



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

A percepção do estudante de medicina sobre a morte e o morrer

Dayana Silva de Oliveira

Salvador (Bahia), 2017

FICHA CATALOGRÁFICA

(elaborada pela Bibl. SONIA ABREU, da Bibliotheca Gonçalo Moniz : Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

Silva de Oliveira, Dayana
A percepção do estudante de medicina sobre a morte e o
morrer / Dayana Silva de Oliveira. -- Salvador, 2017.
51 f. : il

Orientadora: Cláudia Bacelar Batista.
TCC (Graduação - Medicina) -- Universidade Federal da Bahia,
Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da
Bahia, 2017.

1. Estudante de medicina. 2. Morte e Morrer. 3.
Ortotanásia. 4. Distanásia. 5. Diretivas Antecipadas de
Vontade do Paciente. I. Batista, Cláudia Bacelar. II. A
percepção do estudante de medicina sobre a morte e o
morrer.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

A percepção do estudante de medicina sobre a morte e o morrer

Dayana Silva de Oliveira

Professor orientador: **Cláudia Bacelar Batista**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2016.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia), 2017

Monografia: *A percepção do estudante de medicina sobre a morte e o morrer*, de **Dayana Silva de Oliveira**.

Professor orientador: **Cláudia Bacelar Batista**

COMISSÃO REVISORA:

- **Cláudia Bacelar Batista** (Presidente, Professora orientadora), Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Edson O'Dwyer Júnior**, Professor do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Isabel Carmen Fonseca Freitas**, Professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Maria de Fátima Diz Fernandez**, Professora do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no XII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ____ de _____ de 2017.

EQUIPE

- Dayana Silva de Oliveira, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-eletrônico: apoio.aula@gmail.com;
- Cláudia Bacelar Batista, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA;

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

FONTES DE FINANCIAMENTO

Recursos próprios

ÍNDICE	
ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS	2
I. RESUMO	4
II. OBJETIVOS	5
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
III.1. Distanásia e Obstinação terapêutica	6
III.2. Ortotanásia e Cuidados paliativos	7
III.3. Eutanásia	8
III.4. Resolução CFM nº 1.995/2012 – Diretivas Antecipadas de Vontade dos Pacientes	9
III.5. Educação ética	12
IV. METODOLOGIA	14
V. RESULTADOS	17
VI. DISCUSSÃO	26
VII. CONCLUSÃO	32
VIII. SUMMARY	34
IX. ANEXOS	
• ANEXO I: Questionário	35
• ANEXO II: Ofício (parecer) do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	39
• ANEXO III: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	43
X. REFERÊNCIAS	45

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1. Resumo dos dados demográficos dos participantes conforme o semestre ao qual pertenciam.....	17
Tabela 2. Você se considera preparado para lidar com a morte de um paciente?.....	18
Tabela 3. Em sua formação na Faculdade de Medicina está faltando alguma coisa para lhe proporcionar preparação adequada para ajudar pacientes e familiares no momento da morte?.....	18-19
Tabela 4. Paciente, 68 anos, internado na UTI com insuficiência respiratória grave que exige respirador. Estava plenamente consciente e foi capaz de discutir sobre os procedimentos a serem realizados. Seus filhos e esposa deram-lhe apoio emocional. No dia seguinte, a equipe médica fez o diagnóstico de uma situação irreversível com sobrevida prevista de 30 dias. A família foi informada deste diagnóstico, mas o paciente não. Seus filhos pediram que esta informação não fosse revelada ao paciente, pois não sabiam como ele iria lidar com a situação. A equipe médica atendeu ao pedido. Da mesma forma, os filhos discutiram com a equipe médica quais medidas poderiam ser tomadas, a fim de reduzir o sofrimento do paciente. O médico, que não tinha vínculo prévio com o paciente ou com a família, sugeriu sedativo para aliviar o desconforto respiratório do paciente. Os filhos aceitaram a sugestão, e o paciente foi sedado. Quanto ao caso clínico descrito acima, você considera a atitude dos membros da família do paciente em relação ao médico assistente correta?.....	21-22
Tabela 5. Você acha que, se o médico assistente tivesse vínculo prévio com a família, esta situação seria diferente?.....	22-23
Gráfico 1. Distribuição dos participantes por idade de acordo com o semestre cursado.....	17
Gráfico 2. Número de participantes que acertaram a definição de ortotanásia, eutanásia e distanásia por semestre cursado na faculdade.....	20
Gráfico 3. Número de alunos que não responderam as questões sobre os conceitos de ortotanásia, eutanásia e distanásia por semestre cursado na faculdade.....	20

Gráfico 4. Número de estudantes que se recordam em ter discutido, até o momento, na graduação os temas que versam sobre a morte e o morrer, de acordo com o semestre cursado.....	24
Organograma 1. Número de estudantes do 6º semestre que tinham o conhecimento sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade do Paciente (DAVP) e o posicionamento quanto à DAVP em caso de paciente terminal.....	25
Organograma 2. Número de estudantes do 3º semestre que tinham o conhecimento sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade do Paciente (DAVP) e o posicionamento quanto à DAVP em caso de paciente terminal.....	25

I. RESUMO

O estudo teve como tema a percepção do estudante de medicina sobre a morte e o morrer. Objetivou-se avaliar o impacto da educação ética sobre o respeito ao direito da morte digna, bem como comparar o grau de conhecimento de estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia do 3º e 6º semestres sobre a distinção entre ortotanásia e distanásia; cuidados paliativos e obstinação terapêutica; Diretivas Antecipadas de Vontade dos Pacientes. O estudo teve como instrumento de pesquisa um questionário estruturado adaptado de Moraes, Kairalla (1), Silva et al. (2). A amostra foi composta por 60 alunos de ambos os sexos, assim distribuída: 30 alunos do 3º semestre não expostos ao tema e 30 alunos do 6º semestre que já haviam discutido a temática em componente curricular do Eixo Ético-Humanístico. Após a conclusão da aplicação do questionário, as respostas assinaladas serviram para o levantamento de dados e discussão, em comparação com estudos semelhantes. Pretendeu-se assim relacionar a capacidade dos participantes em identificar o conceito de ortotanásia, cuidados paliativos, Resolução CFM nº 1.995/2012, bem como avaliar o possível impacto da educação médica do futuro profissional a respeito do direito do paciente à morte digna. A hipótese foi: as respostas do grupo de participantes expostos ao tema acerca da morte e do morrer deveria traduzir maior conhecimento na temática, quando comparadas às respostas obtidas do grupo que não tivera ainda a oportunidade de discutir questões sobre o processo da morte. Desta maneira, esperou-se evidenciar que a abordagem desta temática durante a graduação pode mais bem preparar o futuro profissional médico para lidar com situação frequente nas salas de emergências e nas unidades de terapia intensivas, qual seja: praticar a ortotanásia, na medida em que se afasta da distanásia.

Palavras-chave: 1. Estudante de medicina. 2. Morte. 3. Morrer. 4. Ortotanásia. 5. Distanásia. 6. Diretivas antecipadas de vontade do paciente.

II. OBJETIVOS

PRINCIPAL

Avaliar o impacto da educação ética sobre o respeito ao direito da morte digna.

SECUNDÁRIO

Comparar o grau de conhecimento de estudantes do 3º e 6º semestres da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia sobre:

- I. Ortotanásia, distanásia e eutanásia;
- II. Cuidados paliativos e obstinação terapêutica;
- III. Resolução CFM nº 1.995/2012 – Diretivas Antecipadas de Vontade do Paciente.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A morte ainda é vista na sociedade contemporânea como tabu. Apesar de ser um evento frequente na prática médica, é um tema pouco discutido na formação e, por vezes, tratada como um fracasso da medicina. Para muitas pessoas, deve ser evitada a todo custo e um mal a ser combatido, como afirmam Vane, Posso (3): “A morte sempre foi enfrentada na cultura ocidental com muita resistência e como sendo algo não natural. No entanto, ela faz parte do ciclo natural da vida com início, meio e fim”.

III.1. DISTANÁSIA E OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA

Do grego “dis”: mal, algo mal feito e “thanatos”: morte, a distanásia é conceituada como morte difícil ou penosa. Sinônimo de obstinação terapêutica, traduz o prolongamento do processo da morte, por meio de tratamento fútil que apenas prolonga a vida biológica do paciente, sem qualidade e sem dignidade. Desta maneira, dissociar a compreensão da morte como falha terapêutica ou erro profissional, compreendendo-a como parte do ciclo vital, é importante para evitar a obstinação terapêutica, ou seja, “o prolongamento exagerado e o sofrimento da morte do paciente, numa abordagem terapêutica inútil, que não permite o desfecho da vida [...]” (4)

Os avanços tecnológicos contribuem para a negação da morte por dois fatores que se reforçam: de um lado, há a cobrança de pacientes e/ou familiares pelo uso indiscriminado dos recursos técnicos; por outro lado, os profissionais de saúde tendem a usar toda a tecnologia disponível para prolongar o processo do morrer, “mas a um alto custo de sofrimento humano.” (4) A decisão de até quando prolongar o uso da tecnologia e quando cessar seu uso é um dos dilemas éticos da atualidade, que perpassa também pelo dever ao respeito à autonomia dos pacientes, ou seja, o direito da pessoa de deliberar sobre seu corpo, sua saúde e o modo de morrer. (5)

Tal crítica não significa um retrocesso no tempo e no conhecimento, afinal é bem sabido que o uso adequado da tecnologia pode salvar vidas, contribuindo inclusive no aumento da expectativa e na qualidade de vida. O que se está a afirmar é o emprego racional da terapêutica, isto é, para aqueles

pacientes com possibilidades de recuperação e, a oferta de cuidados paliativos àqueles sem perspectiva de cura, tendo em vista o direito à morte digna e no tempo certo. Sendo assim, é preciso refletir sobre o uso adequado da tecnologia disponível para que ela não se transforme em instrumento de manutenção artificial das funções orgânicas de indivíduos sem possibilidades de cura, prolongando o processo, como se fosse uma espécie de “obtenção de uma nova ‘vitória’ sobre a morte a cada momento” (6), gerando sofrimento para todos os envolvidos: o paciente, os familiares e até para a equipe que assiste e trata o doente em situação de terminalidade.

III.2. ORTOTANÁSIA E CUIDADOS PALIATIVOS

O processo de ortotanásia significa a morte no momento certo. Também derivada do grego “orto” (certo) e “thanatos” (morte), traduz-se como tomada de decisão a evitar prolongamentos artificiais da existência do paciente, poupando-o de tratamento fútil, haja vista a impossibilidade da cura, ao mesmo tempo que diminui o sofrimento dos familiares (7). Para tanto, oferta-se cuidados paliativos a fim de diminuir o sofrimento e proporcionar a máxima qualidade de vida possível às pessoas doentes e a seus familiares. O Código de Ética Médica assegura ao profissional a possibilidade de abstenção de procedimentos abusivos e incompatíveis com a dignidade humana, orientando sobre a prescrição desses cuidados paliativos (Resolução CFM nº1.931/09, Capítulo V, parágrafo único do Art. 41).

A Organização Mundial de Saúde conceitua cuidados paliativos como a assistência que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos, no Manual de Cuidados Paliativos, 2012, esclarece que o Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios como:

- Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;
- Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;
- Não acelerar nem adiar a morte;

- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;
- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto;
- Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto,
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.

Para a prática dos cuidados paliativos é preciso que “a pessoa que está vivenciando o processo do morrer tenha o controle desse processo, realizando escolhas a partir das informações transmitidas pelo médico, sobre as técnicas e possibilidades terapêuticas” (8), ou seja, o respeito à autonomia do paciente. Com sua execução, não está se deixando de assistir ou de tratar o doente, como se mais nada pudesse ser feito para melhorar sua condição clínica, entregando-o à sua própria sorte. Há o cuidado até que processo de morrer culmine com o óbito do paciente, “buscando minimizar tanto quanto possível seu desconforto e dar suporte emocional e espiritual a seus familiares.” (8)

III.3. EUTANÁSIA

Etmologicamente, eutanásia se traduz da língua grega como boa morte – “eu” (bom, verdadeiro); “thanatos” (morte). Significa morte sem dor, sendo entendida como uma prática para abreviar a vida, a fim de aliviar ou evitar sofrimento de pacientes com doenças incapacitantes ou degenerativas, porém fora da situação de terminalidade. (9) É geralmente provocada por um sentimento de piedade. Contudo, além de vedada pelo Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/09, Capítulo V, Art. 41), trata-se de uma prática ilegal no Brasil, “sob pena de responsabilização criminal, e o Código Penal prevê as sanções para o indivíduo que violar esse direito.” (3)

Assim sendo, faz-se necessário diferenciar o direito à deliberação da morte e o privilégio à morte digna. A faculdade de decidir pela morte está relacionada à eutanásia, que traduz o auxílio ao suicídio, através de procedimentos que precipitam o fim da vida. Na ortotanásia, a preocupação principal é com a qualidade de vida restante, sem intenção de precipitar a morte. Diz respeito ao direito de morrer de forma digna, uma morte natural, com humanização, sem que haja o prolongamento da vida às custas de sofrimento, através de intervenções obstinadas ou inúteis, caracterizando-se então, nesses casos, a distanásia. (9)

Portanto, o conhecimento da diferença entre eutanásia, ortotanásia e distanásia deve fazer parte da prática médica e precisa ser reconhecida, para que diante de situações de terminalidade, a oferta do cuidado seja proporcional com o quadro clínico e o prognóstico do paciente, sem que se reverta em uma luta inútil contra a morte, com aumento do sofrimento do processo natural do morrer.

III.4. RESOLUÇÃO CFM nº 1.995/2012 – DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE DOS PACIENTES

Em situação onde a morte faz-se evidente e não há possibilidade de reversão do quadro, estando o paciente com comprometimento ou incapaz de deliberar-se sobre algo ou si mesmo, decisões quando precisam ser tomadas colocam médicos e familiares ou representante legal, por vezes, em lados opostos. Tendo em vista tais situações que criam dilemas éticos para médicos e familiares, o Conselho Federal de Medicina (CFM) resolveu dispor sobre as diretivas antecipadas de indivíduos que desejam antecipar sua vontade fora das circunstâncias da doença terminal, isto é, o que desejam ou não nos momentos finais da vida. Deste modo, o CFM define assim as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV):

“Conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.” (CFM, 2012)

Desta maneira, é possível evitar que familiares decidam contrariamente à vontade do paciente, muitas das vezes por não estarem preparados para tomar decisões acerca do tratamento ou da sua interrupção, pois costumam a aceitar que, em situações de irreversibilidade, a morte se apresenta como fatalidade da própria vida.

O médico só deixará de cumprir as Diretivas Antecipadas de Vontade do Paciente quando em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica, conforme estabelece a Resolução em seu Art. 2º §2º. Fora esta exceção, é dever do médico cumprir as DAVP.

Contudo, é preciso ter cuidado para que a atitude médica em cumprimento às Diretivas Antecipadas de Vontade não seja interpretada como omissão de socorro ou eutanásia. De acordo com Dadalto (10), a Resolução 1.995 respeita a vontade do paciente conforme o conceito de ortotanásia e não possui relação com a prática de eutanásia, proibida no Brasil, tal como anteriormente demonstrado.

Para afastar qualquer possibilidade de conflito ético, deve-se registrar no prontuário o procedimento realizado segundo os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica. Uma vez que, se o objetivo maior é enfatizar a autonomia do paciente, suas vontades prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares, como amarra a Resolução no Art. 2º§ 3º. A Resolução se apresenta como instrumento que pode contribuir para a inibição da distanásia, pois o paciente tem a autonomia de decidir sobre a não realização de procedimentos inúteis, bem como sobre os limites terapêuticos em fase de terminalidade da vida, assegurando-se o direito de não prolongar seu sofrimento de forma artificial e desproporcional à quantidade e qualidade restantes de vida.

Desta maneira, Kovács (11) entende que as Diretivas Antecipadas de Vontade, assim como a ortotanásia são medidas de mortes com dignidade quando afirma que há limites para tratamentos, mas não para cuidados nas várias facetas do sofrimento humano. Não há solução para a morte, mas se pode assegurar o morrer com dignidade. Em cenários atuais da relação médico-paciente, onde o respeito à autonomia ganha cada vez mais espaço, a Resolução se insere neste contexto para destacar a relevância deste princípio, bem como para desmistificar o papel do médico como senhor absoluto

das decisões perante seus doentes. “O lugar do médico deve ser sempre o de condutor do processo terapêutico[...]um parceiro do paciente na formação da decisão mais importante de sua vida: a decisão sobre a própria morte.” (12)

No entanto, a diminuição do poder de decisão dos médicos frente a situações de terminalidade, respaldada pela Resolução, em razão da vontade do paciente, não incomumente dá margens a conflitos éticos, gerando insegurança nos profissionais quanto ao que seria mandatório pela Resolução. Como exemplo, Bussinguer, Barcellos (12) citam casos em que a vontade do paciente, expressa nas DAVP, colide com a vontade dos familiares. Nestas ocasiões, os médicos, diante de possíveis riscos de sofrer ações judiciais, poderão vir a ignorar as diretrizes antecipadas de vontade do paciente, preferindo seguir as orientações dos familiares. Associa-se a isso a insistência dos familiares em suplicar por medidas excepcionais que “cure a morte” do ente querido, por isso faz-se necessário a discussão e o conhecimento dos marcos regulatórios que tratam da questão.

O novo Código de Ética Médica (CEM) dispõe sobre o tema e orienta a conduta frente o paciente em estado terminal:

Princípios Fundamentais XXII - 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 apropriados.

Art. 41 Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Por sua vez diz o Código Penal:

Art. 121 § 4º. Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, de cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão.

Em suma, conclui-se que, apesar da Resolução CFM 1.995/12 ser ainda restrita à área de saúde, já representa um grande salto nas discussões acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade.

Entretanto, a Resolução por si só não é suficiente, faz-se necessário uma educação na temática, a fim de um entendimento e respeito às Diretivas Antecipadas de Vontade do Paciente.

III.5. EDUCAÇÃO ÉTICA

Segundo Santos et al. (13), a negação da morte é circundada por paradoxos, pois apesar do grande avanço do conhecimento e das técnicas científicas, o fim da vida é um evento inevitável e o destino de todo ser vivente. Para estes autores, seriam justamente os profissionais da área de saúde os agentes responsáveis pela transformação na compreensão da morte como um evento natural. Contudo, uma formação centrada na cura, sem discussão ampla sobre o fenômeno da morte e do morrer leva a distorções e médicos com pouco preparo para enfrentar as questões ligadas à finitude da vida.

Desse modo, discussões sobre a finitude da vida são importantes para a formação médica, em vista de uma relação que priorize, além da tentativa de cura, o cuidado e a atenção, fortalecendo a relação médico-paciente (14). Para tanto, os conceitos apreendidos e as discussões bioéticas sobre a morte e o morrer podem contribuir para vivências deste evento no curso de graduação. Segundo Felix et al. (9), a formação médica contribui na hora da escolha do médico entre o tratamento fútil ou a oferta de cuidados para possibilitar a morte digna. “Para que isso ocorra, faz-se essencial que seja ministrado o ensino sobre a morte e o morrer na formação acadêmica e o debate constante do tema durante a atuação profissional” (15). A formação humanística parece predispor o futuro médico para o cuidado, na forma de adoção dos cuidados paliativos, como tratamento ao paciente fora de qualquer possibilidade de cura.

É inegável a importância da discussão do tema no curso para a compreensão da morte como parte do ciclo vital e não como falha na atuação médica e no cuidado. O conhecimento sobre a diferença entre ortotonásia e distonásia auxilia na reflexão da prática e na melhor conduta a ser adotada em cada caso, sempre priorizando o cuidado e conforto do paciente. A decisão pode ser adequadamente tomada quando também se distingue com mais clareza cuidados paliativos -- relacionado ao conceito de ortotonásia -- e obstinação terapêutica, que pode estar relacionada a

distanásia. Para isso, é preciso entender que paciente terminal é “aquele que está em fase final por evolução de sua doença, sem mais condições de reversibilidade, mesmo que parcial e temporária, frente a qualquer medida terapêutica conhecida e aplicada” (4) e a este tipo de paciente que deve estar reservado os cuidados paliativos. Porém, quando o profissional opta por utilizar-se de todos os recursos disponíveis para dilatar a morte já em curso, desconsiderando as possibilidades fisiológicas do doente e o seu desejo, incorre na obstinação terapêutica, tornando “o processo de morrer uma experiência particularmente sofrida e que pode se qualificar de ‘indigna’, logo, questionável moralmente” (4).

IV. METODOLOGIA

1. DESENHO DO ESTUDO

Estudo quanti-qualitativo, de delineamento exploratório. O instrumento de pesquisa foi um questionário estruturado adaptado de Moraes, Kairalla (1) e de Silva et al. (2) (ANEXO I), cujo as questões contemplavam a temática da morte e do morrer, tais quais: Ortotanásia, Distanásia, Eutanásia, Cuidados Paliativos e Diretivas Antecipadas de Vontade dos Pacientes.

O público-alvo foi composto por estudantes do 6º semestre, pois já discutiram a temática pertinente em MED B23 – Ética e Conhecimento Humanístico IV e, estudantes do 3º semestre, uma vez que ainda não foram expostos ao tema.

O convite para participar da pesquisa foi feito em sala de aula, em horários diferentes das disciplinas do Eixo Ético Humanístico, do qual faz parte a pesquisadora responsável pelo projeto. Na ocasião, foi devidamente explicado os aspectos da pesquisa.

Assim sendo, foi distribuído aleatoriamente 60 questionários entre alunos de ambos os sexos que cursavam regularmente a graduação na Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, assim distribuídos: 30 alunos do 6º semestre e 30 alunos do 3º semestre. Os questionários deveriam ser respondidos em privacidade, individualmente e devolvidos pessoalmente à aplicadora.

A cada estudante que aceitou participar, foi entregue duas vias, com conteúdos idênticos, do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO III), a fim de garantir a autonomia, proteção dos riscos e a confidencialidade que devem ser assegurados a todos os participantes da pesquisa. As vias deveriam ser assinadas pelos participantes antes de iniciarem o questionário, ficando uma com a pesquisadora e, outra em posse de cada estudante. Todos os TCLEs receberam um número correspondente ao questionário, garantindo a possibilidade da desistência de participação em qualquer fase da pesquisa. Os TCLEs foram depositados, diretamente pelos próprios acadêmicos, em um envelope, distinto do envelope no qual ficaria os questionários devolvidos, que foi lacrado logo após a entrega dos termos por todos os participantes.

2. ANÁLISE DOS DADOS

Por se tratar de um estudo quanti-qualitativo, para as questões em que houve intenção de avaliar o conhecimento teórico-prático acerca da temática morte e morrer, realizou-se a comparação das respostas assinaladas pelos estudantes do 6º e do 3º semestre, a fim de observar qual dos dois grupos obteria um maior grau de conhecimento acerca da temática sobre a morte e o morrer a qual versava a determinada questão analisada. Para isso, o teste exato de Fischer foi utilizado, considerando as frequências absolutas das respostas. Nível de significância: $p = 0.05$.

Para as questões que versavam apenas colher informações sobre o ensino bioético na instituição de ensino superior estudada e a opinião pessoal dos estudantes em relação a isso, realizou-se a análise puramente descritiva dos resultados.

As populações de interesse deste estudo: acadêmicos do 6º e do 3º semestres foram descritas de acordo com características sociodemográficas (sexo, idade e religião). Além disso, variáveis como: a) considerar-se preparado para lidar com a morte de um paciente; b) associar a morte com perda, derrota e frustração; c) deficiência mais apontada na formação médica como necessária para o preparo adequado no enfrentamento da morte; d) grau de conhecimento acerca da prática de cuidados paliativos; e) grau de conhecimento e de desconhecimento sobre ortotanásia, distanásia, eutanásia; f) presença de discussões, na graduação, da temática morte e morrer; g) grau de conhecimento sobre as DAVP; h) local onde adquiriu o conhecimento sobre as DAVP; e i) posicionamento sobre as DAVP de um paciente terminal foram comparadas entre as populações de alunos estudadas.

3. LOCAL

O estudo foi desenvolvido na Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia no período de 2016.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ser estudante da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB);

- Ambos os sexos;
- Estar regularmente matriculado no curso;
- Discentes do 3º ou 6º semestre de Medicina que aceitaram participar da pesquisa por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinado

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Estar no 3º semestre e já ter cursado MED B23 (Ética e Conhecimento Humanístico IV);
- Estar no 6º semestre e não ter cursado MED B23 (Ética e Conhecimento Humanístico IV)

6. ASPECTOS ÉTICOS

Foi aplicado para todos os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO III). Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia com parecer de número 1.443.137 (ANEXO II).

V. RESULTADOS

Dos 60 questionários distribuídos para os estudantes do 6º e 3º semestres, foram perdidos 4 dos questionários aplicados ao 6º semestre, devolvidos em branco. Quatro questionários foram descartados porque estavam sem a identificação do semestre. Assim, 52 acadêmicos participaram efetivamente deste estudo, sendo 24 deles do 6º semestre e 28 do 3º.

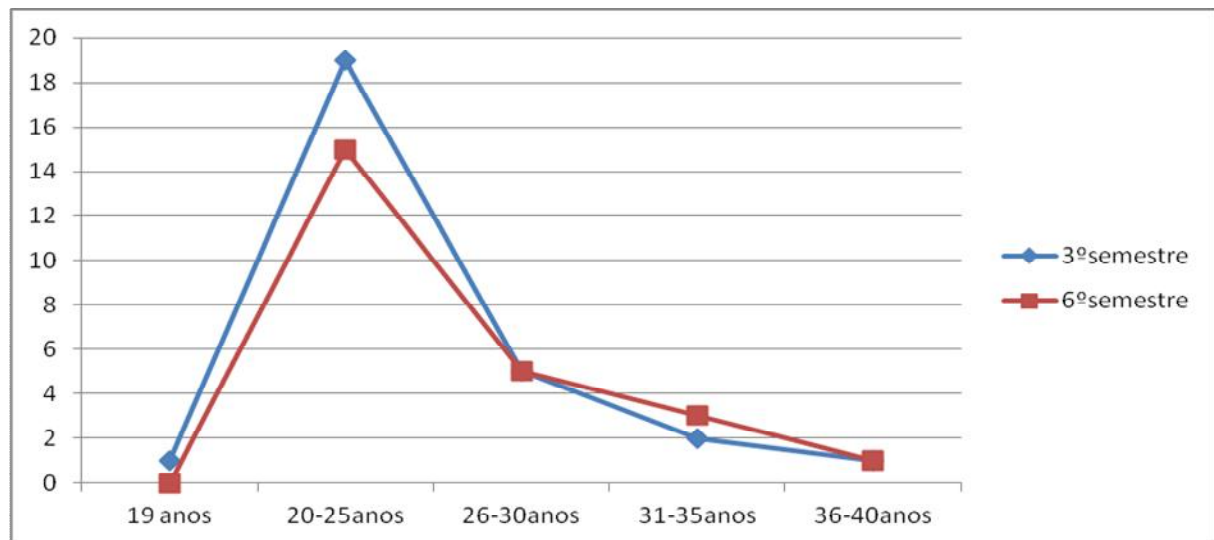
Os dados demográficos dos participantes estão destrinchados na **tabela 1**.

Tabela 1. Resumo dos dados demográficos dos participantes conforme o semestre ao qual pertenciam

	3º semestre (n)	6º semestre (n)	Total (n)
Sexo masculino	13	12	25
Sexo feminino	15	12	27
Católicos	8	12	20
Evangélicos	0	1	1
Espíritas	5	3	8
Outras religiões	4	3	7
Sem religião	11	5	16

A idade dos entrevistados, distribuídos de acordo com o semestre, encontra-se representada no **gráfico 1**.

Gráfico 1. Distribuição dos participantes por idade de acordo com o semestre cursado



Na questão 1, não havia alternativa correta ou incorreta; o aluno tinha que responder a alternativa que melhor refletisse sua opinião pessoal, e os resultados obtidos dos questionários aplicados foram os seguintes, conforme a **tabela 2**.

Tabela 2. Você se considera preparado para lidar com a morte de um paciente?

RESPOSTA	3º SEMESTRE (n)	6º SEMESTRE (n)
a) Sim, encaro a morte como um processo natural da vida	7	9
b) Não, associo a morte com derrota, perda e frustração	5	5
c) Não, mas não associo a morte com derrota, perda e frustração	15	9
Sem resposta	1	1
Total	28	24

Na questão 2, em relação à formação médica, o aluno pode responder mais de uma alternativa, se considerasse necessário. Os resultados obtidos foram agrupados na **tabela 3**.

Tabela 3. Em sua formação na Faculdade de Medicina está faltando alguma coisa para lhe proporcionar preparação adequada para ajudar pacientes e familiares no momento da morte?

ITENS SELECIONADOS	3º SEMESTRE (n)	6º SEMESTRE (n)
a) Nada, me sinto totalmente preparado	0	0
b) A inclusão de componente	7	9

curricular que aborde sobre a morte e o morrer		
c) Sensibilização dos professores, a fim de fazer-nos pensar sobre esse tipo de problema	18	6
d) Oportunidades para lidar com os aspectos emocionais, espirituais e sociais do ser humano, bem como o contato com pacientes que não tem nenhuma possibilidade de cura	16	22
e) No momento, não sou suficientemente maduro para opinar sobre esta questão	2	1

Nota: Foi facultado ao entrevistado indicar mais de uma opção como resposta.

Na questão 3, indagados sobre a importância para um paciente em estágio terminal morrer em casa, cercado pela família, 14 estudantes do 6º semestre e 14 do 3º semestre responderam corretamente: o paciente terminal deve escolher onde quer morrer e merece passar o tempo restante com a família (alternativa D). Nenhum dos participantes achou que o paciente morrendo em casa significava que não recebera os cuidados médicos necessários, conforme constava na alternativa B.

Quanto à questão 4, que indagava sobre a definição de ortotanásia, 64,3% do 3º semestre e 83,3% do 6º semestre responderam corretamente (alternativa A). Conforme orientação de não responder às questões de conceituação caso não soubessem, 4,2% do 6º semestre e 14,3% do 3º deixaram esta questão em branco.

Na questão 5, 91,7% dos alunos pertencentes ao 6º semestre e 92,9% do 3º semestre responderam corretamente o conceito de eutanásia (alternativa C); apenas 3,6% do 3º semestre deixaram esta questão em branco.

A questão seguinte perguntava a definição de distanásia e, 35,7% do 3º semestre e 79,2% pertencentes ao 6º semestre assinalaram corretamente a alternativa B. Mais uma vez, por motivos de não saberem o conceito, 14,3% dos participantes do 3º semestre optaram por deixar a questão sem responder. Os **gráficos 2 e 3** representam os resultados descritos acima em números absolutos de participantes.

Gráfico 2. Número de participantes que acertaram a definição de ortotanásia, eutanásia e distanásia por semestre cursado na faculdade

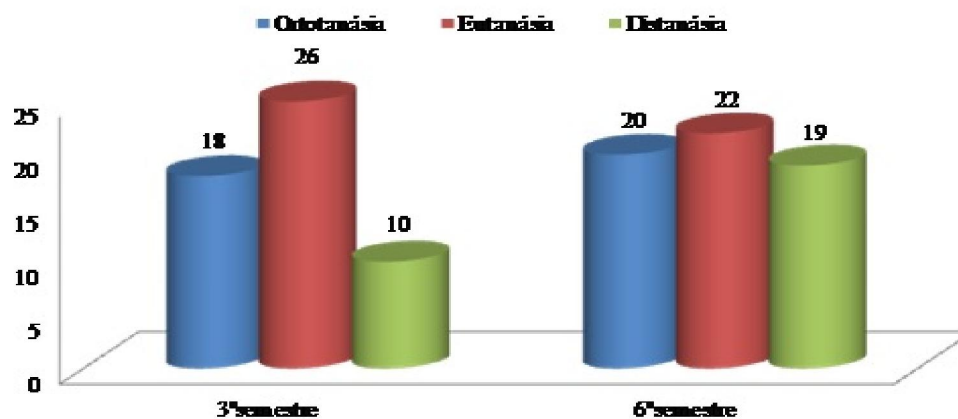
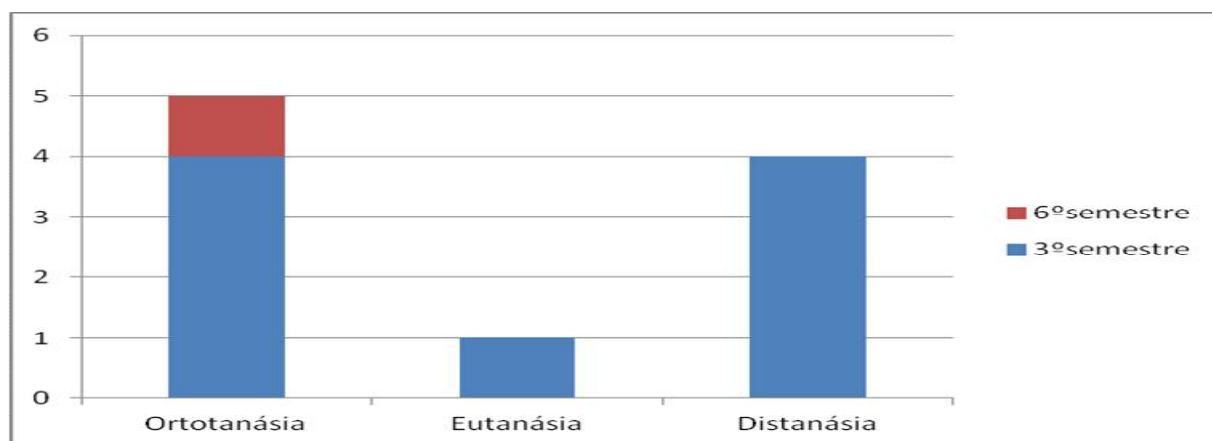


Gráfico 3. Número de alunos que não responderam as questões sobre os conceitos de ortotanásia, eutanásia e distanásia por semestre cursado na faculdade



As descrições das respostas referentes ao caso clínico da pergunta 7 estão na tabela 4. Nessa questão, 91,7% do 6º semestre e 75% do 3º semestre responderam corretamente (alternativa B), concordando que o paciente tem o direito de saber a sua condição, escolher como quer passar o tempo que lhe resta, bem como receber os cuidados paliativos.

Tabela 4. Paciente, 68 anos, internado na UTI com insuficiência respiratória grave que exige respirador. Estava plenamente consciente e foi capaz de discutir sobre os procedimentos a serem realizados. Seus filhos e esposa deram-lhe apoio emocional. No dia seguinte, a equipe médica fez o diagnóstico de uma situação irreversível com sobrevida prevista de 30 dias. A família foi informada deste diagnóstico, mas o paciente não. Seus filhos pediram que esta informação não fosse revelada ao paciente, pois não sabiam como ele iria lidar com a situação. A equipe médica atendeu ao pedido. Da mesma forma, os filhos discutiram com a equipe médica quais medidas poderiam ser tomadas, a fim de reduzir o sofrimento do paciente. O médico, que não tinha vínculo prévio com o paciente ou com a família, sugeriu sedativo para aliviar o desconforto respiratório do paciente. Os filhos aceitaram a sugestão, e o paciente foi sedado.

Quanto ao caso clínico descrito acima, você considera a atitude dos membros da família do paciente em relação ao médico assistente correta?

RESPOSTA	3º SEMESTRE (n)	6º SEMESTRE (n)
a) Sim. Desta forma, o paciente seria poupado do sofrimento de saber que só tinha mais 30 dias de vida; além de receber medicamentos que causam sedação profunda, sem sofrimento para o paciente.	3	0
b) Não. O paciente tem o direito de saber a sua condição clínica, escolher como passar o tempo que lhe resta, bem como de receber os	21	22

cuidados paliativos já em uso no Brasil.		
c) O médico não deve interferir na decisão da família.	4	2

A questão seguinte ainda remetia ao caso clínico e a descrição das respostas estão detalhadas na **tabela 5**. 60,7% do 3º semestre e 70,8% do 6º semestre responderam corretamente (alternativa E).

Tabela 5. Você acha que, se o médico assistente tivesse vínculo prévio com a família, esta situação seria diferente?

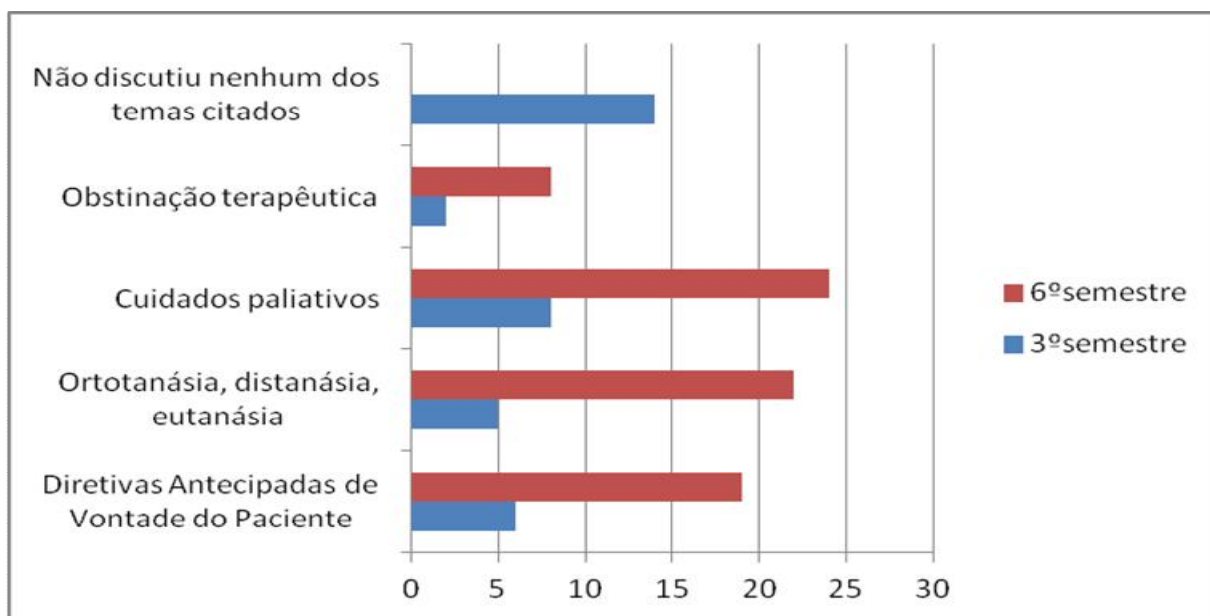
RESPOSTAS	3º SEMESTRE (n)	6º SEMESTRE (n)
a) Sim, pois o médico teria conhecimento do caso e, portanto, ajudaria a família a informar ao doente sobre sua real situação, bem como procurar os cuidados paliativos já em uso no Brasil.	3	3
b) Não. Em quase todos os casos de pacientes terminais, o fim da vida ocorre em um hospital sem cuidados paliativos. [...] O vínculo do médico com a família não iria alterar esta situação.	3	0
c) Não precisa ser o médico assistente; qualquer membro da	4	4

equipe de cuidados ao paciente deveria ter conhecimento prévio do caso e, portanto, ajudar a família a procurar os cuidados paliativos, a informar o paciente sobre sua situação clínica e confortar a situação		
d) Neste caso, o paciente não tem o direito de manifestar-se sobre a sua saúde	1	0
e) Alternativas A e C estão corretas	17	17

A questão 9 perguntava como deveria ser preparada uma equipe de cuidados paliativos. Todos os participantes, independentemente do semestre, acertaram que a equipe ideal deve ser interdisciplinar e seguir o princípio de humanização, priorizando o bem estar físico, emocional e espiritual do paciente.

Em relação à oportunidade de discutir, na graduação, os temas: Diretivas Antecipadas de Vontade do Paciente, Ortotanásia, Distanásia, Eutanásia, Cuidados Paliativos e Obstinação terapêutica, foram encontrados os seguintes resultados:

Gráfico 4. Número de estudantes que se recordam em ter discutido, até o momento, na graduação os temas que versam sobre a morte e o morrer, de acordo com o semestre cursado.



Quanto ao conhecimento dos entrevistados sobre a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.995/2012 que define as Diretivas Antecipadas de Vontade do Paciente, observou-se que 85,7% dos alunos pertencentes ao 3º semestre e 20,8% ao 6º semestre declararam não conhecê-la.

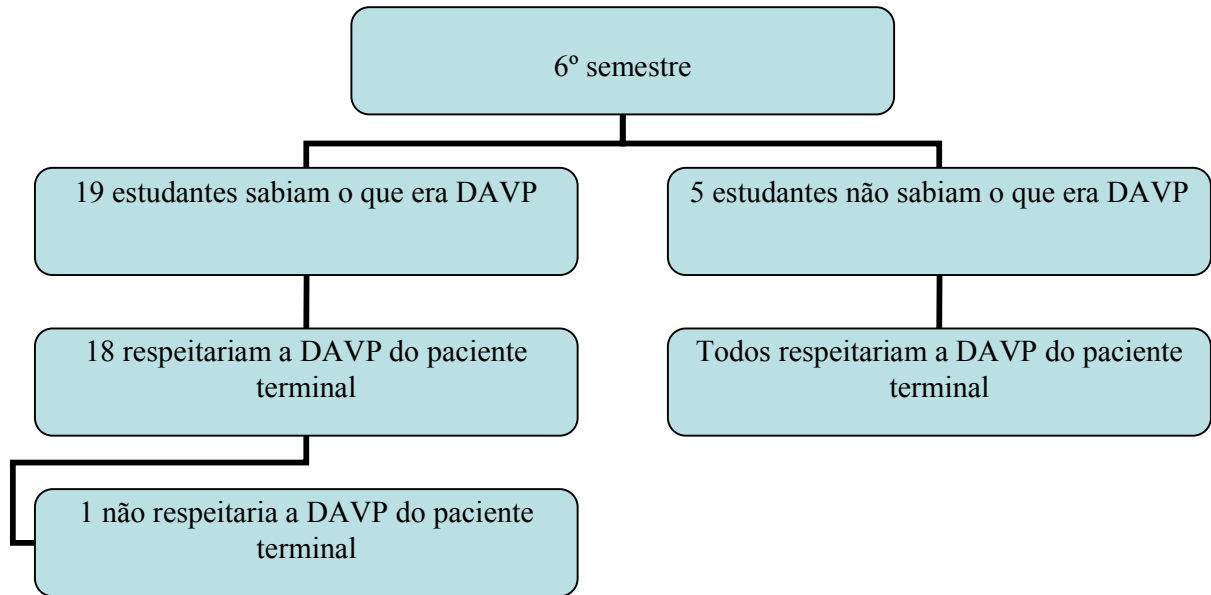
Os acadêmicos do 3º semestre que conheciam a Resolução, 10,7% responderam que adquiriram essa informação unicamente através da graduação, enquanto 3,6% dos participantes disseram conhecê-la por outros meios e também através da faculdade. Já no 6º semestre, os participantes que conheciam a Resolução, 66,7% obtiveram esse conhecimento unicamente no curso da graduação; ao passo que 12,5% conheceram por outros meios e através da faculdade.

Quando questionados sobre a hipótese de encontrar-se diante de um paciente terminal possuidor de testamento vital, 3,6% dos participantes do 3º semestre e 4,2% do 6º semestre afirmaram que mesmo sabedores da existência do testamento vital deixado pelo paciente, não respeitariam e tomariam as decisões médicas que julgassem melhores para o paciente.

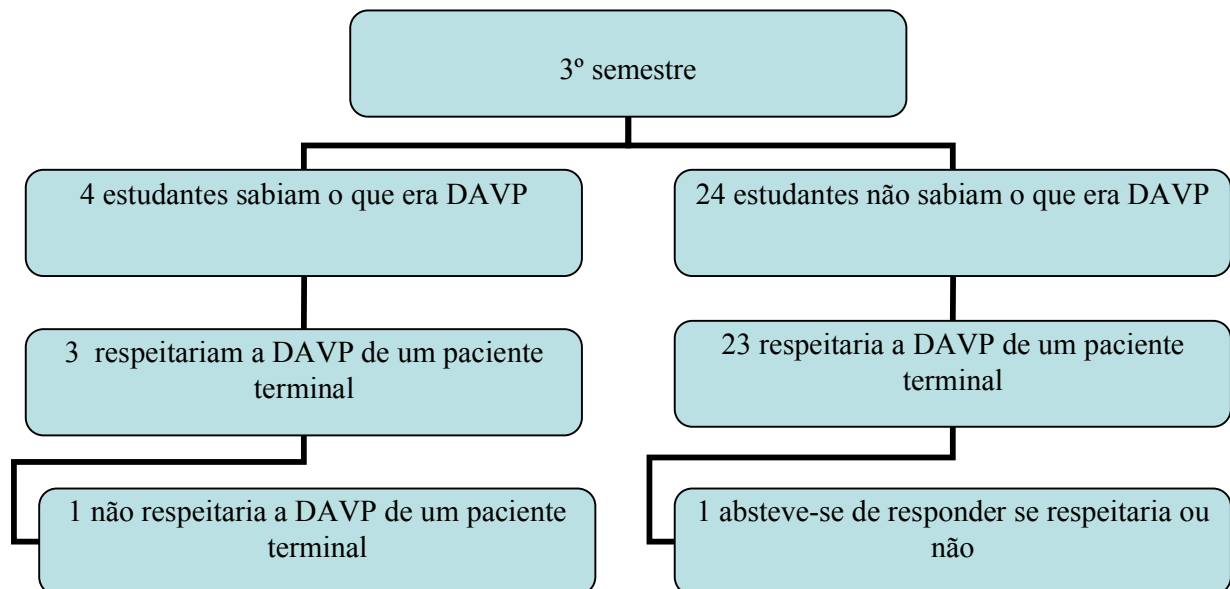
Vale ressaltar que dentre aqueles alunos que não conheciam as Diretivas Antecipadas de Vontade do Paciente, nenhum afirmou que deixaria de respeitar a vontade do paciente.

Os organogramas que se seguem, representam as respostas expostas acima, obtidas nas questões 11 a 13, para melhores interpretações.

Organograma 1. Número de estudantes do 6º semestre que tinham o conhecimento sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade do Paciente (DAVP) e o posicionamento quanto à DAVP em caso de paciente terminal.



Organograma 2. Número de estudantes do 3º semestre que tinham o conhecimento sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade do Paciente (DAVP) e o posicionamento quanto à DAVP em caso de paciente terminal



VI. DISCUSSÃO

Os profissionais de saúde se preparam durante anos para exercerem a futura profissão da maneira mais brilhante possível (16). Entretanto, o convívio constante do médico em ambientes de elevada sobrecarga emocional requer do profissional uma formação humanística que, muitas das vezes, não lhe é oferecida na graduação.

Apesar de lidarem direta e frequentemente com a morte, os profissionais da área de saúde, em sua maioria, encontram-se pouco preparados para essa situação, em virtude de certa distorção curricular, que nitidamente privilegia os aspectos biológicos do homem (16).

A questão 1 mostrou que 37,5% dos estudantes do 6º semestre consideravam-se preparados para lidar com a morte de um paciente, por entendê-la como um processo natural da vida. Porcentagem igual de alunos do 6º semestre (37,5%) também afirmaram não se considerarem preparados para lidar com a morte, associando-a à derrota, perda e frustração.

Esse equilíbrio entre duas das opções de respostas pode ser um reflexo das discussões acerca da morte e do morrer realizada previamente com os estudantes do 6º semestre no componente de Ética e Conhecimento Humanístico IV, de maneira que parte dos alunos já se considerava preparados para lidar com a finitude da vida.

Essa ideia é reforçada quando observamos que nas respostas dos acadêmicos do 3º semestre, ainda não expostos à discussão da temática, houve uma discrepância relevante entre as opções de respostas, culminando com a maioria (53,6%), apesar da não associação com derrota, perda e frustração, se considerando despreparada para lidar com a morte. Esse resultado conversa com o estudo realizado por Marta et al. (17):

Dos respondentes, 60% [residentes] e 50% [acadêmicos] disseram não ter recebido formação teórico-prática suficiente durante o curso de graduação [para lidar com pacientes terminais]. Ainda apontaram como prováveis falhas a falta de vivência, de debates, de apoio psicológico sistemático e a formação do médico voltada para salvar vidas e não para perder pacientes.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Cataldo: 43,8% dos alunos não se sentiam preparados para lidar com tal situação [pacientes terminais] [...]. O mesmo grupo, questionado em relação à aprendizagem sobre a temática “morte/morrer”, propõe contato induzido com pacientes terminais e aulas teóricas e práticas sobre o assunto.

É necessário dar margem para a sensibilização e discussão do tema morte e morrer durante a formação dos futuros profissionais, considerando que conviverão com esse dilema em suas atividades diárias (1). Esta necessidade foi evidenciada na questão 2 que perguntava ao aluno sobre o que faltava na escola de medicina para lhe proporcionar um preparo adequado para ajudar o paciente e os membros da família no momento da morte.

A falta de oportunidades para lidar com os aspectos emocionais, espirituais e sociais do ser humano, bem como o contato com pacientes sem nenhuma possibilidade de uma cura foi a opção mais apontada nas respostas do 6º semestre. Seguida de outras carências como: inclusão de uma matéria/componente curricular que lide com algumas questões, tais como o processo da morte e do morrer; e falta de sensibilização por parte dos professores, a fim de fazê-los pensar sobre este tipo de problema.

A falta de sensibilização por parte dos professores, a fim de fazê-los pensar sobre este tipo de problema foi a carência mais denunciada pelos estudantes do 3º semestre. Seguida por: a falta de oportunidades para lidar com os aspectos emocionais, espirituais e sociais do ser humano, bem como o contato com pacientes sem nenhuma possibilidade de uma cura; e a inclusão de uma matéria/componente curricular que lide com algumas questões, tais como o processo da morte e do morrer.

Isso mostra que os alunos reconhecem as deficiências do ensino médico sobre esse tema, assim como também a necessidade de que este preparo ocorra ainda enquanto acadêmicos, não postergando o enfrentamento da morte somente para quando no exercício da vida profissional.

Existe uma ideologia, incorreta, segundo a qual durante os anos acadêmicos os discentes devem ser “protegidos” do desenvolvimento emocional que tal condição provoca, enfatizando-se, assim, somente procedimentos técnicos em detrimento da formação humana.(17)

Foi interessante verificar que nenhum dos 52 participantes se julgou, a partir da formação médica que vinha recebendo até então, totalmente preparado para ajudar pacientes e familiares no momento da morte.

O conhecimento dos estudantes de medicina sobre ortotanásia e a prática de cuidados paliativos foram avaliados nas questões 3, 7, 8 e 9.

Na questão 3, embora a porcentagem de acadêmicos do 6º semestre que responderam corretamente a questão (58,3%) ter sido maior do que a do 3º semestre (50%), não é possível inferir que esta diferença deva-se necessariamente a um maior grau de conhecimento sobre ortotanásia e cuidados paliativos por parte dos estudantes do 6º semestre, uma vez que $p\text{-valor} = 0.59$.

O caso clínico da questão 7 fazia refletir, dentre outros aspectos que contemplam a ortotanásia e os cuidados paliativos, o respeito à autonomia do paciente. Conforme Santos, Menezes e Gradvohl: (18)

No Brasil, a cultura paternalista privilegia uma relação com o paciente terminal fundamentada na omissão de informação e na mentira, impedindo-o de fazer escolhas livres sobre os cuidados que gostaria de receber no final de sua vida. Reconhecer a autonomia do paciente [...] aspecto fundamental neste momento.

Pode-se observar que as porcentagens maiores de acerto foram atribuídas para as respostas dos estudantes do 6º semestre (91,7% *versus* 75% para o 3º). No entanto, mais uma vez, não é possível inferir que essa diferença deva-se necessariamente ao maior grau de conhecimento do grupo já exposto ao tema, em relação ao grupo não exposto ($p\text{-valor} = 0.15$).

Na questão 8 (porcentagens de acerto: 70,8% - 6º; 60,7% - 3º; $p\text{-valor} = 0.56$), o foco estava em analisar a postura do médico do caso clínico da questão anterior, que deveria ajudar a família a informar ao doente sobre sua real situação, bem como procurar os cuidados paliativos já em uso no Brasil, consoante com o que Santos, Menezes e Gradvohl (18) trazem em seu artigo:

A família espera da equipe médica não só o cuidado ao doente, mas também que os profissionais da saúde os auxiliem para a decisão sobre a ortotanásia, através de informações, conscientizações e acolhimento. Acontece[...]que estes profissionais frequentemente

demonstram dúvidas éticas e legais quanto à ortotanásia, não se configurando, portanto, como capacitados para responder às demandas da família neste processo.

Nesta e na questão 9 (porcentagens de acerto: 100% - 6º; 100% - 3º; p-valor = 1), também não foi possível atribuir que as diferenças observadas nas respostas dos estudantes ocorreram devido ao maior conhecimento por parte dos graduandos do 6º semestre.

Nas questões sobre ortotanásia, eutanásia e distanásia, as porcentagens de acerto foram maiores para o 6º semestre na definição de ortotanásia (83,3% - 6º; 64,3% - 3º; p-valor = 0.46) e na definição de distanásia (79,2% - 6º; 35,7% - 3º; p-valor = 0.01), ao passo que foi maior para os estudantes do 3º semestre na definição de eutanásia (92,9% - 3º; 91,7% - 6º; p-valor = 0.59). Sendo possível inferir que, neste estudo, observou-se maior grau de conhecimento por parte dos estudantes de medicina do 6º semestre sobre distanásia (apenas), em relação aos estudantes do 3º semestre.

Em relação à oportunidade de discutir durante o curso médico sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade do Paciente, 48,1% dos estudantes, independentemente do semestre, recordaram ter sido abordado esse tópico em algum momento da graduação. Quando questionados sobre Ortotanásia, Distanásia e Eutanásia, 51,9% do total de participantes resgataram essa lembrança. No que se refere aos Cuidados Paliativos e Obstinação terapêutica, 61,5% e 19,2%, respectivamente, lembraram de ter discutido esses temas durante a formação acadêmica até o presente momento. 26,9% dos participantes não se recordaram de ter discutido algum dos temas supracitados durante a graduação. Esta última porcentagem deveu-se integralmente à respostas dos alunos do 3º semestre.

De fato, ao analisar a matriz curricular do curso de graduação em medicina da Instituição de Ensino Superior na qual este estudo foi realizado, foi apreendido que as discussões sobre a temática morte e morrer ocorreram no 4º semestre, na disciplina Ética e Conhecimento Humanístico IV. Isso pode estar relacionado ao fato da afirmação de não ter discutido nenhum dos temas (Diretivas antecipadas de vontade do paciente, ortotanásia, distanásia, eutanásia, cuidados paliativos e obstinação terapêutica) ter sido exclusividade do 3º semestre apenas.

Observando-se isoladamente o 6º semestre, notou-se também que nenhum dos temas foi recordado pela totalidade, ainda que todos já tivessem passado pela disciplina acadêmica que aborda tal temática. “Esta constatação nos permite inferir que para muitos dos acadêmicos o conhecimento teórico esteve dissociado da prática e vice-versa” (18). Assim, o conhecimento não é consolidado de tal maneira a ponto de ser incorporado para o futuro exercício da medicina.

Santos, Menezes e Gradwohl (18) também concordam com esse pensamento quando afirmam o seguinte:

A falta de familiarização de estudantes de medicina com os conceitos bioéticos relacionados à morte ocorre principalmente devido à baixa prioridade do tema na graduação, o que acarretaria também no despreparo do discente no enfrentamento da morte.

Quanto ao conhecimento dos entrevistados sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade do Paciente (DAVP), notou-se que 85,7% (*versus* 20,8% do 6º; p-valor < 0.01) pertencentes ao 3º semestre declararam não conhecê-la, ou seja, público ainda sem o contato curricular com o referido tema da bioética. Sendo possível inferir que a diferença observada entre as populações estudadas deveu-se ao maior grau de desconhecimento por parte dos estudantes do 3º semestre sobre a DAVP.

Em estudo semelhante, realizado com estudantes de medicina do 1º ao 8º semestre, Silva et al. (2) também verificaram baixo nível de conhecimento do significado do termo “testamento vital”, dado que apenas 8% dos estudantes demonstraram ter noção clara a respeito.

Declararam que respeitariam a vontade previamente registrada no testamento vital de um paciente em fim de vida 95,8% dos graduandos do 6º semestre e 92,9% do 3º semestre (p-valor = 1). No entanto, não podemos afirmar que a maior porcentagem observada nas resposta dos alunos do 6º semestre deva-se unicamente a um maior grau de conhecimento dos mesmos acerca do que rege a DAVP.

Essa tendência comportamental dos graduandos é esclarecida por Silva et al.(2):

Tal posicionamento [de respeito ao “testamento vital”] obedece à Resolução CFM 1.995/2012, que regulamentou a matéria visando ao exercício da medicina no Brasil. Em seu

artigo 2º, resolve: *Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.* [...] Assim, é imperativo que os acadêmicos de medicina [...] estejam cientes desse dever profissional, bem como das sérias implicações da não observância das diretivas antecipadas de vontade dos pacientes terminais.

VII. CONCLUSÃO

- A maioria dos estudantes do 3º semestre não se considerou preparada para lidar com a morte de um paciente, embora não associe este evento à derrota, perda e frustração.
- Menos da metade dos estudantes do 6º semestre se considerou preparada para lidar com a morte de um paciente, por entendê-la como um processo natural da vida.
- Menos da metade dos estudantes do 6º semestre se considerou despreparada para lidar com a morte de um paciente, embora não associe este evento à derrota, perda e frustração.
- Nenhum participante se julgou, a partir da formação médica que vinha recebendo até o momento, totalmente preparado para ajudar pacientes e familiares no momento da morte.
- A deficiência do ensino médico mais observada pelos acadêmicos do 6º semestre foi: a falta de oportunidades para lidar com os aspectos emocionais, espirituais e sociais do ser humano, bem como o contato com pacientes sem nenhuma possibilidade de uma cura. Ao passo que, a carência mais destacada pelos acadêmicos do 3º semestre foi: a falta de sensibilização por parte dos professores.
- Não foi possível afirmar, através deste estudo, que o grau de conhecimento dos estudantes do 6º semestre de medicina acerca da prática de cuidados paliativos, ortotanásia e eutanásia é maior do que o grau de conhecimento dos estudantes do 3º semestre.
- Foi possível inferir com este estudo que o grau de conhecimento dos estudantes do 6º semestre de medicina sobre o conceito de distanásia e sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade do Paciente é superior quando comparado com o dos estudantes do 3º. Apesar disso, não houve diferença estatisticamente significativa entre os estudantes do 6º e 3º semestre quanto ao posicionamento de respeito à vontade previamente registrada no testamento vital de um paciente em final de vida.
- Menos da metade dos participantes, independentemente do semestre ao qual pertenciam, recordou-se de ter discutido, durante a graduação, sobre Diretivas Antecipadas de Vontade do

Paciente e Obstinação terapêutica. Todavia, mais da metade dos participantes recordou-se de já ter discutido sobre Ortotanásia, Distanásia, Eutanásia e Cuidados paliativos.

Portanto, de maneira geral, este estudo não foi capaz de evidenciar diferenças estatisticamente significantes para a maioria dos conhecimentos bioéticos sobre morte e morrer comparados entre os estudantes do 6º e do 3º semestre, apesar dos acadêmicos do 6º já terem sido contemplados com a disciplina acadêmica que os introduz à reflexão sobre os aspectos bioéticos da finitude da vida. Alguns motivos podem ser cogitados para justificar a não diferença estatística significativa como: amostragem pequena de estudantes participantes, talvez não representativa do todo; ou, método de coleta de dados pouco rígido ou inadequado para o que se pretendeu avaliar, fazendo-se necessário estudos maiores e mais complexos, a fim de se alcançar resultados significativos.

Entretanto, dentro do panorama que este estudo possibilitou delinear, foi notório que a presença de um componente curricular que aborda sobre a morte e o morrer configura-se um avanço humanístico na formação destes acadêmicos. Todavia, deficiências, insegurança e despreparo foram observados nos acadêmicos, mesmo naqueles que já vivenciaram a discussão “morte e morrer”, fazendo-nos pensar que, apesar de estarmos trilhando o caminho certo para alcançar capacitação em lidar com a terminalidade, muitas arestas ainda precisam ser ajustadas e o processo de enfrentamento da morte deve ser entendido como inesgotável, pois o dilema da reação frente à finitude de um paciente é uma experiência que não cabe rótulos; sendo única para cada profissional médico e construída de maneira diferente para cada morte vivenciada.

VIII. SUMMARY

The study had as theme the perception of the medical student about death and dying. The objective of this study was to evaluate the impact of ethical education on respect for the right to a dignified death, as well as to compare the level of knowledge of students from the College of Medicine of the Federal University of Bahia of the 3rd and 6th semesters about the distinction between orthothanasia and dysthanasia; palliative care and therapeutic obstinacy; anticipated directives and patient's desire. The study had as a research instrument a structured questionnaire adapted from Moraes & Kairalla (2010), Silva et al. (2015). The sample was composed by 60 students from both sexes, distributed as according: 30 students from the 3rd semester not exposed to the theme and 30 students from the 6th semester that had discussed the theme in a curricular component of the Ethic-Humanistic Axis before. After the conclusion of the application of the questionnaire, the marked answers were used on the making of data and discussions, in comparison with similar studies. It is pretended, this way, to relate the capacity of the participants in identifying the concept of orthothanasia, palliative care, CFM Resolution nº 1.995/2012, as well as evaluate the possible impact in medical education of the future professional about the right of the patient to a dignified death. The hypothesis was that: the answers from the group of participants exposed to the theme about death and dying would construe more knowledge on the theme when compared to the answers obtained from the group that didn't had yet the opportunity to discuss questions about the process of death. This way, it was expected to evidence that the approach of this theme during the graduation can better prepare the future medical professional to deal with frequent situation in the emergency rooms and intensive therapy units, that is: to practice orthothanasia, in the means that deviate from dysthanasia.

IX. ANEXOS

ANEXO I. Questionário

Semestre:

Idade:

Sexo:

Religião: () não () sim

Se sim, qual?

1) Você se considera preparado para lidar com a morte de um paciente?

a) Sim, encaro a morte como um processo natural da vida

b) Não, associo a morte com derrota, perda e frustração

c) Não, mas não associo a morte com derrota, perda e frustração

2) Em sua formação na Faculdade de Medicina está faltando alguma coisa para lhe proporcionar preparação adequada para ajudar pacientes e familiares no momento da morte?

(Responda mais de uma alternativa, se necessário)

a) Nada, me sinto totalmente preparado.

b) A inclusão de uma matéria/componente curricular que lide com algumas questões, tais como o processo da morte e do morrer.

c) Sensibilização por parte dos professores, a fim de fazer-nos pensar sobre este tipo de problema.

d) Oportunidades para lidar com os aspectos emocionais, espirituais e sociais do ser humano, bem como o contato com pacientes que não tem nenhuma possibilidade de cura.

e) No momento, não sou suficientemente maduro para opinar sobre esta questão.

3) Você acha importante para um paciente em estágio terminal morrer em sua própria casa, cercado pelos membros da família?

a) Sim. O paciente que está no final da vida merece passar o tempo restante com a família.

b) Não. O paciente morrendo em casa significa que não recebeu os cuidados médicos necessários.

c) O paciente deve escolher onde quer morrer.

d) Alternativas A e C estão corretas.

e) Nenhuma das alternativas anteriores

4) O que é ortotanásia?

a) É a abordagem adequada para um paciente em estado terminal, prestando-lhe os cuidados paliativos durante seus momentos finais de vida.

b) É a morte lenta e sofrida do paciente.

c) É a prática através da qual a vida de um paciente doente incurável é reduzida de maneira controlada e assistida por um especialista.

5) O que é eutanásia?

a) É um tratamento que adota cuidados paliativos adequados oferecidos aos pacientes durante os momentos finais da vida, com o apoio judicial.

b) É a morte lenta e sofrida do paciente.

c) “Boa morte”; é a prática destinada a evitar que o sofrimento do paciente se prolongue até o findar de sua vida.

6) O que é distanásia?

a) É a abordagem adequada para um paciente em estado terminal, prestando-lhe os cuidados paliativos durante seus momentos finais de vida.

b) É o uso da tecnologia ou procedimentos fúteis como forma de prolongar a morte dolorosa.

c) É a prática através da qual a vida de um paciente doente incurável é abreviada de maneira controlada e assistida por um especialista.

Paciente, 68 anos, internado na UTI com insuficiência respiratória grave que exige respirador. Estava plenamente consciente e foi capaz de discutir sobre os procedimentos a serem realizados. Seus filhos e esposa deram-lhe apoio emocional. No dia seguinte, a equipe médica fez o diagnóstico de uma situação irreversível com sobrevida prevista de 30 dias. A família foi informada deste diagnóstico, mas o paciente não. Seus filhos pediram que esta informação não fosse revelada ao paciente, pois não sabiam como ele iria lidar com a situação. A equipe médica atendeu ao pedido. Da mesma forma, os filhos discutiram com a equipe médica quais medidas poderiam ser tomadas, a fim de reduzir o sofrimento do paciente. O médico, que não tinha vínculo prévio com o paciente ou com a família, sugeriu sedativo para aliviar o desconforto respiratório do paciente. Os filhos aceitaram a sugestão, e o paciente foi sedado.

7) Quanto ao caso clínico descrito acima, você considera a atitude dos membros da

família do paciente em relação ao médico assistente correta?

a) Sim. Desta forma, o paciente seria poupado do sofrimento de saber que só tinha mais 30 dias de vida; além de receber medicamentos que causam sedação profunda, sem sofrimento para o paciente.

b) Não. O paciente tem o direito de saber a sua condição clínica, escolher como passar o tempo que lhe resta, bem como de receber os cuidados paliativos já em uso no Brasil.

c) O médico não deve interferir na decisão da família.

8) Você acha que, se o médico assistente tivesse vínculo prévio com a família, esta situação seria diferente?

a) Sim, pois o médico teria conhecimento do caso e, portanto, ajudaria a família a informar ao doente sobre sua real situação, bem como procurar os cuidados paliativos já em uso no Brasil.

b) Não. Em quase todos os casos de pacientes terminais, o fim da vida ocorre em um hospital sem cuidados paliativos. Muitas pessoas morrem sem saber que este tipo de cuidado existe. O vínculo do médico com a família não iria alterar esta situação.

c) Não precisa ser o médico assistente; qualquer membro da equipe de cuidados ao paciente deveria ter conhecimento prévio do caso e, portanto, ajudar a família a procurar os cuidados paliativos, a informar o paciente sobre sua situação clínica e confortar a situação.

d) Neste caso, o paciente não tem o direito de manifestar-se sobre a sua saúde

e) Alternativas A e C estão corretas

9) A equipe de cuidados paliativos é um grupo interdisciplinar formado por profissionais que cuidam do paciente em fase terminal, para que este tenha uma morte sem dor, cercado por membros da família e em sua casa (se o paciente preferir). Eles dão orientação à família, ajudando-os a se preparem e saberem o que fazer quando a hora da morte chegar para o paciente. Como deve ser preparada uma equipe de cuidados paliativos?

a) Não é necessária preparação especial para compor esta equipe.

b) A equipe ideal deve ser interdisciplinar e seguir o princípio de humanização, priorizando o bem-estar físico, emocional e espiritual do paciente.

c) Todos os membros devem ser universitários da área de saúde.

d) Nenhum membro da família do paciente terminal deve fazer parte da equipe

10) Durante a graduação, você se recorda de ter discutido sobre os temas (assinale mais de uma alternativa, se necessário):

a) “testamento vital” ou Diretivas Antecipadas de Vontade do Paciente

b) Ortotanásia, distanásia, eutanásia

c) Cuidados paliativos

d) Obstinação terapêutica

e) Não discuti nenhum destes temas até o momento

11) Você tem conhecimento da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.995/2012 que define as Diretivas Antecipadas de Vontade do Paciente?

a) Sim

b) Não

12) Caso tenha conhecimento dessa resolução, como o adquiriu?

a) Na faculdade

b) Por outros meios

c) Através da faculdade e por outros meios também

13) Em caso de paciente em fase terminal de vida ter ou ser detentor de um “testamento vital” (Diretivas Antecipadas de Vontade do Paciente) como você agiria?

a) Respeitaria a vontade expressa pelo paciente em relação às condutas médicas que deseja que sejam adotadas, desde que não firam os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica

b) Tomaria as decisões médicas que julgasse serem as melhores para meu paciente, ou atenderia os desejos dos familiares ou do responsável legal do paciente nesta fase final de vida, ainda que não coincidisse com o previsto no “testamento vital” do paciente

(Questionário adaptado de Moraes, Kairalla, 2010; Silva, Souza, Costa, Miranda, 2015).



FACULDADE DE MEDICINA DA
BAHIA DA UFBA



ANEXO II. Ofício (parecer) do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A percepção do estudante de medicina sobre a morte e o morrer

Pesquisador: Cláudia Bacelar Batista

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53400416.1.0000.5577

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.443.137

Apresentação do Projeto:

“O estudo tem como tema a percepção do estudante de medicina sobre a morte e o morrer. Apesar de ser constante no dia a dia, a morte continua na sociedade contemporânea como tabu, um tema ainda sem ampla discussão, sendo por vezes tratada como um fracasso pela medicina. Contudo, uma formação centrada na cura, sem discussão ampla sobre o fenômeno da morte e do morrer leva a distorções e profissionais com pouco preparo para enfrentar as questões ligadas à finitude da vida. A percepção por parte dos estudantes sobre os dilemas que envolvem a morte e o morrer é esforço e mérito da educação ética que vêm sendo implantada nos cursos médicos recentemente. No que se refere à formação acadêmica, tínhamos um ensino médico estagnado na ideia de formar um profissional para diagnosticar doenças e restabelecer a saúde, mas não para enfrentar a morte e o morrer (Castro, 2004).

Trata-se de um estudo de corte transversal, que tem como instrumento de pesquisa um questionário estruturado. Após a conclusão da aplicação do questionário, as respostas assinaladas servirão para o levantamento de dados e discussão, em comparação com a literatura existente sobre a temática. Espera-se comprovar que as respostas do grupo de participantes que foram expostos ao tema morte e morrer traduzam maior conhecimento acerca da temática e avaliar a preparação do futuro profissional médico para lidar com situação tão frequente nas salas de



FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA DA UFBA



Continuação do Parecer: 1.443.137

emergências e nas unidades de terapia intensivas.”

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO

Avaliar o grau de conhecimento do estudante de medicina sobre: I. Distinção entre ortotanásia e distanásia; II. Cuidados paliativos e obstinação terapêutica; III. Resolução CFM nº 1.995/2012 – Diretivas Antecipadas de Vontade dos Pacientes.

SECUNDÁRIO

Avaliar o impacto da educação ética sobre o respeito ao direito da morte digna.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Quebra de sigilo da identidade do estudante participante. Para que isso não ocorra, não haverá identificação nominal dos questionários respondidos. A fim de garantir a desistência em qualquer fase da pesquisa, os questionários receberão uma numeração de acordo com o TCLE. Pode haver constrangimento, sobretudo por parte daqueles participantes do grupo já expostos ao tema. Caso isso ocorra, o participante poderá deixar de responder qualquer questão ou desistir a qualquer momento da pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo. A pesquisa contará com presença de colaboradores – líderes da classe dos 3º e 6º semestres - para aplicação do questionário. Em momento algum haverá contato da pesquisadora responsável com os alunos. Esta só terá acesso aos questionários que não contêm nenhum tipo de identificação. Guarda-se assim uma possível interferência negativa, a exemplo de um sentimento de coação ou constrangimento de recusa, gerados pela presença da professora/orientadora no momento do recrutamento, haja vista ser esta docente do Eixo Ético-Humanístico desta Faculdade.

BENEFÍCIOS

Evidenciar a importância de discutir a temática morte e morrer durante a formação acadêmica para tornar o futuro médico, ante essas situações tão corriqueiras do seu cotidiano profissional, mais seguro e preparado para enfrentá-las. Estudos desta natureza podem contribuir para avaliação do Eixo Ético-Humanístico desta Faculdade, tendo em vista a efetividade do ensino de Ética Médica, em busca de práticas pedagógicas mais ricas que podem aumentar o interesse do discente, sendo portanto os futuros estudantes graduação de Medicina desta escola e de possíveis instituições outras, também prováveis beneficiários do estudo.

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n

Bairro: PELOURINHO

CEP: 40.026-010

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-5564

Fax: (71)3283-5567

E-mail: cepfmb@ufba.br



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

METODOLOGIA PROPOSTA

Trata-se de um estudo de corte transversal, que tem como instrumento de pesquisa um questionário estruturado com base Resolução CFM nº 1.995/2012 – Diretivas Antecipadas de Vontade dos Pacientes e a Resolução 1805/2006, que regulamenta a prática de ortotanásia no Brasil e afirma a importância da manutenção de cuidados paliativos e o consentimento do paciente ou de seu representante legal. Para tanto, serão entrevistados 60 alunos de ambos os sexos que cursam regularmente a graduação na Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, assim distribuídos: 30 alunos do 6º semestre, pois já discutiram a temática em componente curricular do Eixo Ético-Humanístico e 30 alunos do 3º semestre que ainda não foram expostos ao tema. Desse modo, pretende-se avaliar a preparação do futuro profissional médico para lidar com situação tão frequente nas salas de emergências e nas unidades de terapia intensivas, como o respeito ao direito do paciente de morrer dignamente.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Ser estudante da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB);
- Estar regularmente matriculado;
- Estar cursando o 3º ou 6º semestre de Medicina.

COLETA DE DADOS:

O estudo será desenvolvido na Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia no período de 2016. Os participantes da pesquisa serão divididos em dois grupos, os que foram expostos ao tema e os que ainda não discutiram os aspectos pertinentes à morte e o morrer. Assim através do cálculo da OR (razão de prevalência), pretendemos relacionar a capacidade dos participantes em identificar o conceito de ortotanásia, cuidados paliativos, Resolução CFM nº 1.995/2012, bem como avaliar o possível impacto da educação médica do futuro profissional a respeito do direito do paciente à morte digna.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: ADEQUADO

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n

Bairro: PELOURINHO

CEP: 40.026-010

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-5564

Fax: (71)3283-5567

E-mail: cepfmb@ufba.br



FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA DA UFBA



Continuação do Parecer: 1.443.137

Termo de compromisso dos membros da equipe: ADEQUADOS

Orçamento: ADEQUADO

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo segue as determinações da Resolução CNS 466/12 e não há reparos éticos a sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar relatório semestral e anual sobre o andamento da pesquisa a este CEP.

Quaisquer alterações ou intercorrências na pesquisa devem ser comunicadas a este centro.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_664076.pdf	16/02/2016 12:55:59		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromisso.pdf	16/02/2016 12:54:49	Cláudia Bacelar Batista	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	16/02/2016 12:52:12	Cláudia Bacelar Batista	Aceito
Outros	questionario.pdf	16/02/2016 12:50:21	Cláudia Bacelar Batista	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/02/2016 12:37:17	Cláudia Bacelar Batista	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	16/02/2016 12:34:04	Cláudia Bacelar Batista	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Salvador, 09 de Março
de 2016

S
A
L
V

Assinado por: Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

ANEXO III. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “A percepção do estudante de medicina sobre a morte e o morrer”, que tem por objetivo principal avaliar o grau de conhecimento do estudante de medicina sobre: a) distinção entre ortotanásia e distanásia; b) cuidados paliativos e obstinação terapêutica; c) Diretivas Antecipadas de Vontade dos Pacientes.

A sua participação se dará mediante a aplicação de um questionário. Caso sinta qualquer tipo de constrangimento ou não queira responder qualquer uma das perguntas, sem precisar dizer o porquê, você pode pular a pergunta ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum dano ou prejuízo de qualquer tipo.

Para participar, você não receberá em dinheiro ou outro bem material. Mas, suas respostas podem ajudar a mostrar a importância de discutir a temática morte e morrer durante a formação acadêmica para tornar o futuro médico, ante essas situações tão corriqueiras do seu cotidiano profissional, mais seguro e preparado para enfrentá-las. Você tem o direito de não querer participar da pesquisa ou desistir a qualquer momento, sem prejuízo para sua vida acadêmica ou qualquer outra consequência. Sua identidade não será revelada e os resultados da pesquisa serão apresentados para a comunidade da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA.

A pesquisadora responsável é a professora Cláudia Bacelar Batista do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Quaisquer dúvidas ou queixas em relação a esta pesquisa, você pode procurá-la através do telefone: (71) 3283-5562 e/ou endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n. Centro Histórico, CEP 40.026-010 Salvador, Bahia, Brasil ou através do e-mail: claudia_bacelar@hotmail.com e também o Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UFBA através do telefone: (71) 3283-5564 e e-mail: cepfmb@ufba.br, no mesmo endereço acima colocado.

Este documento está em duas vias e uma cópia deve ficar com você. Aceito o convite para participar da pesquisa, pois entendi o que está escrito acima.

Assinatura do participante

Assinatura do entrevistador

Data: __ / __ / ____

X. REFERÊNCIAS

1. Moraes SAF, Kairalla MC. Avaliação dos conhecimentos dos acadêmicos do curso de Medicina sobre os cuidados paliativos em pacientes terminais. *Einstein*. 2010; 8(2 Pt 1): 162-7
2. Silva JAC, Souza LEA, Costa JLF, Miranda HC. Conhecimento de estudantes de medicina sobre o testamento vital. *Rev. Bioét. (Impr.)*. 2015; 23(3): 563-71
3. Vane MF, Posso IP. Opinião dos médicos das Unidades de Terapia Intensiva do Complexo Hospital das Clínicas sobre a ortotanásia. *Rev. Dor*. 2011; 12(1):39-45
4. Silva CHD, Schramm FR. Bioética da obstinação terapêutica no emprego da hemodiálise em pacientes portadores de câncer do colo do útero invasor, em fase de insuficiência renal crônica agudizada. *Rev. Brasileira de Cancerologia*. 2007; 53(1): 17-27
5. Vasconcelos TJQ, Imamura NR, Villar HCEC. Impacto da Resolução CFM 1.805/06 sobre os médicos que lidam com a morte. *Rev. bioét. (Impr.)* 2011; 19(2): 501-21
6. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da Saúde Pública. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(3):855-65
7. Lima CVTC. Ortotanásia e cuidados paliativos: instrumentos de preservação da dignidade humana. *Rev. Med. Res*. 2010; 12(3 e 4): 134-36.
8. Menezes RA. Entre normas e práticas: tomada de decisões no processo saúde/doença. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2011; 21(4): 1429-49
9. Felix ZC, Costa SFG, Alves AMPM, Andrade CG, Duarte MCS, Brito FM. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(9): 2733-46
10. Dadalto, L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. *Rev bioét. (Impr.)* 2013; 21 (1): 106-12
11. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev. Bioét. (Impr.)*. 2014; 22(1): 94-104
12. Bussinguer ECA, Barcellos IA. O direito de viver a própria morte e sua constitucionalidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(9): 2691-98

13. 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.)*. 2014; 22(2): 367-72
14. Sanchez y Sanches KM, Seidl EMF. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2013; 17(44): 23-34
15. Silva JAC, Souza LEA, Silva LC, Teixeira RKC. Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2014; 22(2): 358-66
16. Lima VR, Buys R. Educação para a morte na formação de profissionais de saúde. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2008; 60(3)
17. Marta GN, Marta SN, Andrea Filho A, Job JRPP. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Rev. Brasileira de Educação Médica*. 2009; 33(3): 416-27
18. Santos LRG, Menezes MP, Gradvohl SMO. Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 8(9): 2645-51