
5. Em relação a matéria Anatomia Humana prática (cadáveres):
 - 5.1 Foi o seu primeiro contato com alguém morto?
 - a) sim
 - b) não
 - 5.2 Qual ou quais sentimento(s) você teve naquele momento:
 - a) indiferença
 - b) medo
 - c) desconforto
 - d) não sabe relatar
6. Em algum outro momento do curso você presenciou a morte de algum paciente?
 - a) sim (responda as questões 6.1 e 6.2)
 - b) não
 - 6.1 Em que momento isso ocorreu?
 - a) matéria/estágio curricular. Qual? _____
 - b) estagio extra curricular. Qual? _____
 - c) acompanhando algum médico conhecido

6.2. Como isso lhe influenciou?

- a) negativamente b) indiferente c) positivamente

7. Durante o curso teve alguma aula que debateu sobre o assunto?

- a) sim (responda as questões 7.1 e 7.2) b) não

7.1. Se você respondeu SIM, qual ou quais matéria(s) foi (foram) :

- a) Anatomia Humana b) Psicologia Geral c) Saúde e Sociedade
d) Propedêutica Médica e) Psicologia Médica f) Medicina Legal
g) Outra _____

7.2. Você considera que esse debate foi suficiente para sua formação médica?

- a) sim b) não

8. Em sua opinião, o curso deveria tratar sobre a morte e o morrer de que forma?

- a) Matéria específica
b) Diluída nas várias matérias já existentes
c) Fóruns/ Seminários/ Debates
d) Outros: _____

9. Qual seria sua possível reação caso seu paciente seja portador de doença terminal?

- a) receio em tratar do assunto
b) evitaria abordar o assunto com o paciente
c) não teria problema em tratar do assunto com o paciente

10. Responder esse questionário despertou sua atenção sobre o assunto de que forma?

- a) negativamente b) não despertou sentimento c) positivamente

ANEXO 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

PESQUISA:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____,

DECLARO que fui devidamente esclarecido sobre a pesquisa desenvolvido por aluna do curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe, que tem o objetivo de analisar acerca do nível de formação dos estudantes de medicina sobre a morte e o morrer.

Tenho conhecimento dos aspectos relacionados à pesquisa, bem como do sigilo do meu nome em relação aos dados que aqui forneci e/ou que serão coletados e do direito de recusa e desistência em qualquer momento da pesquisa.

Assim, consinto voluntariamente em participar deste estudo, e autorizo a utilização dos dados do instrumento que lhe estou respondendo nesta data para os fins a que se destina a pesquisa. Aprovo a utilização de informações como parte fundamental para o desenvolvimento deste trabalho a ser posteriormente divulgado entre a comunidade científica.

ARACAJU, ____/____/____

Assinatura do Declarante

Assinatura do Pesquisador

Pesquisadores Responsáveis:

ARETHA ALVES MACHADO DE SOUZA, fone: (079) 9917-1931, e-mail: aretha.machado@hotmail.com

Este trabalho não possui fins lucrativos e todas as informações serão confidenciais de modo que os nomes dos sujeitos da pesquisa não aparecerão em nenhum relatório ou artigo. Desde já agradecemos a sua colaboração voluntária.