

La ortotanasia en la formación médica: tabúes y desvelos

Naara Perdigão Cota de Almeida¹, Pablo Henrique Cordeiro Lessa¹, Rosiana Feitosa Vieira¹, Anna Valeska Procopio de Moura Mendonça¹

1. Universidade Federal do Amapá, Macapá/AP, Brasil.

Resumen

Ortotanasia se refiere a la suspensión de métodos artificiales que prolongan la vida de un paciente sin posibilidad de cura. Sin embargo, practicarlo no es tan simple, ya que, para muchos profesionales de la salud, la muerte se considera un fracaso. Por lo tanto, es necesario acercarse a la muerte en un entorno académico. Por lo tanto, el objetivo era comprender la perspectiva de enseñanza adoptada por los profesores de medicina en una universidad federal en el norte del país sobre la ortotanasia. Con este fin, el estudio trae una investigación cualitativa y cuantitativa de mayo a julio de 2019 con profesores del Curso de Medicina, a través de un cuestionario en línea. Entre los resultados obtenidos, se pudo notar que aún existen vacíos en el énfasis del tema en la educación médica, y es fundamental su inserción didáctica más consistente en el ámbito académico.

Palabras-clave: Educación médica. Cuidado terminal. Muerte. Medicina.

Resumo

Ortotanásia na formação médica: tabus e desvelamentos

A ortotanásia refere-se à suspensão de métodos artificiais que prolongam a vida de um paciente sem perspectivas de cura. Trata-se de uma questão complexa, já que para muitos profissionais da saúde a morte é considerada um fracasso, de modo que é necessário abordar a temática em meio acadêmico. Diante disso, este trabalho visa entender a perspectiva de docentes de medicina sobre a ortotanásia. Para tanto, o estudo traz uma investigação qualiquantitativa realizada entre maio e julho de 2019 com docentes do curso de medicina de uma universidade federal do Norte do país, por meio de questionário on-line. Os resultados mostram que o tema não é bem abordado na formação médica, sendo essencial uma didática mais consistente sobre ortotanásia em meio acadêmico.

Palavras-chave: Educação médica. Assistência terminal. Morte. Medicina.

Abstract

Orthothanasia in medical training: taboos and unveilings

Orthothanasia is the suspension of artificial methods that prolong the life of a patient with no prospects of cure. Such concept is a complex issue, since many health care professionals consider death to be a failure, highlighting the need for its inclusion in academia. Consequently, this study sought to understand how medical professors view orthothanasia. To this end, we conducted a qualitative-quantitative research between May and July 2019, via online questionnaire, with medical professors from a federal university in Northern Brazil. Results show that this issue is poorly addressed in medical education, and a more consistent pedagogical approach to orthothanasia in academia is essential.

Keywords: Education, medical. Terminal care. Death. Medicine.

En la Grecia Antigua, los médicos eran considerados divinidades con el poder de curar enfermedades y proporcionar longevidad e incluso inmortalidad. En la Edad Moderna, la ciencia y la racionalidad se impusieron, convirtiendo a los médicos “semidioses” en profesionales comunes y corrientes y sujetos al error. Actualmente la medicina está vinculada a la tecnología en diversas áreas, especialmente en los campos de diagnóstico, cirugía, anestesiología y reanimación, con el objetivo de promover un mantenimiento más significativo de la vida y controlar las enfermedades, alargando progresivamente el proceso de muerte natural¹.

Se han producido avances significativos en el desarrollo de la salud, como la mejora del saneamiento básico, la calidad de vida y el aumento de la longevidad, entre otros. A pesar de ello, también hay muchos procedimientos invasivos, costosos, dolorosos y, en última instancia, ineficaces, ya que el objetivo final –evitar la muerte a toda costa– no se puede lograr¹. Por lo tanto, este escenario de contrastes puede provocar una prolongación artificial de la vida, que no respeta la dignidad humana² e incluso las características y diferencias entre pacientes hombres y mujeres³.

En este contexto surge el concepto de ortotanasia, cuya etimología, que significa “muerte correcta”, deriva del griego *orthós* (recto) y *thánatos* (muerte)⁴. En la práctica, significa suspender los actos y métodos artificiales que prolongan la vida de un paciente sin perspectiva de curación, con el objetivo de evitar sufrimientos innecesarios y ofrecerle una muerte digna². Gran parte de esta propuesta se engloba en los cuidados paliativos, un enfoque que cuida al paciente con una enfermedad que amenaza la condición de vida bajo la virtud de respetar sus demandas sociales, espirituales, físicas y psicológicas hasta que se produzca la muerte, con dignidad.

Para ello, el paciente o –si él mismo es incapaz de deliberar– su familia pueden decidir por la ortotanasia⁴. Según una investigación publicada por *NeoReviews*, los cuidados paliativos pueden darse desde el periodo neonatal, especialmente en el caso de los niños que nacen prematuramente o con alguna anomalía congénita, y retrasar estos servicios supondría perder oportunidades para construir relaciones, establecer el vínculo familiar, atender la espiritualidad y la salud psicosocial de la familia⁵.

La legislación que respalda la práctica de la ortotanasia en Brasil consta en el Proyecto de

Ley 6.715/2009, incluido en el nuevo Código de Ética Médica, en el 2010. Por lo tanto, si no hay posibilidad terapéutica de curación para un paciente, y sus familiares solicitan la suspensión de los procedimientos médicos, la ortotanasia está legitimada. Sin embargo, sigue planteando inseguridad en la práctica médica, debido a la ausencia de una ley específica para la práctica en Brasil.

En otras partes del mundo, como es el caso de Noruega, ya existen situaciones en las que los pacientes terminales pueden permanecer en su casa, recibiendo visitas de médicos de cabecera para morir con dignidad junto a sus seres queridos⁶. Sin embargo, hay que tener en cuenta que practicar la ortotanasia no es una decisión sencilla. El paciente, su familia y el equipo médico se enfrentan a un dilema ante la elección de la muerte, ya que se sigue considerando fracaso, vergüenza e impotencia.

Por lo tanto, discutir, estudiar y comprender las diversas situaciones que engloba esta situación es de fundamental importancia para los actuales y futuros profesionales de la salud, pacientes, familiares y sociedad, de manera que se pueda preparar a los implicados en el afrontamiento de la terminalidad, favoreciendo una formación ética y humanizada de los cuidados⁷.

Las cuestiones culturales y espirituales también contribuyen a que los profesionales de salud tengan dificultades para enfrentarse a la muerte, ya que la formación actual se basa en un aprendizaje técnico-científico, y los enfoques emocionales, espirituales y sociales se tienen poco en cuenta. Así, al ser tabú, la muerte genera inquietud y extrañeza⁸. Por consiguiente, los profesionales la consideran un fracaso y una debilidad⁹.

Es evidente la necesidad de abordar la muerte y la ortotanasia con mayor énfasis en el ámbito académico, para preparar mejor a los futuros profesionales de la salud en estas cuestiones consideradas hostiles y difíciles de afrontar. Además, es importante estimular la humanización del proceso de muerte, contribuyendo a mejorar los cuidados al paciente y a su familia¹⁰.

Método

Este artículo utilizó una investigación cualitativa, en el periodo de mayo a julio del 2019, con los docentes del curso de medicina de

una universidad del norte de Brasil. Los criterios de participación fueron: actuar en el colegiado de medicina de la universidad, definir el año de docencia, informar la respectiva área de formación y aceptar participar libremente en la investigación. Así, se obtuvo la adhesión de 15 docentes.

El primer paso fue obtener la aceptación y autorización del estudio por parte del comité de ética en investigación de la institución, cumpliendo las directrices y normas del Consejo Nacional de Salud. Todos los participantes eran conscientes de la finalidad del estudio y aceptaron participar tras leer el consentimiento informado (CI). Al no estar identificados en la investigación, no se requirió su firma.

Para facilitar la recopilación de datos y proporcionar tiempo, confidencialidad y comodidad a los entrevistados, se puso a su disposición un cuestionario en línea mediante Formularios Google, cuyo enlace se envió al correo electrónico y a la cuenta individual de WhatsApp de cada profesor. El cuestionario constaba de 14 preguntas, la mayoría de las cuales eran de opción múltiple, con alternativas con solo palabras o números y frases cortas. El tiempo estimado de respuesta era de cinco minutos.

La entrevista evidenció la formación del profesional; su tiempo de experiencia; su campo de actuación; el significado de la ortotanasia para cada entrevistado; el método y la frecuencia de abordaje de este tema en el aula; así como el confort en el abordaje y la necesidad de discutirlo en la formación médica, considerando la experiencia en el campo de trabajo con esta situación.

El análisis de los datos se vio facilitado por el programa del cuestionario, que proporciona las respuestas en cantidad bruta y porcentajes en gráficos para cada alternativa. Por lo tanto, es posible analizar cuantitativamente las respuestas y cualitativamente el grado de conocimiento y de comprensión del tema por parte de los encuestados. Para comprender las temáticas desveladas, se utilizó la postura hermenéutica gadameriana, que se da dentro del círculo hermenéutico, es decir, al leer un texto, el contexto de la tradición interactúa con el movimiento del intérprete. Así, el encuentro entre lo familiar y el extrañamiento del texto sería una fusión de horizontes¹¹.

Además de este movimiento existencial de apertura, la literatura permitió construir un diálogo entre las temáticas encontradas y el conocimiento ya instituido científicamente para alcanzar

el objetivo general de la investigación: comprender la perspectiva de enseñanza adoptada por los docentes de medicina de una universidad federal del norte de Brasil sobre la ortotanasia.

Resultados y discusión

Los resultados presentados fueron convalidados inicialmente con una tasa del 100% (n=15) de respuestas positivas respecto a la aceptación de participar en la investigación, cuya decisión fue libre e individual. Este dato puede denotar la falta de interés en responder a una encuesta que trata el tema de la muerte, ya que la carrera de medicina de la universidad encuestada cuenta con 62 docentes. Es decir, solo el 24,19% de los docentes respondió al cuestionario.

Una vez hecha esta consideración, llegamos a la primera pregunta: “¿A qué año del grado imparte usted clases?”. La lógica de esta pregunta radica en el hecho de que, a medida que avanza el curso de medicina, se espera que el alumno esté más acostumbrado al entorno hospitalario, a los tratamientos médicos y a la muerte como posible consecuencia del proceso de la enfermedad, y que el enfoque de los docentes sea acorde con estas etapas¹².

Es importante resaltar que algunos docentes imparten clases en varios años, por lo que los porcentajes obtenidos superan el 100%. Los resultados demostraron que el 40% (6) eran docentes del primer año; el 53,3% (8) del segundo; el 40% (6) del tercero; el 6,7% (1) del cuarto; el 20% (3) del quinto; y el 26,7% (4) del sexto año.

La prevalencia de los docentes de los tres primeros años de graduación en la encuesta permite inferir que estos profesionales están más abiertos al tema de la finitud humana y de la ortotanasia que los de los últimos años, más centrados en la enseñanza del tratamiento y de la intervención médica. Si hay algún entrenamiento de concienciación sobre la importancia del tema, es primordial priorizar la adhesión de los docentes de los años más avanzados¹³.

Otra cuestión que confunde a los pacientes terminales y, por tanto, repercute en los profesionales de salud, está relacionada con las incertidumbres en el campo de los fármacos. Hay pocos ensayos clínicos sobre el uso de medicamentos que puedan posponer la muerte, lo que genera gran tensión e

indecisión en los individuos, que no saben si participan en estas investigaciones o acuden directamente a los cuidados paliativos¹⁴.

Esta comprensión abarca la siguiente pregunta, sobre las diversas áreas de conocimiento de los entrevistados. Los encuestados procedían de los ámbitos más diversos, y no solo de especialidades médicas. La encuesta llegó a docentes de biomedicina (3), farmacia (1), fisioterapia (1), medicina (7), odontología (1) y psicología (2). Entre los médicos, había encuestados con especialidades en urología, clínica médica, cirugía cardiovascular y neurología infantil.

El periodo de actividad profesional, contado a partir de la graduación, osciló entre 6 años y medio y 30 años, una muestra bastante diversificada. La media aritmética fue de 14,53 años, mientras que la mediana fue de 14 años, muy cercana a la media. La media fue de 9, 12 y 15 años, con dos encuestados en cada uno de ellos.

Pasando a la ortotanasia, aunque la mayoría (66%) demostró reconocer su concepto, el 26,7% la confunde con la eutanasia, es decir, provocar la muerte de un paciente en profundo sufrimiento y sin perspectiva de mejora. Por otro lado, el 6,67% creía que se trataba de una prolongación artificial de la muerte mediante el uso de aparatos y equipos médicos.

Esto demuestra una posible propagación de información errónea, teniendo en cuenta que, para enseñar sobre la ortotanasia, es primordial que los facilitadores estén familiarizados con su concepto y aplicabilidad. No basta con fomentar la enseñanza sin una formación que permita una comprensión homogénea de su contenido y alcance, con la posterior transferencia de estos conocimientos a los alumnos. Si no se procede así, el riesgo de difundir información errónea es mayor, perjudicando la ya frágil enseñanza de la temática¹³.

A continuación, en cuanto a la frecuencia de las presentaciones en clase, solo el 6,67% de los docentes abordó la ortotanasia más de tres veces en sus clases, mientras que el 26,7% lo hizo en dos momentos, y el 33,3% solo abordó el tema una vez o ninguna vez en sus compromisos. Los porcentajes se mostraron bajos e insuficientes para la sedimentación del conocimiento.

Las formas de enfoque más comunes fueron los casos clínicos (25%) y otros (16,7%), también se mencionaron, con un 8,3% cada uno, conferencias,

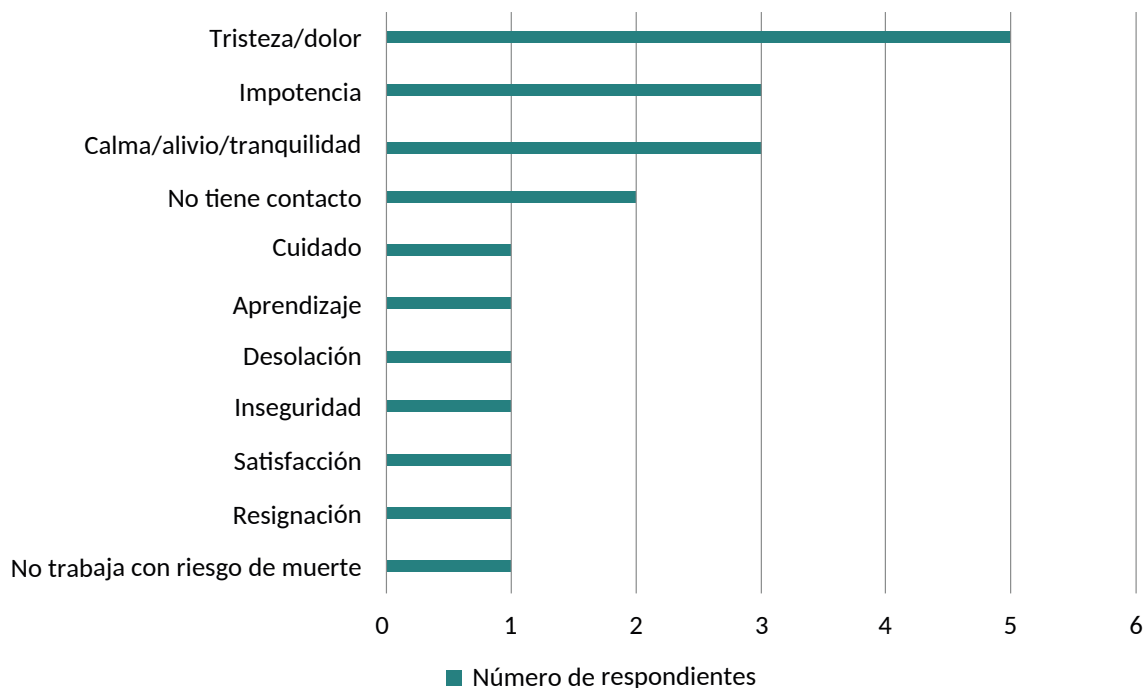
debates/películas, tutoriales, discusiones clínicas y *feedback* de actividades. Las conferencias, las simulaciones y las dinámicas nunca se utilizaron. Este resultado demuestra el potencial de exploración de otros métodos de enseñanza para aportar una mejora más efectiva al proceso de enseñanza-aprendizaje, más allá de las metodologías clásicas propias del *problema-based learning* (PBL), o aprendizaje basado en problemas (ABP), la opción didáctica elegida por la universidad en el curso de grado en medicina¹⁵.

Normalmente, los médicos comparten sus experiencias vividas *in situ* con los alumnos en el aula y, con ellas, los estudiantes se preparan para las situaciones más comunes en la vivencia médica. En el caso de la ortotanasia, aparentemente, ni siquiera se ve en el día a día de los profesionales de la salud, ya que diez docentes (66,7%), la gran mayoría, afirman no haber tenido que practicarla nunca en su rutina de trabajo. El otro 13,3% indicó que lo había aplicado en tres ocasiones, mientras que el 20% dijo que lo había experimentado en cuatro ocasiones.

Estos datos plantean la siguiente reflexión: si la ortotanasia realmente no se suele aplicar en las rutinas de los profesionales de salud, o bien no la conocen o no entienden de qué se trata. No se reconoce la aplicación de lo que no se conoce, reiterando la importancia de una formación docente sobre el tema. Lo que se constata en el proceso de formación de la carrera de medicina es la prevalencia de las asignaturas teóricas y prácticas específicas de la graduación, en detrimento de temas de inserción curricular como la ortotanasia¹⁶.

Con relación al sentimiento de realización/frustración profesional ante la muerte de un paciente, en una pregunta con respuesta libre, cinco docentes (22,72%) manifestaron dolor/tristeza, tres (13,63%) declararon impotencia, tres (13,63%) afirmaron sentir calma/alivio/tranquilidad, mientras que dos (9,09%) relataron que no tienen contacto y dos (9,09%) afirmaron que nunca vivenciaron dicha experiencia (Gráfico 1). Se percibe que, cuando la tristeza y la impotencia se señalan como las respuestas más frecuentes, la formación profesional para enfrentarse a la muerte aún no es satisfactoria. La falta de preparación de los profesionales de salud proviene de la importancia que se da a la cuestión de la vida, lo que fomenta así el sentimiento de fracaso en una situación de muerte del paciente¹⁷.

Gráfico 1. Respuestas a la pregunta “¿Cuál es el sentimiento asociado al proceso de muerte de un paciente?”



Para complementar, todas las respuestas siguientes obtuvieron la frecuencia 1 (4,54%): aprendizaje, desolación, inseguridad, satisfacción, resignación y no trabaja con riesgo de muerte. Es difícil considerar a un profesional de la salud que no trabaja en ningún caso con riesgo de muerte, ya que un paciente, aunque esté estable, puede decaer y morir por complicaciones del proceso salud-enfermedad. También salta a los ojos, en este ámbito, que la mayoría de las respuestas estaban relacionadas con aspectos negativos sobre la muerte, que, a pesar de formar parte del ciclo natural de la vida, es vista como evitable a toda costa por muchos profesionales. Sin embargo, esta perspectiva puede estar relacionada con el paradigma de la curación, en el que el deseo de prolongar la vida mediante métodos y tecnologías permite adoptar una ética resolutiva acrítica¹⁸.

También hay que tener en cuenta, en esta cuestión, las condiciones en las que se produjo la muerte, como el rango de edad y las condiciones de salud agudas o crónicas, que pueden aportar diferentes sensaciones ante el mismo hecho:

la muerte. El mismo resultado, en este caso, no implica el mismo proceso, y es precisamente por eso que se debe abordar la muerte de manera global, tratando los casos en diferentes situaciones, y no solo como un imperativo categórico con el que se debe tener familiaridad.

La mayoría de los docentes respondieron que se sentían cómodos para abordar la temática de la muerte en el aula. En una escala de 0 a 5 para indicar el grado de comodidad con el tema, en la que 5 correspondía al nivel más cómodo/seguro, el 26,7% señaló 3; el 26,7%, 4; y el 33,3%, 5 (Gráfico 2). Estos datos demuestran que la ortotanasia no se trata como un tabú, sino como una temática que no causa mayores trastornos a quienes se enfrentan a ella.

Por otra parte, la mayoría de los docentes se mostró insatisfecha con la frecuencia con que se aborda la ortotanasia en entornos académicos, de modo que las respuestas 0 (35,7%), 1 (42,9%), 2 (14,3%) e 3 (7,1%) fueron las únicas mencionadas, en una escala de 0 a 5, en la que el 0 corresponde a totalmente insatisfecho (Gráfico 3).

Gráfico 2. Número de docentes según el grado de comodidad que sienten al abordar el tema ortotanasia en clases

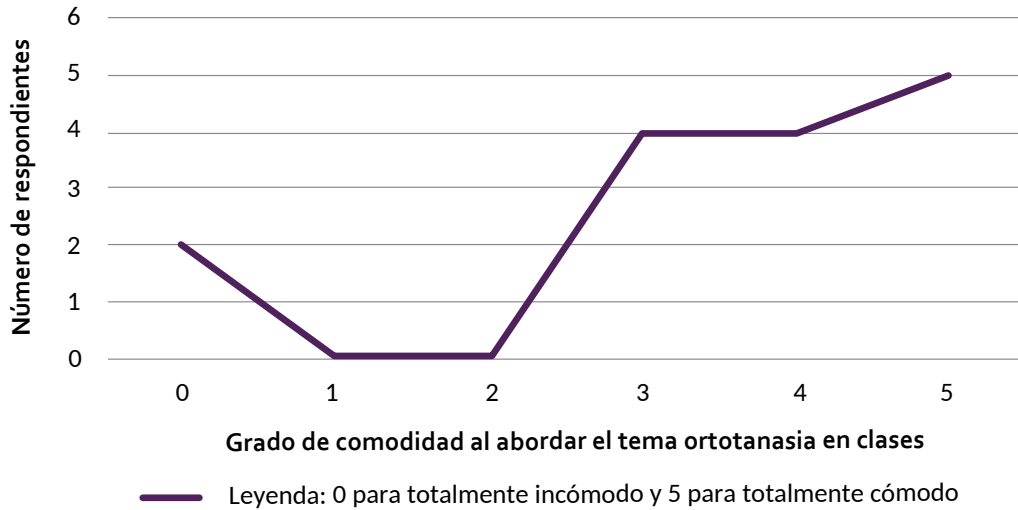
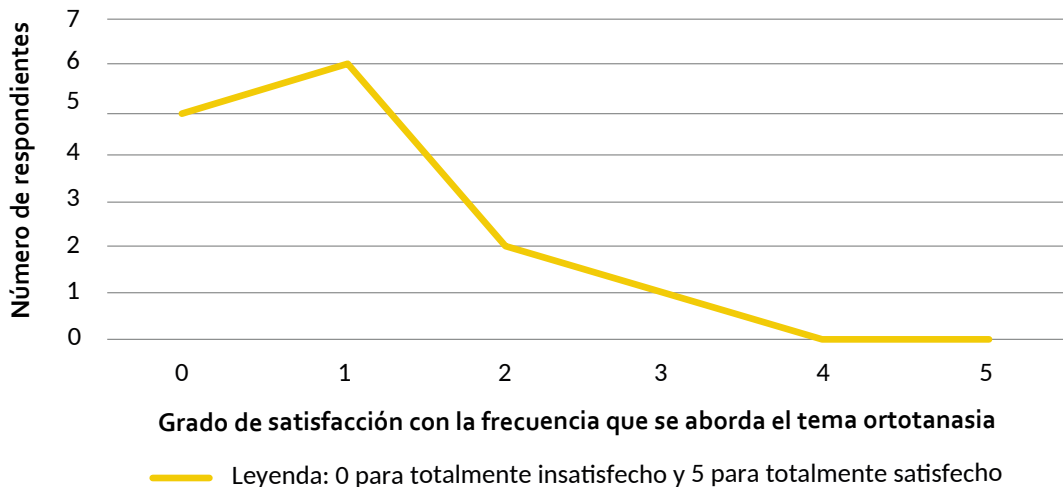


Gráfico 3. Número de docentes según el grado de satisfacción con que se aborda el tema ortotanasia en el aula



A continuación, se les preguntó si el tema de la ortotanasia debería ser más abordado, y diez (66,7%) docentes afirmaron que es necesario, mientras que cinco (33,3%) dijeron que quizá sea necesario. Estas respuestas contradicen la pregunta sobre la seguridad de los docentes para abordar el asunto, ya que, si están realmente bien preparados, no hay razón para que no lo aborden.

Al preguntarles si tuvieron una buena preparación sobre este tema en los estudios de grado, los docentes fueron unánimes en afirmar que no

fueron bien instruidos, que tuvieron una educación que corrobora el simbolismo de la muerte como un error, lo que implica una frustración profesional. Sin embargo, hoy reconocen la importancia del tema, por lo que esta realidad podría cambiar si la ortotanasia se discutiera más ampliamente, no de forma negativa, sino como una posibilidad terapéutica útil. Esto se constata en la afirmación de inseguridad de los estudiantes al hablar del asunto debido al poco abordaje en la graduación, lo que perpetúa la falta de preparación en el afrontamiento a la muerte⁸.

Otro tema en el campo de la ortotanasia y de los cuidados paliativos son las experiencias al final de la vida (EFV) o los sueños al final de la vida (SFV), que se refieren a los fenómenos que ocurren horas, días o semanas antes de la muerte de un individuo. En estos casos, los pacientes suelen describir encuentros con amigos o familiares fallecidos¹⁹. Estos acontecimientos son psicológica y existencialmente significativos, ya que pueden proporcionar consuelo, promover la discusión de las preocupaciones sobre la vida en vigilia y disminuir el miedo a la muerte.

La literatura distingue estos sucesos de los disturbios neurológicos, la demencia o el delirio. Esto es relevante, ya que estos fenómenos se clasifican históricamente como efectos de estas disfunciones cognitivas, acarreado miedo y vergüenza tanto a los pacientes cuando cuentan sus experiencias como a los médicos cuando no informan de los casos por miedo a ser juzgados²⁰. Así, se observa que se crea una cascada de acontecimientos que hace que la ortotanasia y la muerte sean poco estudiadas, enseñadas o comprendidas.

La siguiente pregunta, también de respuesta libre, indagaba lo que representa la muerte para el docente. De las 18 referencias hechas, cinco (27,78%) la consideran como paso/transición; cuatro (22,22%) como inicio o cierre de un ciclo, uno como principio y tres como final; cuatro (22,22%) como final, sin hacer referencia a ningún otro sustantivo; dos (11,11%) como parte del ciclo vital; y uno (5,56%) como misterio, cumplimiento de misión y vida eterna, respectivamente.

Se observa que, entre los profesionales de la salud, solo el 11,11% reconoce la muerte como parte del ciclo de vida biológico, lo que evidencia, incluso en estos individuos, su misticismo e incertidumbre. Es necesario, entonces, entender la muerte como un proceso natural, de modo que se pueda asegurar al paciente la dignidad en la culminación de su ciclo vital, y amenizar la agonía que se experimenta en el momento de terminalidad²¹. A esto se suma lo que señala la investigación divulgada por la revista *Palliative Medicine*, que afirma que la espiritualidad supone un soporte y apoyo significativos para diversas familias teístas no religiosas²².

Por último, se solicitó a los docentes que presentaran, libremente, sus sugerencias sobre cómo debería abordarse la ortotanasia en el grado de medicina de la universidad en cuestión. Hicieron 21 referencias y las más mencionadas,

con tres (14,29%) cada una, fueron el enfoque en equipo multidisciplinar y tutoriales/conferencias/ponencias. El equipo multidisciplinar conlleva la división de la asunción de culpa, ya que, al compartir la decisión por la ortotanasia, en lugar de tomarla individualmente, posibilita un sentimiento de responsabilidad menos negativista en el ámbito individual. Así, la actuación del equipo multiprofesional es indispensable para mediar los obstáculos de aquellos profesionales que individualmente desean prolongar la vida a cualquier costa, sin tener en cuenta los principios éticos del cuidado²³.

Otras posibilidades de enfoque fueron los talleres/círculos de conversación (9,52%), el cine/teatro/otros métodos no convencionales (9,52%) y los casos clínicos (9,52%). También se mencionó, con una frecuencia del 4,76%, el contacto con profesionales formados en una asignatura específica integrada al *team-based learning* (TBL) en el hospital universitario, en simulaciones y en prácticas profesionales.

La posibilidad de crear una asignatura sobre la ortotanasia y las reflexiones sobre la muerte digna supone un gran desafío en el escenario brasileño, sería un hito en el cambio de paradigma en el que los cursos de grado de medicina se enfrentan al tema. Incluso porque la literatura sobre la muerte digna es escasa, especialmente desde el punto de vista médico, lo que hace que la idea sea aún más importante²⁴.

Consideraciones finales

Con base en los resultados y discusiones, se percibe que es imposible transformar la medicina sin tener en cuenta la forma en que se enseña. Es necesario explorar mejor los nuevos métodos y temas considerados relevantes para el afrontamiento de la muerte, ya que no se puede permitir que el sentido común siga impregnando la práctica de la ortotanasia, en detrimento de los avances científicos y de la legislación que la abordan.

Al no tener una formación satisfactoria en la graduación, debería ofrecerse un entrenamiento especializado a los docentes de los cursos de medicina para prepararlos para abordar la ortotanasia de forma más clara y didáctica, desvinculándola de la frustración profesional. Por medio de los resultados obtenidos, se demuestra que lo consideran esencial y que, para que el reconocimiento

del fracaso se convierta en un cambio, urge dar el primer paso para sacarlos de su zona de confort.

La concepción de un médico “semidiós” debe ser superada no solo formalmente, sino también en la práctica. Reconocer la limitación del conocimiento humano para abordar las diversas posibilidades que se dan en el proceso salud-enfermedad parece ser el primer paso para incluir la ortotanasia como una posibilidad real de tratamiento, recolocando al paciente como fin del proceso terapéutico, y no al conocimiento médico *per se*.


Así, los pacientes tendrán modelos más claros de tratamiento médico y de curación, alejando las falsas esperanzas de una mejora que se sabe imposible. Además, los médicos afrontarán mejor la responsabilidad sobre la vida de otro individuo y tendrán, en el equipo interdisciplinar, el apoyo necesario para enfrentarse a los dilemas morales. Estos cambios beneficiarían la construcción de la relación médico-paciente-familiares basada en cuidados y en la presencia, y especialmente en la dignidad de la persona humana.

Referencias


1. Cavalcante RS. Distanásia e ortotanásia: ética e legalidade na prática da anestesiologia. São Paulo: Editora Unesp; 2018.
2. Lima CAS. Ortotanásia, cuidados paliativos e direitos humanos. Rev Soc Bras Clin Med [Internet]. 2015 [acceso 24 ago 2021];13(1):14-7. Disponível: <https://bit.ly/3Ca6JhG>
3. Seifart C, Knorrenschild JR, Hofmann M, Nestoriuc Y, Rief W, Blanckenburg PV. Let us talk about death: gender effects in cancer patients' preferences for end-of-life discussions. Support Care Cancer [Internet]. 2020 [acceso 24 ago 2021];28(10):4667-75. DOI: 10.1007/s00520-019-05275-1
4. 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 [acceso 24 ago 2021];18(9):2733-46. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900029
5. Santos MF, Bassitt DP. End of life in intensive care: family members acceptance of orthotanasia. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2011 [acceso 24 ago 2021];23(4):448-54. Disponível: <https://bit.ly/3bh0kpd>
6. Forman KR, Thompson-Branch A. Educational perspectives: palliative care education in neonatal-perinatal medicine fellowship. NeoReviews [Internet]. 2020 [acceso 24 ago 2021];21(2):72-9. Disponível: <https://bit.ly/3mmiQTC>
7. Kjellstadli C, Allore H, S Husebo BS, Flo E, Sandvik H, Hunskaar S. General practitioners; provision of end-of-life care and associations with dying at home: a registry-based longitudinal study. Family Practice [Internet]. 2020 [acceso 24 ago 2021];37(3):340-7. DOI: 10.1093/fampra/cmz059/5717352
8. Santos LG, Mariana PM, Gradvohl SMO. Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2013 [acceso 24 ago 2021];18(9):2645-51. Disponível: <https://bit.ly/3vFt8kt>
9. Teixeira AL. Gestões de vida e morte: um olhar sobre o morrer no contemporâneo. Rev Psicol [Internet]. 2016 [acceso 24 ago 2021];2(2):150-71. Disponível: <https://bit.ly/3Gjq96o>
10. Fonseca A, Genovanini F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2013 [acceso 24 ago 2021];37(1):120-5. Disponível: <https://bit.ly/3B8fyqT>
11. Schmidt LK. Hermenêutica. Petrópolis: Vozes; 2014.
12. Duarte AC, Almeida DV, Popim RC. A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina. Interface [Internet]. 2015 [acceso 24 ago 2021];19(55):1207-19. DOI: 10.1590/1807-57622014.1093
13. Kulicz MJ, Amarante DF, Nakatani HT, Arai Filho C, Okamoto CT. Terminalidade e testamento vital: o conhecimento de estudantes de medicina. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2018 [acceso 24 ago 2021];26(3):420-8. DOI: 10.1590/1983-80422018263262
14. Cortez D, Halpin M. Uncertainty and certain death: the role of clinical trials in terminal cancer care. Sociol Health Illn [Internet]. 2020 [acceso 24 ago 2021];42(sup 1):130-44. DOI: 10.1111/1467-9566.13059

15. Cruz PO, Carvalho TB, Pinheiro LDP, Giovannini PE, Nascimento EGC, Fernandes TAAM. Percepção da efetividade dos métodos de ensino utilizados em um curso de medicina do nordeste do Brasil. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2019 [acesso 24 ago 2021];43(2):40-7. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n2rb20180147
16. Rodrigues VMR, Rodrigues KAI. Formação médica humanizada: conexões interdisciplinares entre medicina, educação, direitos humanos e políticas sociais para estudo da ortotanasia. *Interdisciplinary Scientific Journal* [Internet]. 2017 [acesso 24 ago 2021];4(1). Disponível: <https://bit.ly/3GIOR5Y>
17. Costa DT, Garcia LF, Goldim JR. Morrer e morte na perspectiva de residentes multiprofissionais em hospital universitário. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2017 [acesso 24 ago 2021];25(3):544-53. DOI: 10.1590/1983-80422017253211
18. Pessini L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2016 [acesso 21 jan 2020];24(1):54-63. DOI: 10.1590/1983-80422016241106
19. Kerr CW, Donnelly JP, Wright ST, Kuszczak SM, Banas A, Grant AP, Luczkiewicz DL. End-of-life dreams and visions: a longitudinal study of hospice patients' experiences. *J Palliat Med* [Internet]. 2014 [acesso 24 ago 2021];17(3):296-303. DOI: 10.1089/jpm.2013.0371
20. Levy K, Grant PC, Kerr CW. End-of-life dreams and visions in pediatric patients: a case study. *J Palliat Med* [Internet]. 2020 [acesso 24 ago 2021];23(11):1549-52. DOI: 10.1089/jpm.2019.0547
21. Pessini L, Siqueira JE. Reflexões sobre cuidados a pacientes críticos em final de vida. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acesso 24 ago 2021];27(1):29-37. DOI: 10.1590/1983-80422019271283
22. Cai S, Guo Q, Luo Y, Zhou Y, Abbas A, Zhou X, Peng X. Spiritual needs and communicating about death in nonreligious theistic families in pediatric palliative care: a qualitative study. *Palliat Med* [Internet]. 2020 [acesso 24 ago 2021];34(4):533-40. DOI: 10.1177/0269216319896747
23. Tavares CTS, Martins JMR, Simões IAR. Ortotanasia e distanasia: percepções da equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Enferm Brasil* [Internet]. 2016 [acesso 21 jan 2020];15(2):68-74. DOI: 10.33233/eb.v15i2.169
24. Zanatta FN, Stamm AMNF, Kretzer LP, Teixeira SP, Arruda FWS. Morte digna: percepção de médicos de hospital de ensino. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2020 [acesso 21 jan 2020];28(1):119-27. DOI: 10.1590/1983-80422020281374

Naara Perdigão Cota de Almeida - Estudante de Grado - naaracotaalmeida@gmail.com

 0000-0003-2424-4272

Pablo Henrique Cordeiro Lessa - Estudante de Grado - pablolessadv@gmail.com

 0000-0002-2980-4278

Rosiana Feitosa Vieira - Estudante de Grado - rosianafeitosa23@hotmail.com

 0000-0002-0236-4647

Anna Valeska Procopio de Moura Mendonça - Estudante de Doctorado - avaleskaprocopio@hotmail.com

 0000-0002-1121-224X

Correspondencia

Anna Valeska Procópio de Moura Mendonça - Alameda do Luar, 308 CEP 68911-508. Macapá/AP, Brasil.

Participación de los autores

Todos os autores contribuyeron igualmente a la concepción de la investigación y a la redacción del artículo.

Recibido: 4.5.2020

Revisado: 29.9.2021

Aprobado: 19.10.2021