

Terminalidad y testamento vital: el conocimiento de los estudiantes de Medicina

Milena Joly Kulicz¹, Daniel Fortes Amarante², Henrique Takayoshi Ida Nakatani³, Carlos Arai Filho⁴, Cristina Terumy Okamoto⁵

Resumen

Con el objetivo de permitir una mayor autonomía a los pacientes terminales el Consejo Federal de Medicina creó la Resolución 1.995/2012 por, que dispone sobre el testamento vital. Con el objetivo de evaluar el conocimiento de los estudiantes de medicina del primero al sexto año en relación a los conceptos y conductas éticas frente a pacientes terminales, se realizó esta investigación, en forma de estudio transversal, a través de aplicación de cuestionario, el cual fue llenado por 348 estudiantes de medicina. De estos, 251 (72,1%) identificaron correctamente conceptos acerca de las conductas en la terminalidad, pero sólo el 23,5% demostraron conocer el concepto de testamento vital. A pesar del bajo conocimiento, el 80,1% afirmó tener la intención de respetarlo cuando se enfrentan a un paciente terminal. Las investigaciones sobre el tema son importantes para alertar sobre fallas en los currículos de estos futuros médicos, además del carácter reflexivo de este tipo de estudio, permitiendo trabajar cuestiones éticas fundamentales para la atención humanizada.

Palabras clave: Autonomía personal. Voluntad em vida. Cuidados paliativos al final de la vida. Directivas anticipadas.

Resumo

Terminalidade e testamento vital: o conhecimento de estudantes de medicina

Visando dar mais autonomia a pacientes terminais, foi criada pelo Conselho Federal de Medicina a Resolução 1.995/2012, que dispõe sobre o testamento vital. Para avaliar o conhecimento dos estudantes de medicina do primeiro ao sexto ano em relação a conceitos e condutas éticas diante de pacientes terminais, foi realizado este estudo transversal, mediante aplicação de questionário a 348 alunos. Destes, 251 (72,1%) identificaram corretamente questões relacionadas a condutas na terminalidade, mas apenas 23,5% demonstraram conhecer o conceito de testamento vital. Apesar do baixo índice, 80,1% afirmaram ter a intenção de respeitá-lo, no caso de pacientes terminais. Pesquisas sobre o assunto são importantes para alertar sobre lacunas nos currículos desses futuros médicos. Além disso, o caráter reflexivo desse tipo de estudo permite trabalhar questões éticas fundamentais para o atendimento humanizado.

Palavras-chave: Autonomia pessoal. Testamentos quanto à vida. Cuidados paliativos na terminalidade da vida. Diretivas antecipadas.

Abstract

Terminality and living will: the knowledge of medical students

With the intent of increase the autonomy of terminal patients the Federal Council of Medicine was created the Resolution 1.995/2012, which allows the living will. With the objective of evaluate the knowledge of medical students from the first to sixth years about concepts and medical conducts in terminally ill patients, this research was conducted in the form of a cross-sectional study, through the application of a questionnaire, which was completed by 348 medical students. From those, 251 (72,1%) correctly identified concepts about conducts in terminally ill patients, but only 23,5% claimed to know and chose correctly the meaning of the living will. Despite the low knowledge, 80, 1% stated that they intend to respect it when they encounter a terminal patient. Further research is needed, as a way of warning at the current medical curriculum and to bring to light discussions of conducts over terminally ill patients and open ways to the humanized medical practice.

Keyword: Personal autonomy. Living wills. Hospice care. Advance directives.

Aprovação Cade 1.643.532

1. **Graduando** milenajoly@hotmail.com – Universidade Positivo (UP) 2. **Graduando** amarante_daniel@hotmail.com – UP 3. **Graduando** henrique_nakatani@hotmail.com – UP 4. **Graduando** carlos.arai@hotmail.com – UP 5. **Doutora** cristoka@livemail.com – UP, Curitiba/PR, Brasil.

Correspondência

Milena Joly Kulicz – Rua José Luiz Rissardi, 175, Pilarzinho CEP 80520-650. Curitiba/PR, Brasil.

Declaram não haver conflito de interesse.

La creciente expectativa de vida de la población se debe, entre otros factores, al gran desarrollo de tecnologías en el área de la salud que reúne recursos capaces de prolongar el tiempo de vida¹. El principal dilema ético entre los médicos, principalmente entre aquellos que lidian con pacientes en fases terminales, es cuándo utilizar toda la tecnología disponible y por cuánto tiempo, considerando los derechos, la autonomía y la dignidad del individuo². Sobre el tema, surgieron diversas discusiones éticas en los últimos años que cuestionan la calidad de vida del paciente terminal – aquel cuya condición es irreversible, independientemente del tratamiento, y que tiene alta probabilidad de morir en poco tiempo³.

El desarrollo de nuevos métodos diagnósticos, tratamientos altamente sofisticados y la introducción de nuevas drogas propiciaron métodos y esquemas terapéuticos de alta complejidad para los pacientes, prolongándoles la existencia, pero algunas veces con un alto costo de sufrimiento humano¹.

La ortotanasia es reconocida por la Resolución del Consejo Federal de Medicina (CFM) 1.805/2006⁴. Es definida como la suspensión de procedimientos y tratamientos que prolonguen la vida del paciente terminal, respetando la voluntad de la persona o de su representante legal⁴. En pacientes con posibilidad de cura, deben tomarse más medidas, aunque impliquen cierto grado de sufrimiento, pues en este caso, la beneficencia debe superponerse a la no maleficencia. Lo que la ortotanasia propone es la restricción de estas medidas en pacientes sin exceptiva de cura, situación en la cual el principio de no maleficencia debe prevalecer⁵.

La distanasia lesiona el principio de no maleficencia, promoviendo un tratamiento insistente, mediante recursos invasivos que prolongan el sufrimiento de estos pacientes⁶. Otra práctica vedada en Brasil es la eutanasia, que consiste en actuar activamente en la historia natural de la enfermedad con el fin de abreviar la vida del paciente incurable⁷. La confusión entre estas definiciones es grande, incluso entre los médicos que más lidian con el proceso de morir y la muerte⁵, lo que revela la escasez de discusiones sobre el tema.

La resolución del CFM también garantiza los cuidados necesarios para la calidad de vida del paciente y sus familiares, previniendo y aliviando el sufrimiento, por la identificación y el tratamiento precoz del dolor y demás sufrimientos físicos, sociales, psicológicos y espirituales. Este es el concepto de cuidados paliativos, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁸, en 1990, y actualizado en 2002.

Más recientemente, se viene debatiendo sobre el respeto a la autonomía del paciente, es decir, el derecho a opinar, tomar decisiones y actuar de acuerdo con valores y creencias personales⁹. Este derecho está previsto en el artículo 15 del Código Civil y en los artículos 22, 23 y 24 del Código de Ética Médica (CEM)¹⁰. Surgieron, entonces, las Directivas Anticipadas de Voluntad (DAV), reconocidas por la Resolución CFM 1.995/2012, que consisten en el *conjunto de deseos, previa y expresamente manifestados por el paciente, sobre cuidados y tratamientos que quiere, o no, recibir en el momento en el que estuviera incapacitado para expresar, libre y autónomamente, su voluntad*¹¹.

Las DAV siguen dos métodos: el mandato duradero, que consiste en el nombramiento, por parte del paciente, de alguien cercano y de confianza para tomar las decisiones sobre los cuidados referidos a su salud, cuando fuera incapaz de manifestar su voluntad, y el testamento vital (TV). Éste, bajo el fundamento legal de la autonomía, es un documento con el cual el propio paciente determina los procedimientos y tratamientos a los cuales desea o no ser sometido, cuando estuviera impedido de expresarse¹². Es válido sólo en situaciones de terminalidad, mientras que el mandato duradero es legítimo en situaciones temporales de incapacidad¹.

El fundamento del TV es prácticamente el mismo que el del consentimiento informado, pues no deja de ser la voluntad del paciente cuando, en los momentos críticos de su vida, necesita someterse a una intervención sin tener capacidad para manifestarse y dar consentimiento¹³. Algunos autores cuestionan el término “testamento vital”, ya que remite al testamento civil, documento que sólo tiene valor luego del fallecimiento¹⁴.

Al contrario de los Estados Unidos (EEUU) y de ciertos países europeos, que ya poseen apoyo legal, en Brasil los médicos deben obligatoriamente respetar la Resolución CFM 1.995/2012, no obstante, aún sin amparo legal¹⁵. Además, la propia Resolución CFM 1.805/2006 llegó a ser suspendida por el Ministerio Público (MP) bajo la justificación de que interrumpir el tratamiento sería equivalente a la eutanasia pasiva.

Este impedimento fue considerado improcedente por el 14^a Tribunal Federal en 2010, fecha en la que la resolución volvió a regir⁶. La inexistencia de una legislación precisa sobre el libre arbitrio del paciente terminal refleja la falta de información sobre el tema en la sociedad y la inseguridad entre los médicos con relación a la ortotanasia y al TV¹⁶.

Ante este escenario de desconocimiento e inseguridad sobre el TV, es importante evaluar el conocimiento y las actitudes en relación con estas cuestiones entre estudiantes de medicina, con el fin de identificar posibles lagunas en las currículas de estos futuros médicos y trabajar cuestiones éticas fundamentales para la atención humanizada.

Por lo tanto, el objetivo general de este estudio fue analizar el conocimiento de los alumnos del primero al sexto año de medicina de la Universidad Positivo, en 2016, sobre los conceptos de terminalidad (ortotanasia, distanasia, eutanasia, cuidados paliativos) y del TV, así como las resoluciones del CFM que fundamentan la ortotanasia y las DAV, verificando cuántos estudiantes aprendieron sobre el tema en la formación de grado. Los objetivos específicos incluyen evaluar la conducta de los estudiantes frente a los pacientes en período terminal y verificar si las variables como sexo, edad y religión influyen en esa cuestión.

Método

Se trata de un estudio cuali-cuantitativo, transversal, descriptivo, de recolección prospectiva, que utilizó un cuestionario propio con estudiantes de medicina del primero al sexto año de la Universidad Positivo en 2016. La recolección de datos se realizó entre julio y octubre de 2016, luego de la aprobación por parte del comité de ética de la Universidad Positivo.

El cuestionario abordaba datos personales (sexo, edad, religión y año de la carrera) y tenía seis preguntas que incluían conceptos sobre terminalidad de la vida (eutanasia, ortotanasia, distanasia y cuidados paliativos), TV y resoluciones del CFM. Además, había una pregunta sobre la oportunidad de abordar el tema durante el grado y cuatro preguntas de opinión: si el entrevistado consideraba como una responsabilidad del profesional de salud orientar a los pacientes terminales sobre el TV; si respetaría el TV de un paciente terminal (si fuera acorde a los preceptos dictados por el Código de Ética Médica); si consideraba importante la divulgación en los medios de comunicación respecto del TV; si haría para sí mismo un TV.

Los participantes firmaron dos copias del documento de consentimiento libre e informado (TCLE), una para los investigadores y otra para ellos. Se garantizó el anonimato de los alumnos, de acuerdo con los principios éticos de investigación. Los criterios de inclusión fueron: alumnos que firmaron el TCLE y estudiantes que estuviesen cursando medicina en la Universidad Positivo en 2016 (del primero al sexto año). Se excluyó del trabajo a los alumnos con menos de 18 años, los que se negaron

a completarlo y aquellos que lo dejaron incompleto o que lo hicieron de forma incorrecta.

El análisis estadístico fue realizado en base a las medias y los desvíos estándar y a un análisis multivariado del test exacto de Fisher y el test chi-cuadrado, considerando el nivel de significancia ($p < 0,05$).

Resultados

El total de estudiantes que completaron los cuestionarios fue de 357, excluyéndose a ocho alumnos con menos de 18 años, y uno por llenado inadecuado, totalizando $n=348$. El promedio de edad de los participantes fue de $22,1 \pm 3,4$ años, siendo el 53% de sexo femenino y 34,2% de sexo masculino (44 entrevistados no especificaron sexo). Sobre religión, el 81% de ellos afirmó creer en alguna, siendo la católica la prevalente (57%); 19% se declararon ateos, agnósticos o sin religión específica.

Cuando se les preguntó sobre los conceptos referidos a la terminalidad, la tasa de aciertos fue de 72,4%, 85,6%, 85% y 97,4%, respectivamente. Del total, 251 (72,1%) alumnos acertaron todos estos conceptos, siendo esta tasa creciente entre el 1° y el 3° año (de 58,5% en el 1° a 78,5% en el 3°), disminuyendo en 4° y 5° año (69,6% y 75%, respectivamente), y en el 6° año alcanzando el 96,2% ($p=0,00863$, por el test de chi-cuadrado). Sobre la Resolución CFM 1.805/2006 que aborda la ortotanasia, sólo el 6% afirmaron conocerla.

Entre los estudiantes que tenían pleno discernimiento sobre los cuatro conceptos, 209 (83,2%) respondieron que la opción para el paciente en estado terminal, sin la posibilidad de TV, es la ortotanasia (14 participantes no respondieron a la pregunta). Así como en la pregunta anterior, también se observó una tasa creciente del 1° y 3° año: 63,1% y 89% de acierto, respectivamente, con una disminución en el 4° año (81,8%), y en 5° y 6° años alcanzando 100%. No hubo diferencia estadística entre los sexos ($p=0,105$, por el test de chi-cuadrado), ni entre los que creían o no en una religión ($p=0,276$, por el test de chi-cuadrado).

La comprensión sobre el TV, de acuerdo con el año de carrera, se muestra en la Tabla 1. La mayoría de los estudiantes afirma no conocer el concepto (69,8%). Entre aquellos que afirmaron comprenderlo, se verificó cuántos acertaron en la definición en la pregunta que presentaba cuatro opciones de respuestas. Se consideraron como aciertos aquellos que marcaron exclusivamente la opción "*Documento que representa la manifestación de la voluntad del testador, cuyos efectos se producirán antes de su fallecimiento, a través del cual establecerá los procedimientos y tratamientos a los que desea o no ser sometido,*

cuando estuviera imposibilitado de expresarse". La tasa de plena comprensión sobre el TV fue de 23,5%.

Tabla 1. Distribución del número de estudiantes que conoce el concepto de TV, de acuerdo con el año de la carrera

Año (n)	Afirman conocerlo	%	Aciertos*	%
1º (n=65)	15	23	11	16,9
2º (n=68)	17	25	12	17,6
3º (n=70)	23	32,8	17	24,3
4º (n=79)	30	37,9	23	29,1
5º (n=40)	12	30	11	27,5
6º (n=26)	8	30,7	8	30,7
Total (n=348)	105	30,1	82	23,5

*Test chi-cuadrado: $p=0,3715$

De acuerdo con la edad, 28,8% de los participantes de entre 18 y 24 años, sabían la definición de TV. Para los participantes de 25 a 50 años, esta tasa fue de 33,3%, sin embargo, no hubo diferencia estadística ($p=0,646$, por el test exacto de Fisher). Luego del análisis, los entrevistados que no conocían el concepto de TV fueron informados acerca de lo que se trataba.

La mayoría de los participantes (77,6%) afirma que no tuvo la oportunidad de tratar el tema durante el grado. Sólo el 42,6% de los alumnos que saben lo que es el TV y el 33,5% de los que no saben afirmaron haber abordado el tema en el aula. El Gráfico 1 muestra esta proporción de estudiantes, de acuerdo con el año de la carrera.

Más del 95% declararon que es importante la divulgación del tema en los medios de comunicación. En cuanto a la opinión de que sea una responsabilidad del profesional de salud orientar sobre la existencia del documento, el 96,5% de los entrevistados optaron por la afirmativa. No obstante, en cuanto a la Resolución CFM 1.995/12, la mayoría dijo desconocerla (91,9%), y el 86,7% no sabría cómo manifestar legalmente el TV. Sólo 22 entre los 82 que tenían conciencia de lo que era el TV (26,8%) afirmaron poder orientar al paciente sobre cómo redactarlo.

Cuando se les preguntó sobre la hipótesis de lidiar con el paciente terminal que presentase TV, 279 (80,1%) respetarían la decisión del enfermo en ese caso. La respuesta positiva a la intención de hacer un TV para sí mismos fue mayor (92%). Para esta pregunta hubo más equilibrio entre los sexos y entre los que siguen o no una religión, no obstante, sin significación estadística. La Tabla 2, muestra la asociación entre estas cuestiones.

Gráfico 1. Distribución del número de alumnos que afirmaron tratar el tema TV durante el grado, de acuerdo con el año de la carrera

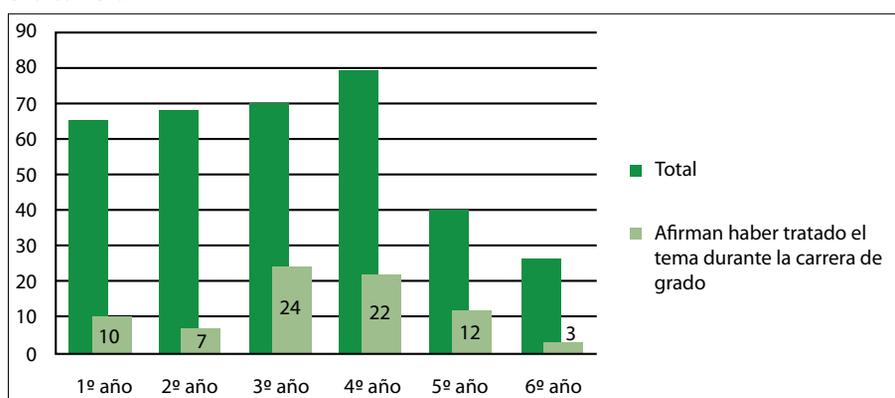


Tabla 2. Distribución del número de estudiantes que respetarían el TV del paciente terminal, de acuerdo con sexo y religión

Variable	Sí	No	Valor de p
Respeto al TV del paciente terminal			
Sexo			
Femenino (n=185)	150 (81%)	35 (19%)	0,559
Masculino (n=119)	93 (78%)	26 (22%)	
Total (n= 304)	243 (80%)	61 (20%)	
Religión			
Sí (n=282)	222 (79%)	59 (21%)	0,227
No (n=66)	57 (86%)	9 (14%)	
Total (n=348)	279 (80%)	68 (20%)	

continua...

Tabla 2. Continuación

Variable	Sí	No	Valor de <i>p</i>
Intención de realizar TV propio			
Sexo			
Femenino (n=185)	172 (93%)	13 (7%)	1,000
Masculino (n=119)	110 (92%)	9 (8%)	
Total (n=304)	282 (93%)	22 (7%)	
Religión			
Sí (n=282)	262 (93%)	20 (7%)	0,315
No (n=66)	59 (89%)	7 (11%)	
Total (n=348)	321 (92%)	27 (8%)	

Discusión

Primeramente, es necesario evaluar el conocimiento sobre las bases de la bioética entre los estudiantes. En este estudio, se demostró que 251 (72,1%) correlacionaron correctamente todos los conceptos sobre terminalidad con la respectiva descripción, existiendo dos picos de aciertos durante la carrera: el primero en el inicio del ciclo clínico (3° año – 78,5% de acierto) y otro en el último año (96,2%).

En otra investigación¹², el concepto de ortotanasia era el más conocido entre los médicos (96,3%), seguido de la eutanasia (74,8%) y la distanasia (58,5%). En el caso, el concepto que generó más confusión fue el de ortotanasia (sólo 72,4% de acierto), resultado semejante al estudio de Vasconcelos, Imamura y Villar⁵, en el cual, incluso entre los médicos intensivistas, oncólogos, geriatras, y otros especialistas que lidian más con el proceso de morir, la ortotanasia fue el término menos difundido, con 79,5% de conocimiento. Entre los 251 alumnos que comprendían los cuatro conceptos, 209 (83,26%) optarían por la ortotanasia en caso de que desconociesen las voluntades del paciente. En otros dos trabajos brasileños^{5,15}, el 92,8% también optaría por la ortotanasia en tal situación.

Sólo el 6% de los estudiantes tenían conocimiento de la Resolución CFM 1.805/06, sin embargo, entre los 327 que no la conocían, la mayoría (68,5%) practicaría la ortotanasia en el caso de un paciente terminal. Se encontró un resultado similar: 56% de los médicos que desconocían el documento ya practicaban la ortotanasia⁵. Sin embargo, se percibió una correlación directa entre la ortotanasia y el conocimiento de la resolución, además de estar ligada a la no aceptación y la no realización de la distanasia⁵.

Para garantizar la autonomía de los pacientes terminales se creó el TV, como herramienta de DAV. Entre los estudiantes, 30,1% afirmaron tener contacto con el documento, siendo que el 23,5% demostraron conocerlo realmente, marcando la definición más correcta y completa entre cuatro opciones

presentadas. Se observó una tasa progresiva en esta pregunta de acuerdo con el año de la carrera, con mayores tasas de acierto en los 4° y 6° años (29,1% y 30,7%, respectivamente) y una tasa discretamente inferior en el 5° año (27,5%).

La bibliografía presenta resultados dispares en cuanto a este dominio, variando entre 8%¹⁶ y 29%¹⁵. Esta gran diferencia puede estar asociada al abordaje curricular de las carreras. Comparando con trabajos realizados con médicos egresados, el resultado se asemeja al del presente estudio: sólo el 24,6% de los médicos entienden completamente la definición de DAV¹⁷. En otros trabajos también se percibe el desconocimiento sobre el tema en la población como un todo: 94,5% de los pacientes no sabían nada sobre el TV¹³.

Teixeira y colaboradores¹⁸ observan que la edad es un factor determinante cuando se trata de las directivas anticipadas de voluntad. En nuestro estudio, 28,8% de los participantes de 18 a 24 años conocían la definición de TV. El índice asciende a 33,3% entre aquellos de 25 a 50 años, sin embargo, no hubo diferencia estadística, debido al tamaño reducido de la muestra de este último grupo.

Es interesante notar que la Resolución CFM 1.805/2006 es hasta menos difundida (6%) entre los alumnos que la 1.995/2012 (7,75%), siendo posible, por lo tanto, inferir que el tiempo que las resoluciones están en vigor no influye en este caso. El conocimiento sobre la última resolución entre médicos egresados es alrededor del 18%¹². La suspensión de la Resolución CFM 1.805/2006 por el MP, por 4 años, tal vez sea el principal factor que interfirió en la divulgación del documento.

Se percibe la gran aceptación del TV entre los estudiantes de medicina, siendo que el 80,1% de la muestra analizada alteraría el tratamiento del paciente para respetar su voluntad, resultado similar a otras investigaciones^{15,16}. Sin embargo, entre los médicos en ejercicio profesional, la aceptabilidad cae a 47,6%¹², siendo que el 83% afirmó que una legislación específica daría más seguridad para aplicar el documento.

En nuestro estudio no se interrogó acerca de la razón para no aceptar el TV, sin embargo, se observó un dato interesante: el 92% de los estudiantes afirmaron que harían para sí mismos el testamento vital, contra el 80,1% que respetarían la voluntad de los pacientes. Esa diferencia es corroborada por la bibliografía: mientras que el 47,6% de los médicos estarían de acuerdo en aceptar la elección del paciente en el TV, el 61,8% declararon que harían el documento para sí¹², dato que corrobora la hipótesis de la aprehensión en cuanto a la falta de soporte jurídico, por la falta de una ley con respaldo del Congreso Nacional⁶. Sobre el respeto al testamento vital, Simón-Lorda y colaboradores¹⁹ sugieren que los médicos de la atención primaria están más abiertos al cumplimiento de las DAV en comparación con los de la atención especializada. No obstante, se necesitan más estudios para explicar mejor esa diferencia.

Además de la influencia de las cuestiones legales tanto en el conocimiento como en la aceptación del TV, existen también factores sociodemográficos, como sexo, género, edad, etnia, religión, educación e ingresos. En nuestra investigación, ingresos y etnia no fueron analizados, pero diversos trabajos muestran la interferencia de estos aspectos. Huang, Neuhaus y Chiong²⁰ sugieren que los norteamericanos negros y los hispánicos de edad avanzada tienden a ser menos abiertos a las DAV.

Algunas investigaciones con médicos también señalan que la receptividad de estas directivas varía bastante entre países: 31-55,3% entre médicos japoneses^{21,22}, 39% para geriatras británicos²³ y 90,4% entre españoles¹⁹, por ejemplo. En relación con los aspectos financiero y educacional, cuanto mayor es el ingreso y mayor la escolaridad, mayor la tendencia a la discusión y a la práctica de DAV¹⁸. El ingreso mayor también parece ser un factor asociado a la aceptación de la ortotanasia²⁴.

Algunos autores sostienen que el sexo puede afectar las actitudes y opiniones sobre las DAV: las mujeres, en general, están más dispuestas a discutir las DAV y más comprometidas en la práctica de estas directivas^{18,20,25}. En nuestra investigación, no hubo diferencia entre sexos sobre el deseo de hacer un TV para sí, así como en el estudio de Schiff, Rajkumar y Bulpitt²⁶.

En cuanto al testamento vital del paciente, el 81% de las mujeres y el 78% de los hombres respondieron que lo respetarían, no obstante, sin diferencias estadísticamente significativas. Velasco-Sanz y Rayón-Valpueda encontraron un resultado diferente, con el 81,8% de los hombres respondiendo que cumplirían el TV en caso de emergencia, en comparación con el 65,8% de las mujeres, con significancia estadística²⁷. Hay algunos datos conflictivos en la bibliografía sobre la opinión de los hombres y la influencia de la religión: mientras que para algunos autores estos y los individuos que no tienen religión son más propensos a la distanasia²⁴, para otros,

estos mismos grupos se mostraron más favorables a la eutanasia y al suicidio asistido²⁸. En la actual investigación, no hubo diferencia estadística entre sexos y entre religiosos y no religiosos en relación con la opinión favorable a la práctica de la ortotanasia, así como para las preguntas sobre el testamento vital.

A pesar del acuerdo del 96,5% de los entrevistados acerca de que debía ser responsabilidad del profesional de salud la orientación para el TV, el 86,7% afirmó no saber cómo hacerlo. Otros estudios también muestran la falta de preparación de los estudiantes de medicina para lidiar con cuestiones de terminalidad²⁹⁻³¹. No obstante, es necesario admitir que esto no ocurre sólo con alumnos: 90,3% de los médicos y enfermeras intensivistas no conocen todas las medidas previstas por las DAV²⁷.

Sólo el 22,4% de los participantes afirmaron haber discutido sobre terminalidad y TV durante el grado y, por el análisis de estos datos, hubo una mejora del acento en el tema en la disciplina de bioética en la universidad en cuestión en los últimos años. Se constató que el 34,3% de los alumnos del 3° año, es decir, aquellos que acabaron de concluir la disciplina, declararon haber tenido contacto con el tema en el grado, en comparación con sólo el 11,8% de los alumnos al final de la carrera.

A partir de estos datos, se puede concluir que el debate sobre el tema durante el ciclo básico es válido e importante, sin embargo, no es suficiente, pues se trata de un período en el que el estudiante se encuentra relativamente distante de la práctica clínica³². Los alumnos de 4° y 5° año tuvieron menos aciertos (en comparación con el período anterior) en cuestiones sobre conceptos de terminalidad y TV, respectivamente. Esto muestra que estos asuntos deben ser constantemente tratados durante la carrera, con diferentes abordajes, de acuerdo con el año.

Las diferencias entre eutanasia, distanasia y ortotanasia deben ser tratadas en toda la carrera, pues implican reflexiones éticas importantes. La enseñanza de las DAV debe comenzar en el ciclo básico, no obstante, la base jurídica y los conocimientos prácticos sobre cómo redactar y aplicar el testamento vital pueden ser ofrecidos cuando el alumno ya tiene mayor contacto cotidiano con pacientes terminales, generalmente en los últimos dos años de la carrera. Esto los haría más seguros, evitando que sólo el 16,6% de los estudiantes terminara la carrera sabiendo cómo garantizar el valor legal del testamento.

Diferentes artículos muestran la experiencia positiva de carreras que incluyeron la discusión de la temática en la currícula, de diferentes formas, como ejercicios interactivos *online*³³, enseñanza por habilidades³⁴ y discusión en pequeños grupos³⁵. Independientemente de la forma en que el tema es discutido, todos estos relatos muestran un impacto

positivo en la vida de los alumnos, principalmente como una oportunidad para desarrollar habilidades de comunicación³³⁻³⁵.

Consideraciones finales

Este estudio buscó identificar el conocimiento y la percepción de los estudiantes de medicina sobre las decisiones éticas en la terminalidad de la vida y el testamento vital. Los resultados muestran que la mayoría de ellos (72,1%) sabe diferenciar eutanasia, distanasia y ortotanasia, sin embargo, el conocimiento

sobre el TV y la resolución del CFM que lo fundamenta es reducido (23,5% y 8,1%, respectivamente). Sólo el 22,4% de los estudiantes tuvieron contacto con el tema durante el grado. En cuanto a las decisiones éticas, el 83,2% de los entrevistados están a favor de la ortotanasia y el 80,1% respetaría el TV del paciente.

El estudio se valida no sólo en la forma de evaluar la percepción de futuros médicos acerca del tema, permitiendo la discusión sobre las decisiones éticas en relación con los pacientes, sino que involucra también un carácter informativo y reflexivo de la investigación para los entrevistados y lectores, respecto de las propias directivas anticipadas.

Referências

1. Cogo SB, Lunardi VL. Diretivas antecipadas de vontade aos doentes terminais: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 7 jun 2017];68(3):464-74. Disponível: <https://bit.ly/2JBNGPD>
2. Batista KT, Seidl EMF. Estudo acerca de decisões éticas na terminalidade da vida em unidade de terapia intensiva. *Comun Ciênc Saúde* [Internet]. 2011 [acesso 14 jun 2017];22(1):51-60. Disponível: <https://bit.ly/2t7HSsl>
3. Rossini RCCC, Oliveira VI, Fumis RRL. Testamento vital: sua importância é desconhecida entre os profissionais da saúde. *Rev Bras Med*. 2013;70(1):4-8.
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. *Diário Oficial da União*. Brasília; p. 169, 28 nov 2006. Seção 1.
5. Vasconcelos TJQ, Imamura NR, Villar HCEC. O impacto da Resolução CFM 1.805/06 sobre os médicos que lidam com a morte. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2011 [acesso 16 mar 2017];19(2):501-21. Disponível: <https://bit.ly/2lcadKQ>
6. Sanchez y Sanches KM, Seidl EMF. Ortotanasia: uma decisão frente à terminalidade. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2013 [acesso 6 ago 2017];17(44):23-34. Disponível: <https://bit.ly/2ylQjXI>
7. Urban C. *Bioética clínica*. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.
8. World Health Organization. WHO definition of palliative care [Internet]. 2002 [acesso 21 abr 2017]. Disponível: <https://bit.ly/1j3ErEy>
9. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios da ética bioética*. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.
10. Lippmann E. *Testamento vital: o direito à dignidade*. São Paulo: Matrix; 2013.
11. 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*. Brasília; p. 269-70, 31 ago 2012. Seção 1. p. 270.
12. Chehuen Neto JA, Ferreira RE, Silva NCS, Delgado AHA, Tabet CG, Almeida GG *et al*. Testamento vital: o que pensam profissionais de saúde? *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 17 jun 2017];23(3):572-82. Disponível: <https://bit.ly/2MqISC4>
13. Campos MO, Bonamigo EL, Steffani JA, Piccini CF, Caron R. Testamento vital: percepção de pacientes oncológicos e acompanhantes. *Bioethikos* [Internet]. 2012 [acesso 7 jun 2017];6(3):253-9. Disponível: <https://bit.ly/2HNPsOz>
14. Dadalto L. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). *Rev Bioét Derecho* [Internet]. 2013 [acesso 7 jul 2017];(28):61-71. Disponível: <https://bit.ly/2HOHmoG>
15. Piccini CF, Steffani JA, Bonamigo EL, Bortoluzzi MC, Schlemper Junior BR. Testamento vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. *Bioethikos* [Internet]. 2011 [acesso 7 maio 2017];5(4):384-91. Disponível: <https://bit.ly/2HPfING>
16. Silva JAC, Souza LEA, Costa JLF, Miranda HC. Conhecimento de estudantes de medicina sobre o testamento vital. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 17 maio 2017];23(3):563-71. Disponível: <https://bit.ly/2JMviGt>
17. Peicius E, Blazevicene A, Kaminskas R. Are advance directives helpful for good end of life decision making: a cross sectional survey of health professionals. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2017 [acesso 18 out 2017];18(1):40. Disponível: <https://bit.ly/2JTq1QA>
18. Teixeira AA, Hanvey L, Tayler C, Barwich D, Baxter S, Heyland DK. What do Canadians think of advanced care planning? Findings from an online opinion poll. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2015 [acesso 29 jun 2017];5(1):40-7. Disponível: <https://bit.ly/2LV0unB>

19. Simón-Lorda P, Tamayo-Velázquez MI, Vázquez-Vicente A, Durán-Hoyos A, Pena-González J, Jiménez-Zurita P. Knowledge and attitudes of medical staff in two health districts concerning living wills. *Aten Primaria* [Internet]. 2008 [acceso 9 jan 2017];40(2):61-6. Disponible: <https://bit.ly/2JXISdh>
20. Huang IA, Neuhaus JM, Chiong W. Racial and ethnic differences in advance directive possession: role of demographic factors, religious affiliation, and personal health values in a national survey of older adults. *J Palliat Med* [Internet]. 2016 [acceso 17 ago 2017];19(2):149-56. Disponible: <https://bit.ly/2JM3HVz>
21. Maeda Y, Shintani S. Perspectives concerning living wills in medical staff of a main regional hospital in Japan. *J Rural Med* [Internet]. 2015 [acceso 14 jun 2017];10(1):29-33. Disponible: <https://bit.ly/2ygXQGG>
22. Masuda Y, Fetters M, Hattori A, Mogi N, Naito M, Iguchi A *et al.* Physicians' reports on the impact of living wills at the end of life in Japan. *J Med Ethics* [Internet]. 2003 [acceso 14 jun 2017];29(4):248-52. Disponible: <https://bit.ly/2HSwGVZ>
23. Schiff R, Sacares P, Snook J, Rajkumar C, Bulpitt CJ. Living wills and the Mental Capacity Act: a postal questionnaire survey of UK geriatricians. *Age Ageing* [Internet]. 2006 [acceso 6 ago 2017];35(2):116-21. Disponible: <https://bit.ly/2sZKTvM>
24. Yun YH, Han KH, Park S, Park BW, Cho CH, Kim S *et al.* Attitudes of cancer patients, family caregivers, oncologists and members of the general public toward critical interventions at the end of life of terminally ill patients. *CMAJ* [Internet]. 2011 [acceso 20 julio 2017];183(10):E673-9. Disponible: <https://bit.ly/2LTYMT8>
25. Perkins HS, Cortez JD, Hazuda HP. Advance care planning: does patient gender make a difference? *Am J Med Sci* [Internet]. 2004 [acceso 11 ago 2017];327(1):25-32. Disponible: <https://bit.ly/2lcVjUu>
26. Schiff R, Rajkumar C, Bulpitt C. Views of elderly people on living wills: interview study. *BMJ* [Internet]. 2000 [acceso 19 jun 2017];320(7250):1640-1. Disponible: <https://bit.ly/2t8wqNr>
27. Velasco-Sanz TR, Rayón-Valpuesta E. Instrucciones previas en cuidados intensivos: competencias de los profesionales sanitarios. *Med Intensiva* [Internet]. 2016 [acceso 29 jun 2017];40(3):154-62. Disponible: <https://bit.ly/2JUBejO>
28. Leppert W, Gottwald L, Majkowicz 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 [acceso 18 jul 2017];28(2):384-91. Disponible: <https://bit.ly/2JUeZe0>
29. Weber M, Schildmann J, Schüz J, Herrmann E, Vollmann J, Rittner C. Ethical decision-making at the end of life: knowledge and attitudes of medical students. *Dtsch Med Wochenschr* [Internet]. 2004 [acceso 7 jul 2017];129(28-9):1556-60. Disponible: <https://bit.ly/2sYNNnu>
30. Buss MK, Marx ES, Sulmasy DP. The preparedness of students to discuss end-of-life issues with patients. *Acad Med* [Internet]. 1998 [acceso 14 jun 2017];73(4):418-22. Disponible: <https://bit.ly/2JH5G1J>
31. Ury WA, Berkman CS, Weber CM, Pignotti MG, Leipzig RM. Assessing medical students' training in end-of-life communication. *Acad Med* [Internet]. 2003 [acceso 11 maio 2017];78(5):530-7. Disponible: <https://bit.ly/2JOTjtt>
32. Hossne WS, Hossne RS. Opinião do estudante de medicina sobre algumas questões bioéticas. *Bioética* [Internet]. 1998 [acceso 12 jun 2016];6(2):127-33. Disponible: <https://bit.ly/2JREXyz>
33. Levi BH, Wilkes M, Der-Martirosian C, Latow P, Robinson M, Green MJ. An interactive exercise in advance care planning for medical students. *J Palliat Med* [Internet]. 2013 [acceso 11 jun 2017];16(12):1523-7. Disponible: <https://bit.ly/2LVriUO>
34. Kolarik RC, Arnold RM, Fischer GS, Tulsy JA. Objectives for advance care planning. *J Palliat Med* [Internet]. 2002 [acceso 10 set 2017];5(5):697-704. Disponible: <https://bit.ly/2HQJDzN>
35. Cheung L. Creating an ethics curriculum using a structured framework. *Int J Med Educ* [Internet]. 2017 [acceso 8 jul 2017];8:142-3. Disponible: <https://bit.ly/2LVt0pc>

Participación de los autores

Milena Joly Kulicz, Daniel Fortes Amarante, Henrique Takayoshi Ida Nakatani y Carlos Arai Filho participaron de la recolección de datos, bajo la orientación de Cristina Terumy Okamoto. Todos los autores contribuyeron en la redacción del manuscrito.



Recibido:	8.2.2018
Revisado:	2.4.2018
Aprobado:	10.4.2018

Anexo

Instrumento de investigación

1. Sexo: Masculino () Femenino () Edad: ___ años
2. Año de la carrera: _____
3. Religión: () Católica () Espírita () Evangélica () Ateo () Otra. ¿Cuál? _____
4. Enumere las columnas:
 1. Eutanasia
 2. Distanasia
 3. Ortotanasia
 4. Cuidados paliativos

Suspensión de medios medicamentosos o artificiales de vida de un paciente en coma irreversible y considerado en "muerte cerebral", cuando existe un grave compromiso de la coordinación de la vida vegetativa.
Conducta para promover la muerte más temprano de lo que se espera de un paciente incurable y en sufrimiento insoportable.
Medidas de asistencia, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de pacientes y de sus familiares, que se encuentran frente a una enfermedad que amenaza la vida, por medio de la prevención y el alivio del sufrimiento, de la identificación y del tratamiento precoz del dolor y demás síntomas físicos, sociales, psicológicos y espirituales.
Tratamiento insistente, innecesario y prolongado de un paciente terminal, que no sólo es "insalvable", sino que también es sometido a un tratamiento fútil.

5. ¿Conoce la Resolución 1.805/2006 del CFM sobre ortotanasia?
() Sí () No
6. ¿Cuál sería la conducta frente a un paciente en estado terminal, sin posibilidad de testamento vital?
() Eutanasia () Distanasia () Ortotanasia
7. ¿Conoce la Resolución 1.995/2012 del CFM sobre directivas anticipadas de voluntad?
() Sí () No
8. ¿Conoce el concepto de testamento vital?
() Sí () No
9. ¿Cuál de las opciones usted considera como correcta para el concepto de testamento vital?
() Nombramiento, por parte del paciente, de alguien cercano y de confianza para la toma de decisiones sobre los cuidados referidos a su salud, cuando fuera incapaz de manifestar su voluntad.
() Documento que representa la manifestación de la voluntad del testador, cuyos efectos se producirán luego de su fallecimiento, y con el cual establecerá la donación de órganos.
() Documento que representa la manifestación de la voluntad del testador, cuyos efectos se producirán antes de su fallecimiento, a través del cual establecerá los procedimientos y tratamientos a los que desea o no ser sometido, cuando estuviera imposibilitado de expresarse.
() Documento que representa la manifestación de última voluntad del testador, cuyos efectos se producirán luego de su fallecimiento, y con el cual establecerá el destino de los bienes de su patrimonio.
**Aquí, el examinador debe explicar el concepto de testamento vital.
10. Durante el grado, ¿tuvo oportunidad de debatir sobre el "testamento vital"?
() Sí () No
11. ¿Considera que es una responsabilidad del profesional de salud orientar a los pacientes terminales sobre el testamento vital?
() Sí () No
12. ¿Usted alteraría el tratamiento del paciente para respetar el testamento vital, en caso de que éste fuera acorde a los preceptos dictados por el Código de Ética Médica?
() Sí () No
13. ¿Usted sabría orientar al paciente sobre cómo manifestar legalmente el testamento vital?
() Sí () No
14. ¿Considera importante la difusión del testamento vital en los medios de comunicación?
() Sí () No
15. ¿Usted haría para sí mismo un testamento vital?
() Sí () No