

**PESQUISA**

Terminalidade e testamento vital: o conhecimento de estudantes de medicina

Milena Joly Kulicz¹, Daniel Fortes Amarante¹, Henrique Takayoshi Ida Nakatani¹, Carlos Arai Filho¹, Cristina Terumy Okamoto¹

1. Universidade Positivo (UP), Curitiba/PR, Brasil.

Resumo

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.

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

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.

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

Declaram não haver conflito de interesse.

A crescente expectativa de vida da população deve-se, entre outros fatores, ao grande desenvolvimento de tecnologias na área da saúde que congregam recursos capazes de prolongar o tempo de vida¹. O principal dilema ético entre médicos, principalmente entre aqueles que lidam com pacientes em estágio terminal, é quando utilizar toda a tecnologia disponível e por quanto tempo, considerando os direitos, a autonomia e a dignidade do indivíduo². Sobre o assunto, surgiram várias discussões éticas nos últimos anos que questionam a qualidade de vida do paciente terminal – aquele cuja condição é irreversível, independentemente do tratamento, e que tem alta probabilidade de óbito em pouco tempo³.

O desenvolvimento de novos métodos diagnósticos, tratamentos altamente sofisticados e a introdução de novas drogas propiciaram métodos e esquemas terapêuticos de alta complexidade aos pacientes, prolongando-lhes a existência, mas algumas vezes com alto custo de sofrimento humano¹.

A ortotanásia é reconhecida pela Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 1.805/2006⁴. É definida como a suspensão de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente terminal, respeitando a vontade da pessoa ou de seu representante legal⁴. Em pacientes com possibilidade de cura, medidas mais invasivas devem ser tomadas, mesmo que tragam algum grau de sofrimento, pois, nesse caso, a beneficência deve sobrepor-se à não maleficência. O que a ortotanásia propõe é a restrição dessas medidas em pacientes sem expectativa de cura, situação na qual o princípio da não maleficência deve prevalecer⁵.

A distanásia fere o princípio da não maleficência, promovendo tratamento insistente mediante recursos invasivos que prolongam o sofrimento desses pacientes⁶. Outra prática vedada no Brasil é a eutanásia, que consiste em agir ativamente na história natural da doença a fim de abreviar a vida do paciente incurável⁷. A confusão entre essas definições é grande, até mesmo entre médicos que lidam mais com o processo de morrer e a morte⁵, o que revela a escassez de discussões sobre o tema.

A resolução do CFM ainda garante os cuidados necessários para a qualidade de vida do paciente e seus familiares, prevenindo e aliviando o sofrimento, pela identificação e tratamento precoce da dor e demais sofrimentos físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Este é o conceito de cuidados paliativos, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁸ em 1990 e atualizado em 2002.

Mais recentemente, o respeito à autonomia do paciente vem sendo discutido, ou seja, o direito de

opinar, tomar decisões e agir de acordo com valores e crenças pessoais⁹. Este direito está previsto no artigo 15 do Código Civil e nos artigos 22, 23 e 24 do Código de Ética Médica (CEM)¹⁰. Surgiram, então, as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), reconhecidas pela Resolução CFM 1.995/2012, que consistem no *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*¹¹.

As DAV seguem dois métodos: o mandato duradouro, que consiste na nomeação, pelo paciente, de alguém próximo e de confiança para tomar decisões sobre cuidados referentes à sua saúde, quando for incapaz de manifestar sua vontade, e o testamento vital (TV). Este, sob o fundamento legal da autonomia, é documento com o qual o próprio paciente determina os procedimentos e tratamentos aos quais deseja ou não ser submetido, quando estiver impedido de se expressar¹². É válido apenas em situações de terminalidade, enquanto o mandato duradouro é legítimo em situações temporárias de incapacidade¹.

O fundamento do TV é praticamente o mesmo do consentimento informado, pois não deixa de ser a vontade do paciente quando, nos momentos críticos de sua vida, precisa submeter-se a intervenção sem ter capacidade para se manifestar e outorgar consentimento¹³. Alguns autores questionam o termo “testamento vital”, já que remete a testamento civil, documento que só passa a valer após o falecimento¹⁴.

Ao contrário dos Estados Unidos (EUA) e de certos países europeus, que já possuem fundamento legal, no Brasil os médicos ainda não contam com amparo legal, mas devem obrigatoriamente respeitar a Resolução CFM 1.995/2012¹⁵. Além disso, a própria Resolução CFM 1.805/2006 chegou a ser suspensa pelo Ministério Público (MP) sob a justificativa de que interromper o tratamento seria equivalente à eutanásia passiva.

Esse impedimento foi considerado improcedente pela 14ª Vara Federal em 2010, data em que a resolução voltou a vigorar⁶. A inexistência de legislação precisa sobre o livre-arbítrio do paciente terminal reflete a falta de informação sobre o assunto na sociedade e a insegurança entre médicos em relação à ortotanásia e ao TV¹⁶.

Diante deste cenário de desconhecimento e insegurança sobre o TV, é importante avaliar o conhecimento e as atitudes em relação a essas questões entre estudantes de medicina, a fim de

identificar possíveis lacunas nos currículos destes futuros médicos e trabalhar questões éticas fundamentais para o atendimento humanizado.

Portanto, o objetivo geral deste estudo foi analisar o conhecimento dos alunos do primeiro ao sexto ano de medicina da Universidade Positivo, em 2016, sobre os conceitos de terminalidade (ortotanásia, distanásia, eutanásia, cuidados paliativos) e do TV, assim como as resoluções do CFM que embasam a ortotanásia e as DAV, verificando quantos estudantes aprenderam sobre o assunto na grade curricular. Os objetivos específicos incluem avaliar a conduta dos estudantes diante de pacientes em estágio terminal e verificar se variáveis como sexo, idade e religião influenciam essa questão.

Método

Estudo quali-quantitativo, transversal, descritivo, de coleta prospectiva, utilizando questionário próprio com os discentes de medicina do primeiro ao sexto ano da Universidade Positivo em 2016. A coleta de dados foi realizada entre julho e outubro de 2016, após aprovação pelo comitê de ética da Universidade Positivo.

O questionário abordava dados pessoais (sexo, idade, religião e ano do curso) e tinha seis questões envolvendo conceitos sobre terminalidade da vida (eutanásia, ortotanásia, distanásia e cuidados paliativos), TV e resoluções do CFM. Além disso, havia uma questão sobre a oportunidade de discutir o assunto durante a graduação e quatro perguntas de opinião: se o entrevistado considerava responsabilidade do profissional de saúde orientar os pacientes terminais sobre o TV; se respeitaria o TV de um paciente terminal (se estivesse de acordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica); se considerava importante a divulgação nos meios de comunicação sobre o TV; se faria para si mesmo um TV.

Os participantes assinaram duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), uma para os pesquisadores e outra para si. Foi garantido o anonimato dos alunos, de acordo com os princípios éticos da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: alunos que assinaram o TCLE e que estivessem cursando medicina na Universidade Positivo em 2016 (do primeiro ao sexto ano). Foram excluídos do trabalho alunos com menos de 18 anos, os que se recusaram a preencher o questionário e aqueles que o deixaram incompleto ou o fizeram de forma incorreta.

A análise estatística foi feita com base em médias e desvio padrão e análise univariada pelo

teste exato de Fisher e teste qui-quadrado, considerando nível de significância de 0,05 ($p < 0,05$).

Resultados

O total de estudantes que preencheram os questionários foi de 357, sendo excluídos oito alunos com menos de 18 anos e um por preenchimento inadequado, totalizando 348. A média da idade dos participantes foi de $22,1 \pm 3,4$ anos, sendo 53% do sexo feminino e 34,2% do sexo masculino (44 entrevistados não especificaram o sexo). Sobre religião, 81% deles afirmaram acreditar em alguma, sendo a católica prevalente (57%); 19% declararam-se ateu, agnóstico ou sem religião específica.

Quando perguntados sobre os conceitos referentes à terminalidade (ortotanásia, distanásia, eutanásia e cuidados paliativos), a taxa de acertos foi de 72,4%, 85,6%, 85% e 97,4%, respectivamente. Do total, 251 (72,1%) alunos acertaram todos esses conceitos, sendo essa taxa crescente entre o 1º e 3º ano (de 58,5% no 1º a 78,5% no 3º), decréscimo no 4º e 5º anos (69,6% e 75%, respectivamente), e o 6º ano alcançando 96,2% ($p = 0,00863$, pelo teste qui-quadrado). Sobre a Resolução CFM 1.805/2006, que trata da ortotanásia, apenas 6% afirmaram conhecê-la.

Entre os estudantes que tinham pleno discernimento sobre os quatro conceitos, 209 (83,2%) responderam que a opção para paciente em estado terminal, sem a possibilidade de TV, é a ortotanásia (14 participantes não responderam à pergunta). Assim como na questão anterior, também foi observada taxa crescente do 1º ao 3º ano: 63,1% e 89% de acerto, respectivamente, com decréscimo no 4º ano (81,8%), e 5º e 6º anos alcançando 100%. Não houve diferença estatística entre os sexos ($p = 0,105$, pelo teste qui-quadrado), nem entre os que acreditam ou não em religião ($p = 0,276$, pelo teste qui-quadrado).

O entendimento sobre o TV, de acordo com o ano de curso, é demonstrado na Tabela 1. A maioria dos estudantes afirma não conhecer o conceito (69,8%). Entre aqueles que afirmaram compreendê-lo, foi verificado quantos acertaram a definição na questão que apresentava quatro opções de respostas. Foram considerados como acertos aqueles que marcaram exclusivamente a opção *Documento que representa a manifestação da vontade do testador, cujos efeitos serão produzidos antes do seu falecimento, e com o qual estabelecerá os procedimentos e tratamentos a que deseja ou não ser submetido, quando estiver impossibilitado de se expressar*. A taxa de plena compreensão sobre o TV encontrada foi de 23,5%.

Tabela 1. Distribuição do número de estudantes que conhece o conceito de TV, de acordo com o ano do curso

Ano (n)	Afirmam conhecer	%	Acertos*	%
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

*Teste qui-quadrado: $p=0,3715$

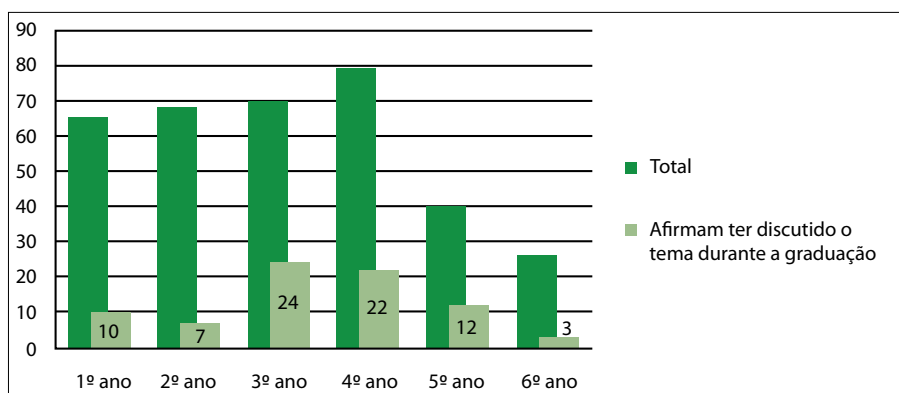
De acordo com a idade, 28,8% dos participantes com idade entre 18 e 24 anos sabiam a definição de TV. Para os participantes de 25 a 50 anos, essa taxa foi 33,3%, porém não houve diferença estatística ($p=0,646$, pelo teste exato de Fisher). Após a análise, os entrevistados que não conheciam o conceito de TV foram informados do que se tratava.

A maioria dos participantes (77,6%) afirma que não teve a oportunidade de discutir o tema durante a graduação. Somente 42,6% dos alunos que sabem

o que é TV e 33,5% dos que não sabem disseram ter discutido o tema em sala de aula. O Gráfico 1 demonstra essa proporção de estudantes, de acordo com o ano do curso.

Mais de 95% declararam ser importante a divulgação do tema em meios de comunicação. Quanto à opinião de ser responsabilidade do profissional de saúde orientar quanto à existência do documento, 96,5% dos entrevistados concordaram com a afirmativa. Entretanto, quanto à Resolução CFM 1.995/2012, a maioria disse desconhecer-la (91,9%), e 86,7% não saberia como manifestar legalmente o TV. Somente 22 entre os 82 que tinham ciência do que se tratava o TV (26,8%) afirmaram poder orientar o paciente sobre como redigi-lo.

Quando questionados sobre a hipótese de lidar com paciente terminal que apresentasse TV, 279 (80,1%) respeitariam a decisão do enfermo nesse caso. A resposta positiva para a intenção de fazer TV para si foi maior (92%). Para esta pergunta houve mais equilíbrio entre os sexos e entre os que seguem ou não uma religião, porém sem significância estatística. A Tabela 2 mostra a associação entre essas questões.

Gráfico 1. Distribuição do número de alunos que afirmaram discutir o tema TV durante a graduação, de acordo com o ano do curso**Tabela 2.** Distribuição do número de estudantes que respeitariam o TV do paciente terminal, de acordo com sexo e religião

Variável	Sim	Não	Valor de p
Respeito ao TV de paciente terminal			
Sexo			
Feminino (n=185)	150 (81%)	35 (19%)	0,559
Masculino (n=119)	93 (78%)	26 (22%)	
Total (n= 304)	243 (80%)	61 (20%)	
Religião			
Sim (n=282)	222 (79%)	59 (21%)	0,227
Não (n=66)	57 (86%)	9 (14%)	
Total (n=348)	279 (80%)	68 (20%)	

continua...

Tabela 2. Continuação

Variável	Sim	Não	Valor de p
Intenção de realizar TV próprio			
Sexo			
Feminino (n=185)	172 (93%)	13 (7%)	1,000
Masculino (n=119)	110 (92%)	9 (8%)	
Total (n=304)	282 (93%)	22 (7%)	
Religião			
Sim (n=282)	262 (93%)	20 (7%)	0,315
Não (n=66)	59 (89%)	7 (11%)	
Total (n=348)	321 (92%)	27 (8%)	

Discussão

Primeiramente é necessário avaliar o conhecimento sobre as bases da bioética entre os estudantes. Neste estudo foi demonstrado que 251 (72,1%) entrevistados correlacionaram corretamente todos os conceitos sobre terminalidade com a respectiva descrição, existindo dois picos de acertos durante o curso: o primeiro no início do ciclo clínico (3º ano – 78,5% de acerto) e outro no último ano (96,2%).

Em outra pesquisa¹², o conceito de ortotanásia era o mais conhecido entre os médicos (96,3%), seguido da eutanásia (74,8%) e distanásia (58,5%). No caso, o conceito que gerou mais confusão foi o de ortotanásia (apenas 72,4% de acerto), resultado semelhante ao estudo de Vasconcelos, Imamura e Villar⁵, no qual, mesmo entre médicos intensivistas, oncologistas, geriatras e outros especialistas que lidam mais com o processo de morrer, a ortotanásia foi o termo menos difundido, com 79,5% de conhecimento. Neste estado, entre os 251 alunos que compreendiam os quatro conceitos, 209 (83,26%) optariam pela ortotanásia caso desconhecêssem as vontades do paciente. Em outros dois trabalhos brasileiros^{5,15}, 92,8% também optariam pela ortotanásia na situação.

Apenas 6% dos estudantes tinham ciência da Resolução CFM 1.805/2006, porém, entre os 327 que não a conheciam, a maioria (68,5%) praticaria a ortotanásia no caso de paciente terminal. Resultado semelhante foi encontrado na literatura: 56% dos médicos que desconheciam o documento já praticavam a ortotanásia⁵. Porém, notou-se correlação direta entre a ortotanásia e a consciência da resolução, além de estar ligada com a não aceitação e não realização de distanásia⁵.

Para garantir a autonomia dos pacientes terminais foi criado o TV como ferramenta de DAV. Entre os acadêmicos, 30,1% afirmaram ter contato com o documento, sendo que 23,5%

demonstraram realmente conhecê-lo, marcando a definição mais correta e completa entre quatro opções apresentadas. Observou-se taxa progressiva nessa questão de acordo com o ano do curso, com maiores taxas de acerto nos 4º e 6º anos (29,1% e 30,7%, respectivamente) e taxa discretamente inferior no 5º ano (27,5%).

A literatura apresenta resultados díspares quanto a esse domínio, variando entre 8%¹⁶ e 29%¹⁵. Essa grande diferença pode estar associada à abordagem curricular dos cursos. Comparando com trabalhos realizados com médicos formados, o resultado assemelha-se ao deste estudo: somente 24,6% de médicos entendem completamente a definição de DAV¹⁷. Em outros trabalhos também se percebe desconhecimento sobre o assunto na população como um todo: 94,5% dos pacientes não sabiam nada sobre o TV¹³.

Teixeira e colaboradores¹⁸ observam que a idade é fator determinante quando se trata das diretivas antecipadas de vontade. Em nosso estudo, 28,8% dos participantes com 18 a 24 anos conheciam a definição de TV. O índice sobe para 33,3% entre aqueles com 25 a 50 anos, porém não houve diferença estatística, devido ao tamanho reduzido da amostra deste último grupo.

É interessante notar que a Resolução CFM 1.805/2006 é até menos difundida (6%) entre os alunos do que a 1.995/2012 (7,75%), sendo, portanto, possível inferir que o tempo desde que as resoluções entraram em vigor não influencia neste caso. O conhecimento sobre a última resolução entre médicos formados é por volta de 18%¹². A suspensão da Resolução CFM 1.805/2006 pelo MP, por 4 anos, talvez seja o principal fator que interferiu na divulgação do documento.

Percebe-se a grande aceitação do TV entre os estudantes de medicina, sendo que 80,1% da amostra analisada alteraria o tratamento do paciente para respeitar sua vontade, resultado

semelhante a outras pesquisas^{15,16}. Porém, entre os médicos em exercício profissional, a aceitabilidade caiu para 47,6%¹², sendo que 83% afirmaram que uma legislação específica daria mais segurança para aplicar o documento.

Em nosso estudo não foi questionada a razão para a não aceitação do TV, porém dado interessante foi observado: 92% dos estudantes afirmaram que fariam para si testamento vital, contra os 80,1% que respeitariam a vontade dos pacientes. Essa diferença é corroborada pela literatura: enquanto 47,6% dos médicos concordariam em aceitar a escolha do paciente no TV, 61,8% declararam que fariam o documento para si¹², dado que reforça a hipótese da apreensão quanto à falta de suporte jurídico, pela falta de lei com respaldo do Congresso Nacional⁶. Sobre o respeito ao testamento vital, Simón-Lorda e colaboradores¹⁹ sugerem que médicos da atenção primária estão mais abertos ao cumprimento das DAV quando comparados aos da atenção especializada. No entanto, mais estudos são necessários para explicar melhor essa diferença.

Além da influência das questões legais tanto no conhecimento quanto na aceitação do TV, há também fatores sociodemográficos, como sexo, gênero, idade, etnia, religião, educação e renda. Em nossa pesquisa, renda e etnia não foram analisadas, mas vários trabalhos demonstram a interferência desses aspectos. Huang, Neuhaus e Chiong²⁰ sugerem que norte-americanos negros e hispânicos mais velhos tendem a ser menos abertos às DAV.

Algumas pesquisas com médicos também apontam que a receptividade dessas diretivas varia bastante entre países: 31-55,3% entre médicos japoneses^{21,22}, 39% para geriatras britânicos²³ e 90,4% entre os espanhóis¹⁹, por exemplo. Em relação aos aspectos financeiro e educacional, quanto maior a renda e maior a escolaridade, maior a tendência à discussão e à prática de DAV¹⁸. A renda maior também parece ser fator associado à aceitação da ortotanásia²⁴.

Alguns autores defendem que o sexo pode afetar as atitudes e opiniões sobre as DAV: as mulheres, em geral, são mais dispostas a discutir as DAV e mais engajadas na prática dessas diretivas^{18,20,25}. Em nossa pesquisa, não houve diferença entre sexos sobre o desejo de fazer TV para si, assim como no estudo de Schiff, Rajkumar e Bulpitt²⁶.

Quanto ao testamento vital do paciente, 81% das mulheres e 78% dos homens responderam que respeitariam, porém sem diferença estatisticamente significativa. Velasco-Sanz e Rayón-Valpuesta²⁷ encontraram resultado diferente, com 81,8% dos homens respondendo que cumpririam o TV em caso de emergência, em comparação a 65,8% das mulheres, com

significância estatística. Há alguns dados conflitantes na literatura sobre a opinião dos homens e a influência da religião: enquanto para alguns autores eles e os indivíduos que não têm religião são mais propensos à distanásia²⁴, para outros, esses mesmos grupos se mostraram mais favoráveis à eutanásia e ao suicídio assistido²⁸. Na atual pesquisa, não houve diferença estatística entre sexos e entre religiosos e não religiosos em relação à opinião favorável à prática da ortotanásia, assim como para as questões sobre testamento vital.

Apesar da concordância de 96,5% dos entrevistados de que deveria ser responsabilidade do profissional de saúde a orientação para o TV, 86,7% afirmaram não saber como fazer isso. Outros estudos também mostram o despreparo dos estudantes de medicina para lidar com questões de terminalidade²⁹⁻³¹. Entretanto, é necessário admitir que isso não ocorre somente com alunos: 90,3% dos médicos e enfermeiras intensivistas não conhecem todas as medidas previstas pelas DAV²⁷.

Somente 22,4% dos participantes afirmaram ter discutido sobre terminalidade e TV durante a graduação e, pela análise desses dados, houve melhora da ênfase ao tema na disciplina de bioética na universidade em questão nos últimos anos. Constatou-se que 34,3% dos alunos do 3º ano, ou seja, aqueles que acabaram de concluir a disciplina, declararam ter tido contato com o assunto na graduação, em comparação com apenas 11,8% dos alunos ao final do curso.

A partir desses dados pode-se concluir que a discussão sobre o tema durante o ciclo básico é válida e importante, porém não suficiente, pois trata-se de período em que o estudante se encontra relativamente distante da prática clínica³². Os alunos do 4º e 5º anos tiveram menos acertos (em comparação com o período anterior) em questões sobre conceitos de terminalidade e TV, respectivamente. Isso mostra que esses assuntos devem ser continuamente discutidos durante o curso, com diferentes abordagens, de acordo com o ano.

As diferenças entre eutanásia, distanásia e ortotanásia devem ser tratadas em todo o curso, pois envolvem reflexões éticas importantes. O ensino das DAV deve começar já no ciclo básico, porém o embasamento jurídico e os conhecimentos práticos sobre como redigir e aplicar o testamento vital podem ser fornecidos quando o aluno já tem maior contato diário com pacientes terminais, geralmente nos últimos dois anos do curso. Isso os tornaria mais seguros, evitando que apenas 16,6% dos estudantes finalizassem a graduação sabendo como garantir o valor legal do testamento.

Vários artigos mostram a experiência positiva de cursos que incluíram a discussão da temática no currículo, de diferentes formas, como exercícios interativos *online*³³, ensinamento por habilidades³⁴ e discussão em pequenos grupos³⁵. Independentemente da forma como o tema é discutido, todos esses relatos revelam impacto positivo na vida dos alunos, principalmente como oportunidade de desenvolver habilidades de comunicação³³⁻³⁵.

Considerações finais

Este estudo buscou identificar o conhecimento e a percepção dos estudantes de medicina sobre decisões éticas na terminalidade de vida e o

testamento vital. Os resultados demonstram que a maioria deles (72,1%) sabe diferenciar eutanásia, distanásia e ortotanásia, porém o conhecimento sobre o TV e a resolução do CFM que o embasa é reduzido (23,5% e 8,1%, respectivamente). Apenas 22,4% dos estudantes tiveram contato com o tema durante a graduação. Quanto às decisões éticas, 83,2% dos entrevistados são favoráveis à ortotanásia e 80,1% respeitaria o TV do paciente.

O estudo valida-se não apenas na forma de avaliar a percepção de futuros médicos acerca do assunto, permitindo a discussão sobre decisões éticas em relação aos pacientes, mas envolve também o caráter informativo e reflexivo da pesquisa aos entrevistados e leitores, a respeito das próprias diretivas antecipadas.

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. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. Interface Comun Saúde Educ [Internet]. 2013 [acesso 6 ago 2017];17(44):23-34. Disponível: <https://bit.ly/2ylQjXl>
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 [acesso 9 jan 2017];40(2):61-6. Disponível: <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 [acesso 17 ago 2017];19(2):149-56. Disponível: <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 [acesso 14 jun 2017];10(1):29-33. Disponível: <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 [acesso 14 jun 2017];29(4):248-52. Disponível: <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 [acesso 6 ago 2017];35(2):116-21. Disponível: <https://bit.ly/2s2KTVm>
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 [acesso 20 julho 2017];183(10):E673-9. Disponível: <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 [acesso 11 ago 2017];327(1):25-32. Disponível: <https://bit.ly/2lcVjUu>
26. Schiff R, Rajkumar C, Bulpitt C. Views of elderly people on living wills: interview study. BMJ [Internet]. 2000 [acesso 19 jun 2017];320(7250):1640-1. Disponível: <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 [acesso 29 jun 2017];40(3):154-62. Disponível: <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 [acesso 18 jul 2017];28(2):384-91. Disponível: <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 [acesso 7 jul 2017];129(28-9):1556-60. Disponível: <https://bit.ly/2sYNNMu>
30. Buss MK, Marx ES, Sulmasy DP. The preparedness of students to discuss end-of-life issues with patients. Acad Med [Internet]. 1998 [acesso 14 jun 2017];73(4):418-22. Disponível: <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 [acesso 11 maio 2017];78(5):530-7. Disponível: <https://bit.ly/2JOTjtt>
32. Hossne WS, Hossne RS. Opinião do estudante de medicina sobre algumas questões bioéticas. Bioética [Internet]. 1998 [acesso 12 jun 2016];6(2):127-33. Disponível: <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 [acesso 11 jun 2017];16(12):1523-7. Disponível: <https://bit.ly/2LVriUO>
34. Kolarik RC, Arnold RM, Fischer GS, Tulsy JA. Objectives for advance care planning. J Palliat Med [Internet]. 2002 [acesso 10 set 2017];5(5):697-704. Disponível: <https://bit.ly/2HQJDzN>
35. Cheung L. Creating an ethics curriculum using a structured framework. Int J Med Educ [Internet]. 2017 [acesso 8 jul 2017];8:142-3. Disponível: <https://bit.ly/2LVt0pc>

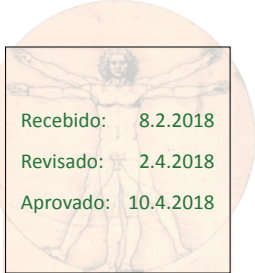
Correspondência

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

Milena Joly Kulicz – Graduando – milenajoly@hotmail.com
 Daniel Fortes Amarante – Graduando – amarante_daniel@hotmail.com
 Henrique Takayoshi Ida Nakatani – Graduando – henrique_nakatani@hotmail.com
 Carlos Arai Filho – Graduando – carlos.araif@hotmail.com
 Cristina Terumy Okamoto – Doutora – cristoka@livemail.com

Participação dos autores

Milena Joly Kulicz, Daniel Fortes Amarante, Henrique Takayoshi Ida Nakatani e Carlos Arai Filho participaram da coleta de dados, sob orientação de Cristina Terumy Okamoto. Todos os autores contribuíram para a redação do manuscrito.



Recebido:	8.2.2018
Revisado:	2.4.2018
Aprovado:	10.4.2018

Anexo

Instrumento de pesquisa

1. Sexo: Masculino () Feminino () Idade: ___ anos
2. Ano do curso: _____
3. Religião: católica () espírita () evangélica ()
ateu () outra () Qual? _____
4. Numere as colunas:
 1. Eutanásia
 2. Distanásia
 3. Ortotanásia
 4. Cuidados paliativos

Suspensão de meios medicamentosos ou artificiais de vida de um paciente em coma irreversível e considerado em “morte encefálica”, quando há grave comprometimento da coordenação da vida vegetativa.
Conduta para promover a morte mais cedo do que se espera de paciente incurável e em sofrimento insuportável.
Medidas de assistência, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que se encontram diante de doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação e tratamento precoce da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.
Tratamento insistente, desnecessário e prolongado de paciente terminal, que não apenas é “insalvável”, mas também submetido a tratamento fútil.

5. Conhece a Resolução 1.805/2006 do CFM sobre ortotanásia?
() Sim () Não
6. Qual seria a conduta diante de um paciente em estado terminal, sem a possibilidade de testamento vital?
() Eutanásia () Distanásia () Ortotanásia
7. Conhece a Resolução 1.995/2012 do CFM sobre diretivas antecipadas de vontade?
() Sim () Não
8. Conhece o conceito de testamento vital?
() Sim () Não

9. Qual das opções você considera como correta para o conceito de testamento vital?
() Nomeação, pelo paciente, de alguém próximo e de confiança para tomada de decisões sobre os cuidados referentes à sua saúde, quando for incapaz de manifestar sua vontade.
() Documento que representa a manifestação da vontade do testador, cujos efeitos serão produzidos após seu falecimento, e com o qual estabelecerá a doação de órgãos.
() Documento que representa a manifestação da vontade do testador, cujos efeitos serão produzidos antes do seu falecimento, e com o qual estabelecerá os procedimentos e tratamentos a que deseja ou não ser submetido, quando estiver impossibilitado de se expressar.
() Documento que representa a manifestação de última vontade do testador, cujos efeitos serão produzidos após o seu falecimento, e com qual estabelecerá o destino dos bens do seu patrimônio.
**Aqui, o examinador deve explicar o conceito de testamento vital.
10. Durante a graduação, teve oportunidade de discutir sobre o “testamento vital”?
() Sim () Não
11. Considera responsabilidade do profissional de saúde orientar os pacientes terminais sobre o testamento vital?
() Sim () Não
12. Você alteraria o tratamento ao paciente para respeitar o testamento vital, caso não estivesse em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica?
() Sim () Não
13. Você saberia orientar o paciente como manifestar legalmente o testamento vital?
() Sim () Não
14. Considera importante a divulgação nos meios de comunicação sobre o testamento vital?
() Sim () Não
15. Você faria para si mesmo um testamento vital?
() Sim () Não