

Percepção de formandos de medicina sobre a terminalidade da vida

Tanise Nazaré Maia Costa¹, Milena Coelho Fernandes Caldato², Ismari Perini Furlaneto³

Resumo

O avanço da medicina aprimorou o tratamento de enfermidades, modificando o padrão de morbimortalidade da população, com aumento de doenças crônicas. Esse fenômeno tornou urgente interpretar adequadamente a terminalidade da vida. Considerando essa necessidade, este estudo, de corte transversal, descritivo e analítico, analisou dados sobre a percepção de 111 estudantes do sexto ano de medicina acerca dos cuidados paliativos no fim da vida. Os dados foram coletados entre agosto e novembro de 2016, por meio de questionário e analisados por testes estatísticos com o programa Iramuteq. 37,3% dos estudantes relataram dificuldade em comunicar a morte do paciente à família; 60% sentem-se despreparados ou com dúvidas sobre como lidar com óbitos em serviço de urgência; 25% desconheciam o termo “eutanásia”, 53% “ortotanásia”, e 56% “distanásia”. Os resultados mostram que ainda há lacunas no conhecimento desses estudantes, explicitando a necessidade de que escolas médicas reforcem práticas pedagógicas sobre a morte.

Palavras-chave: Percepção. Estudantes de medicina. Cuidados paliativos na terminalidade da vida.

Resumen

Percepción de estudiantes de Medicina sobre la terminalidad de la vida

El avance de la medicina mejoró el tratamiento de enfermedades, modificando el patrón de morbimortalidad de la población, con un aumento de enfermedades crónicas. Este fenómeno tornó urgente interpretar adecuadamente la terminalidad de la vida. Considerando esta necesidad, este estudio, de corte transversal, descriptivo y analítico, analizó datos sobre la percepción de 111 estudiantes de sexto año de medicina acerca de los cuidados paliativos en el final de la vida. Los datos fueron recogidos entre agosto y noviembre de 2016, por medio de un cuestionario, y fueron analizados con pruebas estadísticas y con el programa Iramuteq. El 37.3% de los estudiantes informó dificultad para comunicar la muerte de un paciente a su familia, el 60% no se siente preparado o con dudas respecto de cómo lidiar con las muertes en el servicio de urgencia, el 25% desconocía el término “eutanasia”, el 53%, “ortotanasia”, y el 56%, “distanasia”. Los resultados muestran que aún existen lagunas en el conocimiento de estos estudiantes, explicitando la necesidad de que las facultades de medicina refuercen prácticas pedagógicas sobre la muerte.

Palabras clave: Percepción. Estudiantes de medicina. Cuidados paliativos al final de la vida.

Abstract

Perception of medical students about the termination of life

The advancement of medicine has improved the treatment of diseases, modifying the population's morbidity and mortality pattern, with an increase in chronic diseases. This phenomenon made it urgent to properly interpret the termination of life. Considering this need, this cross-sectional, descriptive and analytical study analyzed data regarding the perceptions of 111 students from the sixth year of the medical school about end-of-life palliative care. Data were collected between August and November 2016 through a questionnaire and analyzed by statistical tests using the Iramuteq software. 37.3% of students reported difficulty communicating a patient's death to their family; 60% of them felt unprepared or had doubts regarding how to deal with death in the emergency department; 25% of students reported not knowing the term Euthanasia; 53%, Orthothanasia; and, 56%, Dysthanasia. Results show that there are still gaps in the knowledge of medical students making evident the need for medical schools to reinforce educational practices regarding death.

Keywords: Perception. Students, medical. Hospice care.

Aprovação CEP-Uepa CAAE 54831916.8.0000.5168

1. **Mestranda** tanisemaia@yahoo.com.br – Universidade do Estado do Pará (Uepa) 2. **Doutora** milenacaldato@hotmail.com – Uepa 3. **Doutoranda** ismaripf@hotmail.com – Uepa, Belém/PA, Brasil.

Correspondência

Tanise Nazaré Maia Costa – Estrada da Ceasa, Residencial Morada Verde, 2.260 CEP 66.610-840. Belém/PA, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Contextualização

O controle de fatores causadores de doença e o avanço tecnológico da medicina, que passou a retardar a evolução de enfermidades em diferentes faixas etárias (crianças, adolescentes e adultos em idade reprodutiva), modificaram o padrão de morbidade e mortalidade da população, sendo essencial para essa mudança a cronicidade das patologias¹. Com isso, o Brasil tem acompanhando o restante do mundo no aumento da longevidade dos indivíduos². No país, a terceira idade é o segmento com maior incremento na população, com taxas de crescimento estimadas em mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022^{1,3}.

Essa drástica alteração do padrão demográfico é uma das mais importantes mudanças estruturais observadas na sociedade brasileira. A queda do crescimento populacional geral e as mudanças na estrutura etária têm ocasionado um aumento mais lento do número de crianças e adolescentes, enquanto a população idosa cresce cada vez mais⁴.

Terminalidade da vida

No atual panorama, surge a necessidade de compreender a terminalidade da vida^{5,6}, processo decorrente do esgotamento dos esforços para restaurar a saúde do enfermo, que traz à tona a morte iminente, inexorável e prevista⁷, considerada como a interrupção absoluta da existência⁸. Essa compreensão é fundamental, principalmente tendo em vista que, nos tempos atuais, a tecnologia e os métodos invasivos não apenas aumentaram a longevidade, mas também retardaram o processo de morte e prolongaram a existência, ainda que sem assegurar qualidade de vida^{9,10}.

É justamente essa ilusão de longevidade em doentes desprovidos de qualquer chance de cura ou manutenção de mínima qualidade de vida e conforto que define o tratamento fútil, caracterizador da distanásia, fonte de angústia sobretudo para o paciente e sua família^{11,12}. A morte se torna então evento extremamente solitário, pois o indivíduo, necessitando de cuidados médico-hospitalares, é retirado do convívio familiar e afastado das relações interpessoais⁹. Além disso, a distanásia é associada ao uso de recursos inúteis, que poderiam beneficiar outros enfermos cuja doença ainda pode ser extinguida^{9,13,14}.

As abordagens que visam manter a vida a qualquer custo são insuficientes, exageradas,

desnecessárias e ignoram o sofrimento do doente. Por vezes o paciente é mantido vivo graças a tratamentos que provocam mais dor do que alívio e conforto. Entretanto, essas observações não têm a intenção de reprovar a medicina tecnológica, e sim estimular a reflexão sobre a conduta a ser tomada diante da inexorável mortalidade humana. É fundamental manter o equilíbrio entre conhecimento científico e humanismo, recuperando a dignidade da vida e a qualidade da morte¹⁵.

Opõe-se à obstinação terapêutica – que mantém o paciente vivo, mas com dor e sofrimento – a “eutanásia”, que é o ato (ativa) ou omissão (passiva) que provoca ou acelera a morte do indivíduo debilitado^{9,13,16}. Há ainda a “ortotanásia”, que preconiza a morte no momento certo, não a postergando com tratamento desproporcional e ilógico^{9,13,17} nem a adiantando por qualquer razão^{11,18}. Essa concepção está relacionada aos cuidados paliativos, ações de zelo à pessoa com doença incurável e avançada, em situação de sofrimento físico e/ou psíquico. Os cuidados paliativos são tentativa de superar o atual predomínio do tratamento fútil, e para serem colocados em prática é preciso que os profissionais se conscientizem de que o paciente deve ser o personagem principal do cuidado^{13,15,19}.

Os cuidados paliativos promovem a qualidade de vida do doente terminal e seus familiares, aliviando o sofrimento do paciente desde o diagnóstico até a morte, avaliando não somente os problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais¹⁵. Esses cuidados se baseiam na medicina paliativa, reconhecida recentemente como área de atuação médica no Brasil²⁰.

Lei e bioética

O conceito hipocrático, historicamente conhecido, baseou-se nos princípios de alívio da dor, redução da nocividade da patologia e renúncia a tratamentos quando a medicina não é mais capaz de colaborar para a reversão do quadro¹³. Fiel a esses princípios, em 1967 surgiu o movimento *Hospice* e foi fundado em Londres o St. Christopher's Hospice, graças ao empenho de Cicely Mary Saunders. O movimento é considerado pioneiro nos cuidados no fim da vida²⁰.

No Brasil, em 2010, o Código de Ética Médica (CEM) reforçou o exercício da ortotanásia, prevendo no item XXII do Capítulo I que, *nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos*

desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados²¹. E o novo CEM, que entrou em vigor em 2019, reproduz o mesmo raciocínio²².

No entanto, não há normatização a respeito dessa prática na legislação brasileira¹³. Para coibir a distanásia, o Conselho Federal de Medicina (CFM)²³ lançou a Resolução 1.995/2012, estabelecendo as “diretivas antecipadas de vontade”, que expressam o desejo do paciente com relação a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos no fim de vida, norteando a conduta do médico com respeito à autonomia do doente²⁴.

O CEM de 2010²⁵, assim como o de 2019, no artigo 41, veda ao médico *abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal*²⁶. Portanto, a eutanásia é ainda considerada delito no Brasil^{17,27}. Nesse âmbito, há discussões em diversos países: o procedimento é legalizado, por exemplo, na Bélgica e na Holanda desde 2002²⁸⁻³⁰, em Luxemburgo desde 2009 e em dois estados norte-americanos, Oregon desde 1997 e Washington desde 2009²⁸.

Examinando essas discussões verifica-se o confronto de valores morais, religiosos, culturais e políticos decorrente da diversidade. Distintas perspectivas repercutem na ilusória e distorcida caracterização da medicina tecnológica como processo infalível, inevitável e indiscutivelmente destinado a evitar a morte e trazer qualidade de vida aos seres humanos. A ilusão de que a ciência é detentora das respostas para todos os problemas torna as decisões éticas ao final da vida mais delicadas e controversas, com inumeráveis questionamentos e dilemas éticos^{31,32}.

Educação médica e diretrizes curriculares

Há pouco tempo, o ensino médico não precocinava a empatia diante do sofrimento e a humanização da medicina³³. Em grande medida, essa perspectiva decorria do grande avanço das tecnologias, que permitiam o prolongamento da vida do ser humano de forma artificial, quase indefinidamente, além do surgimento dos superespecialistas, cujo foco terapêutico restringia-se à enfermidade, e não ao paciente. Tratar um indivíduo com doença terminal e morte iminente não fazia parte da formação dos médicos, o que provocava sensação de fracasso³⁴.

Na educação médica contemporânea, compreendeu-se a importância da “atitude”, habilidade afetiva ensinada e aprendida de se relacionar com o paciente e a sociedade. Segundo Medeiros e colaboradores³³, para evitar que a medicina se encerrasse no tecnicismo,

foram modificadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação, surgindo a preocupação com aspectos biopsicossociais na busca por unir conhecimentos de diversas áreas. Com essas mudanças, e uma vez que os médicos pautem sua conduta em valores humanísticos e na ética médica, é impossível ver com ceticismo o futuro da profissão³⁵.

O modelo anterior de ensino não tratava com a devida atenção a finitude da vida, levando a preocupante despreparo dos profissionais de saúde³⁶. No entanto, atualmente surge a consciência de que é fundamental preparar os estudantes para lidar com o sofrimento e a morte, considerando a trajetória inexorável do ser humano, com a qual todo médico se defronta na prática diária.

Os estudantes e residentes de medicina devem estar habituados com os conceitos e princípios da ética médica diante da finitude da vida, pois temas como eutanásia e sua legalização, distanásia e terminalidade são centrais na reflexão de profissionais da área da saúde em grupos de trabalho, comitês de ética e debates públicos⁵. Diversos países como Polônia^{5,6}, Paquistão³⁷, Estados Unidos³⁸, Turquia³⁹, México⁴⁰, Inglaterra e Bélgica⁴¹ têm avançado nesse aspecto e discutido o assunto com estudantes da área de saúde.

De acordo com Siqueira⁴², anteriormente as universidades submetiam os estudantes a sistemas de conhecimento e tecnologias especializadas, restringindo a aprendizagem de habilidades médicas e de comunicação. Esse foco reduzia a capacidade de realizar anamneses elucidativas e exame físico pormenorizado, favorecendo a utilização acrítica – e às vezes desnecessária – da imensa corrente de informações produzida pelos equipamentos.

No Brasil, urge abordar esses temas para adequar as competências e habilidades dos médicos às DCN para o curso de graduação, que recomendam: *os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética*⁴³. O motivo dessa mudança curricular é fornecer formação eficaz com educação generalista, humanista, crítica e reflexiva, tornando o egresso capaz de resolver problemas característicos da sociedade moderna¹⁴.

Dessa forma, é vital descrever e avaliar a percepção de formandos do curso de medicina sobre aspectos relacionados à terminalidade da vida, com o intuito de compreender como o tema vem sendo debatido e analisar como futuros médicos podem lidar com esse assunto amplo, polêmico, dependente de fatores sociais, econômicos, jurídicos, religiosos e culturais.

Método

Delimitação

Trata-se de estudo transversal, descritivo e analítico, realizado por meio de questionário previamente estruturado, aplicado a 111 estudantes concluintes do sexto ano do curso de medicina de duas instituições do estado do Pará: uma privada, Centro Universitário do Estado Pará (Cesupa) (n=40), e outra pública, Universidade do Estado do Pará (Uepa) (n=71). O período de coleta dos dados foi de agosto a novembro de 2016.

Coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio de questionário dividido em duas partes, sendo a primeira baseada em dois protocolos. O primeiro protocolo, do tipo Likert, intitula-se “instrumento de avaliação de atitudes de estudantes de medicina frente a questões relevantes da prática médica”. Já validada, a escala foi criada e utilizada em 2002, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por Colares e colaboradores⁴⁴. O instrumento tem 52 itens; entretanto, para este estudo, foram utilizados apenas cinco, concernentes a aspectos da finitude da vida.

O segundo protocolo utilizou nove perguntas de pesquisa realizada em 2011, no município de Bauru/SP, por Oliveira e colaboradores⁴⁵, que aferiram o posicionamento de médicos quanto à humanização da assistência em saúde e aos cuidados paliativos para pacientes terminais. Para análise desse primeiro bloco do questionário, foram realizados o teste de qui-quadrado e Wilcoxon, com o programa BioEstat 5.

A segunda parte do formulário continha a pergunta: “O que você entende sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia?”. As respostas dos alunos foram inseridas no *software* Iramuteq, que gerou nuvem de palavras representativa dos dados com base na ocorrência de palavras isoladas. A importância de cada vocábulo foi apresentada pelo tamanho ou cor da fonte. Esse tipo de representação da análise lexical foi escolhido por ser intuitivo, simples e graficamente interessante, possibilitando a rápida identificação das palavras-chave de um *corpus*.

Aspectos éticos

Os alunos aceitaram participar do estudo após esclarecimento a respeito dos objetivos e assinatura do termo de consentimento livre e

esclarecido, conforme determinação do Conselho Nacional de Saúde na Resolução 466/12. A pesquisa, aceita pelo Comitê de Ética da Uepa, foi custeada pelas próprias autoras. O projeto foi realizado para obtenção de título de mestre em Ensino e Saúde da Amazônia pela Universidade do Estado do Pará.

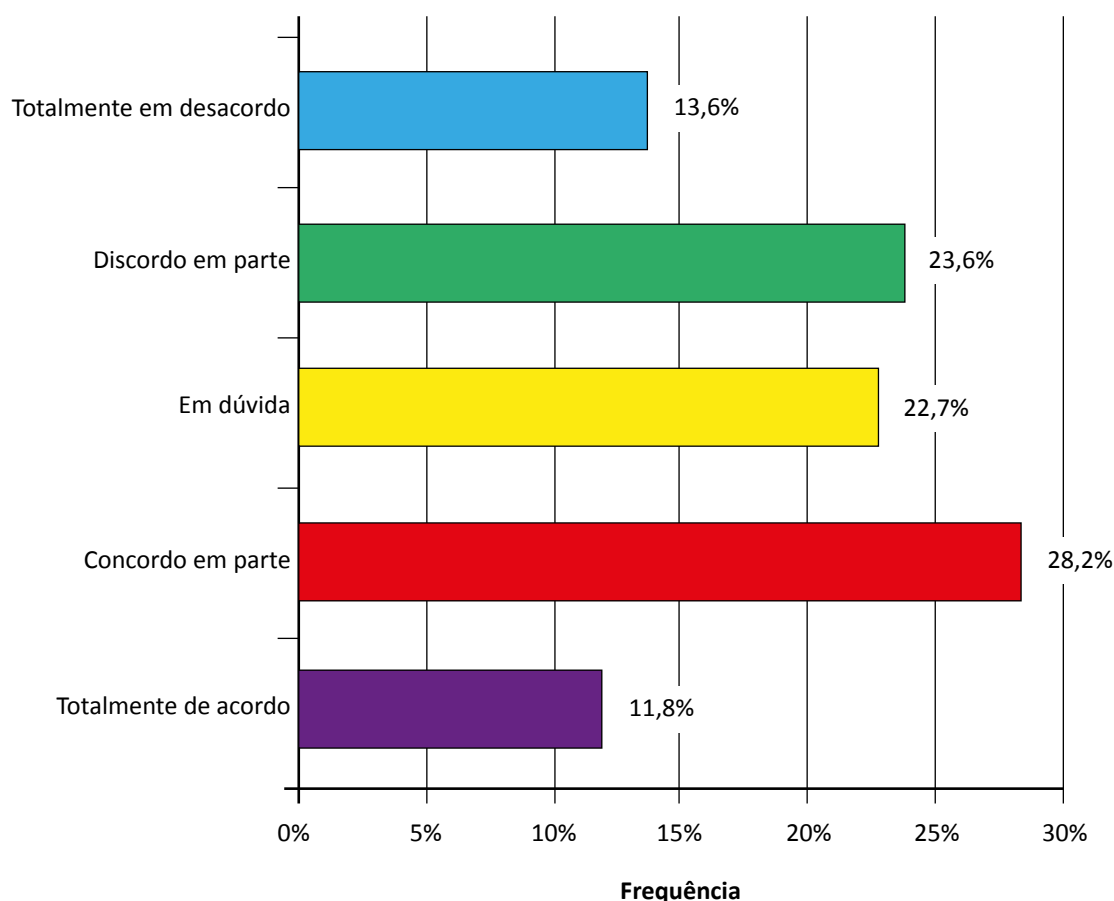
Resultados e discussão

A pesquisa questionou 111 estudantes do sexto ano de medicina sobre suas atitudes diante de práticas médicas relacionadas à terminalidade da vida. Quanto à notícia da morte, mais de um terço dos participantes relatou dificuldade em comunicá-la à família (Figura 1), o que pode transparecer inabilidade dos alunos. Em estudo de 2011, que utilizou a mesma escala de atitudes³⁵, os índices são ainda maiores, com 70% dos discentes revelando despreparo para transmitir a má notícia.

Essa inaptidão associa-se à negatividade, ao medo e ao tabu que envolvem a morte, que a transformam em algo indesejável e assunto a ser evitado^{46,47}. Duarte, Almeida e Popim⁴⁶, em estudo qualitativo de 2015 com alunos do quarto e sexto ano de medicina, constataram que a rejeição ao tema foi dominante nas respostas. Na opinião dos estudantes, o tema é pouco discutido na formação, sendo necessário, além do conhecimento, o aprendizado de habilidades de relacionamento e afetividade.

Sobre o sentimento de despreparo ao vivenciar a morte em serviço de urgência, cerca de 60% dos sextanistas sentem-se despreparados ou têm dúvidas sobre como enfrentar a situação ($p=0,3594$). A porcentagem é bastante significativa, considerando que os estudantes estão no final do curso. Dessa forma, cabe indagar: como esses futuros médicos vão enfrentar aspectos bioéticos? Segundo Dias⁴⁸, os serviços de urgência têm dinâmica única e natureza crítica e desordenada, dado o cenário de primeiro contato médico-paciente isento de vínculo preestabelecido.

Quando perguntados se se sentem muito incomodados quando veem a morte de paciente jovem, a maioria dos concluintes se diz totalmente de acordo com a afirmação ($p<0,0001$). No estudo de Andrade e colaboradores³⁵, cerca de 70% dos estudantes também mencionaram desconforto. A morte de pessoa jovem é considerada inaceitável, pois sugere falha e traz à tona o senso comum de que a finitude não pode fazer parte da juventude.

Figura 1. Distribuição de respostas ao item “sinto-me preparado para comunicar a morte do paciente à família”

$p = 0,0298^*$ (qui-quadrado de aderência)

Também foi pesquisado o posicionamento dos estudantes sobre a humanização na assistência em saúde e os cuidados paliativos. A maioria respondeu que daria suporte emocional para pacientes terminais (97,3%); conversaria com eles sobre a doença (98,2%); esclareceria para os pacientes terminais quanto tempo viveriam (65,8%); informaria o diagnóstico verdadeiro nesses casos (98,2%); concorda que os cuidados paliativos aumentam a qualidade de vida do paciente (93,7%); e adotaria o cuidado paliativo (97,3%) (Tabela 1). Essas respostas revelam avanço no ensino de competências na relação médico-paciente, especialmente quanto à terminalidade da vida, apesar dos entraves, uma vez que o assunto tem sido bastante discutido pela sociedade em geral, mesmo fora do ambiente acadêmico.

Os dados corroboram a pesquisa de Oliveira e colaboradores⁴⁵, em que quase todos os entrevistados disseram dar suporte emocional ao paciente (90%) e conversar sobre a patologia, informando o diagnóstico real aos que estão em

fase terminal (70%). Quanto à assistência paliativa, Barclay e colaboradores⁴⁹ constataram em 2015 o conhecimento de tais cuidados por parte dos estudantes de medicina; e Moraes e Kairalla⁵⁰, em artigo de 2010, identificaram que alunos concluintes estão cientes da importância do tratamento paliativo, mesmo não enfrentando essa experiência durante a vida acadêmica, o que é confirmado pelo presente trabalho.

Em relação aos itens “concorda que a discussão aberta sobre questões de vida e morte não fere os pacientes nessa situação e que, na realidade, eles gostam dessa franqueza”, “usaria aparelhos para prolongar a vida de seus pacientes” e “acha que altas tecnologias se tornam complicador na humanização de pacientes terminais”, os estudantes responderam de modo variado, sugerindo incerteza. Isso ocorre porque os avanços e o êxito na terapêutica de patologias voltaram a medicina inteiramente para a cura, prolongando a vida e supostamente eliminando a possibilidade de morte⁵¹.

Tabela 1. Posicionamento dos estudantes sobre humanização da assistência em saúde e cuidados paliativos para pacientes terminais

Posicionamento	Respostas						p *
	Sim			Não			
	n	%	IC	n	%	IC	
1. Daria suporte emocional para pacientes terminais?	108	97,3	92,4-99,1	3	2,7	0,9-7,7	<0,0001
2. Conversaria com o paciente terminal sobre a doença?	109	98,2	93,7-99,5	2	1,8	0,5-6,3	<0,0001
3. Esclareceria para os pacientes terminais quanto tempo viveriam?	73	65,8	56,5-73,9	38	34,2	26,1-43,5	0,0013
4. Informaria o diagnóstico verdadeiro aos pacientes no caso de doença terminal?	109	98,2	93,7-99,5	2	1,8	0,5-6,3	<0,0001
5. Concorde que a discussão aberta sobre questões de vida e morte não fere os pacientes nessa situação e que, na realidade, eles gostam dessa franqueza?	66	59,5	50,2-68,1	45	40,5	31,9-49,8	0,0577
6. Usaria aparelhos para prolongar a vida de seus pacientes ^a ?	62	56,9	47,5-65,8	47	43,1	34,2-52,5	0,1799
7. Acha que altas tecnologias se tornam complicador na humanização de pacientes terminais?	46	41,4	32,7-50,7	65	58,6	49,3-67,3	0,0875
8. Concorde que os cuidados paliativos aumentam a qualidade de vida do paciente?	104	93,7	87,6-96,9	7	6,3	3,1-12,5	<0,0001
9. Adotaria o cuidado paliativo com seus pacientes?	108	97,3	92,4-99,1	3	2,7	0,9-7,7	<0,0001

*Qui-quadrado de aderência; n=111; a: apenas 109 estudantes responderam a este item.

Outra pergunta que os alunos responderam foi: “o que você entende sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia?”. Dos 111 participantes, 25% referiram desconhecer o termo “eutanásia”, 53% “ortotanásia” e 56% “distanásia”. Ademais, 23% dos discentes desconheciam os três termos. Para Junges e colaboradores⁵², a diferença entre esses conceitos muitas vezes é desprezada, dificultando sua compreensão e a formação de opinião. Em 2008, no Sudão, Ahmed e Kheir⁵³ também constataram que 87,9% dos estudantes não estavam familiarizados com a definição de eutanásia. Em contraste, no trabalho de Leppert e colaboradores, realizado na Polônia em 2013⁵, 79,59% dos estudantes demonstraram compreender o conceito. Essas diferenças demonstram como o foco da formação influencia a forma como a terminalidade é percebida e entendida nas diferentes sociedades.

A nuvem de palavras (Figura 2) criada a partir da resposta dos participantes sobre eutanásia confirma estudo de Felix e colaboradores²⁷, que constatou ser o termo pouco conhecido, embora a conduta que denota seja amplamente praticada. Em outro estudo, realizado em São Paulo, estudantes de medicina também mostraram desconhecer o conceito⁵⁴.

As palavras mais relacionadas à eutanásia foram “paciente” e “vida”, seguidas de “morte”, “desconhecer” e “terminal”. Pode-se depreender que a maior ocorrência dos primeiros termos é dicotômica, já que, etimologicamente, “eutanásia” significa “boa morte”. Já em relação à ortotanásia, a expressão “desconhecer” foi prevalente, seguida de “paciente”, “morte”, “natural” e “vida”. O conceito se define justamente pela morte natural, a chamada “morte digna”, quando não há possibilidade de cura^{11,27}.

Figura 2. Nuvem de palavras gerada pelo programa Iramuteq



Considerações finais

No presente estudo, mais de um terço dos estudantes do sexto ano de medicina relatou dificuldade em comunicar a morte à família do paciente, cerca de 60% sentem-se despreparados ou têm dúvidas sobre como agir em caso de falecimento em serviço de urgência, e a maioria diz se sentir “muito incomodada quando vê a morte de paciente jovem”.

Apesar dessas falhas na formação, a maior parte dos discentes afirma que acataria e praticaria procedimentos relacionados à humanização da relação médico-paciente: 97,3% dariam suporte emocional para pacientes terminais; 98,2% conversariam com o enfermo sobre a doença; 65,8% revelariam a expectativa de vida do indivíduo; 98,2% informariam o diagnóstico verdadeiro em caso de estado terminal; 93,7% concordam que os cuidados paliativos melhoram a qualidade de vida; e 97,3% aplicariam esses cuidados em sua prática médica.

Em contrapartida, os alunos se revelaram adeptos da obstinação terapêutica, ou “distanásia”, ao concordar que usariam aparelhos para prolongar a vida de seus pacientes (56,9%). Nos itens sobre tecnologia e discussões sobre o viver e morrer, as respostas foram variadas, o que sugere indefinição e incerteza sobre o tema. Por fim, com relação à pergunta aberta, foram observados dados preocupantes quanto ao desconhecimento dos termos “eutanásia”, “distanásia” e “ortotanásia”, o que evidencia a necessidade de abordar melhor esses conceitos nos cursos de medicina.

Portanto, fica claro que há lacunas no conhecimento dos formandos em medicina sobre terminalidade da vida. É preciso que escolas médicas adotem métodos e práticas pedagógicas que aprofundem o tema, pois o profissional deve estar preparado para lidar com a tendência demográfica de envelhecimento. Junto com essas mudanças que afetam a graduação cabe destacar também a importância de políticas públicas de adequação ao novo contexto.

Referências

1. Brito MCC, Freitas CASL, Mesquita KO, Lima GK. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. *Rev Kairós* [Internet]. 2013 [acesso 5 jun 2017];16(3):161-78. Disponível: <https://bit.ly/2lz9kWH>
2. Oliveira TC, Medeiros WR, Lima KC. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso 30 jan 2017];18(1):85-94. DOI: 10.1590/1809-9823.2015.14203
3. Borges GM, Campos MB, Silva LGC. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: Borges GM, Ervatti LR, Jardim AP. *Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para projeção da população*. 3ª ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. p. 138-51.
4. Simões CCS. *Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população*. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
5. Leppert W, Gottwald L, Majkovic M, Kazmierczak-Lukaszewicz S, Forycka M, Cialkowska-Rysz A et al. A comparison of attitudes toward euthanasia among medical students at two Polish universities. *J Cancer Educ* [Internet]. 2013 [acesso 24 jul 2017];28(2):384-91. DOI: 10.1007/s13187-012-0414-4
6. Leppert W, Majkovic M, Forycka M. Attitudes of Polish physicians and medical students toward breaking bad news, euthanasia and morphine administration in cancer patients. *J Cancer Educ* [Internet]. 2013 [acesso 24 jul 2017];28(4):603-10. DOI: 10.1007/s13187-013-0553-2
7. Marengo MO, Flávio DA, Silva RHA. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. *Medicina* [Internet]. 2009 [acesso 11 out 2015];42(3):350-7. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v42i3p350-357
8. Calasans CR, Sá CK, Dunningham WA, Aguiar WM, Pinho STR. Refletindo sobre a morte com acadêmicos de medicina. *Rev Bras Neurol Psiquiatr* [Internet]. 2014 [acesso 17 jun 2017];18(1):34-57. Disponível: <https://bit.ly/2B9BB44>
9. Sanchez y Sanches KM, Seidl EMF. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2013 [acesso 23 jul 2015];17(44):23-34. DOI: 10.1590/S1414-32832013000100003
10. Rahman M, Abuhasna S, Abu-Zidan FM. Care of terminally-ill patients: an opinion survey among critical care healthcare providers in the Middle East. *Afr Health Sci* [Internet]. 2013 [acesso 16 ago 2015];13(4):893-8. DOI: 10.4314/ahs.v13i4.5
11. Santos LRG, Menezes MP, Gradwohl SMO. Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [acesso 23 jul 2015];18(9):2645-51. Disponível: <https://bit.ly/2OQWsRU>
12. Biondo CA, Silva MJP, Dal Secco LM. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de terapia intensiva e implicações na assistência. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2009 [acesso 22 jul 2015];17(5):613-9. Disponível: <https://bit.ly/2MIFidv>


13. Silva JAC, Souza LEA, Silva LC, Teixeira RKC. Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2014 [acesso 22 jul 2017];22(2):358-66. DOI: 10.1590/1983-80422014222017
14. Franco CAGS, Cubas MR, Franco RS. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. *Rev Bras Educ Méd [Internet]*. 2014 [acesso 31 jul 2015];38(2):221-30. DOI: 10.1590/S0100-55022014000200009
15. Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2ª ed. São Paulo: ANCP; 2012. p. 23-30.
16. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva [Internet]*. 2008 [acesso 22 jul 2015];13(1):95-102. Disponível: <https://bit.ly/2OLFZhm>
17. Cruz MLM, Oliveira RA. A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2013 [acesso 23 jul 2015];21(3):405-11. Disponível: <https://bit.ly/2VTKs3D>
18. Santos MFG, Bassitt DP. Terminalidade da vida em terapia intensiva: posicionamento dos familiares sobre ortotanásia. *Rev Bras Ter Intensiva [Internet]*. 2011 [acesso 23 jul 2015];23(4):448-54. Disponível: <https://bit.ly/2nPE3tB>
19. Crippa A, Lufego CAF, Feijó AMGS, Carli GA, Gomes I. Aspectos bioéticos nas publicações sobre cuidados paliativos em idosos: análise crítica. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2015 [acesso 8 set 2015];23(1):149-60. DOI: 10.1590/1983-80422015231055
20. Toledo AP, Priolli DG. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. *Rev Bras Educ Méd [Internet]*. 2012 [acesso 13 jun 2017];36(1):109-17. Disponível: <https://bit.ly/2MlxjWL>
21. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 [Internet]. Brasília: CFM; 2010 [acesso 8 set 2015]. p. 31. Disponível: <https://bit.ly/2gyRqtD>
22. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acesso 17 out 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2Hu8MTZ>
23. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União [Internet]*. Brasília, p. 269-70, 31 ago 2012 [acesso 12 jul 2017]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2Qry87e>
24. Stolz C, Gehlen G, Bonamigo EL, Bortoluzzi MC. Manifestação das vontades antecipadas dos pacientes como fator inibidor da distanásia. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2011 [acesso 23 jul 2017];19(3):833-45. Disponível: <https://bit.ly/35FCzD5>
25. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. 2010.
26. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. 2019. p. 28.
27. Felix ZC, Costa SFG, Alves AMPM, Andrade CG, Duarte MCS, Brito FM. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva [Internet]*. 2013 [acesso 22 jul 2015];18(9):2733-46. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900029
28. Chambaere K, Bilsen J, Cohen J, Onwuteaka-Philipsen BD, Mortier F, Deliens L. Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. *Can Med Assoc J [Internet]*. 2010 [acesso 24 jul 2015];182(9):895-901. DOI: 10.1503/cmaj.091876
29. Legemaate J, Bolt I. The Dutch euthanasia act: recent legal developments. *Eur J Health Law [Internet]*. 2013 [acesso 24 jul 2015];20(5):451-69. Disponível: <https://bit.ly/2MPGYuS>
30. Rietjens JAC, Raijmakers NJH, Kouwenhoven PSC, Seale C, Van Thiel GJMW, Trappenburg M *et al.* News media coverage of euthanasia: a content analysis of Dutch national newspapers. *BMC Med Ethics [Internet]*. 2013 [acesso 24 jul 2015];14(11):1-7. Disponível: <https://bit.ly/2OLRp58>
31. Siqueira JE, Pessini L, Siqueira CEM. Conflitos morais sobre a terminalidade da vida: aspectos médicos, filosóficos e jurídicos. *Rev Colomb Bioét [Internet]*. 2013 [acesso 18 jun 2017];8(2):104-13. Disponível: <https://bit.ly/2VJJKWp>
32. Aghababaei N, Wasserman JA. Attitude toward euthanasia scale: psychometric properties and relations with religious orientation, personality, and life satisfaction. *Am J Hosp Palliat Care [Internet]*. 2013 [acesso 23 jul 2017];30(8):781-5. DOI: 10.1177/1049909112472721
33. Medeiros NS, Santos TR, Trindade EMV, Almeida KJQ. Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. *Rev Bras Educ Méd [Internet]*. 2013 [acesso 2 nov 2015];37(4):515-25. DOI: 10.1590/S0100-55022013000400007
34. Brugnolli ID, Gonsaga RAT, Silva EM. Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto? *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2013 [acesso 8 set 2015];21(3):477-85. DOI: 10.1590/S1983-80422013000300012
35. Andrade SC, Deus JA, Barbosa ECH, Trindade EMV. Avaliação do desenvolvimento de atitudes humanísticas na graduação médica. *Rev Bras Educ Méd [Internet]*. 2011 [acesso 2 nov 2015];35(4):517-25. DOI: 10.1590/S0100-55022011000400011
36. Pinheiro TRSP. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos. *Mundo Saúde [Internet]*. 2010 [acesso 14 ago 2015];34(3):320-6. Disponível: <https://bit.ly/2KEJnqN>
37. Shaikh MA, Kamal A. Beliefs about euthanasia among university students: perspectives from Pakistan. *East Mediterr Health J [Internet]*. 2011 [acesso 24 jul 2015];17(10):794-7. Disponível: <https://bit.ly/35ymTBz>
38. Yang HB, Nelesen RA, Montross LP, Whitmore SM, Ferris FD. Comparison of international medical graduates with US medical students and residents after a four-week course in palliative

- medicine: a pilot study. *J Palliat Med* [Internet]. 2013 [acesso 31 jul 2015];16(5):471-7. DOI: 10.1089/jpm.2012.0478
39. Ozcelik H, Tekir O, Samancioglu S, Fadiloglu C, Ozkara E. Nursing students' approaches toward euthanasia. *Omega* [Internet]. 2014 [acesso 24 jul 2015];69(1):93-103. DOI: 10.2190/OM.69.1.f
 40. Del Río AA, Marván ML. On euthanasia: exploring psychological meaning and attitudes in a sample of Mexican physicians and medical students. *Dev World Bioeth* [Internet]. 2011 [acesso 24 jul 2015];11(3):146-53. DOI: 10.1111/j.1471-8847.2011.00308.x
 41. Broekman MLD, Verlooy JSA. Attitudes of young neurosurgeons and neurosurgical residents towards euthanasia and physician-assisted suicide. *Acta Neurochir* [Internet]. 2013 [acesso 31 jul 2015];155(11):2191-8. DOI: 10.1007/s00701-013-1861-3
 42. Siqueira JE. Definindo e aceitando a terminalidade da vida. In: Moritz RA, organizadora. *Conflitos bioéticos do viver e do morrer* [Internet]. Brasília: CFM; 2011 [acesso 12 ago 2015]. p. 15-24. Disponível: <https://bit.ly/33wLXHo>
 43. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2014 [acesso 25 maio 2017]. Disponível: <https://bit.ly/1CCBjuE>
 44. Colares MFA, Troncon LEA, Figueiredo JFC, Cianflone ARL, Rodrigues MLV, Piccinato CE *et al.* Construção de um instrumento para avaliação das atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica. *Rev Bras Educ Méd*. 2002;26(3):194-203.
 45. Oliveira FT, Flávio DA, Marengo MO, Silva RHA. Bioética e humanização na fase final da vida: visão de médicos. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2011 [acesso 20 nov 2015];19(1):247-58. Disponível: <https://bit.ly/2O0MSim>
 46. Duarte AC, Almeida DV, Popim RC. A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2015 [acesso 17 jun 2017];19(55):1207-19. DOI: 10.1590/1807-57622014.1093
 47. Santos DA, Almeida ERP, Silva FF, Andrade LHC, Azevêdo LA, Neves NMBC. Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2014 [acesso 22 jul 2015];22(2):367-72. DOI: 10.1590/1983-80422014222018
 48. Dias GT. Comunicação de más notícias no departamento de emergência: uma análise comparativa entre as percepções de médicos residentes, pacientes e familiares [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015 [acesso 25 jul 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2pj8QPL>
 49. Barclay S, Whyte R, Thiemann P, Benson J, Wood DF, Parker RA, Quince T. An important but stressful part of their future work: medical students' attitudes to palliative care throughout their course. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2015 [acesso 24 jul 2017];49(2):231-42. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2014.06.004
 50. Moraes SAF, Kairalla MC. Assessing knowledge of medical undergraduate students on palliative care in end-stage disease patients. *Einstein* [Internet]. 2010 [acesso 15 jul 2017];8(2):162-7. Disponível: <https://bit.ly/2qk7pBc>
 51. Oliveira MZPB, Barbas S. Autonomia do idoso e distanásia. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2013 [acesso 29 jul 2017];21(2):328-37. DOI: 10.1590/S1983-80422013000200016
 52. Junges JR, Cremonese C, Oliveira EA, Souza LL, Backes V. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2010 [acesso 23 jul 2015];18(2):275-88. Disponível: <https://bit.ly/2MieJpk>
 53. Ahmed AM, Kheir MM. Attitudes towards euthanasia among final-year Khartoum University medical students. *East Mediterr Health J* [Internet]. 2008 [acesso 18 jun 2017];12(3-4):391-7. Disponível: <https://bit.ly/2ISWjJB>
 54. Pinheiro A, Nakazone MA, Leal FS, Pinhel MAS, Souza DRS, Cipullo JP. Medical students' knowledge about end-of-life decision-making. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2011 [acesso 18 jun 2017];35(2):171-6. DOI: 10.1590/S0100-55022011000200005


Participação dos autores

Tanise Nazaré Maia Costa coletou os dados e redigiu o manuscrito. Ismari Perini Furlaneto realizou a análise estatística, e Milena Coelho Fernandes Caldato orientou a pesquisa e a revisão crítica.

Tanise Nazaré Maia Costa

 0000-0003-1319-5591

Milena Coelho Fernandes Caldato

 0000-0002-7077-8470

Ismari Perini Furlaneto

 0000-0001-9941-0162

Recebido: 3.11.2018

Revisado: 31. 5.2019

Aprovado: 18. 6.2019

Anexo

Instrumento de pesquisa

Nota explicativa

Este instrumento refere-se a um estudo que objetiva verificar o que os alunos de medicina pensam e sentem acerca de várias questões referente à prática médica. Tentamos abordar diversos pontos de vista com os quais você poderá concordar, discordar ou ficar em dúvida. O que importa é sua opinião pessoal sobre todas as questões.

Antecipadamente agradecemos sua importante colaboração.

Dados de identificação

Idade:	Sexo:	Ano que está cursando:
Instituição:		

Instruções:

O caderno anexo apresenta conjunto de itens a serem avaliados por você segundo as instruções que se seguem: assinale, no espaço à frente de cada item, sua opinião sobre cada afirmação, segundo a intensidade de sua concordância ou de sua discordância, escrevendo um X à frente de cada afirmação, orientando-se pelo esquema a seguir.

- 1) Totalmente de acordo
- 2) Concordo em parte
- 3) Em dúvida
- 4) Discordo em parte
- 5) Totalmente em desacordo

nº	Itens	Respostas				
		1	2	3	4	5
1	Na entrevista clínica considero importante investigar se existem problemas psicológicos na família do paciente.					
2	Sinto-me incomodado em atender pacientes com sinais sugestivos de problemas psiquiátricos.					
3	Sinto-me preparado para comunicar prognóstico ruim ao paciente.					
4	Acho que é papel do médico contribuir para a aproximação entre os serviços de saúde e a comunidade.					
5	Penso que o médico especialista tem um papel mais relevante para a sociedade do que o médico generalista.					
6	Acredito que os fatores psíquicos têm importância como determinantes de doenças orgânicas.					

continua...

nº	Itens	Respostas				
		1	2	3	4	5
7	Sinto-me preparado para comunicar a morte do paciente à família.					
8	Acho que o médico generalista deveria ser mais valorizado.					
9	Acredito que desenvolver pesquisas científicas é papel de cientistas e não de médicos.					
10	Os pacientes psiquiátricos são os que mais me incomodam durante uma consulta.					
11	Acho que durante a anamnese clínica deve-se incentivar o paciente para que fale de seus problemas emocionais.					
12	Tenho facilidade para conduzir a entrevista com pacientes psiquiátricos.					
13	Considero importante conhecer as políticas atuais na área de saúde mental, mesmo não atuando na área.					
14	Acho que os aspectos preventivos das enfermidades são da competência exclusiva de especialistas em saúde pública.					
15	Acho que um paciente psiquiátrico, com problemas orgânicos, não deve ser internado em enfermaria geral.					
16	Acho que o médico especialista não tem que se ocupar com os aspectos preventivos das doenças.					
17	Considero importante perguntar ao paciente como ele resolve seus problemas de estresse.					
18	Acho que no curso médico, desperdiça-se tempo enorme tentando transformar estudantes de medicina em cientistas.					
19	Penso que o médico deve fazer parte de equipe multiprofissional que realiza visitas domiciliares a comunidades próximas a centros de saúde.					
20	Como médico, acho que a preocupação em desenvolver pesquisas pode me afastar da verdadeira medicina.					
21	Sinto-me despreparado quando tenho que vivenciar a morte em serviço de urgência.					
22	Considero que a investigação de aspectos psicológicos envolvidos nas doenças cabe somente aos profissionais da área de saúde mental.					
23	Sinto-me inseguro sobre como respeitar os preceitos éticos da minha profissão.					
24	Acredito na importância dos fatores do ambiente social na evolução da doença mental.					
25	Quando o paciente relata uma doença, considero importante investigar se ele sofreu alguma experiência negativa recentemente.					
26	Acredito que as experiências negativas de doenças pregressas podem interferir no estado emocional do paciente.					

continua...

nº	Itens	Respostas				
		1	2	3	4	5
27	Acho que o médico pode ser um profissional de ajuda para o doente mental, sem ser necessariamente um psicoterapeuta.					
28	Acho que o médico não deve se envolver em atividades culturais e associativas promovidas por comunidades que pertençam a centros de saúde.					
29	O paciente com doença mental me desperta sentimentos negativos.					
30	Acredito que o desenvolvimento da maioria das doenças inclui fatores de origem psicológica.					
31	Não me sinto preparado para comunicar a morte de um paciente a sua família.					
32	Para mim, os fatores psicológicos afetam a condição física dos indivíduos.					
33	É função do médico denunciar aos órgãos competentes as instituições de saúde que não ofereçam condições dignas de atendimento.					
34	Um bom médico precisa estar atento ao aspecto biopsicossocial das doenças.					
35	Os doentes mentais crônicos não têm condições de tomar decisões sobre sua própria vida.					
36	Considero importante conhecer os métodos científicos utilizados em uma pesquisa médica.					
37	Penso que pode ser produtivo o trabalho conjunto de serviços primários de saúde com entidades como as associações de bairros.					
38	Acho ingênuo pensar que o trabalho do médico pode contribuir para o desenvolvimento científico da medicina.					
39	Penso que me sentiria incomodado atuando em hospital psiquiátrico.					
40	Os pacientes poliqueixosos me desestimulam nas consultas.					
41	O médico está dispensado de ouvir o paciente sobre a indicação de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos quando se trata de pessoas com baixo nível de escolaridade.					
42	Penso que as políticas de socialização do doente mental podem amenizar seus problemas.					
43	Não devo valorizar muito as queixas emocionais de pacientes poliqueixosos.					
44	Acho importante que os estudantes de medicina, desde o início do curso, tenham o hábito de ler artigos de revistas científicas.					
45	Não me incomoda ter que responder perguntas feitas por familiares de paciente em estado grave.					
46	Penso que faz parte da função do médico, em serviços de atenção primária, promover palestras sobre cuidados primários à saúde.					

continua...

nº	Itens	Respostas				
		1	2	3	4	5
47	Acho que o preparo psicológico de pacientes pré-cirúrgicos não é da competência do médico.					
48	Acho que qualquer médico em geral deveria dar atenção ao estado emocional de todo paciente hospitalizado.					
49	Fico muito incomodado quando vejo a morte de paciente jovem.					
50	Acho que compete a outros profissionais que não o médico a tarefa de dar orientações sobre cuidados básicos a pacientes que procuram unidades básicas de saúde.					
51	Acho que fazer novas descobertas médicas é para quem trabalha em hospitais-escola e não para os outros médicos em geral.					
52	Sinto-me incomodado em responder perguntas de familiares de paciente em estado terminal.					

Perguntas	Sim	Não
Você daria suporte emocional para pacientes terminais?		
Você conversaria com o paciente terminal sobre a doença?		
Você esclareceria para os pacientes terminais quanto tempo viverão?		
No caso de doença terminal, você informaria o diagnóstico verdadeiro aos pacientes?		
Você concorda que a discussão aberta sobre questões de vida e morte não fere os pacientes nessa situação e que, na realidade, eles gostam dessa franqueza?		
Você usaria aparelhos para prolongar a vida de seus pacientes?		
Você acha que altas tecnologias se tornam complicador na humanização de pacientes terminais?		
Você concorda que os cuidados paliativos aumentam a qualidade de vida do paciente?		
Você adotaria o cuidado paliativo com seus pacientes?		

Pergunta:

O que você entende sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia?
