

REFLETINDO SOBRE A MORTE COM ACADÊMICOS DE MEDICINA

Camila Ricci Calasans	Graduandos do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências e Tecnologia –FTC- Salvador.
Cloud Kennedy de Sá	Graduandos do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências e Tecnologia –FTC- Salvador.
William Azevedo Dunningham	Psiquiatras. Professores de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFBA e FTC Salvador.
Wania Marcia de Aguiar	Psiquiatras. Professores de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFBA e FTC Salvador.
Solange Tavares Rubim de Pinho	Psiquiatras. Professores de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFBA e FTC Salvador.

Corresponding author: wdunningham@gmail.com

RESUMO

Introdução A morte e o ato de morrer são condições presentes na prática dos profissionais de saúde. Neste contexto, o acadêmico de Medicina, dentro da sua formação, aprende a comprometer-se com a vida e a morte de pacientes pode ocasionar sentimentos negativos e angústicas diante da fragilidade da condição humana. **Objetivo:** Verificar as percepções e atitudes dos estudantes de medicina de uma IES de Salvador-Bahia, diante de situações que abordam a morte e pacientes terminais. **Metodologia:** Estudo descritivo tipo corte transversal realizado através da aplicação de um questionário objetivo utilizando a Escala de Likert para comparação do grau de concordância diante de assertivas através do ranking médio de alunos selecionados via amostragem sistemática randomizada do 1º ao 12º semestres do curso de Medicina da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Salvador. **Resultados:** Os estudantes de medicina da FTC consideram importante o paciente saber da sua doença independente da gravidade e o conhecimento da gravidade da doença não contribui para piora do estado de saúde do paciente. Os estudantes não possuem uma opinião a respeito de estar preparado para lidar com a morte e com o morrer e mostraram uma tendência discordante em relação à competência do seu curso de medicina para o enfrentamento da morte. Os estudantes acreditam ser importante que o profissional de saúde tenha alguma crença religiosa para tratar situações de morte e pacientes terminais. Revelaram uma tendência concordante em serem reanimados caso estivessem com uma doença grave e sofressem uma parada cardiorrespiratória, além de concordarem em não fazer RCP de familiar que tivesse manifestado previamente o desejo de não ser reanimado se tivesse uma doença grave. Houve diferença significativa entre os grupos de semestres analisados sobre o grau de intensidade afetiva do médico frente ao paciente considerado terminal. **Conclusão:** os estudantes de medicina consideram importante a comunicação na relação médico-paciente, permitindo aos doentes conhecer sua enfermidade sem prejuízo do seu estado de saúde. Diante dos resultados de despreparo pessoal e do curso para temas de morte e pacientes terminais, é necessária, na graduação médica da FTC, uma discussão maior de temas e vivências a respeito do assunto.

Palavras-chave: Estudantes; Medicina; Morte; Morrer.

1 INTRODUÇÃO

A morte e o ato de morrer são temas que frequentemente encontram-se em discussão entre os profissionais da saúde, os quais estão em contato direto e repetido com pacientes

ameaçados pela morte e com pessoas que morrem sob os seus cuidados. Como a morte é parte integrante da vida do ser humano trabalhar com um evento que defina o fim desta existência é inerente à profissão. A morte pode ser definida como a cessação definitiva da vida e um evento que só pode ocorrer com o ser vivo. Uma vez morto, o organismo jamais retornará e todo organismo vivo jamais esteve morto um dia, o que torna a morte um fenômeno irreversível. No caso do aspecto funcional, ela é caracterizada pelo término irreversível das funções vitais de um organismo vivo, que ocasiona o desaparecimento da coerência funcional e destruição progressiva das unidades tissulares e celulares.

A partir do século XX, a morte foi compreendida muitas vezes como um fracasso e não como uma fase do desenvolvimento do ser humano. Sendo assim, ela passa ser evitada a todo custo. Antes, a morte era uma certeza quando a pessoa era acometida por determinadas doenças graves.

Atualmente, o homem é determinado pela consciência objetiva de sua mortalidade e almeja a imortalidade. Nas escalas das existências individuais, a morte é a única certeza absoluta no domínio da vida. A morte sempre existiu e sempre existirá. Ela é parte integral da existência humana. A morte não é apenas a destruição do estado físico e biológico, mas também o desaparecimento de um ser que interage. A idéia da morte traz consigo ruptura da interação da pessoa como sujeito, consigo mesma, da privação de quem está morrendo com sua comunidade e com a sua cultura. Falecer ganha contornos de partida, implica o deixar de fazer parte deste único mundo conhecido, afastando-se do convívio de pessoas queridas. Morrer causa temor, pois é o desconhecido que está por vir.

A palavra morte está associada a dor, ruptura, interrupção, desconhecimento, tristeza. Designa o fim absoluto de um ser humano. Os sentimentos de negação e de repressão existem para permitir que se viva num mundo de fantasia onde há a ilusão da imortalidade. Se o medo da morte estivesse constantemente presente, não se conseguiria realizar os sonhos e projetos de vida. Existe, no ser humano, o desejo de se sentir único, criando obras que não permitam o seu esquecimento, dando a ilusão de que a morte e a decadência não ocorrerão. Esse pensamento pode esconder uma fragilidade interna relacionada à finitude e à vulnerabilidade.

Dentro da formação médica, é comum o discurso da impessoalidade e do distanciamento daqueles sentimentos e vivências que, cotidianamente, enfrentamos nas nossas práticas diárias, ou seja: a dor, o sofrimento e principalmente, a morte. Os cursos de formação de profissionais da saúde estão carentes, em seus currículos, de disciplinas que abordem a morte, o luto e o processo de morrer. A morte, no sentido de sua inexorabilidade, não como uma

inimiga a ser vencida, mas como uma etapa da vida que necessita ser cuidada (AZEREDO, 2007).

Os ocidentais, em geral, não vêem a morte como parte da vida, mas sim como um castigo ou algo inaceitável, e portanto um assunto que deve ser evitado. Sua cultura exige que a morte seja adiada, a todo custo (ZAIHAFI, 1990). Assim, os profissionais da saúde da atualidade cresceram em uma sociedade que evita as questões relativas à morte. Na maioria dos serviços públicos, como as escolas e os hospitais, quase nunca são abordadas as questões essenciais relativas à morte e ao sentido da vida (MORITZ, 2002). Na atualidade, a sociedade ocidental compreende a morte como sendo um tabu, um tema interdito e sinônimo de fracasso profissional para quem trabalha na área da saúde. (COSTA, 2005). Dessa forma, a sociedade contemporânea lida com a morte por meio da tentativa de suprimi-la de seu cotidiano (MARTA, 2009). Vivemos na cultura do narcisismo, caracterizada pela dificuldade de discernir o que realmente somos, da fantasia dos produtos que consumimos. Vive-se, portanto, em um mundo de impressões e aparências. A morte é suprimida por ser a comprovação de nossa finitude e do nosso limite (EIZIRIK, 2000).

Para Kovács (2003), na passagem para a morte está presente o desamparo que deve ser compreendido pelos seres humanos, principalmente pelos profissionais de saúde no contexto hospitalar. De acordo com a autora, a tecnologia do mundo moderno como máquinas e objetos concretos não são suficientes para que a humanidade viva melhor. As pessoas não podem viver sem a ajuda de outros seres humanos, em todas as circunstâncias vitais, principalmente num momento tão frágil como a morte.

O médico tornou-se o responsável por combater e vencer a morte; é o ser tanatolítico (grego: tanatos = morte, litis = destruição) que decide tecnicamente o momento da morte e as circunstâncias do morrer (NOVA, 2000; SIMON, 1971). Dessa maneira, o profissional assume-se como onipotente e prioriza salvar o paciente a fim de corresponder às expectativas idealizadas de preservador de vidas (COELHO, 2001). No entanto, a ocorrência da morte e de doenças incuráveis arruina tais preceitos, fazendo o médico se defrontar com sua insignificância diante de situações irreversíveis: depara-se consigo mesmo, com a própria finitude, frustrando-se (KÓVACS, 2003).

A partir do século XX, o tradicional morrer humanizado, assistido por familiares e pessoas amigas, foi substituído pelo morrer científico, pois a morte, na maioria das vezes, não ocorre mais em casa, mas em uma instituição médica. O hospital passa a ser o novo local para a morte junto com um sentido solitário e técnico ao ato de morrer. Dessa forma, os

profissionais da saúde passaram a ser confrontados de forma mais constante com o sofrimento e com a morte. Nesse encontro repetitivo com a morte, esses profissionais estão sujeitos às angústias relacionadas ao sentimento de fragilidade da condição humana ou à lembrança de lutos passados. Para esses profissionais, a proximidade com a morte faz parte do seu trabalho cotidiano, fato que os leva a uma sobrecarga psíquica. Adiciona-se ao sofrimento relacionado com a morte, o sentimento de fracasso experimentado por aqueles que foram formados para lutar pela vida (BOEMER, 1991).

Para Whyte et al (2013), o curso do estudante de medicina envolve dominar um grande volume de material entregue a um ritmo acelerado e aprender a cuidar de pacientes que morrem é uma parte importante de seu currículo.

Antes do contato com o paciente terminal, os estudantes da área da saúde têm, no início dos seus cursos profissionalizantes, o contato com o cadáver. Assim, inicia-se, nesses alunos, o processo de desenvolvimento de mecanismos de defesa indispensáveis para sua futura profissão. Na anatomia, é apresentado um corpo desfigurado, enegrecido pelo formol no qual o aluno dificilmente procura identificar um ser que passou pela vida sentindo as emoções que marcam o indivíduo. No entanto, talvez através dele, o estudante seja levado a reconhecer a inexorabilidade da morte. Diante dessa constatação aciona as suas defesas. O aluno torna-se mais racional buscando no conhecimento a objetividade científica e também a negação emocional. Ao final do curso, e longe dos cadáveres da anatomia, o estudante ou o profissional da área da saúde se defronta com o morrer dos seus pacientes e com a sua própria finitude, o que pode fazê-lo evitar o atendimento dos pacientes terminais e elaborar para si uma proteção de frieza emocional (MORITZ, 2002; ZAIHAF, 1990).

Simon et al (1999) verificaram os pontos de vista de estudantes e residentes de uma escola médica nos Estados Unidos e constataram que 49.1% dos entrevistados preferiam ser médico ocasional, durante plantões, ao invés de médico-assistente no que refere ao tratamento de pacientes terminais. Em diversas situações, a escolha de ser médico ocasional foi superior, com justificativas baseadas em conflitos éticos menos frequentes e qualidade da relação médico - paciente. Assim, percebe-se que os estudantes de Medicina muitas vezes são treinados para o tratamento técnico do paciente terminal, mas não para acompanhá-lo do ponto de vista psicológico. Apesar do hospital ser uma instituição marcada pela luta constante entre a vida e a morte, o profissional da saúde mostra-se preparado mais para a cura e, por isso, frequentemente sente-se angustiado pela morte dos pacientes sob seus cuidados.

O estudo de Seymour (2000) menciona que, em paralelo ao acompanhamento do paciente terminal, encontramos as dificuldades de determinar as preferências de tratamento e de prever a trajetória de morte nesses pacientes, buscando avaliar o momento em que as intervenções devem ser realizadas ou suspensas num cenário de questões emocionais, éticas e religiosas.

A decisão sobre a continuação do tratamento de pacientes considerados terminais, isto é, não responsivos às medidas terapêuticas, envolve médicos, pacientes e familiares com diferentes interpretações e percepções de uma mesma situação. As decisões finais devem diferenciar os procedimentos médicos que levarão ao prolongamento da vida daqueles que somente irão prolongar o sofrimento até o momento da morte (SLOMKA, 1992).

Diante disso, percebe-se que a morte é acompanhada de sentimentos e emoção, tanto para o paciente que está morrendo como para os profissionais que estão cuidando dele. Sendo assim, estar preparado para exercer a Medicina, é ter aprendido que o cuidado faz parte da cura e que a morte faz parte da vida. A morte, portanto, não pode ser ignorada nem esquecida, e o seu enfrentamento deve fazer parte da sublime missão médica: aliviar o sofrimento humano. Portanto, o acadêmico de Medicina, dentro da sua formação, vai aprendendo a comprometer-se com a vida. Toda a sua capacitação é para a cura. Sua fundamentação acadêmica traz sempre a proposta de cura. A cura é a gratificação do aprendizado, é a recompensa do esforço. Quando a morte se apresenta, ela traz para o acadêmico a frustração, o sentimento de incapacidade, pois existe um despreparo para lidarmos com a morte, já que sempre será a cura a meta da Medicina. Contudo, não podemos negar que a morte existe e que devemos nos preparar para ela. (AZEREDO, 2007).

O tema morte envolve diversos parâmetros psicológicos, históricos e religiosos. Durante o curso de graduação, o estudante de medicina encontra-se em uma etapa evolutiva que consiste em abandonar certas posturas e atitudes pretéritas e adquirir uma identidade médica. Nesse percurso, o estudante pode apresentar dificuldades ao discutir o que representa a morte e como lidar com o paciente terminal num cenário de dor, sofrimento e tristeza. Desta forma, o impacto da morte gera atitudes defensivas o que torna necessário explorar as posturas diante do tema para que sejam desenvolvidos enfoques a respeito da morte e do cuidado ao paciente terminal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar as percepções e atitudes dos estudantes de medicina da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC-Salvador) diante de situações que abordam a morte e pacientes terminais.

2.2 Objetivo Específico

Comparar o grau de concordância entre os estudantes dos períodos iniciais, medianos e finais do curso de medicina da FTC diante de questões que abordam morte, pacientes graves e terminais, preparo pessoal, preparo do curso, fé, reanimação pessoal e familiar diante de doenças graves e nível de afetividade nessas situações.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Estudo epidemiológico descritivo tipo corte transversal

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado nas dependências do curso de Medicina da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Salvador-BA ou nos Hospitais conveniados à Faculdade.

3.3 População e Amostra

O público-alvo envolveu os estudantes do 1º ao 12º semestres do curso de Medicina da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Salvador-BA. Através de uma amostragem sistemática randomizada utilizando a lista de alunos matriculados em cada semestre, a amostra selecionada foi composta por 20 estudantes de cada semestre totalizando 240 indivíduos. Desses 240 indivíduos, 179 participaram e completaram o estudo.

Crítérios de Inclusão: Foram incluídos nesta pesquisa os acadêmicos do 1º ao 12º semestres maiores que 18 anos de idade regularmente matriculados no curso de Medicina da Faculdade de Tecnologia e Ciências.

Crítérios de Exclusão: Foram excluídos aqueles estudantes que não frequentaram as atividades acadêmicas no período do estudo e que não concordaram em participar da pesquisa.

3.4 Instrumento de Coleta de dados

Para coleta de dados foi aplicado um questionário (em anexo) construído a partir do estudo de diferentes artigos encontrados na literatura, semi-estruturado, auto-aplicativo, que foi validado previamente através de um estudo-piloto aplicado em dez participantes.

O questionário é composto por 08 questões objetivas na forma de assertivas que deveriam ser respondidas através da Escala de Likert, criada por Rensis Likert (1932). Trata-se de uma escala psicométrica utilizada em pesquisa quantitativa, que pretende registrar o grau de concordância ou discordância dos sujeitos com declarações relativas à atitude que está sendo medida. Foi utilizada a escala de Likert tipo padrão de 5 pontos, pedindo aos sujeitos que avaliem o grau em que estão de acordo com cada uma das assertivas propostas. A cada item de resposta foi atribuído um número que reflete a direção do pensamento e da atitude dos participantes em relação a cada afirmação, atribuindo além da escala qualitativa, uma quantitativa como segue: concordo totalmente (5), concordo parcialmente (4), sem opinião (3), discordo parcialmente (2) e discordo totalmente (1).

3.5 Fases do estudo

O estudo foi realizado em duas fases:

Na primeira fase – a proposta da pesquisa foi apresentada e foram distribuídos os questionários para os acadêmicos de cada semestre durante uma atividade em sala de aula cujo espaço foi cedido por um professor. Essa fase foi realizada no período de fevereiro e março de 2013.

Na segunda fase – foi realizada a análise estatística dos dados e redigidos os resultados e discussão. Essa fase foi realizada no período de abril e maio de 2013.

3.6 Análise de dados

Para a construção do banco de dados e cálculos estatísticos, foi utilizado o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences SPSS (SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA, Release 18.0).

Os resultados das variáveis quantitativas foram apresentados sob a forma de média \pm desvio padrão ou mediana e amplitude interquartil de acordo com a distribuição da variável. As variáveis categóricas foram expressas como frequência absoluta e relativa. A análise das variáveis quantitativas foi realizada através do Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Essa escolha foi tomada por este estudo não apresentar uma distribuição amostral normal já que, mesmo para as respostas quantitativas, havia uma interpretação individual qualitativa. Foi adotado um nível de significância de 5%.

Para analisar os itens Likert foi utilizado o cálculo do Ranking Médio proposto por Oliveira (2005). Neste modelo atribui-se um valor de 1 a 5 para cada resposta a partir da qual é calculada a média ponderada para cada item, baseando-se na frequência das respostas. Desta forma foi obtido o Ranking médio através da seguinte estratégia:

$$\text{Ranking Médio (RM)} = \sum (f_i \cdot V_i) \div NS$$

f_i = frequência observada de cada resposta para cada item

V_i = valor de cada resposta

NS = n° de sujeitos

Quanto mais próximo de 5 o Ranking médio estiver, maior será o nível de concordância dos estudantes e, quanto mais próximo de 1, menor. Assim, os valores menores que 3 são considerados como discordantes e, maiores que 3, como concordantes. O valor exatamente 3 seria considerado “indiferente” ou “sem opinião”, sendo o “ponto neutro”, equivalente aos casos em que os respondentes deixaram em branco.

3.7 Aspectos éticos

A coleta de dados desta pesquisa só foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa na reunião plenária do CEP/IMES realizada em 18 de fevereiro de 2013 com protocolo de número 4085 (em anexo).

A pesquisa respeita os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1989), assim como os da Resolução 196 de 09/10/1996 em seu Capítulo IX, 2ª alínea, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

4 RESULTADOS

Os questionários foram respondidos por 179 acadêmicos de medicina da FTC, sendo 94 do sexo feminino e 85 do masculino. Quanto ao semestre em curso, 72 deles estavam cursando do 1º ao 4º semestre (grupo dos iniciantes), 70 do 5º ao 8º semestre (grupo dos intermediários) e 37 do 9º ao 12º semestre (grupo dos concluintes). As idades variaram de 18 a 37 anos (média de 23,03 anos). A religião católica foi manifestada em 55,9% da amostra. Os dados demográficos dos acadêmicos que participaram do estudo podem ser avaliados na Tabela 1.

Tabela 1 - Características demográficas dos acadêmicos do estudo. N=179

Características Demográficas	N	%
Sexo		
Feminino	94	52,5
Masculino	85	47,5
Idade (anos)		
Média ± desvio padrão	23,03 ± 3,45	
Mínima/Máxima	18-37	
Semestre		
1º ao 4º	72	40,2
5º ao 8º	70	39,1
9º ao 12º	37	20,7
Religião		
Católica	100	55,9
Espírita	17	9,5
Evangélica	9	5
Outras	19	10,6
Nenhuma	34	19

Os dados referentes à percepção do paciente quando ao seu estado de saúde são descritos a seguir. A maioria dos acadêmicos (53,6%) quando questionados em relação ao grau de concordância com a assertiva “É importante que o paciente saiba de sua doença, qualquer que seja a gravidade” concordaram totalmente e 35,8% concordaram parcialmente, revelando um ranking médio concordante de 4,35 na amostra total, seguido de 4,20 no 1º ao 4º semestre, 4,44 no 5º ao 8º e 4,35 do 9º ao 12º. O valor de p foi não significante. Somente um estudante discordou totalmente dessa assertiva (Tabela 2). Quando questionados se o paciente, sabendo de sua doença grave, piora seu estado, 76 (42,5 %) dos participantes da amostra discordaram parcialmente, enquanto que 71 (39,7%) concordaram parcialmente, ocasionando um ranking médio discordante, porém próximo ao ponto neutro em todos os grupos de semestre analisados com p não significante, como pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 2 - Resultados da assertiva: “É importante que o paciente saiba de sua doença, qualquer que seja a gravidade”. N=179

	Discordo totalmente n (%)	Discordo parcialmente n (%)	Sem opinião n (%)	Concordo parcialmente n (%)	Concordo totalmente n (%)	Ranking médio
Amostra total	1(0,6)	16(8,9)	2(1,1)	64(35,8)	96(53,6)	4,35
1º ao 4º semestre	1(1,4)	8(11,1)	0(0)	29(40,3)	34(47,2)	4,20
5º ao 8º semestre	0(0)	5(7,1)	2(2,9)	20(28,6)	43(61,4)	4,44
9º ao 12º semestre	0(0)	3(8,1)	0(0)	15(40,5)	19(51,4)	4,35

p= 0,257

Tabela 3 - Resultados da assertiva: “Depois que o paciente sabe de sua doença grave ocorre piora do seu estado”. N=179

	Discordo totalmente n (%)	Discordo parcialmente n (%)	Sem opinião n (%)	Concordo parcialmente n (%)	Concordo totalmente n (%)	Ranking médio
Amostra total	14 (7,8)	76 (42,5)	15 (8,4)	71 (39,7)	3 (1,7)	2,85
1º ao 4º semestre	5 (6,9)	31 (43,1)	7 (9,7)	29 (40,3)	0 (0)	2,83
5º ao 8º semestre	6 (8,6)	27 (38,6)	5 (7,1)	30 (42,9)	2 (2,9)	2,92
9º ao 12º semestre	3 (8,1)	18 (48,6)	3 (8,1)	12 (32,4)	1 (2,7)	2,73

p= 0,663

No que se diz a respeito ao preparo pessoal para lidar com a morte e com o processo de morrer, 16,8% e 25,7% da amostra total escolheram a opção “discordo totalmente” e

“discordo parcialmente”, respectivamente, mostrando-se despreparados para a situação. Em contrapartida, 33,5% e 14% escolheram a opção de concordar totalmente e concordar parcialmente, respectivamente, revelando um preparo pessoal para lidar com a situação. Dessa forma, o ranking médio da amostra total situou-se no ponto neutro com valor de 3,02 e p não significante. O ranking médio dos estudantes situados a partir do 5º semestre mostrou-se concordante (valores de 3,20 e 3,13), já naqueles situados em semestres anteriores situou-se discordante, com valor de 2,79, como está demonstrado na Tabela 4 a seguir

Tabela 4 - Resultados da assertiva: “Como estudante de medicina, sinto-me preparado para lidar com a morte e com o processo de morrer”. N=179

	Discordo totalmente n (%)	Discordo parcialmente n (%)	Sem opinião n (%)	Concordo parcialmente n (%)	Concordo totalmente n (%)	Ranking médio
Amostra total	30 (16,8)	46 (25,7)	18 (10,1)	60 (33,5)	25 (14,0)	3,02
1º ao 4º semestre	12 (16,7)	24 (33,3)	10 (13,9)	19 (26,4)	7 (9,7)	2,79
5º ao 8º semestre	10 (14,3)	14 (20,0)	7 (10,0)	30 (42,9)	9 (2,9)	3,20
9º ao 12º semestre	8 (21,6)	8 (21,6)	1 (2,7)	11 (29,7)	9 (24,3)	3,13

p= 0,167

Após verificar os resultados do preparo pessoal evidenciado na tabela 4, a tabela 5 complementa revelando os resultados a respeito do preparo do curso de graduação médica, até o momento, para lidar com a morte e com o morrer. O ranking médio apresentou valores inferiores a 3 nos três grupos de semestres analisados (1,99 no grupo dos iniciantes, 2,16 no grupo dos intermediários e 2,57 no grupo dos concluintes), com p não significante, demonstrando um grau discordante em relação ao preparo do curso de medicina para o enfrentamento da morte.

Tabela 5 - Resultados da assertiva: “Durante o meu curso de graduação médica, até o momento, houve preparo para lidar com a morte e com o morrer”. N=179

	Discordo totalmente n (%)	Discordo parcialmente n (%)	Sem opinião n (%)	Concordo parcialmente n (%)	Concordo totalmente n (%)	Ranking médio
Amostra total	70 (39,1)	56 (31,3)	14 (7,8)	30 (16,8)	9 (5,0)	2,17
1º ao 4º semestre	30 (41,7)	23 (31,9)	10 (13,9)	8 (11,1)	1 (1,4)	1,99
5º ao 8º semestre	28 (40,0)	22 (31,4)	4 (5,7)	13 (18,6)	3 (4,3)	2,16
9º ao 12º semestre	12 (32,4)	11 (29,7)	0 (0)	9 (24,3)	5 (13,5)	2,57

p= 0,201

Em relação à importância do profissional de saúde ter fé em alguma crença religiosa para enfrentar a morte, a maioria dos estudantes consideraram relevante a fé diante da morte, com ranking médio concordante nos três grupos de semestres analisados, sendo o da amostra total com valor de 3,47, com maior valor no grupo dos semestres intermediários (3,70) e menor no grupo dos iniciantes (3,19), com p não significante. (Tabela 6)

Tabela 6 - Resultados da assertiva: “Considero importante que o profissional de saúde tenha fé em alguma crença religiosa para situações de morte”. N=179

	Discordo totalmente n (%)	Discordo parcialmente n (%)	Sem opinião n (%)	Concordo parcialmente n (%)	Concordo totalmente n (%)	Ranking médio
Amostra total	35 (19,6)	16 (8,9)	20 (11,2)	46 (25,7)	62 (34,6)	3,47
1º ao 4º semestre	16 (22,2)	9 (12,5)	10 (13,9)	19 (26,4)	18 (25,0)	3,19
5º ao 8º semestre	11 (15,7)	5 (7,1)	5 (7,1)	22 (31,4)	27 (38,6)	3,70
9º ao 12º semestre	8 (21,6)	2 (5,4)	5 (13,5)	5 (13,5)	17 (45,9)	3,57

p= 0,091

Os resultados das questões referentes ao perfil dos participantes quanto aos seus desejos e atitudes diante de ocasiões que envolvem a terminalidade encontram-se na Tabela 7 e 8. Os estudantes mostraram uma tendência concordante em serem reanimados caso possuíssem uma doença grave e sofressem uma parada cardiorrespiratória. O ranking médio mostrou-se semelhante com valores que variam de 4,01 a 4,04 nos três grupos de semestre analisados, desde os iniciantes até os concluintes, com p não significante (Tabela 7).

Tabela 7 - Resultados da assertiva: “Caso eu apresentasse uma doença grave (irrecuperável) e sofresse uma parada cardiorrespiratória, desejaria ser reanimado”. N=179

	Discordo totalmente n (%)	Discordo parcialmente n (%)	Sem opinião n (%)	Concordo parcialmente n (%)	Concordo totalmente n (%)	Ranking médio
Amostra total	21 (11,7)	6 (3,4)	27 (15,1)	18 (10,1)	107 (59,8)	4,03
1º ao 4º semestre	7 (9,7)	3 (4,2)	13 (18,1)	6 (8,3)	43 (59,7)	4,04
5º ao 8º semestre	9 (12,9)	1 (1,4)	11 (15,7)	8 (11,4)	41 (58,6)	4,01
9º ao 12º semestre	5 (13,5)	2 (5,4)	3 (8,1)	4 (10,8)	23 (62,2)	4,03

p= 0,976

Quando questionados sobre a decisão de iniciar a reanimação em um familiar que tivesse manifestado previamente o desejo de não ser reanimado caso enfrentasse uma doença grave, 26,3% os participantes deste estudo discordaram totalmente, 10,6% discordaram parcialmente, 14,5% mantiveram-se sem opinião, enquanto que 19,6% concordaram parcialmente e 29,1% concordaram totalmente. Diante disso, o ranking médio da amostra total foi de 3,14, situando-se próximo ao ponto neutro, com p não significante. O grupo dos intermediários foi o que demonstrou maior tendência em concordar com a assertiva, com ranking médio de 3,35.

Tabela 8 - Resultados da assertiva: “Um familiar meu mostra o desejo de não ser reanimado se na velhice enfrentasse uma doença grave. Nessas circunstâncias, se ele sofresse uma parada cardiorrespiratória, eu iniciaria a reanimação”. N=179

	Discordo totalmente n (%)	Discordo parcialmente n (%)	Sem opinião n (%)	Concordo parcialmente n (%)	Concordo totalmente n (%)	Ranking médio
Amostra total	47 (26,3)	19 (10,6)	26 (14,5)	35 (19,6)	52 (29,1)	3,14
1º ao 4º semestre	19 (26,4)	11 (15,3)	12 (16,7)	13 (18,1)	17 (23,6)	2,97
5º ao 8º semestre	16 (22,9)	6 (8,6)	9 (12,9)	15 (21,4)	24 (34,3)	3,35
9º ao 12º semestre	12 (32,4)	2 (5,4)	5 (13,5)	7 (18,9)	11 (29,7)	3,08

p= 0,330

Quando questionados a respeito do grau de intensidade afetiva do medico frente ao paciente considerado terminal ser intenso, o ranking médio da amostra total foi discordante com valor de 2,74. O resultado revelou um p significativo. O grupo dos intermediários foi o único que teve o ranking com valor concordante de 3,21 (Tabela 9).

Tabela 9 - Resultados da assertiva: “Considero que o grau de intensidade afetiva do médico frente ao paciente considerado terminal deve ser intenso”. N=179

	Discordo totalmente n (%)	Discordo parcialmente n (%)	Sem opinião n (%)	Concordo parcialmente n (%)	Concordo totalmente n (%)	Ranking médio
Amostra total	59(33,0)	31(17,3)	15(8,4)	45(25,1)	29(16,2)	2,74
1º ao 4º semestre	36(50,0)	9(12,5)	8(11,1)	10(13,9)	9(12,5)	2,26
5º ao 8º semestre	12(17,1)	13(18,6)	6(8,6)	26(37,1)	13(18,6)	3,21
9º ao 12º semestre	11(29,7)	9(24,3)	1(2,7)	9(24,3)	7(18,9)	2,78

p= 0,001

5 DISCUSSÃO

O médico é o profissional responsável pelo diagnóstico de doenças e restabelecimento da saúde do paciente. Na sua atividade cotidiana, além de procedimentos e técnicas, existe relação médico-paciente e todas as situações que envolvem essa relação. Entre essas situações, a questão do tratamento de pacientes terminais e da possibilidade de morte é capaz de afetar tanto as atitudes e posturas médicas como também a sua relação com o doente e sua família. Neste contexto, o presente estudo buscou estabelecer um perfil dos grupos estudados com relação ao grau de concordância diante de questões que abordavam morte, pacientes graves e terminais, preparo pessoal, preparo do curso, fé, reanimação pessoal e familiar diante de doenças graves e nível de afetividade nessas situações. As respostas dos grupos de semestres iniciais, intermediários e finais foram comparadas para verificar se havia uma tendência comum na opinião dos estudantes.

Os dados demográficos do estudo revelaram a participação de 179 (74,6%) estudantes, sendo que 61 (25,4%) foram excluídos por não frequentarem as atividades acadêmicas no período do estudo ou por não concordarem em participar da pesquisa, sendo que a maior frequência de não participantes ocorreu no grupo dos concluintes (9º ao 12º períodos de curso). Isso ocorreu pela dificuldade de encontrá-los por serem do internato e estarem cursando disciplinas em diversos hospitais da cidade. Houve uma predominância do sexo feminino e da religião católica.

A morte é uma das certezas que o ser humano tem e, em geral, as pessoas evitam pensar e falar a respeito dela. A maneira como o ser humano encara a questão da morte sofreu mudanças no decorrer dos séculos e hoje, com o avanço da medicina e com o surgimento de técnicas que atuam no sentido de prolongar a vida, o ser humano, de um modo geral, e o médico, particularmente, têm se deparado com novas questões relacionadas ao processo de morrer, o que acabou repercutindo na maneira de encarar a morte (QUIRINO, 2007).

Entre as questões relacionadas ao processo de morrer e doenças graves, está a discussão sobre a importância do paciente saber a sua doença, qualquer que seja a gravidade. Muitos profissionais médicos diminuem de forma gradativa a comunicação com os pacientes sem perspectivas de recuperação, deixando de informar até mesmo a gravidade da sua doença. De acordo com Quintana (2002), alguns médicos resistem em informar ao paciente sua situação real seja através da omissão diagnóstica ou da utilização de termos incompreensíveis, restringindo do paciente algo que é o seu direito. Diante dessa questão, os resultados deste

estudo (Tabela 2) revelaram que os estudantes de medicina da FTC consideraram importante o paciente saber da sua doença independente da gravidade, pois o ranking médio da mostra total foi concordante com valor de 4,35, sendo que 53,6% da amostra total concordou totalmente com esse quesito. Não houve diferença significativa entre os rankings médios dos estudantes dos períodos iniciais, intermediários e finais, sendo que apenas 01 estudante pertencente aos períodos iniciais dos 179 participantes discordou totalmente dessa assertiva, revelando a omissão diagnóstica e infração ao Código de Ética Médica, exceto se o paciente não sentir-se pronto para ouvir sua realidade, podendo ser comunicada a um responsável legal. No estudo de Marta, et al (2009), 68% dos alunos de medicina e 62% dos médicos residentes concordaram que os doentes devem ter pleno entendimento da sua enfermidade.

Caso o médico decida omitir do paciente a verdade da existência de uma doença grave por acreditar que ele piora o seu estado de saúde, a Tabela 3 do presente estudo revelou que 76 (42,5%) dos estudantes discordaram parcialmente sobre o fato do paciente piorar seu estado após conhecer sua doença grave, enquanto que 71 (39,7%) concordaram parcialmente, ocasionando um ranking médio discordante (2,85), porém próximo ao ponto neutro em todos os grupos de semestre analisados com p não significativa. Assim, o ranking médio discordante na análise das respostas dos estudantes de medicina da FTC revela que o conhecimento da gravidade da doença não contribui para piorar o estado de saúde do paciente.

Segundo os resultados obtidos no estudo de Amaral, et al (2008) com médicos residentes R2 de cirurgia referente à conversa sobre o prognóstico, observou-se que 69% participantes referem sempre conversar com o paciente sobre o prognóstico, seguido de 23% que preferem falar apenas às vezes e 8% que referem nunca conversar sobre o prognóstico. Na questão subjetiva, 46% dos participantes relataram que o paciente deve saber do seu prognóstico por causa da preservação da autonomia e do direito que o paciente possui de saber, enquanto que 54% disseram que depende de fatores como a personalidade do paciente, sua estrutura familiar e sua vontade própria de querer saber sobre seu prognóstico.

De acordo com Mota, et al (2006), a veracidade é o fundamento da confiança nas relações interpessoais. Portanto, comunicar a verdade ao paciente e a seus familiares constitui um benefício para eles (princípio da beneficência), pois possibilita sua participação ativa no processo de tomada de decisões (autonomia). Na prática, existem situações em que isso não é fácil, especialmente quando se trata de comunicar notícias ruins, como o prognóstico de uma morte próxima inevitável. Nessas circunstâncias, não é raro cair-se na atitude falsamente paternalista que leva a ocultar a verdade ao paciente. Com frequência entra-se num círculo

vicioso da chamada “conspiração do silêncio” que, além de impor novas formas de sofrimento ao paciente, pode ser causa de uma grave injustiça. No entanto, a comunicação de verdades dolorosas não deve ser o equivalente a destruir a esperança da pessoa.

Conversar sobre a morte ou comunicar um prognóstico reservado a um paciente é uma tarefa árdua que envolve uma série de aspectos. Cassorla (1983) comenta a questão referindo que a maneira como o paciente fala, como age, o que e como pergunta, darão ao médico as pistas para o momento e a forma intuitiva em que as respostas serão dadas. Responder ao paciente o que ele quer saber, na linguagem dele, no momento adequado, é o segredo.

Outro aspecto abordado neste estudo foi sobre o preparo pessoal do estudante para lidar com a morte e com o processo de morrer (Tabela 4). O ranking médio da amostra total situou-se no ponto neutro com valor de 3,02. O ranking médio dos estudantes situados a partir do 5º semestre mostrou-se concordante (valores de 3,20 e 3,13), já naqueles situados em semestres anteriores situou-se discordante, com valor de 2,79. Percebe-se que com o avanço dos semestres do curso, foi diminuindo a quantidade de estudantes que discordavam totalmente e parcialmente sobre o fato de estarem preparados para essa situação, porém o p foi não significativa nessa comparação entre os grupos de semestres. Portanto, de acordo com o ranking médio da amostra total, percebe-se que os estudantes de medicina da FTC não possuem uma opinião a respeito de estar preparado para lidar com a morte e com o morrer.

Para Whyte et al (2013), o curso do estudante de medicina envolve dominar um grande volume de material entregue a um ritmo acelerado e aprender a cuidar de pacientes que morrem é uma parte importante de seu currículo. Neste contexto, alguns estudantes de medicina e médicos têm opiniões negativas de fim de cuidar da vida: muitos relatam sentir estressados e despreparados quando se lida com pacientes terminais e seus familiares. Estudantes e médicos ainda acham a comunicação com pacientes terminais e seus familiares difíceis e estressantes.

A Tabela 5 complementou essa questão ao analisar se, na opinião dos estudantes, o curso de graduação médica, até o momento, preparou esses estudantes para lidar com a morte e com o morrer. O ranking médio apresentou valores inferiores a 3 nos três grupos de semestres analisados, demonstrando um grau discordante em relação ao preparo do curso de medicina para o enfrentamento da morte. 39,1% discordaram totalmente e 31,3% discordaram parcialmente que o curso preparou para situações de morte de seus pacientes, revelando despreparo por parte do curso.

No estudo de Marta, et al (2009), 60% dos médicos residentes e 50% dos alunos de medicina disseram não ter recebido formação teórico-prática suficiente durante o curso de graduação médica para lidar com a morte e com o morrer. Ainda apontaram como prováveis falhas a falta de vivência, de debates, de apoio psicológico sistemático e a formação do médico voltada para salvar vidas e não para perder pacientes.

Na pesquisa de Anderson, et al (2008) os estudantes de graduação da Universidade de Pittsburgh School of Medicine, entre 2001 e 2006, relataram através da escala de Likert sua experiência pessoal e exposição com a morte durante a faculdade de medicina. Os resultados revelaram que os estudantes que relataram uma experiência pessoal ou profissional com a morte tinham atitudes mais positivas e conhecimentos mais elevados do que aqueles que não o fez, $p < 0,05$. Esse estudo demonstrou a importância dos alunos serem expostos a pacientes terminais, pois os estudantes que têm experiência clínica de cuidados de fim de vida se sentem mais preparados para discutir questões de pacientes terminais e tratar sintomas comuns.

Os dados do estudo de Simon, et al (1999) mostraram que os estudantes de medicina e residentes compartilhavam opiniões negativas em relação ao cuidar do paciente terminal relatado por membros do corpo docente sendo fortemente influenciados pelos professores no desenvolvimento de suas opiniões. Estudantes confirmaram que muitas das mensagens que recebem dos seus professores sobre o cuidado gerenciado são negativos, demonstrando assim a influência que os professores exercem sobre as futuras atitudes e pensamentos dos estudantes.

De acordo com Souza (2001), a respeito da realidade de convivência com a iminência da morte em seu cotidiano de trabalho, os médicos geralmente não têm, durante a sua graduação, disciplinas que focalizem a questão da morte, da dor ou do sofrimento de seus pacientes. Principalmente, disciplinas ou espaços que os ajudem a refletir sobre as suas dúvidas, questões e angústias que são despertadas por todas essas dimensões do processo saúde-doença, vida-morte. Neste sentido, verifica-se, na literatura, um apontamento da necessidade de se incluir nos currículos das universidades de medicina disciplinas que abordem tais questões.

Abordar o tema da morte e do morrer aparece como algo muito importante e solicitado no curso de Medicina. Kóvacs (2003) reforça a idéia de que inserir nos currículos do curso de Medicina uma educação formal sobre a morte e o morrer poderá diminuir a dificuldade de abordar este tema com pacientes terminais e preparar mais os estudantes para essas situações.

O curso de Medicina da FTC desde o primeiro até o sexto semestre do curso possui a disciplina Humanismo, Epistemologia, Psicologia e Ética Médica na sua grade curricular. Esta disciplina possui em um dos seus objetivos de ensino a discussão sobre o tema morte e cuidados paliativos, a fim de desenvolver conceitos teóricos e sensibilizar os discentes para atitudes humanizadas, ensinando-os a lidar melhor com seus sentimentos diante desse tema. No entanto, a questão da morte e morrer pode ser mais discutida nessa disciplina através do aproveitamento da metodologia de ensino desta instituição é o Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL- Problem Based Learning) para garantir, além do conhecimento técnico-científico, reflexões nas quais os tutores e professores dividam suas experiências e promovam o desenvolvimento da temática nas esferas teórica, pessoal e prática com os alunos. Essas atividades podem contribuir para os estudantes se sentirem mais preparados, afinal a morte envolve um cenário de questões emocionais, éticas e religiosas que serão frequentes na prática profissional dos estudantes de medicina.

Outra questão considerada neste estudo foi em relação à religiosidade dos alunos diante da assertiva sobre considerar importante que o profissional de saúde tenha fé em alguma crença religiosa para situações de morte. A Tabela 6 revelou ranking médio concordante nos três grupos de semestres analisados, sendo o da amostra total com valor de 3,47 com p não significativa na comparação dos grupos de semestres. Assim, os estudantes de medicina da FTC consideram importante a fé em alguma crença religiosa para situações que envolvem pacientes terminais e possibilidade de morte.

Para Peres (2007), a atenção ao aspecto da espiritualidade se torna cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde. Cada vez mais a ciência se curva diante da grandeza e da importância da espiritualidade na dimensão do ser humano. Ser humano é buscar significado em tudo que está em nós e em nossa volta, pois somos seres inacabados por natureza e estamos sempre em busca de nos completar. A transcendência de nossa existência torna-se a essência de nossa vida à medida que esta se aproxima do seu fim. Wachholtz e Keefe (2006) referem-se ao cuidado paliativo como a modalidade de assistência que abrange as dimensões do ser humano além das dimensões física e emocional como prioridades dos cuidados oferecidos, reconhecendo a espiritualidade como fonte de grande bem-estar e de qualidade de vida ao se aproximar a morte.

Quanto aos seus desejos e atitudes dos estudantes que participaram do estudo diante de ocasiões que envolvem a terminalidade notou-se que eles mostraram uma tendência concordante em serem reanimados caso possuíssem uma doença grave e sofressem uma

parada cardiorrespiratória, com rankings médios superiores a 4,01 em todos os grupos de semestre analisados, sem diferença entre eles, pois o p foi não significativa (Tabela 7). Essa igualdade no desejo de reanimação pessoal nos três grupos de semestres analisados junto com o número significativo de alunos (107 estudantes) que responderam ser a favor da reanimação demonstram que os estudantes de medicina da FTC valorizam a vida, independente da existência de uma doença grave e irrecuperável, pois o objetivo da Medicina é a restauração da saúde e preservação da vida, devendo a morte ser esperada como estado evolutivo final desse esforço. Apesar do resultado a favor da reanimação, é importante notar que 27 estudantes mostraram uma tendência em discordar da reanimação e 27 não tiveram opinião a respeito do assunto, demonstrando que a presença de uma doença grave e irrecuperável pode gerar angústia e dúvida quanto a continuidade da vida.

Quando questionados sobre a decisão de iniciar a reanimação em um familiar que tivesse manifestado previamente o desejo de não ser reanimado caso enfrentasse uma doença grave, o ranking médio da amostra total foi de 3,14, situando-se concordante, porém próximo ao ponto neutro, com p não significativa. O grupo dos intermediários foi o que demonstrou maior tendência em concordar com a assertiva, com ranking médio de 3,35. Diante de um familiar numa situação como a descrita, o estudante permanece num dilema sobre a atitude de reanimar ou não. Os resultados demonstram uma tendência em realizar as manobras de reanimação no familiar, não respeitando a vontade prévia do paciente. É notória a dificuldade em consentir a terminalidade de um familiar, o que dificulta a tomada de decisão na situação descrita, principalmente para o estudante em formação, não raro pela falta de vivência e diálogo sobre tais situações e também pela afetividade envolvida. Fried et al (1993) investigaram a atitude de 256 médicos de Rhode Island nos Estados Unidos diante de decisões sobre o fim da vida e constataram que a grande maioria respeitava o desejo de um paciente hipotético de interromper o tratamento ou receber uma grande quantidade de medicação para dor baseando-se no respeito à autonomia do paciente. No entanto, cerca de 30% das pessoas não respeitavam esse desejo do paciente, apesar de reconhecerem a importância do respeito à autonomia do paciente. Estes resultados mostram que os médicos desse estudo reconhecem o respeito pela autonomia do paciente como um valor importante na decisão terapêutica. Embora esses profissionais considerassem a autonomia do paciente como o fator mais relevante diante da tomada de decisão, os aspectos ético-legais e o medo de “matar o paciente” eram os fatores que mais contribuía nas decisões sobre a terminalidade do

paciente. Assim, a autonomia do paciente deve ser valorizada sem deixar de lado as preocupações éticas e legais diante dessas situações.

Quanto ao grau de intensidade afetiva intenso do médico frente ao paciente considerado terminal, o ranking médio da amostra total foi discordante com valor de 2,74 (Tabela 9). O resultado revelou um p significativo ($p=0,001$), revelando que houve diferença na resposta dos semestres analisados, pois o grupo dos semestres intermediários obteve um ranking médio concordante de 3,21. Assim, o grupo dos semestres iniciais e finais discordaram dessa assertiva, enquanto que o grupo dos semestres intermediários concordou que o grau de intensidade afetiva do médico com pacientes terminais deve ser intenso.

No estudo de Marta, et al (2009), verificou-se 58% dos médicos residentes e 56% dos estudantes de medicina escolheram a opção moderada como a ideal para o envolvimento afetivo, enquanto que 20% dos médicos residentes e 26% dos alunos defenderam um envolvimento mais intenso.

Há um envolvimento profissional que Cassorla (1996) denominou distância ótima: envolver-se o necessário como doente, garantindo-lhe assistência humana e, concomitantemente, proteger-se da contaminação da situação para manter-se hígido e com capacidade de atuação. Tal condição deveria ser treinado ambiente acadêmico e não simplesmente acontecer durante os anos de profissão, com possíveis males para o médico e o paciente.

Nova, et al (2000) nos dizem que o médico muitas vezes é colocado no lugar daquele que decide o momento da morte e as circunstâncias do morrer. A morte e o morrer transformaram-se em questões técnicas. Neste contexto, criou-se uma ideologia médica de distanciamento e frieza desumanizadora tanto do paciente quanto do médico. Gerou-se um modelo de alienação de si e do outro tornando o médico indiferente ao sofrimento humano, exigindo um recalçamento da dor e uma negação da morte do outro.

6 CONCLUSÃO

Tendo por base a compreensão dos dados obtidos neste estudo, constatou-se que os estudantes de medicina da FTC consideram importante o paciente saber da sua doença independente da gravidade e que o conhecimento da gravidade da doença não contribui para piora do estado de saúde do paciente, revelando que a comunicação na relação médico-paciente é fundamental, permitindo aos doentes compreender sua enfermidade. Percebeu-se também que os estudantes de medicina da FTC não possuem uma opinião concordante ou

discordante a respeito de estar preparado para lidar com a morte e com o morrer e mostraram uma tendência discordante em relação ao preparo do curso de medicina para o enfrentamento da morte. Diante disso, faz-se necessário um espaço dentro da graduação médica da FTC para discussão de temas e vivências a respeito do assunto de forma habitual.

Os estudantes acreditaram ser importante que o profissional de saúde tenha fé em alguma crença religiosa para situações de morte e pacientes terminais, demonstrando que a espiritualidade se torna cada vez mais presente na prática de assistência à saúde. É possível concluir também que os estudantes mostraram uma tendência concordante em serem reanimados caso possuíssem uma doença grave e sofressem uma parada cardiorrespiratória, além de concordarem em não reanimar um familiar que tivesse manifestado previamente o desejo de não ser reanimado na presença de uma doença grave, demonstrando a valorização da vida e o não respeito à vontade prévia de paciente da família. Os estudantes dos semestres iniciais e finais discordaram sobre o grau de intensidade afetiva do médico frente ao paciente considerado terminal ser intenso, no entanto o grupo dos semestres intermediários mostrou uma tendência concordante. Essa questão da afetividade foi a única do estudo que revelou diferença significativa de resposta com base no p entre os grupos de semestres analisados.

REFERÊNCIAS

1. Amaral, M X G; et al. Reações emocionais do médico residente frente ao paciente em cuidados paliativos. Rev. SBPH 2008 jun;11(1).
2. Anderson, W G; et al. Exposure to Death is Associated with Positive Attitudes and Higher Knowledge About End-of-Life Care in Graduating Medical Students. Journal of Palliative Medicine. 11(9):1227-1233;2008.
3. Azeredo, N S G. O acadêmico de medicina frente à morte: Questões para se (re)pensar a formação médica. Porto Alegre, Mestrado [Tese] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
4. Boemer, M R; Rossi, LRG; Nastari RR. A idéia da morte em unidade de terapia intensiva - Análise de depoimentos. In: CASSORLA RMS, editor. Estudos Brasileiros da Morte. Campinas: Papyrus. p. 145-57; 1991.
5. Cassorla RMS. Psicanálise e morte. In: Kovács MJ, org. Vida e morte: laços da existência. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996. p. 83-94
6. Cassorla, R. M. S. Aspectos Psicológicos da Relação Médico-Paciente com Câncer. Revista Quadrimestral do Instituto de Psicologia da PUCCAMP. 1:48-62;1983.

7. Coelho, M O. Relação médico-paciente e a morte. São Paulo. Doutorado [Tese] - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.
8. Costa, J C; Lima, R A G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança / adolescente no processo de morte e morrer. Rev. Latino - Am. Enfermagem. 13(2);2005.
9. Eizirik, C L; Polanczyk, GV; Eizirik, M. O médico, o estudante de Medicina e a morte. Revista AMRIGS. jan/jun 2000;44(1,2):50-55.
10. Fraga, F; Boas, R F; Mendonça, A R. Significado, para os médicos, da terminalidade da vida e dos cuidados paliativos. Revista Bioética 2012,20(3):514-19.
11. França, M.D; Botome, S P. É possível uma educação para morte?. Psicol. Estud. 2005. 10(3):547-48.
12. Fried, T R, Stein M D, O'Sullivan P S, *et al.* Limits of patient autonomy. Physician attitudes and practices regarding life-sustaining treatments and euthanasia. Archives of Internal Medicine. 1993;153:722-8.
13. Kovács, M J. Educação para morte. Temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
14. Kovács, M J. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992. p. 29-48.
15. Likert, R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology. 1932;(140).
16. Marta, G N; et al. O estudante de medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. Revista Brasileira de Educação Médica. 2009 jul/set;3(3):416-427.
17. Moritz, R D. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais de saúde diante da morte. Florianópolis. Doutorado [Tese] - Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
18. Moritz, R D. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. Revista Bioética 2005;13(2):51-63
19. Mota, D D C; Pimenta, C A M; Cruz, D A L. Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia. Barueri: Manole; 2006. p. 45-66.
20. Nova, J L L; Bezerra Filho J; Bastos L A M. Lição de anatomia. Interface Comunicação Saúde e Educação. 2000;4(6):87-96.
21. Oliveira, L. H.. Exemplo de cálculo de Ranking Médio para Likert. Notas de Aula. Metodologia Científica e Técnicas de Pesquisa em Administração. Mestrado em Adm. e Desenvolvimento Organizacional. PPGA CNEC/FACECA: Varginha; 2005

22. Peres, M F P, et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev. Psiq. Clín.* 2007;34(1):82-7
23. Quintana, A M; Cecim, P A; Henn, C G. O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. *Rev. bras. educ. méd.* 2002 set/dez;26(3):204-210.
24. Quirino, G G. O médico diante da morte na urgência e emergência: reflexões sobre o “ser” médico. [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal; 2007.
25. Rodrigues, J C. Tabu da Morte. 2º ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
26. Seymour, J E. Negotiating natural death in intensive care. *Social Science & Medicine.* 2000;51(8):1241-1252
27. Simon R. O complexo tanatolítico justificando medidas de psicologia para estudantes de medicina. *Bol Psiquiatr.*1971;4(4):113-5.
28. Simon, S R; Pan, R J; Sullivan, A M, Clark-Chiarelli, N; Connelly, M T; Peters, A S; et al. 1999. Views of managed care- a survey of students, residents, faculty, and deans at medical schools in the United States. *N Engl J Med.* 340(12):928-36.
29. Siqueira-Batista R; Scharamm FR. “A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: intersecções no campo da saúde pública.” *Cad Saúde Pública.* 2004;20(3):855-65.
30. Slomka J. The negotiation of death: clinical decision making at the end of life. *Social Science & Medicine.* 1992;35(3):251-9
31. Souza, A N. Formação médica, racionalidade e experiência. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2001;6(1),87-96.
32. Wachholtz, A B.; Keefe, FJ. What physicians should know about spirituality and chronic pain. *South Med J.* 2006;99(10):1174-1175.
33. Whyte, R; Quince, T; Benson, J; Wood, D; Barclay, S. Medical students’ experience of personal loss: incidence and implications. *BMC Medical Education.* Published online; 2013.
34. Zaidhaft, S. Morte e formação médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990.

ANEXO: Questionário

Semestre em curso: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: Feminino Masculino

Religião: _____

INDIQUE COM UM "X" SEU GRAU DE
CONCORDÂNCIA OU DISCORDÂNCIA EM CADA
UMA DAS ASSERTIVAS ABAIXO:

		Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Sem opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1	É importante que o paciente saiba de sua doença, qualquer que seja sua gravidade.					
2	Depois que o paciente sabe de sua doença grave ocorre uma piora do seu estado.					
3	Como estudante de medicina sinto-me preparado para lidar com a morte e o processo de morrer.					
4	Durante o meu curso de graduação médica, até o momento, houve preparo para lidar com a morte e com o morrer.					
5	Considero importante que o profissional de saúde tenha fé em alguma crença religiosa para situações de morte.					
6	Caso eu apresentasse uma doença grave (irrecuperável) e sofresse uma parada cardiorrespiratória, desejaria ser reanimado.					
7	Um familiar meu mostra o desejo de não ser ressuscitado se na velhice enfrentasse uma doença grave. Nessas circunstâncias, se ele sofresse uma parada cardiorrespiratória, eu iniciaria a reanimação.					
8	Considero que o grau de intensidade afetiva do médico frente ao paciente considerado terminal deve ser intenso					