

# La muerte y el morir en la formación médica brasileña: una revisión integradora

Vinícius Leite Melo<sup>1</sup>, César Quadros Maia<sup>1</sup>, Elisa Maia Alkmim<sup>1</sup>, Amanda Pais Ravasio<sup>1</sup>, Rafael Lourenço Donadeli<sup>1</sup>, Larissa Ottoni Estevanin de Paula<sup>1</sup>, Alexandre Ernesto Silva<sup>1</sup>, Denise Alves Guimarães<sup>1</sup>

1. Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis/MG, Brasil.

## Resumen

Este texto describe cómo la graduación en Medicina en Brasil aborda la muerte y el morir y sus repercusiones al alumnado; para ello, se realizó una revisión integradora de 36 artículos publicados entre 2008 y 2019. Se identificaron las dificultades en el enfoque del tema relacionadas con el modelo biomédico de formación, la organización curricular y la formación docente. Esas dificultades generan sufrimiento psíquico a los estudiantes y perjudican su formación. Pocos currículos abordan los aspectos psicosociales en este tema y, muchas veces, lo hacen con inadecuados métodos, desde una insuficiente carga horaria o desde actividades extracurriculares. Para solucionarlo, es necesario plantear los cuidados paliativos en la graduación. Esta temática debe abordarse mejor en las Directrices Curriculares Nacionales de la carrera de medicina para garantizar una formación más humanitaria, basada en principios éticos y que prepara a los estudiantes y profesionales para enfrentar situaciones de final de la vida.

**Palabras clave:** Educación médica. Muerte. Salud mental.

## Resumo

### Morte e morrer na formação médica brasileira: revisão integrativa

A fim de descrever como a morte e o morrer são abordados na graduação médica no Brasil e suas repercussões para estudantes, realizou-se revisão integrativa de publicações ocorridas entre 2008 e 2019, resultando na seleção de 36 artigos. Identificaram-se dificuldades na abordagem do tema relacionadas ao modelo biomédico de formação, à organização dos currículos e à formação dos professores. Estas afetam os estudantes, trazendo sofrimento psíquico e prejudicando o processo de formação. Poucos currículos abordam aspectos psicossociais relacionados à morte e ao morrer, sendo frequentemente abordados com carga horária insuficiente, métodos inadequados ou como atividades extracurriculares. Propostas de solução apontam a necessidade de investimentos em cuidados paliativos na graduação. Conclui-se que essas temáticas precisam ser mais bem contempladas nas Diretrizes Curriculares Nacionais de cursos de medicina, de modo a garantir uma formação mais humanitária, pautada em princípios éticos, e que prepare estudantes e profissionais para lidar com situações de terminalidade.

**Palavras-chave:** Educação médica. Morte. Saúde mental.

## Abstract

### Death and dying in the Brazilian medical training: integrative review

To describe how death and dying are approached in the medical undergraduate programs in Brazil and their repercussions for students, an integrative review of publications from 2008 to 2019 was carried out, resulting in a selection of 36 articles. The difficulties in approaching the theme related to the biomedical model of training, the organization of the curriculum, and the training of teacher were identified. Those affect students, causing psychic suffering and hindering the training process. Few curriculums approach psychosocial aspects related to death and dying, which are often approached for insufficient credit hours, inadequate methods, or as extracurricular activities. Solution proposals point to the necessity of investments in palliative care in the undergraduate programs. In conclusion, these themes need to be more thoroughly included in the National Curricular Directives of medicine programs, to foster a more humanitarian training, based on ethical principles, and which prepares students and professionals to deal with end-of-life situations

**Keywords:** Education, medical. Death. Mental health.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Diferentes aspectos culturales influyen en la forma en que las personas tratan las pérdidas, construyendo posibilidades particulares para enfrentar un momento difícil como la muerte<sup>1,2</sup>. Estas significaciones atribuidas a la muerte variaron en diferentes momentos históricos<sup>2-4</sup> y, aunque es un proceso biológico inevitable<sup>2,3</sup>, la muerte es comúnmente temida<sup>1</sup> y asociada con el sufrimiento<sup>3,5</sup>. Esta visión de la muerte influye en la manera en que la medicina trata la vida y las cuestiones relacionadas con la terminalidad, lo que a menudo da ocasión a la distanacia, una situación en la que la vida de los pacientes terminales se prolonga, lo que representa el mantenimiento de un proceso doloroso<sup>3-5</sup>.

En ese sentido, la tecnología termina por ayudar a prolongar la existencia de los enfermos, pero no los ayuda a vivir el proceso de morir de manera calificada y digna<sup>6</sup>. Este contexto refuerza la importancia de hablar sobre la muerte y las formas de abordarla, temas que deberían discutirse de manera más amplia en la formación y en las prácticas en salud.

Teniendo en cuenta específicamente la formación médica, la literatura sostiene que los médicos aún son formados para abordar la enfermedad y la muerte en sus aspectos técnicos con el fin de combatirlas, y no están preparados para ayudar a la persona que está enferma o muriendo<sup>2,6</sup>. En consecuencia, el proceso de formación médica tiende a imprimir una visión impersonal y puramente biológica de la cuestión de la muerte<sup>4,6</sup>, lo que resulta en profesionales de salud que, al evitar el contacto con la muerte del otro, se distancian de las emociones con relación a su propia muerte<sup>2</sup>.

Así, uno de los grandes desafíos actuales para la formación en salud es extrapolar la enseñanza de los cuidados exclusivamente técnicos<sup>6</sup> para, entonces, abarcar la complejidad de las situaciones de sufrimiento, enfermedad y terminalidad. Este es un desafío especial para el escenario brasileño de formación médica, que ha recibido una gran influencia del modelo flexneriano, basado en una formación centrada en la práctica hospitalaria y en la enfermedad<sup>7</sup>, y no en la persona y en otros contextos sociales que forman parte de los procesos salud-enfermedad.

Con la creación del Sistema Único de Salud (SUS) y el movimiento de Reforma Sanitaria, la década de 1980 intensificó las discusiones acerca del límite del modelo de formación en salud centrado en principios biomédicos. Tales discusiones llevaron a la

incorporación de los ideales previstos en el *Informe Dawson*<sup>8</sup>, que proponía el uso regular de servicios de la atención primaria para la enseñanza en salud, el enfoque en la persona y en los grupos, y la atención a las cuestiones sociales que implican los procesos de salud y enfermedad<sup>9</sup>.

Como reflejo de estas recomendaciones técnicas y de las transformaciones en la asistencia en salud en curso en la sociedad brasileña, se han desarrollado en el país varios cambios relacionados con los marcos legales de las prácticas y de la formación médica. Si, por una parte, el Código de Ética Médica reafirmó los compromisos de la medicina con la vida y la salud, por otra parte reforzó el compromiso médico de respetar la autonomía de los pacientes y garantizar la asistencia en situaciones irreversibles y terminales<sup>10</sup>.

Del conjunto de discusiones sobre la formación en salud en curso en el país, las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) de la carrera de medicina abogan por una formación reflexiva, empática, que valore el contexto psicosocial de cada persona<sup>11</sup>. Sin embargo, el espacio destinado a cuestiones relacionadas con los aspectos psicosociales de la enfermedad, la muerte y los cuidados paliativos sigue siendo pequeño y, aunque estimula la reflexión, aún se limita a comprenderlos como parte del ciclo fisiológico<sup>11,12</sup>.

Además, se enfatiza que la falta de apoyo institucional para que los estudiantes enfrenten sus angustias ante situaciones de muerte se señala como un factor que luego podría influir en su capacidad profesional relacionada con estas cuestiones<sup>13</sup>. En lo que respecta al proceso de formación médica, cabe resaltar, aun, que el Código de Ética del Estudiante de Medicina explicita que el estudiante debe buscar, en su institución de formación, iniciativas de apoyo psicosocial que le brinden apoyo en situaciones que impliquen sufrimiento psíquico, lo que evidencia, además, la corresponsabilidad del estudiante en la construcción de una estructura curricular centrada en una formación crítica y humanística<sup>14</sup>.

Teniendo en cuenta la complejidad del abordaje de la terminalidad y su relevancia para la práctica médica, este estudio buscó describir, con base en el análisis de artículos relativos a la formación médica brasileña, la forma en que los temas relacionados con la muerte y el morir han sido tratados en el grado de medicina y las repercusiones de estos abordajes para los estudiantes.

## Método

Este estudio se caracteriza por ser una revisión integrativa de la literatura por medio de una investigación bibliográfica, con perspectiva cualitativa y carácter descriptivo<sup>15</sup>. Se optó por este método por ser amplio y por permitir la combinación de datos de la literatura, incluidos estudios cualitativos y cuantitativos.

Los artículos se seleccionaron en las bases de datos siguientes: LILACS, PubMed, SciELO y Medline. Los descriptores, o palabras clave, en inglés o portugués, se eligieron con base en consultas a los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) e investigaciones prueba previas. A saber: “students, medical and death”; “students, medical and stress, psychological”; “students, medical and attitude to death”; “students, medical and anatomy”; “estudiantes de medicina and muerte”; “estudiantes de medicina and atitude frente à morte”; “estudiantes de medicina and estresse psicológico”; “educação médica and morte”; “education, medical and death”; “educação médica and tanatologia”; “education, medical and thanatology”; “students, medical and thanatology”; “estudiantes de medicina and tanatologia”. Los títulos y resúmenes de los artículos seleccionados fueron leídos por más de un investigador para evaluar la pertinencia del estudio en cuanto a su elegibilidad con relación a los criterios de inclusión y exclusión.

Se incluyeron artículos originales en portugués e inglés publicados entre el 2008 y el 2019, se excluyeron los estudios que: a) no incluyeron a estudiantes de medicina brasileños en su público objetivo; B) no abordaron la graduación en medicina; C) abordaron el tema de la muerte y del morir teniendo en cuenta solo sus aspectos biológicos y legales; d) no eran originales; e) eran duplicados. Después de este proceso, se seleccionaron los artículos que compusieron la estructura de análisis de esta investigación. Se utilizó un formulario de extracción de datos, elaborado según los objetivos establecidos y el diseño de la investigación, con el fin de asegurar que toda la información relevante fuera registrada adecuadamente, minimizando los errores<sup>15</sup>.

Los artículos seleccionados se organizaron en un cuadro (Cuadro 1), teniendo en cuenta las siguientes variables: autores, periódico en el que se publicó, año de publicación, características de la muestra, rango de edad y período de curso de los estudiantes participantes y diseño del estudio. Los artículos que cumplieron con los criterios de elegibilidad se distribuyeron por parejas de investigadores para su lectura y análisis inicial y, posteriormente, el grupo de investigadores desarrolló en forma conjunta el proceso de categorización de contenidos con base en el marco teórico del análisis temático o categórico<sup>16</sup>.

La adopción de un marco cualitativo para el análisis de los datos se justifica por la posibilidad de incluir y abordar temas complejos y relevantes para discusión, y no solo teniendo en cuenta su frecuencia de aparición. Se resalta la importancia de los enfoques cualitativos en la investigación en salud, ya que permiten una mayor comprensión de temáticas de difícil abordaje, cuya complejidad dificulta su asimilación por metodologías exclusivamente cuantitativas<sup>17</sup>. De este proceso surgieron las siguientes categorías, que se presentan y discuten a continuación: 1) la muerte y el morir en la formación médica y sus impactos psicosociales; 2) abordaje de la muerte y el morir en la organización curricular; 3) propuestas de solución sugeridas frente a los problemas de abordaje del tema.

## Resultados

Con base en la investigación bibliográfica realizada, se encontraron 31.404 estudios, de los cuales se seleccionaron 36 tras el análisis mediante la lectura completa de los títulos, resúmenes y artículos (Figura 1). Según la información presentada en el Cuadro 1, se puede observar, en síntesis, que, entre los artículos seleccionados, 21 eran cualitativos, 11 cuantitativos y cuatro presentaban un método cuantitativo-cualitativo. Estos estudios involucraron, en conjunto, a 2.823 estudiantes de medicina de diferentes períodos de la carrera, 548 médicos —entre los cuales 320 eran residentes— y otras categorías profesionales que no fueron objeto de esta revisión.

Figura 1. Diagrama de flujo de inclusión y exclusión de los estudios

Cuadro 1. Artículos según autores, revista y año de publicación, características del estudio y metodología

Autores	Periódico y año de publicación	Característica de la muestra/lugar en el que se realizó la investigación (estado)/período del curso/rango de edad	Método
Sadala y Silva <sup>18</sup>	<i>Interface (Botucatu)</i> , 2008	24 estudiantes de medicina, São Paulo Estudiantes del 5.º y 6.º curso de la carrera que habían vivenciado 2 o 3 episodios de atención a pacientes en etapa terminal Rango de edad entre 21 y 27 años	Cualitativo, de naturaleza descriptiva
Quintana y colaboradores <sup>19</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2008	11 estudiantes de medicina, Rio Grande do Sul Estudiantes del 1.º al 5.º períodos de la carrera Rango de edad entre 18 y 27 años	Cualitativo, etnográfico
Brito y colaboradores <sup>20</sup>	<i>Revista Paraense de Medicina</i> , 2008	240 estudiantes de medicina, Pará Estudiantes del 1.º al 4.º curso de la carrera Rango de edad entre 17 y 33 años	Cuantitativo, estudio transversal
Falcão y Mendonça <sup>21</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2009	48 médicos docentes de la carrera de medicina, Río de Janeiro Rango de edad no especificado	Cualitativo, de naturaleza reflexiva
Marta y colaboradores <sup>22</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2009	120 residentes y 100 estudiantes de medicina, São Paulo Estudiantes del 3.º curso de medicina y residentes. Rango de edad no especificado	Cuantitativo, estudio transversal
Mascia y colaboradores <sup>23</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2009	82 estudiantes de medicina, São Paulo 41 del 6.º curso y 41 del 2.º curso de la carrera Rango de edad no especificado	Cuantitativo, estudio transversal
Bífulco y lochida <sup>24</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2009	15 profesionales de la salud, de los cuales 3 médicos, São Paulo Rango de edad promedio de 35,7 años, con edades entre 22 y 80 años	Cualitativo, descriptivo-exploratorio

continúa...

**Cuadro 1.** Continuación

Autores	Periódico y año de publicación	Característica de la muestra/lugar en el que se realizó la investigación (estado)/período del curso/rango de edad	Método
Silva y Ayres <sup>25</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2010	15 estudiantes de medicina y 4 residentes, Rio Grande do Norte Al menos 1 estudiante por cada período de la carrera y 2 por cada año de residencia (R1 y R2) Rango de edad no especificado	Cualitativo, de naturaleza reflexiva
Combinato y Queiroz <sup>26</sup>	<i>Ciência &amp; Saúde Coletiva</i> , 2011	6 médicos y 7 enfermeros, São Paulo Rango de edad de 24 a 48 años	Cualitativo, exploratorio
Andrade y colaboradores <sup>27</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2011	120 estudiantes de medicina, Distrito Federal 25 % de los estudiantes en cada curso (1.º al 6.º) de la carrera Rango de edad entre 18 y 31 años	Cuantitativo-cualitativo, estudio transversal descriptivo
Pinheiro y colaboradores <sup>28</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2011	180 estudiantes de medicina, São Paulo 4.º a 6.º curso de la carrera Rango de edad no especificado	Cuantitativo, estudio transversal
Azeredo, Rocha y Carvalho <sup>29</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2011	5 estudiantes de medicina, Rio Grande do Sul Alumnos del 9.º al 12.º período de la carrera Rango de edad no especificado	Cualitativo, exploratorio descriptivo
Pinheiro, Benedetto y Blasco <sup>30</sup>	<i>Revista Brasileira de Medicina</i> , 2011	muestra no especificada, São Paulo Estudiantes y residentes de medicina Estudiantes del 6.º curso de medicina y residentes Rango de edad no especificado	Cualitativo, observación participante
Borges y Mendes <sup>31</sup>	<i>Revista Brasileira de Enfermería</i> , 2012	1 nutricionista, 2 enfermeras y 2 médicos, Distrito Federal Rango de edad entre 26 y 32 años	Cualitativo, exploratorio descriptivo
Santos, Menezes y Gradvohl <sup>32</sup>	<i>Ciência &amp; Saúde Coletiva</i> , 2013	6 estudiantes de medicina, 10 estudiantes de enfermería y 6 estudiantes de psicología, São Paulo Períodos de la carrera no especificados Rango de edad no especificado	Cualitativo, exploratorio descriptivo
Figueiredo y Stano <sup>33</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2013	Muestra no especificada, Minas Gerais Estudiantes del 2.º curso de la carrera Rango de edad superior a 16 años	Cualitativo, de naturaleza reflexiva
Almeida y Falcão <sup>34</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2013	27 médicos, Río de Janeiro Rango de edad no especificado	Cualitativo, de naturaleza reflexiva
Poletto, Santin y Bettinelli <sup>35</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2013.	11 médicos que atendían a pacientes mayores, Rio Grande do Sul Rango de edad entre 39 y 63 años	Cualitativo, exploratorio
Bertoldi, Folberg y Manfroi <sup>36</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2013	Estudiantes de medicina, Rio Grande do Sul Muestra no especificada Rango de edad no especificado	Cualitativo, estudio de caso
Fonseca y Geovanini <sup>37</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2013	7 estudiantes de medicina, 1 estudiante de doctorado en geriatría y 1 no identificado, Río de Janeiro Períodos lectivos de la carrera no especificados Rango de edad promedio 27 años	Cualitativo, exploratorio
Silva, Leão y Pereira <sup>38</sup>	<i>Revista Bioética</i> , 2013	76 estudiantes de medicina, Pernambuco Estudiantes del 3.º período lectivo de la carrera Rango de edad no especificado	Cualitativo, de naturaleza reflexiva
Andrade y colaboradores <sup>39</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2014	40 estudiantes de medicina, Ceará Estudiantes del 2.º al 6.º curso de la carrera Rango de edad promedio de 21,5 años en un grupo y de 21 años en el otro	Cuantitativo-cualitativo, longitudinal, descriptivo

continúa...

**Cuadro 1.** Continuación

Autores	Periódico y año de publicación	Característica de la muestra/lugar en el que se realizó la investigación (estado)/período del curso/rango de edad	Método
Duarte, Almeida y Popim <sup>40</sup>	<i>Interface (Botucatu)</i> , 2015	26 estudiantes de medicina, São Paulo Estudiantes del 4.º y 6.º períodos lectivos de la carrera Rango de edad no especificado	Cualitativo, descriptivo
Costa, Poles y Silva <sup>41</sup>	<i>Interface (Botucatu)</i> , 2016	10 estudiantes, 5 de los cuales de medicina y 5 de enfermería, Minas Gerais Estudiantes del 3.º al 9.º período lectivo de Medicina Rango de edad entre 21 y 30 años	Cualitativo, exploratorio descriptivo
Silva y colaboradores <sup>42</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2016	25 estudiantes de medicina, 83 médicos docentes del grado en medicina y 64 residentes de medicina, Rio Grande do Norte Estudiantes de 12.º período lectivo de la carrera y médicos Rango de edad no especificado	Cuantitativo, transversal
Alves y colaboradores <sup>43</sup>	<i>Revista da Associação Médica Brasileira</i> , 2017	69 estudiantes de medicina, Sergipe Estudiantes del 9.º al 12.º período lectivo de la carrera Rango de edad promedio de 25,1	Cuantitativo, transversal
Freitas y colaboradores <sup>12</sup>	<i>Revista Bioética</i> , 2017	23 estudiantes de medicina, Bahía Períodos lectivos de la carrera no especificados Rango de edad no especificado	Cualitativo, descriptivo
Tamada y colaboradores <sup>44</sup>	<i>Revista de Medicina</i> , 2017	9 médicos, São Paulo Rango de edad entre 32 y 58 años	Cualitativo, descriptivo transversal
Storari y colaboradores <sup>45</sup>	<i>BMJ Supportive &amp; Palliative Care</i> , 2017	293 estudiantes de medicina y 43 residentes, São Paulo Estudiantes del 1.º al 6.º curso de medicina y residentes Rango de edad no especificado	Cuantitativo, descriptivo
Santos, Lins y Menezes <sup>46</sup>	<i>Revista Bioética</i> , 2018	47 estudiantes de medicina, Bahía Estudiantes del 1.º curso de medicina Rango de edad no especificado	Cualitativo, descriptivo
Correia y colaboradores <sup>47</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2018	134 estudiantes de medicina, Alagoas Estudiantes del 9.º al 12.º período lectivo de medicina Rango de edad entre 22 y 37 años	Cuantitativo, descriptivo transversal
Malta, Rodrigues y Priolli <sup>48</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2018	240 estudiantes de medicina, São Paulo Períodos lectivos de la carrera no especificados Rango de edad superior a 19 años	Cuantitativo, cohorte
Pereira, Rangel y Giffoni <sup>49</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2019	81 estudiantes de medicina, Goiás Estudiantes del 6.º curso de medicina Rango de edad superior a 18 años	Cuantitativo-cualitativo, descriptivo evaluativo
Marques y colaboradores <sup>50</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2019	66 estudiantes de medicina, Acre Estudiantes del 8.º y del 11.º períodos lectivos de medicina Rango de edad promedio 26,76 años	Cuantitativo-cualitativo, descriptivo evaluativo
Santos y Pintarelli <sup>51</sup>	<i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , 2019	805 estudiantes de medicina y 93 residentes, Paraná Estudiantes de todos los períodos lectivos de medicina Rango de edad 18 a 22 años entre los estudiantes y de 23 a 27 años entre los residentes	Cuantitativo, observacional
Meireles y colaboradores <sup>52</sup>	<i>Revista Bioética</i> , 2019	51 estudiantes de medicina y 42 médicos, Minas Gerais Estudiantes del 2.º, 3.º y 4.º períodos lectivos de medicina Rango de edad igual o superior a 18 años	Cuantitativo, transversal descriptivo

Los estudios se realizaron en todas las regiones del territorio nacional, 18 de ellos en el Sudeste, cuatro en el Sur, tres en el Centro-Oeste, ocho en el Nordeste y dos en el Norte. Con respecto a las unidades federativas, se realizaron 12 estudios en São Paulo, tres en Río de Janeiro, tres en Minas Gerais, tres en Rio Grande

do Sul, uno en Paraná, uno en Goiás, uno en Ceará, uno en Pernambuco, dos en Rio Grande do Norte, uno en Sergipe, dos en Bahía, uno en Alagoas, uno en Pará, uno en Acre y dos en el Distrito Federal. Además, el Cuadro 2 presenta un resumen de los principales resultados y recomendaciones de los artículos.

**Cuadro 2.** Resumen de los principales resultados y recomendaciones de los artículos seleccionados

Autores	Principales resultados	Principales recomendaciones
Sadala y Silva <sup>18</sup>	Ansiedad para tratar con pacientes terminales y dificultad para enfrentar sus propios sentimientos; impotencia, depresión y ansiedad ante la muerte; formación deficiente y falta de preparación para hacer frente a la terminalidad; distanciamiento del paciente	Necesidad de ampliar el abordaje de aspectos relacionados con la terminalidad en la formación médica, tales como competencias interpersonales, ética y deontología médica
Quintana y colaboradores <sup>19</sup>	Angustia ante la terminalidad, dolor y sufrimiento ante los modelos y prácticas formativas	Creación de espacios de discusión sobre el tema e intercambio de experiencias
Brito y colaboradores <sup>20</sup>	Ansiedad ante la muerte; distanciamiento del paciente y deshumanización profesional; organización curricular deficiente; preocupaciones con su propia salud	Estimular el desarrollo de habilidades interpersonales en los estudiantes; buscar una mayor humanización en la formación médica, para que puedan enfrentarse mejor a la enfermedad y la muerte
Falcão y Mendonça SB <sup>21</sup>	Sufrimiento y falta de preparación de los médicos, estudiantes y pacientes ante la muerte; falta de apoyo emocional durante la graduación; organización curricular deficiente; predominio de la perspectiva biomédica	Creación de espacios de discusión del tema e intercambio de experiencias
Marta y colaboradores <sup>22</sup>	Desarrollo del síndrome de <i>burnout</i> ; distanciamiento e indiferencia hacia el paciente; organización curricular deficiente; percepción de que hubo preparación teórica, práctica e individual en la graduación para enfrentar la muerte y el morir	Enfoque teórico-práctico de la terminalidad, institución de cursos de tanatología
Mascia y colaboradores <sup>23</sup>	Sufrimiento psíquico ante la terminalidad; diferencia de percepción y reacción entre los estudiantes de distintos períodos lectivos ante la muerte	Inclusión de cursos de tanatología a lo largo de la formación; discusiones de casos clínicos; creación de espacios de discusión; apoyo psicopedagógico
Bifulco y lochida <sup>24</sup>	Sufrimiento psíquico, frustración y sentimiento de pérdida; formación centrada en el modelo biomédico; percepción de ausencia de la temática de la muerte en la formación	Necesidad de abordar la muerte y el morir a lo largo de la carrera, especialmente la formación en cuidados paliativos; estimular el desarrollo de habilidades de empatía y acogida
Silva y Ayres <sup>25</sup>	Vulnerabilidades y falta de preparación para enfrentar situaciones de terminalidad; abordaje deficiente del tema; falta de contacto con la muerte a lo largo del curso; privación del contacto con los pacientes en los primeros años de la graduación	Incorporación de contenidos específicos y métodos activos y diversificados para abordar el sufrimiento y la terminalidad; importancia de vivenciar la terminalidad a lo largo de la carrera; desarrollo de los aspectos psicosociales y del proceso de comunicación; oferta institucional de apoyo psicopedagógico
Combinato y Queiroz <sup>26</sup>	Falta de preparación para enfrentar situaciones de terminalidad; formación centrada en el modelo biomédico y cientificista; manifestación de sentimientos negativos relacionados con la terminalidad	Necesidad de cambiar la perspectiva de la formación, con un abordaje más específico de cuestiones de la terminalidad; necesidad de desarrollar habilidades de empatía, acogida y diálogo

continúa...

**Cuadro 2.** Continuación

Autores	Principales resultados	Principales recomendaciones
Andrade y colaboradores <sup>27</sup>	Reconocimiento del desarrollo de actitudes positivas y madurez ante las cuestiones relacionadas con la muerte; mejor comprensión del proceso de enfermedad y terminalidad	Importancia de desarrollar habilidades de empatía, acogida y diálogo; necesidad de involucrarse en el cuidado cuando la curación no es posible; importancia de usar metodologías activas
Pinheiro y colaboradores <sup>28</sup>	Abordaje deficiente de la terminalidad y desconocimiento de conceptos bioéticos relacionados con los tipos morales de muerte (eutanasia, distanasia y ortotanasia)	Necesidad de desarrollo teórico y práctico en terminalidad y en conceptos de bioética
Azeredo, Rocha y Carvalho <sup>29</sup>	Sufrimiento psíquico e impotencia; poco abordaje del tema; sensación de falta de preparación y distanciamiento del paciente	Importancia de experiencias relacionadas con la terminalidad a lo largo del curso; desarrollo teórico y práctico en terminalidad; desarrollo de aspectos psicosociales relacionados con la enfermedad y la terminalidad; necesidad de apoyo psicopedagógico ofrecido por la institución de educación
Pinheiro, Benedetto y Blasco <sup>30</sup>	Falta de preparación para enfrentar situaciones de terminalidad a lo largo de la carrera; la muerte vista como un fracaso médico; metodologías activas mejoraron la comunicación y la expresión de sentimientos	Invertir en formación en cuidados paliativos; importancia de las experiencias prácticas en el proceso formativo; desarrollo teórico y práctico en terminalidad en las diversas asignaturas curriculares
Borges y Mendes <sup>31</sup>	Distanciamiento del paciente; abordaje curricular con escaso enfoque en aspectos relacionados con la terminalidad	Necesidad de desarrollar habilidades interpersonales de empatía, acogida y diálogo; importancia del involucramiento en el proceso de cuidado en situaciones de terminalidad
Santos, Menezes y Gradwohl <sup>32</sup>	Falta de preparación para enfrentar la muerte; sufrimiento psíquico; abordaje deficiente por parte del currículo obligatorio; desconocimiento sobre el término ortotanasia	Formación que desarrolla aspectos psicosociales y comunicativos sobre la muerte
Figueiredo y Stano <sup>33</sup>	Importancia de usar metodologías activas de enseñanza y asignaturas curriculares que aborden la muerte; importancia de las asignaturas tanatología y cuidados paliativos	Fomentar el desarrollo de habilidades interpersonales, por medio de asignaturas con metodologías activas
Almeida y Falcão <sup>34</sup>	Límites de la actuación médica ante la muerte en el contexto de la UCI; falta de preparación en la formación médica para enfrentar situaciones de terminalidad; reconocimiento de la necesidad de apoyo psicológico	Se sugirió un curso de tanatología; importancia de que el estudiante asista a momentos de terminalidad a lo largo de la graduación; creación de espacios de discusión
Poletto, Santin y Bettinelli <sup>35</sup>	Necesidad de más discusiones y reflexiones sobre el abordaje de la muerte y el morir en la formación académica; la muerte y el morir no están incluidos en los proyectos pedagógicos; preocupación por los pacientes y familiares	Se sugirió un curso de tanatología; creación de espacios para compartir emociones y conocimientos
Bertoldi, Folberg y Manfroi <sup>36</sup>	El contacto con la muerte y el sufrimiento de los pacientes genera miedo; falta incentivo a la búsqueda de conocimiento y dificultad para percibirse a uno mismo y a los demás	No presenta recomendaciones
Fonseca y Geovanini <sup>37</sup>	La muerte como indicación de fracaso médico; falta de preparación de los estudiantes enfrentar la terminalidad; abordaje de la muerte y del morir considerado deficiente en el currículo; algunos estudiantes se sienten preparados para enfrentar la muerte	Se sugirió la inclusión del tema cuidados paliativos en la carrera de medicina; desarrollo de competencias para las relaciones interpersonales y de comunicación con los pacientes; apoyo pedagógico

continúa...



**Cuadro 2.** Continuación

Autores	Principales resultados	Principales recomendaciones
Silva, Leão y Pereira <sup>38</sup>	Importancia de aplicar la metodología de enseñanza de bioética en la carrera de medicina; percepción de la primacía de la visión curativa de la medicina; organización curricular deficiente sobre aspectos relacionados con la terminalidad	Implantación de asignaturas centradas en la terminalidad y en nuevas metodologías de enseñanza
Andrade y colaboradores <sup>39</sup>	Formación que apenas aborda la muerte y el morir; la angustia de los estudiantes por el contacto terminal y con cadáveres en las clases de anatomía; sufrimiento psíquico relacionado con el contacto con la muerte (ansiedad, depresión, insomnio)	Ampliar el abordaje de la terminalidad a lo largo del curso con la creación de espacios de discusión; necesidad de ofrecer apoyo psicopedagógico
Duarte, Almeida y Popim <sup>40</sup>	La muerte vista como un fracaso médico; sufrimiento psicológico de los estudiantes ante la muerte (sentimientos de fracaso, impotencia y angustia); sensación de falta de preparación, a pesar del contacto progresivo con el tema de la terminalidad en la graduación (horas lectivas insuficientes, carácter puntual del enfoque)	Se sugirió que el tema de los cuidados paliativos sea incluido de forma integral a lo largo del curso de graduación; se resaltó la importancia del contacto presencial del estudiante con situaciones de terminalidad
Costa, Poles y Silva <sup>41</sup>	La muerte vista como un fracaso médico; desarrollo de mecanismos de defensa (distanciamiento del paciente); falta de preparación en la formación; abordaje deficiente del currículo obligatorio	Estimulación de la enseñanza teórico-práctica de los cuidados paliativos y fomento de la investigación orientada a mejorar esta formación
Silva y colaboradores <sup>42</sup>	Abordaje deficiente del tema de la terminalidad y del llenado de la declaración de defunción	Abordaje que permite completar de manera adecuada la declaración de defunción
Alves y colaboradores <sup>43</sup>	Sufrimiento psíquico ante la terminalidad; sensación de fracaso, dificultades de comunicación con el paciente y sus familiares	Creación de espacios de discusión sobre el tema
Freitas y colaboradores <sup>12</sup>	Organización curricular deficiente para enfrentar la terminalidad; falta de preparación de los estudiantes para enfrentar la muerte; cambios en la percepción de la muerte; nuevo paradigma propuesto por los cuidados paliativos	Inclusión de asignaturas obligatorias de tanatología en el currículo médico
Tamada y colaboradores <sup>44</sup>	Falta de preparación para enfrentar la muerte; abordaje insuficiente del tema en el currículo	Adopción de estrategias y metodologías activas para abordar temas relacionados con la terminalidad (cine, psicodrama, juego de rol y talleres)
Storarri y colaboradores <sup>45</sup>	Falta de preparación para enfrentar situaciones de terminalidad; ausencia de abordaje para comunicar noticias difíciles	Inserción del tema cuidados paliativos en la graduación; desarrollo de actividades teórico-prácticas en terminalidad
Santos, Lins y Menezes <sup>46</sup>	Comprensión de la muerte como un fenómeno natural y social; los aspectos éticos y psicológicos de la muerte se deben tener en cuenta en la práctica médica; la muerte vista como una enemiga de la práctica médica, pero también representa un alivio; necesidad de superar el modelo biomédico y necesidad de ampliar el abordaje de la terminalidad en la graduación	Necesidad de desarrollar habilidades interpersonales de empatía, acogida y diálogo.
Correia y colaboradores <sup>47</sup>	La muerte vista como un fracaso médico; sentimiento de frustración al enfrentar el tema; angustia por el contacto con un paciente terminal; abordaje insuficiente; falta de abordaje para comunicar noticias difíciles	Inclusión de cursos de tanatología como asignatura curricular

continúa...

**Cuadro 2.** Continuación

Autores	Principales resultados	Principales recomendaciones
Malta, Rodrigues y Priolli <sup>48</sup>	Falta de preparación para enfrentar situaciones de terminalidad; dificultades de comunicación de los estudiantes con el paciente y sus familiares; ventajas en la adquisición de conocimientos para los estudiantes que se mantuvieron contacto con el tema a lo largo de su graduación	Desarrollar habilidades interpersonales de empatía, acogida y diálogo y prácticas terapéuticas para el control del dolor; ofrecer a los pacientes un cuidado más humanizado
Pereira, Rangel y Giffoni <sup>49</sup>	Sentimientos de ansiedad y amenaza a la propia vida; abordaje deficiente por parte del currículo sobre cuidados paliativos, ortotanasia, distansia y eutanasia; falta de preparación para enfrentar situaciones de terminalidad	Inclusión de asignaturas optativas y proyectos de extensión sobre el tema; invertir en la formación en cuidados paliativos; ofrecer a los pacientes un cuidado más humanizado
Marques y colaboradores <sup>50</sup>	Graduación médica biologicista; interferencia de experiencias pasadas y factores personales en la percepción de la muerte y el morir	Importancia de asistir a momentos de terminalidad a lo largo de toda la graduación; creación de espacios de discusión sobre el tema
Santos y Pintarelli VL <sup>51</sup>	Sentimientos de frustración, ansiedad e impotencia ante la terminalidad; abordaje insuficiente en la graduación y contacto con el tema restringido a los últimos años de la carrera	Ampliar el abordaje del tema a lo largo de la carrera.
Meireles y colaboradores <sup>52</sup>	Falta de preparación para enfrentar situaciones de terminalidad; formación deficiente; distanciamiento del paciente	Inclusión de cursos de tanatología; desarrollo de actividades teórico-prácticas en terminalidad

## Muerte y morir

### La formación médica y sus impactos psicosociales

Los principales aspectos discutidos por los artículos seleccionados en lo que respecta a los impactos psicosociales de la muerte y el morir en la formación médica se asociaron a sus elementos biotecnistas; la cuestión del sufrimiento y la falta de preparación ante situaciones de terminalidad; las dificultades experimentadas por los estudiantes; y la influencia de las creencias y experiencias personales.

Del total de 36 artículos, 13 presentaron críticas sobre perspectivas de graduación médica centradas en referentes predominantemente biomédicos organicistas y que priorizaban el tradicional paradigma científico-biológico<sup>12,21,22,24,26,31,33,37,38,40,44,46,50</sup>. La precariedad o inexistencia del abordaje de la muerte y el morir en la graduación de medicina resultó en un conjunto de problemas que se identificaron y se discutieron en los estudios. Cuatro artículos señalaron la falta de preparación de los estudiantes para tratar con pacientes sin posibilidad de curación y con situaciones que involucraban el proceso de muerte<sup>12,33,44,52</sup>, otros cuatro identificaron que la muerte era vista como algo negativo, que sugiere fracaso médico, con la consecuente angustia<sup>31,37,47,50</sup>,

y los cinco últimos discutieron que la suposición de la capacidad de intervenir sobre la muerte llevaba a la búsqueda de una curación, un intento de mantener la vida y recuperar la salud a toda costa<sup>12,24,34,35,38</sup>.

Con respecto a la manera en que se enfrenta la muerte de un paciente, los estudios identificaron varias expresiones de sufrimiento psíquico manifestadas por los estudiantes, como sentimientos de frustración<sup>24,29,47,51</sup>, impotencia<sup>18,26,29,37,51</sup>, fracaso<sup>26,40</sup>, pérdida<sup>24</sup> y sensación de fallo<sup>43</sup>. Doce estudios discutieron que las diversas expresiones de sufrimiento psíquico abordadas estaban relacionadas con la falta de preparación para enfrentar situaciones de terminalidad a lo largo de la carrera<sup>25,26,30,32,34,37,40,41,43,45,48,52</sup>, por falta de apoyo emocional al estudiante<sup>21,25,37,45,52</sup> o debido al modelo de formación médica centrado prioritariamente en la curación. Algunos estudios también discutieron que, debido a esta falta de preparación, la muerte fue vista como un fracaso médico<sup>26,30,40,41</sup>.

La falta de contacto con la muerte y el morir a lo largo de la graduación hizo que los estudiantes se sintieran incómodos para actuar en contextos en los que estos eventos eran predominantes<sup>30,43</sup>, lo que también se asocia a dificultades en la comunicación entre los estudiantes y el paciente y sus familiares<sup>43,48</sup>.

Veintiséis estudios identificaron un conjunto de impactos psicosociales y mecanismos de defensa

entre los estudiantes de medicina, resultantes de una formación que apenas abordaba los temas de la muerte y el morir<sup>18-26,29-32,34,36,37,39-41,43,45,47-49,51,52</sup>. Tres estudios identificaron la angustia provocada por el contacto con el paciente terminal<sup>40,41,47</sup> y con cadáveres en las clases de anatomía<sup>19,39</sup>. Además, se señalaron otras formas de sufrimiento psíquico, como la ansiedad<sup>18,20,47,48,51</sup>, la depresión<sup>18,23,32,39</sup>, el insomnio<sup>39</sup> y el síndrome de *burnout*<sup>22,23</sup>, resultante del contacto del estudiante con la muerte. Algunos estudios también discutieron que, ante la muerte de un paciente, también se enfrentaban a la cuestión de la propia finitud<sup>20,21,47,49</sup>, lo que podría generar ansiedad<sup>47</sup> y sentimiento de amenaza a la propia vida<sup>20</sup>.

Algunos trabajos constataron que los estudiantes de medicina desarrollaron mecanismos de defensa para enfrentarse a la muerte de sus pacientes<sup>18,22,29,31,36,41,43,52</sup> y a los cadáveres en las clases de anatomía<sup>22</sup>. Estos mecanismos consistían principalmente en el distanciamiento del paciente de<sup>18,20,22,29,31,41,52</sup>, distanciamiento de la condición humana<sup>29</sup>, uso del humor en forma de bromas sobre el cadáver<sup>19</sup>, deshumanización profesional<sup>20,36</sup>, aislamiento del profesional al enfrentar la muerte<sup>29</sup> e indiferencia con relación al paciente<sup>22</sup>.

Los artículos analizados discutieron un conjunto de influencias relacionadas con las experiencias personales y familiares y las creencias de los estudiantes como factores que interfirieron en la forma en que percibían la muerte y el morir y eso podría afectar la práctica profesional<sup>18,22,23,26,28,31,40,41,50-52</sup>. Cinco estudios identificaron la influencia de las creencias religiosas<sup>18,26,28,31,50</sup>, tres de los cuales discutieron que estas creencias posibilitaban una mejor aceptación de la muerte y constituían un medio para minimizar el sentimiento de culpa, fracaso e impotencia ante la muerte<sup>18,26,31</sup>.

## Organización curricular

### Abordaje a la muerte y al morir

Entre los artículos analizados, fue posible identificar aspectos directamente relacionados con el abordaje a la muerte y al morir en la organización de los currículos de graduación en medicina. En conjunto, estos estudios discutieron los siguientes factores: modalidades de abordaje de esta temática; cantidad de horas lectivas, métodos y materiales didácticos; problemas, desafíos y límites encontrados.

Veinticuatro estudios identificaron diferentes modalidades de abordaje a la muerte y al morir a lo largo de la formación<sup>12,18,20,22,25,28,30-33,37,38,40-51</sup>. Se identificaron cursos de pequeña duración en ética médica<sup>28</sup>, cursos en cuidados paliativos<sup>48</sup>, proyectos de extensión<sup>41</sup>, asignaturas optativas<sup>41</sup>, asignaturas electivas<sup>12,48</sup>, asignatura curricular<sup>33,48</sup>, ambulatorio didáctico de cuidados paliativos<sup>30</sup> y componente curricular de ética y bioética<sup>46</sup>. Además, un artículo discutió que el contacto diario y progresivo con el tema se daba en varias asignaturas a lo largo de la graduación, aunque el estudiante no se diera cuenta de ello<sup>40</sup>. Otros estudios discutieron que, entre los académicos encuestados, gran parte no tuvo contacto con la muerte y el morir a lo largo de la graduación, y este tema se restringió a los últimos cursos de la carrera<sup>25,51</sup>.

Doce estudios discutieron, con base en relatos de médicos y estudiantes, que los temas relacionados con la terminalidad recibían un abordaje deficiente por parte del currículo obligatorio de la graduación<sup>12,22,25,28,30-32,41-43,47,49</sup>, a saber: cuidados paliativos<sup>30,41,47</sup>; conocimiento sobre los términos ortotanasia<sup>22,28,32,49</sup>, distanasia y eutanasia<sup>22,28,49</sup>; seguimiento del proceso de muerte y del morir<sup>31</sup>; tanatología<sup>43</sup>; desarrollo de habilidades de comunicación<sup>30</sup>; y cumplimentación de la declaración de defunción<sup>42</sup>.

La percepción de los estudiantes sobre la insuficiencia con respecto al abordaje a la muerte y al morir en el currículo de medicina se identificó en 18 estudios<sup>18,21,22,27,29-32,34,35,40,41,44,47,49-52</sup>, incluidos los estudiantes que participaron en clases de cuidados paliativos<sup>41,47,49</sup>, actividades extracurriculares sobre el tema<sup>40,41</sup> y prácticas profesionales<sup>31</sup>.

Además de estos artículos, otros tres mencionaron que, según los estudiantes, debido a la falta de abordaje de la comunicación de noticias difíciles durante el curso de graduación, los estudiantes terminan teniendo dificultad e inseguridad para hacerlo<sup>18,45,47</sup>. Un estudio señaló que, dada la ausencia de abordaje de los cuidados paliativos en las asignaturas curriculares, los estudiantes se veían obligados a recurrir a proyectos de extensión y a asignaturas optativas y electivas para adquirir conocimiento sobre el tema<sup>41</sup>. Además, otros artículos constataron que incluso los mismos docentes no tenían conocimientos suficientes sobre el tema<sup>12,42,47</sup>.

Con base en los artículos analizados, se identificó un conjunto de discusiones centradas más

específicamente en la organización curricular de los cursos de medicina que dificultaron o poco favorecieron el abordaje a la muerte y al morir en la formación de los estudiantes<sup>12,18,20,22,25,28,30-33,37,38,40-48,50,51</sup>. Algunos artículos señalaron que los académicos fueron privados del contacto con el ser humano en situaciones de aprendizaje que implican el cuidado de la salud en los primeros dos o tres años de la graduación<sup>25,33,45</sup>, y el contacto con el cadáver se suele restringir al que se tiene en el laboratorio de anatomía en los periodos iniciales<sup>33</sup>, cuando ocurre el inicio del contacto con la muerte<sup>22,40</sup>.

Algunos estudios discutieron las limitaciones relacionadas con la forma en que la muerte y el morir se vienen abordando a lo largo del currículo de formación médica. Dos artículos señalan que los aspectos emocionales y las perturbaciones derivadas del contacto del estudiante con el tema o con esta realidad fueron abordados por los currículos desde un punto de vista eminentemente científico, sin ningún acercamiento al campo de las emociones<sup>31,47</sup>. Dos estudios identificaron que los estudiantes percibieron que sus profesores los orientaron explícitamente a que se distanciaran de los pacientes<sup>29,30</sup>.

La relevancia que los estudiantes atribuyeron al abordaje a la muerte y al morir en el currículo se discutió en algunos artículos, que evidenciaron la percepción de la importancia de esta temática en la modalidad de asignaturas de graduación<sup>12,47</sup> y las ventajas en la adquisición de conocimientos para los estudiantes que mantuvieron contacto con el tema a lo largo de su graduación<sup>41,45,48</sup>. Dado que rara vez se aborda este tema durante la graduación, los estudiantes no se sienten preparados para enfrentar la muerte y el proceso de morir de un paciente<sup>18,21,27,29,32,40,44,47,49-52</sup>. En cambio, tres estudios identificaron que los estudiantes se sentían preparados para enfrentar la muerte de un paciente<sup>22,37,49</sup>.

Un conjunto de artículos discutió la cantidad de horas lectivas destinadas a abordar la temática de la muerte y el morir en la organización curricular, con especial énfasis en su insuficiencia al abordar el tema o en el hecho de que el tema se aborda en una sola clase o en una sola asignatura en el currículo, sin tener en cuenta las necesidades de aprendizaje<sup>12,33,40</sup>.

Once artículos presentaron discusiones acerca de las metodologías empleadas para abordar la temática<sup>12,18,24,26,30,31,33,38,41,46,48</sup>, y solo tres abordaron materiales didácticos<sup>33,40,46</sup>. Estos estudios consideraron relatos de estudiantes<sup>12,18,40,46,48</sup> y de

médicos<sup>26,31</sup>, además de analizar los resultados de la implementación de asignaturas o nuevos métodos de enseñanza<sup>12,30,33,38,41,46,48</sup>.

En lo que respecta a los métodos empleados para abordar la temática, las investigaciones analizadas identificaron asignaturas que hicieron uso de clases expositivas y teóricas<sup>12,46</sup> y que utilizaron métodos activos de enseñanza<sup>26,30,33,38</sup>, además del aprendizaje por medio de la práctica en proyectos de extensión<sup>41</sup>. De los cuatro artículos que mencionan el uso de métodos activos para el abordaje del tema, tres evaluaron que estos promovieron el desarrollo de habilidades personales de los académicos, como la mejora en la comunicación y exteriorización de sentimientos<sup>26,30,38</sup>.

### Propuestas para abordar el tema

En los estudios se identificaron propuestas de solución para los problemas relacionados con el abordaje a la muerte y al morir a lo largo de la graduación. Estas sugerencias se dividieron en dos grupos: 1) las que se desarrollan en torno a la discusión y a la sugerencia de referentes teóricos, conceptuales y metodologías<sup>12,22-25,29,30,32,35,37,39-45,47,49,50,52</sup>, y 2) las que resultan de la percepción de los estudiantes y médicos que participaron en las investigaciones<sup>25,31,34,35,37,41,45,46,49</sup>.

Algunos estudios resaltaron la necesidad de abordar la muerte y el morir a lo largo de la carrera<sup>23,24,29,35,37,39,43,47,50,52</sup>, de desarrollar habilidades interpersonales de empatía, acogida y diálogo<sup>20,24,26,31-33,41,46,48</sup> y prácticas terapéuticas como el control del dolor<sup>41,48</sup>. Otros artículos sugirieron la necesidad de abordar contenidos de humanidades<sup>48</sup>. Otros estudios también sugirieron cursos de tanatología<sup>12,22,23,34,35,47,52</sup>, entre los cuales dos propusieron la inclusión de este tema como asignatura curricular<sup>12,47</sup>.

Dos artículos identificaron la importancia de asignaturas optativas y de proyectos de extensión para lograr un mayor dominio del tema<sup>41,49</sup>, y otros dos argumentaron que la muerte debería abordarse no solo en el contexto biológico, sino también bajo el aspecto humano de la pérdida y en un formato interdisciplinario<sup>37,40</sup>.

Específicamente sobre la formación en cuidados paliativos, ocho estudios señalan que este campo del conocimiento representa una importante propuesta de solución al abordaje de las cuestiones de la terminalidad en la formación

médica<sup>12,22,30,40,41,45,47,49</sup>, algunos especifican la necesidad de dedicar más tiempo y de profundizar más en esta formación<sup>12,41</sup> y otro resalta que este tema debería presentarse en su totalidad a lo largo de la carrera<sup>40</sup>. Dos estudios identificaron los relatos de los estudiantes sobre la importancia de incluir una asignatura<sup>45,49</sup> o un tema relacionado con los cuidados paliativos en la graduación<sup>45</sup>.

En cuanto a los métodos empleados, un artículo sugirió la incorporación de discusiones de casos clínicos y la creación de grupos de apoyo para familiares y profesionales<sup>23</sup>, y otros sugirieron estrategias que eliminaran la impersonalidad del tema, como el cine, el psicodrama, el juego de rol y talleres<sup>25,44</sup>. Siete estudios identificaron la importancia de que los estudiantes asistieran a momentos de terminalidad a lo largo de todo el curso de graduación<sup>25,29,30,34,40,50,52</sup>, para que pudieran asimilar la postura, los ideales y la manera de actuar del profesional en cada situación<sup>25,40</sup>. Finalmente, diez artículos señalaron la importancia del desarrollo teórico y práctico en la terminalidad en las diversas asignaturas curriculares<sup>22,25,28-30,34,41,45,49,52</sup>.

En cuanto a las diferentes maneras de enfrentar la muerte y el morir, algunos artículos discutieron la importancia de que los estudiantes comprendan mejor el proceso de enfermedad y terminalidad<sup>26,29,37,46</sup>. Seis estudios discutieron la importancia de que los estudiantes ofrezcan a sus pacientes un cuidado más humanizado<sup>26,31,45,46,48,49</sup>. Dos artículos argumentaron que los futuros profesionales deberían ser capaces de ofrecer al paciente una muerte con calidad, en una atención humanizada<sup>24,32</sup>, y tres estudios afirmaron que el profesional debería saber cuidar y acoger cuando la curación no es posible y la muerte es una realidad<sup>27,31,33</sup>. Algunos estudios discutieron que la formación debería incluir el desarrollo de competencias para las relaciones interpersonales y la comunicación con los pacientes y familiares, además de proporcionar a los estudiantes dominio psicológico, sociológico, espiritual y cultural sobre la muerte<sup>22,25,32,37,41</sup>.

Diez de los artículos estudiados sugirieron la creación de espacios de discusión<sup>19,21,23,25,29,34,35,39,43,50</sup> para compartir emociones surgidas del proceso de formación, como una forma de reducir las consecuencias del enfrentamiento diario de la enfermedad, y algunos también mencionaron que estos espacios de intercambio también podrían favorecer la adquisición de conocimientos sobre el tema<sup>19,21,29,35,50</sup>. Otros estudios argumentaron que

sería fundamental que la Universidad ejerciera un papel activo ofreciendo apoyo psicopedagógico a los futuros médicos<sup>23,25,29,39</sup>, reconociendo elementos estresores, evaluando contenidos que reduzcan los impactos de otras asignaturas<sup>29,39</sup> y mejorar las transiciones entre periodos<sup>29,39</sup>.

## Discusión

Los resultados de esta revisión evidenciaron el modo como se vienen delineando, en la literatura nacional, discusiones que buscan analizar las dificultades y los desafíos existentes en la formación médica para abordar la muerte y el morir, así como el conjunto de cambios necesarios para que se pueda avanzar hacia una formación más centrada en la complejidad de los elementos que componen el cuidado médico. La muerte es una cuestión difícil de abordar, ya que remite a diferentes perspectivas de enfrentar las limitaciones en torno a la finitud humana. Estas dificultades están presentes en el contexto de la formación médica e involucran a estudiantes, docentes y estructuras de enseñanza que, ante el encuentro con la muerte, experimentan la ruptura de la idealización del profesional médico como un “ser tanatolítico”, omnipotente y capaz de retardar la amenaza de la muerte<sup>13</sup>.

Los desafíos de enfrentar situaciones relacionadas con la muerte pueden volverse más difíciles y generar sufrimiento y enfermedad entre los estudiantes, ya que estos no pueden contar con el apoyo de las estructuras de formación ni el de los docentes. En ese sentido, la falta de acogida de las necesidades personales de los estudiantes y la falta de apoyo emocional ante la muerte y el morir pueden generar desamparo, soledad y desesperación<sup>6,13,53,54</sup>.

Además, las dificultades de los docentes y de las estructuras de formación en el abordaje a la muerte y al morir pueden llevar a los estudiantes a creer que los aspectos emocionales relacionados con la muerte y el proceso de terminalidad podrían perjudicar el raciocinio y las habilidades profesionales en la toma de decisiones relacionadas con la conducción de los casos<sup>6</sup>. Así, el desarrollo de mecanismos de defensa se puede observar desde las primeras clases de anatomía, en las que, para hacer frente a la angustia ante este tipo de contacto con el cadáver y con la muerte, puede ocurrir la disociación entre la pieza anatómica y la vida humana, dando lugar a una postura de frialdad<sup>4-6</sup>.

Aunque es un aspecto relevante en el proceso de formación profesional, constituye un proceso reflexivo y complejo, con amplias consecuencias en la formación y en la práctica profesional, el número de asignaturas dedicadas al tema de la muerte y el morir ha sido señalado en la literatura como reducido, lo que puede llevar a la falta de preparación, frustración y enfermedad para enfrentar situaciones cotidianas que involucran la muerte<sup>6</sup>.

El fracaso de un proceso de formación más crítico, reflexivo y transversal puede resultar en la formación de médicos que busquen exclusivamente salvar vidas y que encuentren dificultades para afrontar la muerte del paciente, ya que empiezan a cuestionar sus límites y competencias profesionales ante la muerte<sup>5</sup>, dificultades relacionadas con las frustraciones, el sufrimiento y la enfermedad<sup>2,13</sup>.

Además, desde el punto de vista de la formación del estudiante y de las prácticas profesionales, la organización de algunas instituciones de salud también promueve la separación entre los aspectos afectivos y la práctica médica como estrategia para evitar el sufrimiento en situaciones de terminalidad<sup>4,6</sup>, como si el involucramiento afectivo pudiera afectar el razonamiento y las habilidades de actuar sobre la necesidad de una decisión<sup>6</sup>.

En cuanto a la organización curricular, son escasas las asignaturas curriculares que abordan la muerte de forma no defensiva y biológica y que puedan servir de referencia para que los estudiantes no se vean en la situación de tener que aprender por sí solos a manejar situaciones relacionadas con la terminalidad o que necesiten buscar este aspecto de la formación en programas extracurriculares<sup>6</sup>.

Además, teniendo en cuenta la necesidad de una formación médica que se aleje de un modelo de formación tecnicista<sup>6</sup>, es fundamental comprender y ampliar los avances contenidos en propuestas docentes que incorporen el enfoque en el individuo, el desarrollo de la integralidad y el trabajo interdisciplinario como medio para ampliar el cuidado al paciente<sup>6,55</sup>.

Las DCN del curso de graduación en medicina del 2001 presentaron el abordaje a la muerte a lo largo de la graduación como una mera comprensión de un proceso fisiológico, dejando a un lado el aspecto biopsicosocial que implica<sup>56</sup>. Si bien las DCN del 2014

traen avances en el abordaje de los procesos de salud y enfermedad, que implican multidisciplinariedad, factores históricos y socioculturales, además de aspectos biológicos, en comparación con las DCN del 2001<sup>57</sup>, no presentaron avances significativos en cuanto a cómo se debe abordar la muerte y el morir a lo largo de la graduación<sup>11</sup>. Así, se observa que las propias DCN, encargadas de orientar la formación médica, descuidan el abordaje de la temática a lo largo de la formación en medicina.

## Consideraciones finales

Enfrentar la finitud es un desafío que se presenta a diario a los individuos y colectividades a lo largo de la historia, y hablar de la muerte obliga a la sociedad a pensar también en la forma en que se desarrolla la vida. En ese sentido, reflexionar sobre cómo enfrentar la muerte es también pensar en los sentidos que se construyen para enfrentar la vida, los procesos de salud-enfermedad y el sufrimiento. Y, principalmente, pensar que, si es posible y necesario discutir calidad para la vida, también es posible y necesario discutir calidad en el proceso de morir.

Las dificultades de enfrentar un tema tabú están presentes en diferentes contextos formativos y son compartidas por diferentes actores que participan en ellos, en torno a una pregunta que debe ser mejor examinada: ¿cómo prepararse para enfrentar el final de la vida? Por más que esta sea una pregunta compleja que implica varias respuestas, no proponerse responderla es permanecer en un terreno de sufrimiento, aunque se crea que el objetivo es alejarse de él.

En ese sentido, proponer un escenario ampliado de debates acerca del tema incluye discutir la necesidad de que las DCN de los cursos de medicina sean fortalecidas en este aspecto, incluyendo, de hecho, discusiones sobre la terminalidad en la formación médica, fortaleciendo los compromisos éticos de la asistencia en situaciones de terminalidad, ampliando la capacitación de los futuros profesionales para hacer frente a la complejidad del cuidado en salud y, finalmente, defendiendo la inclusión de asignaturas curriculares dirigidas a estas discusiones y de métodos que amplíen las perspectivas de apoyo psicológico a los estudiantes.

## Referencias


1. Barcellos R, Stavie ME, Kuhn K, Lovato M, Cassales L, Smeha L. A morte e os processos de luto na perspectiva do desenvolvimento humano [Internet]. In: 5º Interfaces no Fazer Psicológico; 8-11 maio 2012. Santa Maria: Unifra; 2012 [acesso 5 jan 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3woeDT4>
2. Combinato DS, Queiroz MS. Morte: uma visão psicossocial. *Estud Psicol* [Internet]. 2006 [acesso 5 jan 2022];11(2):209-16. DOI: 10.1590/S1413-294X2006000200010
3. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
4. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.
5. Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Bioética* [Internet]. 2005 [acesso 5 jan 2022];13(2):51-63. Disponível: <https://bit.ly/3wvMj1g>
6. Sartori AV, Battistel ALHT. A abordagem da morte na formação de profissionais e acadêmicos da enfermagem, medicina e terapia ocupacional. *Cad Bras Ter Ocup* [Internet]. 2017 [acesso 5 jan 2022];25(3):497-508. DOI: 10.4322/2526-8910.ctoAO0770
7. Pagliosa FL, Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2008 [acesso 5 jan 2022];32(4):492-9. DOI: 10.1590/S0100-55022008000400012
8. Guimarães DA, Oliveira CAM, Lima RA, Silva LC, Avelar CRT, Gama CAP. Formação em saúde e extensão universitária: discutindo sexualidade e prevenção de IST/aids. *Rev Bras Pesqui Saúde* [Internet]. 2017 [acesso 5 jan 2022];19(2):124-32. Disponível: <https://bit.ly/3M584eJ>
9. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2010 [acesso 5 jan 2022];15(5):2307-16. DOI: 10.1590/S1413-81232010000500006
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 90, 24 set 2009 [acesso 5 jan 2022]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3yEGi53>
11. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 2014 [acesso 5 jan 2022]. Disponível: <https://bit.ly/37G86uH>
12. Freitas ED. Manifesto pelos cuidados paliativos na graduação em medicina: estudo dirigido da Carta de Praga. *Rev bioét. (Impr.)* [Internet]. 2017 [acesso 5 jan 2022];25(3):527-35. DOI: 10.1590/1983-80422017253209
13. Millan LR, Rossi E, Marco OLN. A psicopatologia do estudante de medicina: o universo psicológico do futuro médico. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
14. Conselho Federal de Medicina. Código de ética do estudante de medicina [Internet]. Brasília: CFM; 2018 [acesso 5 jan 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3yzvDZi>
15. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2010 [acesso 5 jan 2022];8:102-6. DOI: 10.1590/S1679-45082010RW1134
16. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
18. Sadala MLA, Silva MP. Cuidar de pacientes em fase terminal: a experiência de alunos de medicina. *Interface* [Internet]. 2008 [acesso 5 jan 2022];12(24):7-21. DOI: 10.1590/S1414-32832008000100002
19. Quintana AM, Rodrigues AT, Arpini DM, Bassi LA, Cecim S. A angústia na formação do estudante de medicina. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2008 [acesso 5 jan 2022];32(1):7-14. DOI: 10.1590/S0100-55022008000100002
20. Brito NMB, Homma TK, Santos FS, Bastos FA, Filgueira JPPS. Medos, atitudes e convicções de estudantes de medicina de Universidade Pública da Região Norte, perante as doenças e a morte. *Rev Para Med* [Internet]. 2008 [acesso 5 jan 2022];22(2):45-52. Disponível: <https://bit.ly/3swtkCy>
21. Falcão EBM, Mendonça SB. Formação médica, ciência e atendimento ao paciente que morre: uma herança em questão. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2009 [acesso 5 jan 2022];33(3):364-73. DOI: 10.1590/S0100-55022009000300007

22. Marta GN, Marta SN, Filho AA, Job JRPP. O estudante de medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2009 [acesso 5 jan 2022];33(3):405-16. DOI: 10.1590/S0100-55022009000300011
23. Mascia AR, Silva FB, Lucchese AC, Marco MA, Martins MCFN, Martins LAN. Atitudes frente a aspectos relevantes da prática médica: estudo transversal randomizado com alunos de segundo e sexto anos. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2009 [acesso 5 jan 2022];33(1):40-8. DOI: 10.1590/S0100-55022009000100006
24. Bifulco VA, Iochida 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 [Internet]*. 2009 [acesso 5 jan 2022];33(1):92-100. DOI: 10.1590/S0100-55022009000100013
25. Silva GSN, Ayres JRCM. O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2010 [acesso 5 jan 2022];34(4):487-96. DOI: 10.1590/S0100-55022010000400003
26. Combinato DS, Queiroz MS. Um estudo sobre a morte: uma análise a partir do método explicativo de Vigotski. *Ciênc Saúde Colet [Internet]*. 2011 [acesso 5 jan 2022];16(9):3893-900. DOI: 10.1590/S1413-81232011001000025
27. Andrade SC, Deus JA, Barbosa ECH, Trindade EMV. Avaliação do desenvolvimento de atitudes humanísticas na graduação médica. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2011 [acesso 5 jan 2022];35(4):517-25. DOI: 10.1590/S0100-55022011000400011
28. Pinheiro A, Nakazone MA, Leal FS, Pinhel MAS, Souza DRS, Cipullo JP. Medical students' knowledge about end-of-life decision-making. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2011 [acesso 5 jan 2022];35(2):171-6. Disponível: <https://bit.ly/3FHFo95>
29. Azeredo NSG, Rocha CF, Carvalho PRA. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2011 [acesso 5 jan 2022];35(1):37-43. DOI: 10.1590/S0100-55022011000100006
30. Pinheiro TRSP, Benedetto MAC, Blasco PG. Ambulatório didático de cuidados paliativos: aprendendo com os nossos pacientes. *Rev Bras Med [Internet]*. 2011 [acesso 5 jan 2022];68(1):1-10. Disponível: <https://bit.ly/3PbqpZs>
31. Borges MS, Mendes N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2012 [acesso 5 jan 2022];65(2):324-31. DOI: 10.1590/S0034-71672012000200019
32. Santos LRG, Menezes MP, Gradwohl SMO. Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. *Ciênc Saúde Colet [Internet]*. 2013 [acesso 5 jan 2022];18(9):2645-51. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900019
33. Figueiredo MGMCA, Stano RDCMT. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2013 [acesso 5 jan 2022];37(2):298-306. Disponível: <https://bit.ly/3M9UxTd>
34. Almeida LF, Falcão EBM. Representação social de morte e a formação médica: a importância da UTI. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2013 [acesso 5 jan 2022];37(2):226-34. Disponível: <https://bit.ly/3sydO8X>
35. Poletto S, Santin JR, Bettinelli LA. Vivência da morte de idosos na percepção de um grupo de médicos: conversas sobre a formação acadêmica. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2013 [acesso 5 jan 2022];37(2):186-91. Disponível: <https://bit.ly/38uWgDT>
36. Bertoldi SG, Folberg MN, Manfroi WC. Psicanálise na educação médica: subjetividades integradas à prática. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2013 [acesso 5 jan 2022];37(2):202-9. Disponível: <https://bit.ly/3FIZhNa>
37. Fonseca A, Geovanini F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2013 [acesso 5 jan 2022];37(1):120-5. DOI: 10.1590/S0100-55022013000100017
38. Silva J, Leão HMC, Pereira ACAC. Teaching bioethics in a medical science graduation: an experience report. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2013 [acesso 5 jan 2022];21(2):333-8. Disponível: <https://bit.ly/39hD1xV>
39. Andrade JBC, Sampaio JJC, Farias LM, Melo LP, Sousa DP, Mendonça ALB *et al.* Contexto de formação e sofrimento psíquico de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2014 [acesso 5 jan 2022];38(2):231-42. DOI: 10.1590/S0100-55022014000200010
40. Duarte AC, Almeida DV, Popim RC. A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina. *Interface [Internet]*. 2015 [acesso 5 jan 2022];19(55):1207-19. DOI: 10.1590/1807-57622014.1093




41. Costa ÁP, Poles K, Silva AE. Formação em cuidados paliativos: Experiência de alunos de medicina e enfermagem. *Interface* [Internet]. 2016 [acesso 5 jan 2022];20(59):1041-52. DOI: 10.1590/1807-57622015.0774
42. Silva PHA, Lima ASD, Medeiros ACM, Bento BM, Silva RJS, Freire FD *et al.* Avaliação do conhecimento de médicos professores, residentes e estudantes de medicina acerca da declaração de óbito. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2016 [acesso 5 jan 2022];40(2):183-8. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n2e01532014
43. Alves ÁTLS, Alves FV, Melo EV, Oliva-Costa EF. Evaluation of medical interns' attitudes towards relevant aspects of medical practice. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2017 [acesso 5 jan 2022];63(6):492-9. DOI: 10.1590/1806-9282.63.06.492
44. Tamada JKT, Dalaneze AS, Bonini LMM, Melo TRC. Relatos de médicos sobre a experiência do processo de morrer e a morte de seus pacientes. *Rev Med* [Internet]. 2017 [acesso 5 jan 2022];96(2):81-7. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v96i2p81-87
45. Storarri ACM, Castro GD, Castiglioni L, Cury PM. Confidence in palliative care issues by medical students and internal medicine residents. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2017 [acesso 5 jan 2022];1-4. DOI: 10.1136/bmjspcare-2017-001341
46. Santos MRC, Lins L, Menezes MS. "As intermitências da morte" no ensino da ética e bioética. *Rev bioét. (Impr.)* [Internet]. 2018 [acesso 5 jan 2022];26(1):135-44. DOI: 10.1590/1983-80422018261235
47. Correia DS, Bezerra MES, Lucena TS, Farias MSJA, Freitas DA, Riscado JLS. Cuidados paliativos: importância do tema para discentes de graduação em medicina. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2018 [acesso 5 jan 2022];42(3):78-86. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n3RB20170105.r1
48. Malta R, Rodrigues B, Priolli DG. Paradigma na formação médica: atitudes e conhecimentos de acadêmicos sobre morte e cuidados paliativos. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2018 [Internet];42(2):33-44. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n2RB20170011
49. Pereira EAL, Rangel AB, Giffoni JCG. Identificação do nível de conhecimento em cuidados paliativos na formação médica em uma escola de medicina de Goiás. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2019 [acesso 5 jan 2022];43(4):65-71. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n4RB20180116
50. Marques DT, Oliveira MX, Santos MLG, Silveira RP, Silva RPM. Perceptions, attitudes, and teaching about death and dying in the medical school of the Federal University of Acre, Brazil. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2019 [acesso 5 jan 2022];43(3):123-33. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n3RB20180187ingles
51. Santos TF, Pintarelli VL. Educação para o processo do morrer e da morte pelos estudantes de medicina e médicos residentes. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2019 [acesso 5 jan 2022];43(2):5-14. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n2RB20180058
52. Meireles MAC, Feitosa RB, Oliveira LA, Souza HJ, Lobão LM. Percepção da morte para médicos e alunos de medicina. *Rev bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acesso 5 jan 2022];27(3):500-9. DOI: 10.1590/1983-80422019273334
53. Gonçalves MB, Maria A, Benevides-Pereira T. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes [Internet]. 2009 [acesso 5 jan 2022];33(3):493-504. DOI: 10.1590/S0100-55022009000300020
54. Pacheco JPG, Giacomini HT, Tam WW, Ribeiro TB, Arab C, Bezerra IM, Pinasco GC. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2017 [acesso 5 jan 2022];39(4):369-78. DOI: 10.1590/1516-4446-2017-2223
55. Stella RCR, Puccini RF. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina [Internet]. São Paulo: Unifesp; 2008 [acesso 5 jan 2022];53-69. Disponível: <https://bit.ly/3wmyCRX>
56. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2001 [acesso 5 jan 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3yzQ4oI>
57. Meireles MAC, Fernandes CCP, Silva LS. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação médica: expectativas dos discentes do primeiro ano do curso de medicina de uma instituição de ensino superior. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2019 [acesso 5 jan 2022];43(2):67-78. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n2RB20180178


**Vinícius Leite Melo** – Estudiante de grado – vileitemelo@hotmail.com

 0000-0003-2857-2644


**César Quadros Maia** – Estudiante de grado – cesar\_quadros@hotmail.com

 0000-0003-1354-1810


**Elisa Maia Alkmim** – Estudiante de grado – elisalkmim@gmail.com

 0000-0001-7218-4900

**Amanda Pais Ravasio** – Estudiante de grado – ravasioamanda@gmail.com

 0000-0002-2858-041X

**Rafael Lourenço Donadeli** – Estudiante de grado – rldonadeli@gmail.com

 0000-0002-4805-1507


**Larissa Ottoni Estevanin de Paula** – Estudiante de grado – lariottoniep@aluno.ufsj.edu.br

 0000-0003-2873-528X

**Alexandre Ernesto Silva** – Doctor – alexandresilva@ufsj.edu.br

 0000-0001-9988-144X

**Denise Alves Guimarães** – Doctora – alvesguimaraesdenise@gmail.com

 0000-0002-3539-6733

#### Correspondencia

Vinícius Leite Melo – Rua Sergipe, 771, ap. 401, Centro CEP 35500-012. Divinópolis/MG, Brasil.

#### Participación de los autores

Vinícius Leite Melo, César Quadros Maia, Elisa Maia Alkmim, Amanda Pais Ravasio, Rafael Lourenço Donadeli y Larissa Ottoni Estevanin de Paula contribuyeron en las siguientes etapas: ideación y concepción del diseño del estudio; búsqueda de los artículos en las bases de datos seleccionadas; selección de los artículos encontrados; análisis y categorización de los artículos seleccionados; redacción y revisión crítica. Alexandre Ernesto Silva contribuyó con la evaluación y revisión de los aspectos metodológicos y la revisión final del artículo. Denise Alves Guimarães participó en la elaboración del diseño y en la concepción del estudio, en el análisis e interpretación de los datos recopilados, en la redacción y revisión del artículo, y también fue responsable de la edición y corrección final.

**Recibido:** 25.6.2021

**Revisado:** 2.5.2022

**Aprobado:** 9.5.2022