

Percepção de estudantes de Medicina sobre a terminalidade da vida

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

Resumen

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

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

Resumo

Percepção de formandos de medicina sobre a terminalidade da vida

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

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

Abstract

Perception of medical students about the termination of life

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

Keywords: Perception. Students, medical. Hospice care.

Aprovação CEP-Uepa CAAE 54831916.8.0000.5168

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

Correspondência

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

Declararam não haver conflito de interesse.

Contextualización

El control de factores causantes de enfermedad y el avance tecnológico de la medicina, que retardó la evolución de enfermedades en diferentes rangos etarios (niños, adolescentes y adultos en edad fértil), modificaron el patrón de morbilidad y mortalidad de la población, siendo esencial para ese cambio la cronicidad de las patologías¹. Con esto, Brasil ha seguido al resto del mundo en el aumento de la longevidad de los individuos². En el país, la tercera edad es el segmento con mayor incremento en la población, con tasas de crecimiento estimadas en más de 4% al año en el periodo de 2012 a 2022^{1,3}.

Esa drástica alteración del patrón demográfico es uno de los cambios estructurales más importantes observados en la sociedad brasileña. La caída del crecimiento poblacional general y los cambios en la estructura etaria han ocasionado un aumento más lento del número de niños y adolescentes, mientras que la población de adultos mayores crece cada vez más⁴.

Terminalidad de la vida

En el panorama actual, surge la necesidad de comprender la terminalidad de la vida^{5,6}, proceso derivado del agotamiento de los esfuerzos por restaurar la salud del enfermo, que saca a la luz la muerte inminente, inexorable y prevista⁷, considerada como la interrupción absoluta de la existencia⁸. Esa comprensión es fundamental, principalmente teniendo en cuenta que, en los tiempos actuales, la tecnología y los métodos invasivos no solo aumentaron la longevidad, sino que también retrasaron el proceso de muerte y prolongaron la existencia, aunque sin asegurar la calidad de vida^{9,10}.

Es precisamente esa ilusión de la longevidad en enfermos desprovistos de toda posibilidad de cura o mantenimiento de una mínima calidad de vida y comodidad la que define el tratamiento inútil, caracterizador de la distanacia, fuente de angustia sobre todo para el paciente y su familia^{11,12}. La muerte se vuelve en ese entonces un evento extremadamente solitario, pues el individuo, quien necesita cuidados médico-hospitalarios, es retirado de la convivencia familiar y alejado de las relaciones interpersonales⁹. Además, la distanacia es asociada al uso de recursos inútiles, los cuales podrían beneficiar a otros enfermos cuya enfermedad todavía puede erradicarse^{9,13,14}.

Los enfoques que buscan mantener la vida a cualquier costo son insuficientes, exagerados, innecesarios e ignoran el sufrimiento del enfermo.

A veces, el paciente se mantiene vivo gracias a tratamientos que provocan más dolor que alivio y comodidad. Sin embargo, esas observaciones no tienen la intención de reprobarnos la medicina tecnológica y sí estimular la reflexión sobre la conducta a tomar frente a la inexorable mortalidad humana. Es fundamental mantener el equilibrio entre conocimiento científico y humanismo, recuperando la dignidad de la vida y la calidad de la muerte¹⁵.

Se opone a la obstinación terapéutica – que mantiene al paciente vivo, pero con dolor y sufrimiento – la “eutanasia”, que es el acto (activa) u omisión (pasiva) que provoca o acelera la muerte del individuo debilitado^{9,13,16}. También está la “ortotanasia”, la cual recomienda la muerte en el momento exacto, sin postergarla con un tratamiento desproporcional e ilógico^{9,13,17} ni adelantarla por ningún motivo^{11,18}. Esa concepción está relacionada con los cuidados paliativos (CP), acciones de cuidado a la persona que padece de una enfermedad incurable y avanzada, en situación de sufrimiento físico y/o psíquico. Los CP son un intento de superar el predominio del tratamiento inútil actual y, para colocarlos en práctica, es necesario que los profesionales tomen consciencia de que el paciente debe ser el personaje principal del cuidado^{13,15,19}.

Los CP promueven la calidad de vida del enfermo terminal y sus familiares, aliviando el sufrimiento del paciente desde el diagnóstico hasta la muerte, evaluando no solamente los problemas físicos, sino también los psicosociales y espirituales¹⁵. Esos cuidados se basan en la medicina paliativa, reconocida recientemente como un área de acción médica en Brasil²⁰.

Ley y bioética

El concepto hipocrático, históricamente conocido, se basó en los principios de alivio del dolor, la reducción de la nocividad de la patología y la renuncia a tratamientos cuando la medicina ya no es capaz de colaborar para revertir el cuadro¹³. Fiel a dichos principios, en 1967, surgió el movimiento *Hospice* y se fundó en Londres el St. Christopher's Hospice, gracias al empeño de Cicely Mary Saunders. Se considera al movimiento pionero en los cuidados al fin de la vida²⁰.

En Brasil, en 2010, el Código de Ética Médica (CEM) reforzó el ejercicio de la ortotanasia, previendo en el ítem XXII del Capítulo I que, *en las situaciones clínicas irreversibles y terminales, el médico evitará la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios y propiciará a los*

pacientes bajo su atención todos los cuidados paliativos apropiados²¹. El nuevo CEM, el cual entró en vigor en 2019, reprodujo el mismo raciocinio²².

Sin embargo, no hay una estandarización con respecto a esa práctica en la legislación brasileña¹³. Para impedir la distanacia, el Consejo Federal de Medicina (CFM)²³ lanzó la Resolución 1.995/2012, estableciendo las “directrices anticipadas de voluntad”, que expresan el deseo del paciente en relación con procedimientos diagnósticos o terapéuticos al fin de la vida, que orienta la conducta del médico sobre la autonomía del enfermo²⁴.

El CEM de 2010²⁵, así como el de 2019, en el artículo 41, veda al médico *acortar la vida del paciente, aunque sea a petición de él o de su representante legal*²⁶. Por lo tanto, la eutanasia todavía se considera un delito en Brasil^{17,27}. En ese ámbito, hay discusiones en diversos países: el procedimiento es legal, por ejemplo, en Bélgica y en Holanda desde 2002²⁸⁻³⁰, en Luxemburgo desde 2009 y en dos estados de Estados Unidos, Oregon desde 1997 y Washington desde 2009²⁸.

Al examinar dichas discusiones se verifica el enfrentamiento de valores morales, religiosos, culturales y políticos derivados de la diversidad. Distintas perspectivas repercuten en la ilusoria y retorcida caracterización de la medicina tecnológica como proceso infalible, inevitable e indiscutiblemente destinado a evitar la muerte y traer calidad de vida a los seres humanos. La ilusión de que la ciencia tiene las respuestas a todos los problemas hace que las decisiones éticas al final de la vida sean más delicadas y controversiales, con innumerables cuestionamientos y dilemas éticos^{31,32}.

Educación médica y directrices curriculares

Hace poco tiempo, la enseñanza médica no preconizaba la empatía frente al sufrimiento y la humanización de la medicina³³. En gran medida, esa perspectiva derivaba del gran avance de las tecnologías, que permitían prolongar la vida del ser humano de forma artificial, casi indefinidamente, además del surgimiento de los superespecialistas, cuyo foco terapéutico se restringía a la enfermedad y no al paciente. Tratar a un individuo con una enfermedad terminal y muerte inminente no era parte de la formación de los médicos, lo que provocaba una sensación de fracaso³⁴.

En la educación médica contemporánea, se comprendió la importancia de la “actitud”, habilidad afectiva enseñada y aprendida de relacionarse con

el paciente y la sociedad. Según Medeiros y colaboradores³³, para evitar que la medicina se encerrara en el tecnicismo, se modificaron las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) de la carrera de graduación y surgió la preocupación de aspectos biopsicosociales en la búsqueda de unir conocimientos de diversas áreas. Con esos cambios y una vez que los médicos pauten su conducta en valores humanísticos y en la ética médica, es imposible ver con escepticismo el futuro de la profesión³⁵.

El modelo anterior de enseñanza no trataba con la debida atención la finitud de la vida, lo que llevaba a una falta de preparación preocupante de los profesionales de la salud³⁶. Sin embargo, actualmente surge la consciencia de que es fundamental preparar a los estudiantes para lidiar con el sufrimiento y la muerte, considerando la trayectoria inexorable del ser humano, con la cual todo médico se enfrenta en la práctica diaria.

Los estudiantes y residentes de medicina deben estar habituados con los conceptos y principios de la ética médica frente a la finitud de la vida, pues temas como eutanasia, distanacia, terminalidad y legalización de la eutanasia son centrales en la reflexión de profesionales del área de la salud en grupos de trabajo, comités de ética y debates públicos⁵. Diversos países como Polonia^{5,6}, Pakistán³⁷, Estados Unidos³⁸, Turquía³⁹, México⁴⁰, Inglaterra y Bélgica⁴¹ han avanzado en ese aspecto y han discutido el asunto con estudiantes del área de la salud.

De acuerdo con Siqueira⁴², anteriormente las universidades sometían a los estudiantes a sistemas de conocimiento y tecnologías especializadas, restringiendo el aprendizaje de habilidades médicas y de comunicación. Ese enfoque reducía la capacidad de realizar anamnesis esclarecedoras y examen físico detallado, favoreciendo la utilización acrítica – y a veces innecesaria – de la inmensa corriente de informaciones producida por los equipamientos.

En Brasil, urge abordar esos temas para adecuar las competencias y habilidades de los médicos a las DCN para la carrera de graduación, que recomiendan: *los profesionales deben realizar sus servicios dentro de los más altos estándares de calidad y de los principios de la ética/bioética*⁴³. El motivo de ese cambio curricular es proporcionar formación eficaz con una educación generalista, humanista, crítica y reflexiva, para que el egresado sea capaz de resolver problemas característicos de la sociedad moderna¹⁴.

De esa forma, es de vital importancia describir y evaluar la percepción de estudiantes del curso de medicina sobre aspectos relacionados

con la terminalidad de la vida, con el objetivo de comprender cómo se ha estado debatiendo el tema y analizar cómo los futuros médicos pueden lidiar con ese asunto amplio, polémico, dependiente de factores sociales, económicos, jurídicos, religiosos y culturales.

Método

Delineamiento

Este es un estudio transversal, descriptivo y analítico, realizado a través de un cuestionario previamente estructurado, aplicado a 111 estudiantes que completaron el sexto año de la escuela de medicina de dos instituciones en el estado de Pará, Brasil: uno privado, Centro Universitário do Estado Pará (Cesupa) (Centro de la Universidad Estatal de Pará). (n = 40), y otro público, Universidade do Estado do Pará (Uepa) (Universidad Estatal de Pará) (n = 71). El período de recopilación de datos fue de agosto a noviembre de 2016.

Recolección de datos

Los datos fueron obtenidos por medio de un cuestionario dividido en dos partes, de las cuales la primera se basó en dos protocolos. El primer protocolo, del tipo Likert, se titula "instrumento de evaluación de actitudes de estudiantes de medicina frente a asuntos relevantes de la práctica médica". Una vez validada, la escala se creó y utilizó en 2002, en la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, por Colares y sus colaboradores⁴⁴. El instrumento tiene 52 ítems; sin embargo, para este estudio, se utilizaron solo cinco, concernientes a aspectos de la finitud de la vida.

El segundo protocolo utilizó nueve preguntas de investigación realizada en 2011, en el municipio de Bauru, São Paulo, Brasil, por Oliveira y sus colaboradores⁴⁵, que compararon la posición de médicos en cuanto a la humanización de asistencia en salud y a los cuidados paliativos para pacientes terminales. Para el análisis de ese primer bloque del cuestionario, se realizaron la prueba del chi-cuadrado y Wilcoxon, con el programa BioEstat 5.

La segunda parte del formulario contenía la pregunta: "¿Qué entiende sobre eutanasia, distansia y ortotanasia?". Las respuestas de los alumnos fueron insertas en el *software* Iramuteq, que generó una nube de palabras representativa de los datos en función de la aparición de palabras aisladas. La importancia de cada vocablo fue presentada por el

tamaño o color de la fuente. Ese tipo de representación del análisis lexical fue escogido por ser intuitivo, simple y gráficamente interesante, lo que posibilitaba la rápida identificación de las palabras-clave de un *corpus*.

Aspectos éticos

Los alumnos aceptaron participar en el estudio luego de la aclaración de los objetivos y la firma del término de consentimiento informado, según la determinación del Consejo Nacional de Salud en la Resolución 466/12. La investigación, aceptada por el Comité de Ética de la Uepa, fue costeadada por las propias autoras y no hay conflicto de intereses. El proyecto se realizó para obtener el título de máster en Enseñanza y Salud de la Amazonia, por la Universidad del Estado de Pará.

Resultados y discusión

La investigación le aplicó el cuestionario a 111 estudiantes de sexto año de medicina sobre sus actitudes frente a prácticas médicas relacionadas con la terminalidad de la vida. En cuanto al anuncio de la muerte, más de un tercio de los participantes relató dificultades en comunicarla a la familia (Figura 1), lo cual puede revelar la incapacidad de los alumnos. En un estudio de 2011, que utilizó la misma escala de actitudes³⁵, los índices son incluso mayores, donde el 70% de los estudiantes reveló falta de preparación para transmitir una mala noticia.

Esa ineptitud se asocia a la negatividad, al miedo y al tabú que involucran la muerte, que la transforman en algo indeseable y un asunto a evitar^{46,47}. Duarte, Almeida y Popim⁴⁶, en un estudio cualitativo de 2015 con alumnos de cuarto y sexto año de medicina, constataron que el rechazo del tema fue dominante en las respuestas. Según la opinión de los estudiantes, el tema es poco discutido en la formación, siendo necesario, además del conocimiento, el aprendizaje en habilidades de relaciones y afectividad.

Sobre la sensación de falta de preparación al vivenciar la muerte en un servicio de urgencia, cerca del 60% de los estudiantes de sexto año no se siente preparado o tiene dudas sobre cómo enfrentar la situación ($p=0,3594$). El porcentaje es bastante significativo, considerando que los estudiantes están finalizando la carrera. De esa forma, cabe indagar lo siguiente: ¿cómo esos futuros médicos van a enfrentar aspectos bioéticos? Según Dias⁴⁸, los servicios de urgencia tienen dinámica única y naturaleza crítica y

desordenada, dado el escenario del primer contacto médico-paciente exento de vínculo preestablecido.

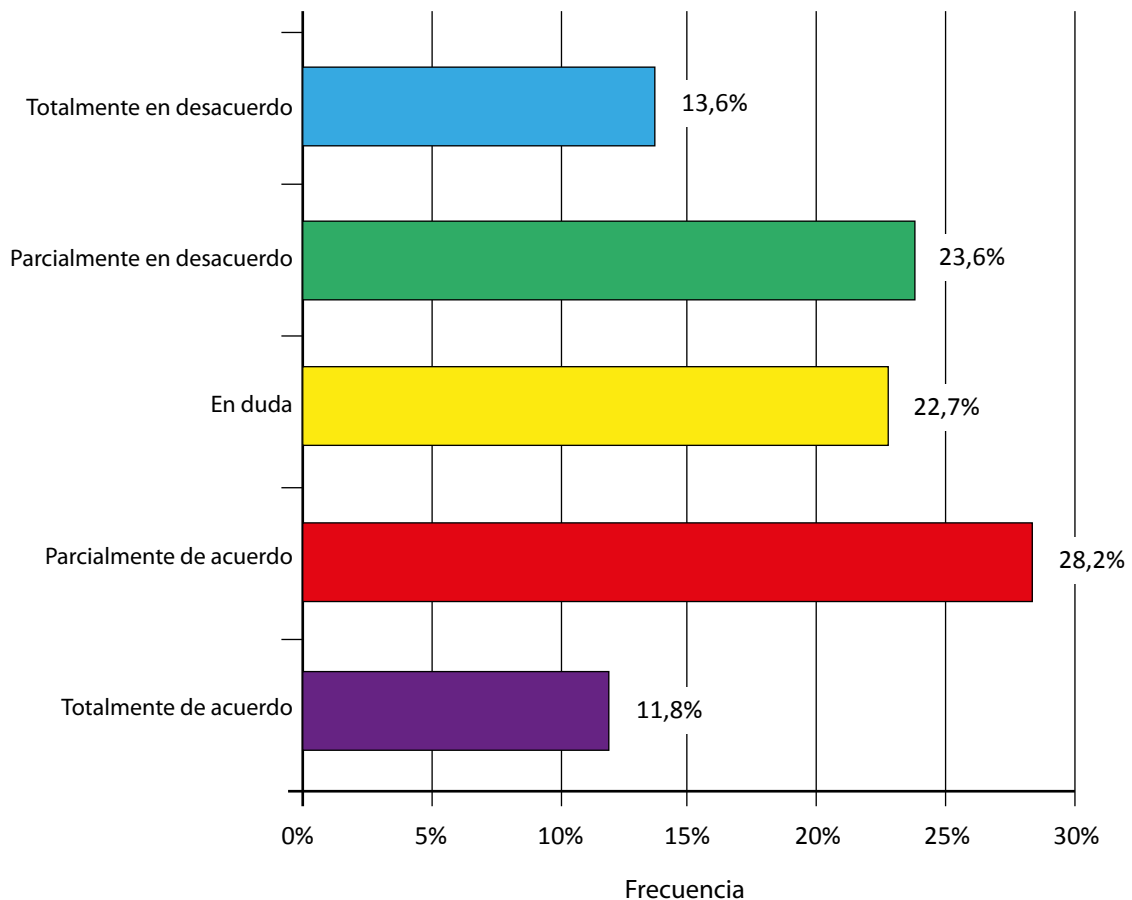
Cuando les preguntaron si se sentían muy incómodos cuando ven la muerte de un paciente joven, la mayoría de los estudiantes indicó estar totalmente de acuerdo con la afirmación ($p < 0,0001$). En el estudio de Andrade y sus colaboradores³⁵, cerca del 70% de los estudiantes también mencionaron incomodidad. La muerte de una persona joven se considera inaceptable, pues sugiere una falla y saca a la luz el sentido común de que la muerte no puede formar parte de la juventud.

También se investigó la postura de los estudiantes sobre la humanización en la asistencia en salud y los cuidados paliativos. La mayoría respondió que adoptaría el soporte emocional para pacientes terminales (97,3%); conversaría con el paciente terminal sobre la enfermedad (98,2%); les aclararía a los pacientes terminales cuánto tiempo vivirían (65,8%); informaría el diagnóstico verdadero a los pacientes en caso de enfermedad terminal (98,2%); concuerda en que los cuidados paliativos aumentan la calidad

de vida del paciente (93,7%) y adoptaría el cuidado paliativo con sus pacientes (97,3%) (Tabla 1). Esas respuestas revelan un avance en la enseñanza de competencias en la relación médico-paciente, especialmente en cuanto a la terminalidad de la vida, incluso si hay obstáculos, ya que el asunto ha sido bastante discutido por la sociedad en general, incluso fuera del ambiente académico.

Los datos corroboran la investigación de Oliveira y sus colaboradores⁴⁵, en que casi todos los entrevistados dijeron dar un soporte al paciente (90%) y conversar sobre la patología, informando el diagnóstico real a los que están en fase terminal (70%). Con respecto a los cuidados paliativos, Barclay y sus colaboradores⁴⁹ encontraron en 2015 el conocimiento de dichos cuidados por parte de estudiantes de medicina; y Moraes y Kairalla⁵⁰, en un artículo de 2010, identificaron que los estudiantes graduados son conscientes de la importancia del tratamiento paliativo, incluso sin enfrentar esta experiencia durante su vida académica, lo que se confirma en el presente trabajo.

Figura 1. Distribución de respuestas al ítem “me siento preparado para comunicar la muerte del paciente a la familia”



$p = 0,0298^*$ (chi-cuadrado de adherencia)

En relación con los ítems “conuerdo en que la discusión abierta sobre temas de vida y muerte no hiera a los pacientes en esa situación y que, en realidad, les gusta esa franqueza”, “usaría aparatos para prolongar la vida de sus pacientes” y “cree que altas tecnologías se vuelven complicadas en la humanización de pacientes terminales”, los estudiantes respondieron de modo variado, sugiriendo incerteza. Esto ocurre debido a que los avances y el éxito en la terapéutica de patologías hicieron que la medicina fuera enteramente para la cura, prolongando la vida y supuestamente eliminando la posibilidad de la muerte⁵¹.

Otra pregunta que los alumnos respondieron fue: “¿Qué entiende sobre eutanasia, distanasia y ortotanasia?”. De los 111 alumnos, el 25% indicó desconocer el término “eutanasia”, 53% “ortotanasia” y 56% “distanasia”. Además, el 23% de los alumnos desconocían los tres términos. Para Junges y sus colaboradores⁵², la diferencia entre dichos conceptos es muchas veces indeseada, lo que dificulta su comprensión y la formación de opinión. En 2008, en Sudán, Ahmed y Kheir⁵³ también constataron que el 87,9% de los estudiantes no estaba familiarizado con la definición de eutanasia. En contraste, en el trabajo de Leppert y sus

colaboradores, realizado en Polonia en 2013⁵, 79,59% de los estudiantes demostraron comprender el concepto. Tales diferencias demuestran cómo el enfoque de la formación influye la forma en que la terminalidad se percibe y entiende en las diferentes sociedades.

La nube de palabras (Figura 2) creada a partir de la respuesta de los participantes sobre eutanasia confirma el estudio de Felix y sus colaboradores²⁷, quien constató que el término es poco conocido, aunque la conducta que denota sea ampliamente practicada. En otro estudio, realizado en São Paulo, los estudiantes de medicina también mostraron desconocer el concepto⁵⁴.

Las palabras más relacionadas a la eutanasia fueron “paciente” y “vida”, seguidas de “muerte”, “desconocer” y “terminal”. Se puede inferir que la mayor ocurrencia de los primeros términos es dicotómica, ya que, etimológicamente, “eutanasia” significa “el buen morir”. En relación con la ortotanasia, la expresión “desconocer” fue prevalente, seguida de “paciente”, “muerte”, “natural” y “vida”. El concepto se define justamente por la muerte natural, la llamada “muerte digna”, cuando no hay posibilidad de cura^{11,27}.

Tabla 1. Postura de los estudiantes ante la humanización de la asistencia en salud y cuidados paliativos para pacientes terminales.

Postura	Respuestas						P *
	Sí			No			
	n	%	IC	n	%	IC	
1. ¿Daría soporte emocional a pacientes terminales?	108	97,3	92,4-99,1	3	2,7	0,9-7,7	<0,0001
2. ¿Conversaría con el paciente terminal sobre la enfermedad?	109	98,2	93,7-99,5	2	1,8	0,5-6,3	<0,0001
3. ¿Les aclararía a los pacientes terminales cuánto tiempo vivirían?	73	65,8	56,5-73,9	38	34,2	26,1-43,5	0,0013
4. ¿Les informaría el diagnóstico verdadero a los pacientes terminales en el caso de una enfermedad terminal?	109	98,2	93,7-99,5	2	1,8	0,5-6,3	<0,0001
5. ¿Concuerda en que la discusión abierta sobre asuntos de vida y muerte no hiera a los pacientes en esa situación y que, en realidad, les gusta esa franqueza?	66	59,5	50,2-68,1	45	40,5	31,9-49,8	0,0577
6. ¿Usaría aparatos para prolongar la vida de sus pacientes?	62	56,9	47,5-65,8	47	43,1	34,2-52,5	0,1799
7. ¿Cree que las altas tecnologías complican la humanización de pacientes terminales?	46	41,4	32,7-50,7	65	58,6	49,3-67,3	0,0875
8. ¿Concuerda en que los cuidados paliativos aumentan la calidad de vida del paciente?	104	93,7	87,6-96,9	7	6,3	3,1-12,5	<0,0001
9. ¿Adoptaría el cuidado paliativo con sus pacientes?	108	97,3	92,4-99,1	3	2,7	0,9-7,7	<0,0001

*Chi-cuadrado de adherencia; n=111; ^an=109 (solo 109 estudiantes respondieron este ítem)

Figura 2. Nube de palabras generada por el programa Iramuteq



Consideraciones finales

En el presente estudio, más de un tercio de los estudiantes del sexto año de medicina relató dificultad en comunicar la muerte a la familia del paciente, cerca del 60% no se siente preparado o tiene dudas sobre cómo actuar en caso de fallecimiento en el servicio de urgencia y la mayoría indica que se siente “muy incómodo cuando ve morir a un paciente joven”.

A pesar de esas falencias en la formación, la mayor parte de los estudiantes afirma que acataría y practicaría procedimientos relacionados con la humanización de la relación médico-paciente: 97,3% daría soporte emocional a pacientes terminales; 98,2% conversaría con el paciente sobre la enfermedad; 65,8% revelaría la expectativa de vida del individuo; 98,2% informaría el diagnóstico verdadero en caso de estado terminal; 93,7% concuerda en que los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida y 97,3% aplicaría esos cuidados en su práctica médica.

Referências

1. Brito MCC, Freitas CASL, Mesquita KO, Lima GK. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. *Rev Kairós* [Internet]. 2013 [acesso 5 jun 2017];16(3):161-78. Disponível: <https://bit.ly/2lz9kWH>
2. Oliveira TC, Medeiros WR, Lima KC. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso 30 jan 2017];18(1):85-94. DOI: 10.1590/1809-9823.2015.14203
3. Borges GM, Campos MB, Silva LGC. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: Borges GM, Ervatti LR, Jardim AP. *Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para projeção da população*. 3ª ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. p. 138-51.
4. Simões CCS. *Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população*. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
5. Leppert W, Gottwald L, 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 [acesso 24 jul 2017];28(2):384-91. DOI: 10.1007/s13187-012-0414-4
6. Leppert W, Majkowicz M, Forycka M. Attitudes of Polish physicians and medical students toward breaking bad news, euthanasia and morphine administration in cancer patients. *J Cancer Educ* [Internet]. 2013 [acesso 24 jul 2017];28(4):603-10. DOI: 10.1007/s13187-013-0553-2
7. Marengo MO, Flávio DA, Silva RHA. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. *Medicina* [Internet]. 2009 [acesso 11 out 2015];42(3):350-7. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v42i3p350-357


8. Calasans CR, Sá CK, Dunningham WA, Aguiar WM, Pinho STR. Refletindo sobre a morte com acadêmicos de medicina. *Rev Bras Neurol Psiquiatr* [Internet]. 2014 [acesso 17 jun 2017];18(1):34-57. Disponível: <https://bit.ly/2B9BB44>
9. Sanchez y Sanches KM, Seidl EMF. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2013 [acesso 23 jul 2015];17(44):23-34. DOI: 10.1590/S1414-32832013000100003
10. Rahman M, Abuhasna S, Abu-Zidan FM. Care of terminally-ill patients: an opinion survey among critical care healthcare providers in the Middle East. *Afr Health Sci* [Internet]. 2013 [acesso 16 ago 2015];13(4):893-8. DOI: 10.4314/ahs.v13i4.5
11. Santos LRG, Menezes MP, Gradwohl SMO. Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [acesso 23 jul 2015];18(9):2645-51. Disponível: <https://bit.ly/2OQWwRU>
12. Biondo CA, Silva MJP, Dal Secco LM. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2009 [acesso 22 jul 2015];17(5):613-9. Disponível: <https://bit.ly/2MIFidv>
13. Silva JAC, Souza LEA, Silva LC, Teixeira RKC. Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2014 [acesso 22 jul 2017];22(2):358-66. DOI: 10.1590/1983-80422014222017
14. Franco CAGS, Cubas MR, Franco RS. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2014 [acesso 31 jul 2015];38(2):221-30. DOI: 10.1590/S0100-55022014000200009
15. Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de cuidados paliativos ANCP. 2ª ed.* São Paulo: ANCP; 2012. p. 23-30.
16. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2008 [acesso 22 jul 2015];13(1):95-102. Disponível: <https://bit.ly/2OLFZhM>
17. Cruz MLM, Oliveira RA. A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2013 [acesso 23 jul 2015];21(3):405-11. Disponível: <https://bit.ly/2VTKs3D>
18. Santos MFG, Bassitt DP. Terminalidade da vida em terapia intensiva: posicionamento dos familiares sobre ortotanásia. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2011 [acesso 23 jul 2015];23(4):448-54. Disponível: <https://bit.ly/2nPE3tB>
19. Crippa A, Lufiego CAF, Feijó AMGS, Carli GA, Gomes I. Aspectos bioéticos nas publicações sobre cuidados paliativos em idosos: análise crítica. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 8 set 2015];23(1):149-60. DOI: 10.1590/1983-80422015231055
20. Toledo AP, Priolli DG. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2012 [acesso 13 jun 2017];36(1):109-17. Disponível: <https://bit.ly/2MlxjWL>
21. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 [Internet]. Brasília: CFM; 2010 [acesso 8 set 2015]. p. 31. Disponível: <https://bit.ly/2gyRqtD>
22. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acesso 17 out 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2Hu8MTZ>
23. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 269-70, 31 ago 2012 [acesso 12 jul 2017]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2Qry87e>
24. Stolz C, Gehlen G, Bonamigo EL, Bortoluzzi MC. Manifestação das vontades antecipadas dos pacientes como fator inibidor da distanásia. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2011 [acesso 23 jul 2017];19(3):833-45. Disponível: <https://bit.ly/35FCzD5>
25. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. 2010.
26. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. 2019. p. 28.
27. Felix ZC, Costa SFG, Alves AMPM, Andrade CG, Duarte MCS, Brito FM. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [acesso 22 jul 2015];18(9):2733-46. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900029
28. Chambaere K, Bilsen J, Cohen J, Onwuteaka-Philipsen BD, Mortier F, Deliens L. Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. *Can Med Assoc J* [Internet]. 2010 [acesso 24 jul 2015];182(9):895-901. DOI: 10.1503/cmaj.091876
29. Legemaate J, Bolt I. The Dutch euthanasia act: recent legal developments. *Eur J Health Law* [Internet]. 2013 [acesso 24 jul 2015];20(5):451-69. Disponível: <https://bit.ly/2MPGYuS>
30. Rietjens JAC, Raijmakers NJH, Kouwenhoven PSC, Seale C, Van Thiel GJM, Trappenburg M *et al.* News media coverage of euthanasia: a content analysis of Dutch national newspapers. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2013 [acesso 24 jul 2015];14(11):1-7. Disponível: <https://bit.ly/2OLRp58>
31. Siqueira JE, Pessini L, Siqueira CEM. Conflitos morais sobre a terminalidade da vida: aspectos médicos, filosóficos e jurídicos. *Rev Colomb Bioét* [Internet]. 2013 [acesso 18 jun 2017];8(2):104-13. Disponível: <https://bit.ly/2VJKWp>
32. Aghababaei N, Wasserman JA. Attitude toward euthanasia scale: psychometric properties and relations with religious orientation, personality, and life satisfaction. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2013 [acesso 23 jul 2017];30(8):781-5. DOI: 10.1177/1049909112472721
33. Medeiros NS, Santos TR, Trindade EMV, Almeida KJQ. Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2013 [acesso 2 nov 2015];37(4):515-25. DOI: 10.1590/S0100-55022013000400007
34. Brugugnolli ID, Gonsaga RAT, Silva EM. Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto? *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2013 [acesso 8 set 2015];21(3):477-85. DOI: 10.1590/S1983-80422013000300012

35. Andrade SC, Deus JA, Barbosa ECH, Trindade EMV. Avaliação do desenvolvimento de atitudes humanísticas na graduação médica. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2011 [acesso 2 nov 2015];35(4):517-25. DOI: 10.1590/S0100-55022011000400011
36. Pinheiro TRSP. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos. *Mundo Saúde* [Internet]. 2010 [acesso 14 ago 2015];34(3):320-6. Disponível: <https://bit.ly/2KEJnqN>
37. Shaikh MA, Kamal A. Beliefs about euthanasia among university students: perspectives from Pakistan. *East Mediterr Health J* [Internet]. 2011 [acesso 24 jul 2015];17(10):794-7. Disponível: <https://bit.ly/35ymTBz>
38. Yang HB, Nelesen RA, Montross LP, Whitmore SM, Ferris FD. Comparison of international medical graduates with US medical students and residents after a four-week course in palliative medicine: a pilot study. *J Palliat Med* [Internet]. 2013 [acesso 31 jul 2015];16(5):471-7. DOI: 10.1089/jpm.2012.0478
39. Ozcelik H, Tekir O, Samancioglu S, Fadiloglu C, Ozkara E. Nursing students' approaches toward euthanasia. *Omega* [Internet]. 2014 [acesso 24 jul 2015];69(1):93-103. DOI: 10.2190/OM.69.1.f
40. Del Río AA, Marván ML. On euthanasia: exploring psychological meaning and attitudes in a sample of Mexican physicians and medical students. *Dev World Bioeth* [Internet]. 2011 [acesso 24 jul 2015];11(3):146-53. DOI: 10.1111/j.1471-8847.2011.00308.x
41. Broekman MLD, Verlooy JSA. Attitudes of young neurosurgeons and neurosurgical residents towards euthanasia and physician-assisted suicide. *Acta Neurochir* [Internet]. 2013 [acesso 31 jul 2015];155(11):2191-8. DOI: 10.1007/s00701-013-1861-3
42. Siqueira JE. Definindo e aceitando a terminalidade da vida. In: Moritz RA, organizadora. *Conflitos bioéticos do viver e do morrer* [Internet]. Brasília: CFM; 2011 [acesso 12 ago 2015]. p. 15-24. Disponível: <https://bit.ly/33wLXHo>
43. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2014 [acesso 25 maio 2017]. Disponível: <https://bit.ly/1CCBjuE>
44. Colares MFA, Troncon LEA, Figueiredo JFC, Cianflone ARL, Rodrigues MLV, Piccinato CE *et al.* Construção de um instrumento para avaliação das atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica. *Rev Bras Educ Méd*. 2002;26(3):194-203.
45. Oliveira FT, Flávio DA, Marengo MO, Silva RHA. Bioética e humanização na fase final da vida: visão de médicos. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2011 [acesso 20 nov 2015];19(1):247-58. Disponível: <https://bit.ly/2O0MSim>
46. Duarte AC, Almeida DV, Popim RC. A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2015 [acesso 17 jun 2017];19(55):1207-19. DOI: 10.1590/1807-57622014.1093
47. Santos DA, Almeida ERP, Silva FF, Andrade LHC, Azevêdo LA, Neves NMBC. Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2014 [acesso 22 jul 2015];22(2):367-72. DOI: 10.1590/1983-80422014222018
48. Dias GT. Comunicação de más notícias no departamento de emergência: uma análise comparativa entre as percepções de médicos residentes, pacientes e familiares [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015 [acesso 25 jul 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2pj8QPL>
49. Barclay S, Whyte R, Thiemann P, Benson J, Wood DF, Parker RA, Quince T. An important but stressful part of their future work: medical students' attitudes to palliative care throughout their course. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2015 [acesso 24 jul 2017];49(2):231-42. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2014.06.004
50. Moraes SAF, Kairalla MC. Assessing knowledge of medical undergraduate students on palliative care in end-stage disease patients. *Einstein* [Internet]. 2010 [acesso 15 jul 2017];8(2):162-7. Disponível: <https://bit.ly/2qk7pBc>
51. Oliveira MZPB, Barbas S. Autonomia do idoso e distanásia. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2013 [acesso 29 jul 2017];21(2):328-37. DOI: 10.1590/S1983-80422013000200016
52. Junges JR, Cremonese C, Oliveira EA, Souza LL, Backes V. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2010 [acesso 23 jul 2015];18(2):275-88. Disponível: <https://bit.ly/2MieJpk>
53. Ahmed AM, Kheir MM. Attitudes towards euthanasia among final-year Khartoum University medical students. *East Mediterr Health J* [Internet]. 2008 [acesso 18 jun 2017];12(3-4):391-7. Disponível: <https://bit.ly/2ISWjJB>
54. Pinheiro A, Nakazone MA, Leal FS, Pinhel MAS, Souza DRS, Cipullo JP. Medical students' knowledge about end-of-life decision-making. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2011 [acesso 18 jun 2017];35(2):171-6. DOI: 10.1590/S0100-55022011000200005


Participación de los autores

Tanise Nazaré Maia Costa recolectó los datos y redactó el manuscrito. Ismari Perini Furlaneto realizó el análisis estadístico y Milena Coelho Fernandes Caldato orientó la investigación y la revisión crítica.


Tanise Nazaré Maia Costa

 0000-0003-1319-5591

Milena Coelho Fernandes Caldato

 0000-0002-7077-8470

Ismari Perini Furlaneto

 0000-0001-9941-0162

Recibido: 3.11.2018

Revisado: 31. 5.2019

Aprovado: 18. 6.2019

Anexo

Instrumento de investigación

Nota explicativa

Este instrumento se refiere a un estudio que tiene como objetivo verificar lo que los alumnos de medicina piensan y sienten sobre varios temas relacionados con la práctica médica. Intentamos abordar diversos puntos de vista con los cuales usted podrá concordar, discordar o dudar. Lo que importa es su opinión personal sobre todas las preguntas.

Agradecemos de ante mano su importante colaboración.

Datos de identificación

Edad:	Sexo:	Año que está cursando:
Institución:		

Instrucciones:

El librito anexo presenta un conjunto de ítems para que usted los evalúe según las siguientes instrucciones: señale, en el espacio frente a cada ítem, su opinión sobre cada afirmación, según la intensidad de su concordancia o de su discordancia, escribiendo una X frente a cada afirmación, orientándose por el esquema a continuación:

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) Parcialmente de acuerdo
- 3) En duda
- 4) Parcialmente en desacuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

n°	Ítems	Respuestas				
		1	2	3	4	5
1	En la entrevista clínica considero importante investigar si existen problemas psicológicos en la familia del paciente.					
2	Me siento incómodo al atender pacientes con signos que sugieren problemas psiquiátricos.					
3	Me siento preparado para comunicarle al paciente un pronóstico malo.					
4	Creo que es papel del médico contribuir a la aproximación entre los servicios de salud y la comunidad.					
5	Pienso que el médico especialista tiene un papel más relevante para la sociedad que el médico general.					
6	Creo que los factores psíquicos tienen importancia como determinantes de enfermedades orgánicas.					
7	Me					

continua...

n°	Ítems	Respuestas				
		1	2	3	4	5
8	Creo que el médico general debería ser más valorizado.					
9	Creo que desarrollar investigaciones científicas es el papel de científicos y no de médicos.					
10	Los pacientes psiquiátricos son los que más me incomodan durante una consulta.					
11	Creo que durante la anamnesis clínica se debe incentivar al paciente para que hable de sus problemas emocionales.					
12	Tengo facilidad para conducir la entrevista con pacientes psiquiátricos.					
13	Considero importante conocer las políticas actuales en el área de salud mental, aunque no trabaje en el área.					
14	Creo que los aspectos preventivos de las enfermedades son de la competencia exclusiva de especialistas en salud pública.					
15	Creo que un paciente psiquiátrico, con problemas orgánicos, no debe ser internado en enfermería general.					
16	Creo que el médico especialista no tiene que ocuparse de los aspectos preventivos de las enfermedades.					
17	Considero importante preguntarle al paciente cómo resuelve sus problemas de estrés.					
18	Creo que en la carrera de medicina, se desperdicia mucho tiempo intentando transformar a los estudiantes de medicina en científicos.					
19	Pienso que el médico debe formar parte del equipo multiprofesional que realiza visitas domiciliarias a comunidades cercanas a centros de salud.					
20	Como médico, creo que la preocupación por desarrollar investigaciones me puede alejar de la verdadera medicina.					
21	No me siento preparado cuando tengo que ver la muerte en un Servicio de Urgencia.					
22	Considero que la investigación de aspectos psicológicos involucrados en las enfermedades les concierne solamente a los profesionales del área de la salud mental.					
23	Me siento inseguro sobre cómo respetar los principios éticos de mi profesión.					
24	Creo en la importancia de los factores del ambiente social en la evolución de la enfermedad mental.					
25	Cuando el paciente relata una enfermedad, considero importante investigar si sufrió alguna experiencia negativa recientemente.					

continua...

n°	Ítems	Respuestas				
		1	2	3	4	5
26	Creo que las experiencias negativas de enfermedades pasadas pueden interferir en el estado emocional del paciente.					
27	Creo que el médico puede ser un profesional de ayuda para el enfermo mental, sin ser necesariamente un psicoterapeuta.					
28	Creo que el médico no debe involucrarse en actividades culturales y asociativas promovidas por comunidades que pertenezcan a centros de salud.					
29	El paciente con una enfermedad mental me despierta sentimientos negativos.					
30	Creo que el desarrollo de la mayoría de las enfermedades incluye factores de origen psicológico.					
31	No me siento preparado para comunicarle a la familia la muerte de un paciente.					
32	Para mí, los factores psicológicos afectan la condición física de los individuos.					
33	Es función del médico denunciar a los órganos competentes las instituciones de salud que no ofrezcan condiciones dignas de atención.					
34	Un buen médico necesita estar atento al aspecto biopsicosocial de las enfermedades.					
35	Los enfermos mentales crónicos no tienen condiciones de tomar decisiones sobre su propia vida.					
36	Considero importante conocer los métodos científicos utilizados en una investigación médica.					
37	Pienso que puede ser productivo el trabajo conjunto de servicios primarios de salud con entidades como las asociaciones de barrios.					
38	Creo que es ingenuo pensar que el trabajo del médico puede contribuir al desarrollo científico de la medicina.					
39	Pienso que me sentiría incómodo trabajando en un hospital psiquiátrico.					
40	Los pacientes con múltiples quejas me desaniman en las consultas.					
41	El médico está exento de escuchar al paciente sobre la indicación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos cuando se trata de personas con bajo nivel de escolaridad.					
42	Pienso que las políticas de socialización de la persona con enfermedad mental pueden amenizar sus problemas.					
43	No debo valorar mucho las quejas emocionales de los pacientes muy quejumbrosos.					

continua...

n°	Ítems	Respuestas				
		1	2	3	4	5
44	Creo que es importante que los estudiantes de medicina, desde el inicio de la carrera, tengan el hábito de leer artículos de revistas científicas.					
45	No me incomoda tener que responder preguntas hechas por familiares de un paciente en estado grave.					
46	Pienso que forma parte de la función del médico, en servicios de atención primaria, promover charlas sobre cuidados primarios de la salud.					
47	Pienso que la preparación psicológica de pacientes en el preoperatorio no es de la competencia del médico.					
48	Creo que cualquier médico en general debería prestar atención al estado emocional de todo paciente hospitalizado.					
49	Me incomoda mucho ver la muerte de un paciente joven.					
50	Creo que les corresponde a otros profesionales y no al médico la tarea de dar orientaciones sobre cuidados básicos a pacientes que buscan unidades básicas de salud.					
51	Creo que hacer nuevos descubrimientos médicos es para quien trabaja en hospitales-escuelas y no para los otros médicos en general.					
52	Me siento incómodo al responder preguntas de familiares de un paciente en estado terminal.					

Preguntas	Sí	No
¿Daría soporte emocional a pacientes terminales?		
¿Conversaría con el paciente terminal sobre la enfermedad?		
¿Les aclararía a los pacientes terminales cuánto tiempo vivirían?		
¿Les informaría el diagnóstico verdadero a los pacientes terminales en el caso de una enfermedad terminal?		
¿Concuerda en que la discusión abierta sobre asuntos de vida y muerte no hiera a los pacientes en esa situación y que, en realidad, les gusta esa franqueza?		
¿Usaría aparatos para prolongar la vida de sus pacientes?		
¿Cree que las altas tecnologías complican la humanización de pacientes terminales?		
¿Concuerda en que los cuidados paliativos aumentan la calidad de vida del paciente?		
¿Adoptaría el cuidado paliativo con sus pacientes?		

Pregunta:

¿Qué entiende sobre eutanasia, distanasia y ortotanasia?
