



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM CUIDADOS
INTENSIVOS E PALIATIVOS
MESTRADO PROFISSIONAL**

FERNANDA NASPOLINI ZANATTA

**MORTE DIGNA: PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO SUL DO BRASIL**

FLORIANÓPOLIS
2019

FERNANDA NASPOLINI ZANATTA

**MORTE DIGNA: PERCEÇÃO DE MÉDICOS DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO SUL DO BRASIL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Paliativos da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Intensivos e Paliativos.

Orientadora: Prof. Dr. Ana Maria Nunes de Faria Stamm

FLORIANÓPOLIS
2019



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS
INTENSIVOS E PALIATIVOS
MESTRADO PROFISSIONAL**

**“MORTE DIGNA: PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO SUL DO BRASIL”.**

Fernanda Napolini Zanatta

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM
CUIDADOS INTENSIVOS E PALIATIVOS**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Cuidados Intensivos e Paliativos**

Profa. Dra. Ana Maria Nunes de Faria Stamm

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos
e Paliativos

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ana Maria Nunes de Faria Stamm (Presidente)

Prof. Dr. Marcelino Osmar Vieira (Membro externo)

Profa. Dra. Mariângela Pimentel Pincelli (Membro interno)

Profa. Dra. Leila John Marques Steidle (Membro suplente)

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Zanatta, Fernanda Napolini Zanatta

Morte digna: percepção de médicos de um hospital
universitário no sul do Brasil / Fernanda Napolini
Zanatta Zanatta ; orientador, Ana Maria Nunes de
Faria Stamm Stamm, 2019.

73 p.

Dissertação (mestrado profissional) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
Cuidados Intensivos e Paliativos, Florianópolis,
2019.

Inclui referências.

1. Cuidados Intensivos e Paliativos. 2. Morte
digna. 3. Cuidados paliativos. I. Stamm, Ana Maria
Nunes de Faria Stamm. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Cuidados
Intensivos e Paliativos. III. Título.

Aos que sofrem e aos que ficam.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, Ana Stamm, primeiramente por me aceitar como orientanda aceitando participar desse projeto, e pela orientação, incentivo e paciência ao longo desses 2 anos.

A minha preceptora na Residência, Lara Kretzer, que, comigo, compartilhou seus conhecimentos e habilidades, formando-me Médica Paliativista; além de auxiliar na concepção e elaboração deste trabalho.

A todos os professores com quem tive o prazer de aprender, desde o ensino infantil até o presente momento. Que, de alguma forma, sejam recompensados por sua generosidade ao dividir seu conhecimento e visão de mundo. Em especial àqueles que ajudaram a lapidar minha conduta ética e descobrir minhas paixões dentro da profissão médica, em especial: Li Shih Min e Marcelo Sudério.

Aos médicos do HU-UFSC que receberam-me com boa-vontade e aceitaram participar da pesquisa, possibilitando que este trabalho fosse concluído

A meus colegas de trabalho, que dividiram seus conhecimentos e suas expertises, auxiliando na minha formação contínua como médica e que são companheiros nas dificuldades e alegrias; em especial a Susana e Luana.

Aos meus pacientes e seus familiares, que me deram a honra de poder participar de momentos sensíveis de suas vidas e ensinaram-me, mais do que medicina, sobre o que verdadeiramente importa na vida.

A meus amigos, que me auxiliaram a manter motivada ao longo das dificuldades desse projeto e que, com muita paciência, aturaram minhas reclamações. Agradeço pela amizade, alegrias e aprendizado compartilhados. Em especial a Nayara e Jonatas, a Greice, Elisa, Marcelo, Miwa, Caio e Nelson.

A minha família, em especial a meus pais, que sempre colocaram a educação como primordial em nossas vidas e que me ensinaram o valor da honestidade e retidão moral, sendo de certa forma responsáveis pela profissional que sou. A meus irmãos, com quem partilhei meus pais, minha infância e melhores lembranças. A minha cunhada, que me apoia com sua tranquilidade e carinho e a minha sobrinha e afilhada que é a luz da minha vida.

Ao meu companheiro, a calma da minha vida, que com muita paciência, carinho e tranquilidade auxiliou-me a concluir este trabalho, além de trazer as alegrias necessárias para motivar-me a seguir em frente.

RESUMO

A transição demográfica que vem acontecendo no mundo e o consequente aumento da expectativa de vida e prevalência de doenças crônicas incuráveis, discute-se sobre como melhorar a qualidade de vida e prover uma morte digna aos pacientes. Para compreender o conceito de morte digna, a Escala de Percepção de Morte Digna (EPMD) foi elaborada no Japão por Miyashita e colab e reduzida e validada no contexto brasileiro por Wanssa. Com o objetivo de identificar a percepção de morte digna de médicos de um hospital de ensino, propôs-se um estudo transversal, com amostra de conveniência (100 médicos), utilizando a versão reduzida da Escala de Percepção de Morte Digna. Todos os seis fatores, do instrumento, foram considerados como de alta necessidade, enfatizando-se *Boa relação com a família* (98,9%), *Manutenção da esperança e prazer* (97,8%) e *Não ser um fardo para os demais* (92,3%). Demonstrou-se que mulheres priorizaram *Boas relações com a família* e *Equipe*; médicos com mais de 45 anos, *Não ser uma fardo para os demais*; e os sem religiosidade, *Não ser um fardo para os demais* e *Ter controle sobre o futuro*. A percepção de morte digna dos médicos valorizou aspectos sociais como afetividade e convivência, negando o caráter estritamente biomédico na percepção de morte e demonstrando uma visão mais humanista, o que difere de estudos norte-americanos e aproxima-se das pesquisas orientais, as quais têm a família no centro da cultura, além de demonstrar que idade, sexo e religiosidade a influenciam.

Palavras - chave: Morte. Direito a morrer. Pessoaalidade. Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

In the contemporary world, with the demographic transition that had lead to an increase in life expectancy and the prevalende in chronic illnesses, a topic of discussion is how to provide a good death to patients. To understand the concept of good death, the Good Death Inventory (GDI) was elaborate in Japan by Myashita et al and then validated in Brazil by Wanssa. In order to identify the perception of good death by physicians who work at a teaching hospital, a cross sectional study with a convenience sample (100 physicians) is proposed, using the reduced version of the Perceived Dignified Death Scale (Brazilian reduced version of Good Death Inventory). All factors of the instrument were considered as highly needed, emphasizing *Good relation with the family* (98,9%), *Maintenance of hope and pleasure* (97,8%) and *Not being a burden to others* (92,3%). Women prioritized *Good relationships with family* and *Team*; doctors over 45 years old, *Not being a burden to others*; and those without religion, *Not being a burden to others* and *Having control over the future*. The perception of good death presented by physicians valued social aspects such as affectivity and acquaintanceship, denying the biomedical view of death and showing a more humanistic view that is different from the north American studies, in addition to showing that age, sex and religiosity influence this perception.

Key words: Death. Right to die. Personhood. Palliative Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CFM	Conselho Federal de Medicina
COF	Cofator
CP	Cuidados Paliativos
DP	Desvio Padrão
EPMD	Escala de Percepção de Morte Digna
EUA	Estados Unidos da América
HU	Hospital Universitário
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	199
2.1 Objetivos secundários	19
3 METODOLOGIA	20
3.1 População estudada e amostra.....	20
3.2 Instrumento de coleta de dados	20
3.3 Procedimentos	21
3.4 Análise estatística.....	21
3.5 Aspectos éticos.....	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE 1 - Formulário Padrão.....	53
APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	56
APÊNDICE 3 – Relação entre fatores e cofatores	59
ANEXO 1 - Normas editoriais do periódico Revista Bioética.....	60
ANEXO 2 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina	70
ANEXO 3 - Comprovante de Submissão do Artigo	73

APRESENTAÇÃO

Este trabalho, elaborado no período de 2017 a 2019, teve como objetivo identificar a percepção de uma população específica - neste caso, médicos de um hospital universitário no sul do Brasil – sobre morte digna, ampliando o debate e o conhecimento sobre esse tema.

A apresentação foi estruturada no formato de dissertação, no Programa de Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos e Paliativos, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), bem como artigo científico, seguindo as normas do periódico ao qual está sendo submetido – **Revista Bioética** (anexo 1).

A pesquisa buscou identificar a percepção desses profissionais, por meio de um questionário validado no contexto brasileiro – versão reduzida da Escala de Percepção de Morte Digna (EPMD) – e avaliar a associação dos fatores presentes nesse instrumento com o perfil demográfico e experiências prévias de morte recente com familiar e paciente.

Ao conhecer a percepção de morte digna dos médicos, podemos compreender os fatores que a influenciam. Desta forma, é possível direcionar o ensino médico e a prática clínica, no sentido de prover uma morte digna e um fim de vida adequado aos pacientes.

1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica que vem acontecendo no mundo, e, mais recentemente no Brasil, tem propiciado o aumento da expectativa de vida e de pessoas que convivem com doenças crônicas incuráveis, tais como o câncer e enfermidades degenerativas. A medicina, cada vez mais especializada e focada em tecnologias duras, também tem contribuído para que esses indivíduos vivam por mais tempo (BRASIL, 2014).

Neste contexto, os Cuidados Paliativos (CP) vêm ocupando o centro das atenções nas políticas de saúde, no mundo e no Brasil. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2014, tendo como base o impacto ético e o volume de pacientes que necessitam desses cuidados; solicitou aos países membros e a direção geral da organização o compromisso de desenvolverem serviços custo-efetivos, educação continuada na formação de profissionais de saúde (tanto na qualificação de generalistas quanto na de especialistas) e produção científica, para assegurar serviço de qualidade em medicina paliativa (WHO, 2014).

No Brasil, já em 2002, o Ministério da Saúde (MS) lançou diretrizes sobre CP e tratamento da dor, estabelecendo que essa assistência deva ser realizada de forma coordenada nos três níveis de atenção à saúde, para garantir a integralidade e o acompanhamento contínuo (BRASIL, 2002). Em 2005, foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) - que atua junto com o MS e o Conselho Federal de Medicina (CFM) na regulamentação profissional – a qual estabeleceu critérios de qualidade e legislação pertinentes (ANCP, 2018). Outrossim, desde 2009 os CP foram incluídos no Código de Ética Médica como princípio fundamental (PESSINI; HOSSE, 2009).

Seja no âmbito nacional ou internacional, o objetivo dessas medidas é facilitar o acesso a CP de qualidade, visando a melhoria da qualidade de vida e do controle de sintomas físicos, emocionais, espirituais e sociais (WHO, 2014; BRASIL, 2002; ANCP, 2018). E, para um cuidado adequado, argumenta-se que uma das principais considerações éticas a ser preservada é a dignidade do paciente (MATSUMOTO, 2009).

O conceito de dignidade, que vem sendo construído historicamente, na antiguidade era relacionado à posição social e ao reconhecimento da sociedade, enquanto que o Estoicismo posicionou-o como fator diferenciador entre os seres humanos e as demais criaturas - principalmente no que diz respeito à liberdade individual de construir e guiar seu destino – e, no presente momento, essa ideia tem se

configurado como um valor supremo e uma conquista ético-jurídica (NUNES, 2009). Esse fato é corroborado pela Constituição Federal Brasileira, de 1988, na qual a dignidade se destaca como um dos fundamentos da República (BRASIL, 1988).

Quando o paciente esta sob CP, é crucial assegurar a sua dignidade, inclusive no momento de sua morte. A forma como o indivíduo percebe que é visto pelos demais, tem relação com a sua própria percepção de dignidade (CHOCHINOV et al., 2002; CHOCHINOV, 2004). No sentido de prover o melhor cuidado a esses pacientes e promover um fim de vida digno, tem surgido vários estudos com o intuito de estabelecer o que é morte digna (MIYASHITA et al., 2007; MIYASHITA et al., 2008; WANSSA, 2012). Nesse conceito, estão incluídos o controle dos sintomas, não ser um fardo para os outros, ter boa relação com os familiares e a equipe de saúde, poder escolher o local da morte, e manter a dignidade e o controle da mesma no processo de morrer (MIYASHITA et al., 2007; MIYASHITA et al., 2008; WANSSA, 2012).

Para isso, a Escala de Percepção de Morte Digna (EPMD) (MIYASHITA et al., 2008; WANSSA, 2012), elaborada no Japão e validada e reduzida no Brasil, tem servido de instrumento para algumas pesquisas, as quais demonstram que essa percepção pode variar na dependência da população estudada, tais como membros da família enlutados (MIYASHITA et al., 2007; MIYASHITA et al., 2008; SCHEFFER et al., 2018), profissionais de saúde (HAISHAN, 2014) e estudantes (MORAIS et al., 2016, MAFFERT et al., 2015).

Compreendendo a importância de assegurar uma morte digna aos pacientes sob cuidados paliativos, e legitimar esse conceito entre os profissionais de saúde, propõe-se um estudo para avaliar a percepção de morte digna - em uma amostra de conveniência formada por médicos que atuam em um hospital público de ensino - bem como a associação com o perfil demográfico, o sentimento de perceber-se saudável e a experiência prévia com morte de familiar ou paciente.

Esta avaliação pode guiar o planejamento da educação e o exercício da profissão médica no país, resultando num cuidado paliativo seguro e eficiente, ao propiciar, também, uma morte digna (MATSUMOTO, 2009).

2 OBJETIVOS

- Identificar a percepção de médicos sobre morte digna.

2.1 Objetivos secundários

- Avaliar a associação entre o perfil demográfico, o sentimento de perceber-se saudável e experiência recente com morte de familiar ou paciente, com cada um dos fatores e cofatores da versão reduzida da EPMD.

3 METODOLOGIA

Estudo transversal, exploratório, descritivo e analítico.

3.1 População estudada e amostra

Foram recrutados 100 médicos e/ou médicos professores (33,3% do total (100/300) que atuam na assistência e/ou ensino, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU – UFSC), com disponibilidade para preenchimento de um questionário. Dessa amostra de conveniência, 9 foram excluídos por preenchimento incompleto do instrumento, perfazendo o total de 91 (30,3% (91/300) participantes.

3.2 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado um formulário padrão (Apêndice 1), composto por um questionário demográfico, perguntas e a Versão Reduzida da EPMD. Para caracterização da amostra, foram consideradas as variáveis independentes, tais como gênero (feminino e masculino), idade (expressa em números absolutos), crença em uma religião(sim, não; se sim, qual) e a resposta a cada uma das três perguntas relacionadas a experiências prévias: “Você se considera saudável?”, “Você teve alguma perda familiar recente?” e “Você lidou recentemente com a morte de um paciente seu?”.

A versão reduzida da EPMD foi desenvolvida e validada por Wanssa (2012), após adaptação para o contexto brasileiro, tendo como base a escala original elaborada por Miyashita e colab. (2007) em língua japonesa. Ela é composta por 24 cofatores (cof) associados a uma morte digna, que se distribuem em 6 fatores de acordo com o domínio da morte digna que expressam. A resposta a cada cofator é expressa e ponderada em uma escala do tipo likert (1=totalmente desnecessário; 2= desnecessário; 3=algo desnecessário; 4=mais ou menos necessário; 5= algo necessário; 6= necessário; 7= totalmente necessário).

Os 24 cofatores são agrupados a cada 4 em cada um dos 6 fatores: 1) “*manutenção da esperança e do prazer*”; 2) “*boa relação com a equipe profissional de saúde*”; 3) “*controle físico e cognitivo*”; 4) “*não ser um fardo para os demais*”; 5) “*boas relações com a família*”; 6) “*controle do futuro*”.

3.3 Procedimentos

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, foi aplicado o formulário padrão, pela pesquisadora e/ou membros do Comitê de Cuidados Paliativos do HU-UFSC, com a anuência da direção geral do referido hospital. Os médicos e/ou médicos-professores foram recrutados em seu local de trabalho, em todos os ambientes e setores do hospital, para preenchimento do instrumento de coleta de dados, no período de novembro de 2017 a março de 2018.

3.4 Análise estatística

As variáveis contínuas foram expressas em mediana e percentis, e as categóricas, em números absolutos e porcentagem. Para análise de associação, as variáveis independentes foram dicotomizadas.

A distribuição não normal foi observada a partir da aplicação do teste de Shapiro-Wilk, complementado pela avaliação de Skewness e Kurtosis, e pela análise de curvas e histogramas.

A variável *idade* foi dividida em grupos (\leq a 44 anos e \geq 45 anos), tendo como base a média de idade dos médicos catarinenses (44,2 anos) (SCHEFFER, 2018).

Os escores de cada fator foram determinados pela somatória dos valores atribuídos na escala likert de 7 pontos, a cada um de seus 4 cofatores. Assim, eles variaram de no mínimo 4 pontos, até o máximo de 28 (média do intervalo de valores dos escores=16). Para análise de associação entre os fatores e as variáveis independentes, os escores totais foram dicotomizados, à partir da média (16), entre baixa necessidade (escores de 4 a 16) e alta necessidade (escores de 17 a 28) para uma morte digna.

O teste Qui-quadrado e/ou o teste exato de Fisher, foram utilizados para avaliar a associação entre o escore de cada um dos fatores (baixa necessidade versus alta necessidade) e as variáveis independentes.

O teste U de Mann-Whitney foi aplicado para avaliar associação entre os fatores/cofatores e as variáveis independentes.

Foi considerado o nível de significância estatística de 5% e a análise foi realizada no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), for Windows, versão 25.

3.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos, da UFSC, sob número 71111317.4.0000.0121, e seguiu as resoluções CNS 510/16 e CNS 466/12, que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi fornecido e assinado por todos que aceitaram participar do estudo (Apêndice 2).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, apresentaremos o artigo original, elaborado a partir da pesquisa, segundo as normas do periódico ao qual foi submetido (Anexo 1).

Morte Digna: A percepção de médicos de um hospital de ensino

Resumo

No mundo contemporâneo, discute-se como prover uma morte digna aos pacientes. Com o objetivo de identificar a percepção de morte digna de médicos de um hospital de ensino, propõe-se um estudo transversal, com amostra de conveniência (100 médicos), utilizando a versão reduzida da Escala de Percepção de Morte Digna. Todos os fatores, do instrumento, foram considerados como de alta necessidade, enfatizando-se *Boa relação com a família* (98,9%), *Manutenção da esperança e prazer* (97,8%) e *Não ser um fardo para os demais* (92,3%). Mulheres priorizaram *Boas relações com a família e Equipe*; médicos com mais de 45 anos, *Não ser uma fardo para os demais*; e os sem religião, *Não ser um fardo para os demais* e *Ter controle sobre o futuro*. A percepção de morte digna dos médicos valorizou aspectos sociais como afetividade e convivência, ao priorizar esses três fatores, além de demonstrar que idade, sexo e religiosidade a influenciam.

Palavras - chave: Morte. Direito a morrer. Pessoaalidade. Cuidados Paliativos.

Resumen

Muerte Digna: La percepción de médicos de un hospital de enseñanza

En el mundo contemporáneo, se discute cómo proveer una muerte digna a los pacientes. Con el objetivo de identificar la percepción de muerte digna por parte de médicos de un hospital de enseñanza, se propone un estudio transversal, con muestra de conveniencia (100 médicos), utilizando la versión reducida de la Escala de Percepción de Muerte Digna. Todos los factores del instrumento fueron considerados como de alta necesidad, con destaque para *Buena relación con la familia* (98,9%), *Mantenimiento de la esperanza y placer* (97,8%) y *No ser una carga para los demás* (92,3%). Las mujeres priorizaron *Buenas relaciones con la familia y Equipo*; médicos con más de 45 años, *No ser una carga para los demás*; y los sin religión, *No ser una carga para los demás* y *Tener control sobre el futuro*. La percepción de muerte digna

por parte de los médicos valoró aspectos sociales como afectividad y convivencia, al priorizar estos tres factores, además de demostrar que edad, sexo y religiosidad la influncian.

Palabras clave: Muerte. Derecho a morir. Personidad. Cuidados Paliativos.

Abstract

Dignified Death: The perception of doctors in a teaching hospital

In the contemporary world, a topic of discussion is how to provide a good death to patients. In order to identify the perception of good death by physicians who work at a teaching hospital, a cross sectional study with a convenience sample (100 physicians) is proposed, using the reduced version of the Perceived Dignified Death Scale (Brazilian reduced version of Good Death Inventory). All factors of the instrument were considered as highly needed, emphasizing *Good relation with the family* (98,9%), *Maintenance of hope and pleasure* (97,8%) and *Not being a burden to others* (92,3%). Women prioritized *Good relationships with family* and *Team*; doctors over 45 years old, *Not being a burden to others*; and those without religion, *Not being a burden to others* and *Having control over the future*. The perception of good death presented by physicians valued social aspects such as affectivity and acquaintanceship, by prioritizing these three factors, in addition to showing that age, sex and religiosity influence this perception.

Key words: Death. Right to die. Personhood. Palliative Care.

Introdução

A transição demográfica que vem acontecendo no mundo, e, mais recentemente no Brasil, tem propiciado o aumento da expectativa de vida e de pessoas que convivem com doenças crônicas incuráveis, tais como o câncer e enfermidades degenerativas. A medicina, cada vez mais especializada e focada em tecnologias duras, também tem contribuído para que esses indivíduos vivam por mais tempo (BRASIL, 2014).

Neste contexto, os Cuidados Paliativos (CP) vêm ocupando o centro das atenções nas políticas de saúde, no mundo e no Brasil. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2014, tendo como base o impacto ético e o volume de pacientes que necessitam desses cuidados, solicitou aos países membros e a direção geral da organização o compromisso de desenvolverem serviços custo-efetivos, educação continuada na formação de profissionais de saúde (tanto na qualificação

de generalistas quanto na de especialistas) e produção científica, para assegurar serviço de qualidade em medicina paliativa (WHO, 2014).

No Brasil, já em 2002, o Ministério da Saúde (MS) lançou diretrizes sobre CP e tratamento da dor, estabelecendo que essa assistência deva ser realizada de forma coordenada nos três níveis de atenção à saúde, para garantir a integralidade e o acompanhamento contínuo (BRASIL, 2002). Em 2005, foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) - que atua junto com o MS e o Conselho Federal de Medicina (CFM) na regulamentação profissional – a qual estabeleceu critérios de qualidade e legislação pertinentes. Outrossim, desde 2009 os CP foram incluídos no Código de Ética Médica como princípio fundamental (ANCP, 2018; PESSINI; HOSSE, 2010).

Seja no âmbito nacional ou internacional, o objetivo dessas medidas é facilitar o acesso a CP de qualidade, visando a melhoria da qualidade de vida e do controle de sintomas físicos, emocionais, espirituais e sociais (WHO, 2014; BRASIL, 2002; ANCP, 2018). E, para um cuidado adequado, argumenta-se que uma das principais considerações éticas a ser preservada é a dignidade do paciente (MATSUMOTO, 2009).

O conceito de dignidade, que vem sendo construído historicamente, na antiguidade era relacionado à posição social e ao reconhecimento da sociedade, enquanto que o Estoicismo posicionou-o como fator diferenciador entre os seres humanos e as demais criaturas - principalmente no que diz respeito à liberdade individual de construir e guiar seu destino – e, no presente momento, essa ideia tem se configurado como um valor supremo e uma conquista ético-jurídica (NUNES, 2009). Esse fato é corroborado pela Constituição Federal Brasileira, de 1988, na qual a dignidade se destaca como um dos fundamentos da República (BRASIL, 1988).

Quando o paciente esta sob CP, é crucial assegurar a sua dignidade, inclusive no momento de sua morte. A forma como o indivíduo percebe que é visto pelos demais, tem relação com a sua própria percepção de dignidade (CHOCHINOV et al., 2002; CHOCHINOV, 2004). No sentido de prover o melhor cuidado a esses pacientes e promover um fim de vida digno, tem surgido vários estudos com o intuito de estabelecer o que é morte digna (MIYASHITA et al., 2007; MIYASHITA et al., 2008; WANSSA, 2012). Nesse conceito, estão incluídos o controle dos sintomas, não ser um fardo para os outros, ter boa relação com os familiares e a equipe de saúde, poder escolher o local da morte, e manter a dignidade e o controle da mesma no processo

de morrer (MIYASHITA et al., 2007; MIYASHITA et al., 2008; WANSSA, 2012).

Para isso, a Escala de Percepção de Morte Digna (EPMD), elaborada no Japão e validada e reduzida no Brasil, tem servido de instrumento para algumas pesquisas, as quais demonstram que essa percepção pode variar na dependência da população estudada, tais como membros da família enlutados, profissionais de saúde e estudantes (MIYASHITA et al., 2007; MIYASHITA et al., 2008; WANSSA, 2012; SCHEFFER et al., 2018; HAISHAN et al., 2014; MORAIS et al., 2016; MEFFERT et al., 2015).

Compreendendo a importância de assegurar uma morte digna aos pacientes sob cuidados paliativos, e legitimar esse conceito entre os profissionais de saúde, propõe-se um estudo para avaliar a percepção de morte digna - em uma amostra de conveniência formada por médicos que atuam em um hospital público de ensino - bem como a associação com o perfil demográfico, o sentimento de perceber-se saudável e a experiência prévia com morte de familiar ou paciente.

Esta avaliação pode guiar o planejamento da educação e o exercício da profissão médica no país, resultando num cuidado paliativo seguro e eficiente, ao propiciar, também, uma morte digna (MATSUMOTO, 2009).

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, com amostra de 100 médicos e/ou médicos professores (33,3% do total (100/300)), que atuam na assistência e/ou ensino, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). Dessa amostra de conveniência, 9 foram excluídos por preenchimento incompleto do instrumento, perfazendo o total de 91(30,3%(91/300) participantes.

Foi utilizado um formulário padrão, composto por um questionário demográfico, perguntas e a Versão Reduzida da EPMD.

Para caracterização da amostra, foram consideradas as variáveis independentes, tais como gênero (feminino e masculino), idade (expressa em números absolutos), crença em uma religião (sim, não; se sim, qual) e a resposta a cada uma das três perguntas relacionadas a experiências prévias: “Você se considera saudável?”, “Você teve alguma perda familiar recente?” e “Você lidou recentemente com a morte de um paciente seu?”.

A versão reduzida da EPMD foi desenvolvida e validada por Wanssa (2012), após adaptação para o contexto brasileiro, tendo como

base a escala original elaborada por Miyashita e colab. (2007), em língua japonesa. Ela é composta por 24 cofatores (cof) associados a uma morte digna, que se distribuem nos 6 fatores, de acordo com o domínio de morte digna que a expressam, e a resposta a cada cof é expressa e ponderada em uma escala do tipo likert (1=totalmente desnecessário; 2= desnecessário; 3=algo desnecessário; 4=mais ou menos necessário; 5= algo necessário; 6= necessário; 7= totalmente necessário).

Os 24 cof são agrupados a cada 4, em cada um dos 6 fatores: 1) “manutenção da esperança e do prazer”; 2) “boa relação com a equipe profissional de saúde”; 3) “controle físico e cognitivo”; 4) “não ser um fardo para os demais”; 5) “boas relações com a família”; 6) “controle do futuro”.

O formulário padrão foi aplicado pela pesquisadora e/ou por membros do Comitê de Cuidados Paliativos, do HU-UFSC, com a anuência da direção geral do referido hospital. Os médicos e/ou médicos-professores foram recrutados em seu local de trabalho, em todos os ambientes e setores do hospital, para preenchimento do instrumento de coleta de dados, no período de novembro de 2017 a março de 2018.

As variáveis contínuas foram expressas em mediana e percentis, e as categóricas, em números absolutos e porcentagem. Para análise de associação, as variáveis independentes foram dicotomizadas.

A distribuição não normal foi observada a partir da aplicação do teste de Shapiro-Wilk, complementado pela avaliação de Skewness e Kurtosis, e pela análise de curvas e histogramas.

A variável idade foi dividida em grupos (\leq a 44 anos e \geq 45 anos), tendo como base a média de idade dos médicos catarinenses (44,2 anos)¹⁵.

Os escores de cada fator foram determinados pela somatória dos valores atribuídos na escala Likert de 7 pontos, a cada um de seus 4 cof. Assim, eles variaram de no mínimo 4 pontos, até o máximo de 28 (média do intervalo de valores dos escores=16). Para análise de associação entre os fatores e as variáveis independentes, os escores totais foram dicotomizados, à partir da média (16), entre baixa necessidade (escores de 4 a 16) e alta necessidade (escores de 17 a 28) para uma morte digna.

O teste U de Mann-Whitney foi aplicado para avaliar associação entre os fatores/cof, e as variáveis independentes. Foi considerado o nível de significância estatística de 5%, com intervalo de confiança de 95%, e a análise foi realizada no programa Statistical Package for Social Science (SPSS), for Windows, versão 25.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos, da UFSC, e seguiu as resoluções CNS 510/16 e CNS 466/12, que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, no Brasil. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi fornecido e assinado por todos que aceitaram participar do estudo.

Resultados

Perfil demográfico, sentir-se saudável e experiência recente com morte de familiar ou paciente

Em uma amostra de conveniência composta por 91 médicos de um hospital público de ensino, observamos predomínio do gênero masculino (51,6% vs 48,4%), do grupo com idade igual ou maior a 45 anos (53,8% vs 46,2%) e de pessoas com religião (75,8% vs 24,2%); entre essas, a maioria se autodeclarou católico (60,8%), seguido por outras religiões não especificadas (24,6%), espíritas (13%) e evangélicos (1,4%). A maior parte considerou-se saudável (93,4%), não ter tido perda familiar (60,4%) ou de paciente (60,4%) recente.

Fatores e cofatores da versão reduzida da EPMD versus variáveis independentes

Os participantes consideraram todos os 6 fatores como de alta necessidade para uma morte digna, tendo como ordem decrescente de importância o fator *boas relações com a família* (98,9%), seguido por *manutenção da esperança e do prazer* (97,8%), *não ser um fardo para os demais* (92,3%), *boa relação com a equipe profissional de saúde* (91,2%), *controle do futuro* (90,1%) e *controle físico e cognitivo*, onde a alta necessidade foi considerada por 78% dos participantes (vide tabela 1).

Considerando separadamente cada cofator da versão reduzida da EPMD, as medianas variaram de 7 (totalmente necessário) a 3 (algo desnecessário). Os cofatores com as maiores medianas (7) foram “contar com pessoas que possam ouvi-lo(a)”, “desfrutar tempo suficiente com a família”, “não ser tratado como um objeto ou uma criança” e “dizer adeus às pessoas queridas”; e com a menor mediana (3) foi “não demonstrar sua fraqueza física e mental à família”.

Tabela 1 - Distribuição percentual de fatores para uma morte digna e sua necessidade. Florianópolis, SC, Brasil, 2019.

Fator	Ordem de Necessidade	Mediana
	importância	
	%	
1 Manutenção da esperança e do prazer	97,8%	Alta*
2 Boa relação com a equipe profissional de saúde	91,2%	Alta
3 Controle físico e cognitivo	78%	Alta
4 Não ser um fardo para os demais	92,3%	Alta
5 Boas relações com a família	98,8%	Alta
6 Controle do futuro	90,1%	Alta

Fonte: Pesquisa sobre a percepção de morte digna de médicos de um hospital de ensino. UFSC. 2017-2018

* Alta necessidade = escores de 17-28; Baixa necessidade = escores de 4-16

** Mediana dos escores = mediana do somatório da pontuação dos 4 cofatores que compõem o fator, na escala Likert de 7 pontos

Gênero

Houve associação significativa entre o gênero feminino e maior necessidade dos fatores *boa relação com a equipe profissional de saúde* (fator 2, $p=0,009$) e *boas relações com a família* (fator 5, $p=0,015$), (vide tabela 2).

As mulheres também consideraram mais necessário os cofatores “ter um médico ou enfermeiro com quem conversar sobre medos da morte” (cof 17, $p=0,016$) e “acreditar que foram utilizados todos os tratamentos disponíveis” (cof 23, $p=0,031$), (tabela 3).

Tabela 2 - Relação entre os fatores para uma morte digna e o perfil demográfico, ser saudável e experiência prévia. Florianópolis, SC, Brasil, 2019.

Fator	Gênero	Idade	Religião	Ser saudável	Perda familiar recente	Morte recente de paciente
1	0,401	0,268	0,996	0,085	0,192	0,96

2	0,009*	0,235	0,520	0,898	0,408	0,006**
3	0,641	0,978	0,435	0,676	0,964	0,819
4	0,783	0,033* **	0,028*** *	0,968	0,832	0,772
5	0,015** ***	0,206	0,973	0,324	0,132	0,997
6	0,309	0,651	0,001*** ***	0,653	0,070	0,576

Fonte: Pesquisa sobre a percepção de morte digna de médicos de um hospital de ensino. UFSC. 2017-2018

Teste U de Mann-Whitney; Nível de Significância p <0,05; Intervalo de confiança 95%

*Mediana(M) gênero masculino = 21, DP: 4,188; M gênero feminino: 23,5, DP: 3,459

** M Médicos sem morte recente de paciente = 21, DP: 4,062; M médicos com perda recente de paciente= 24, DP: 3,559

*** M Idade <45 anos= 22, DP: 3,608; M idade >45 anos = 24, DP:3,907

****M Pessoas sem religião=25, DP:2,819; M pessoas com religião= 22, DP:3,97

***** M gênero masculino= 24, DP:2,416; M gênero feminino:26, DP:2,317

*****M Pessoas sem religião=24, DP:3,23; M pessoas com religião= 21, DP:3,952

Tabela 3 - Relação entre cofatores para uma morte digna e perfil demográfico, ser saudável e experiência prévia. Florianópolis, SC, Brasil, 2019.

Cofator	Gênero	Idade	Religião	Ser saudável	Perda familiar recente	Morte recente de paciente
5	0,900	0,046¹	0,53	0,235	0,944	0,728
8	0,553	0,015²	0,131	0,987	0,724	0,255
9	0,563	0,846	0,029³	0,881	0,949	0,299
11	0,650	0,736	0,034⁴	0,103	0,501	0,932
12	0,125	0,280	0,117	0,08⁵	0,096	0,352
17	0,016⁶	0,951	0,630	0,606	0,937	0,255
18	0,606	0,215	0,003⁷	0,655	0,154	0,824
19	0,314	0,280	0,219	0,711	0,135	0,035⁸
23	0,031⁹	0,882	0,266	0,739	0,621	0,126
24	0,902	0,017¹⁰	0,066	0,908	0,877	0,679

Fonte: Pesquisa sobre a percepção de morte digna de médicos de um hospital de ensino. UFSC. 2017-2018

Teste U de Mann-Whitney; Nível de Significância $p < 0,05$; Intervalo de confiança 95%

¹ Cofator(Cof) 5 – Contar com pessoas que possam ouvi-lo(a); Mediana(M) idade <45anos= 7, média 6,6 DP: 0,798; M idade >45anos = 7, média6,33 DP:0,899

² Cof 8 – Não ser um fardo para membros da família; M idade <45 anos = 5, DP:1,55; M idade >45 anos= 6, DP:1,685

³ Cof 9 -Estar preparado(a) para morrer; M pessoas sem religião= 7 DP: 0,944; M pessoas com religião 6, DP:1,39

⁴ Cof 11 -Ser mentalmente capaz de tomar decisões, ser lúcido(a); M pessoas sem religião =7, DP:1,601; M pessoas com religião=6, DP:1,313

⁵ Cof 12 – Estar calmo(a), relaxado(a); M pessoas não-saudáveis= 5,5 Dp:1,941; M pessoas saudáveis: 6 DP:0,808

⁶ Cof 17 - Ter um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) com quem conversar sobre medos da morte; M gênero masculino= 5, DP: 1,781; M gênero feminino:6, DP:1,363

⁷ Cof 18 - Controlar o tempo de vida, como por meio da eutanásia; M pessoas sem religião=6 DP:1,826; M pessoas com religião=4 DP:1,753

⁸ Cof 19 – Ter uma enfermeira com quem se sinta confortável; M médicos sem morte recente de paciente=6, média:5,07, DP:1,654; M médicos com morte recente de paciente=6, média:5,78 DP:1,312

⁹ Cof 23 – Acreditar que foram utilizados todos os tratamentos disponíveis; M gênero masculino= 6, Média 5,49, DP:1,249; M gênero feminino=6, Média:5,95, DP: 1,311

¹⁰ Cof 24 -Não trazer problemas para os demais; M idade <45 anos = 5 DP:1,473; M idade >45 anos=6 DP:1,58

Os demais cofatores não apresentaram associação significativa com nenhuma das variáveis.

Idade

Pessoas com idade igual ou maior que 45 anos consideraram mais necessário, do que as mais jovens, *não ser um fardo para os demais* (fator 4, $p=0,033$).

“Contar com pessoas que possam ouvi-lo” teve associação significativa com o grupo de pessoas com idade até 44 anos (cof 5, $p=0,046$), enquanto que o grupo acima de 45 anos considerou mais necessário “não ser um fardo para os demais membros da família” (cof 8, $p=0,015$) e “não trazer problemas para os demais” (cof 24, $p=0,017$).

Religião

Os participantes que não possuem religião consideraram mais necessário *não ser um fardo para os demais* (fator 4, $p=0,028$) e *controle do futuro* (fator 6, $p=0,001$), do que os com crença religiosa.

Também houve associação significativa com “estar preparado para morrer” (cof 9, $p=0,029$); “ser mentalmente capaz de tomar decisões, ser lúcido(a)” (cof11, $p=0,034$); “controlar o tempo de vida, como que por meio da eutanásia” (cof 18, $p=0,003$) e a falta de religião. As medianas foram maiores no grupo sem religião, considerando esses 3 cofatores.

Sentir-se saudável

Não houve associação estatisticamente significante com essa variável e cada um dos 6 fatores.

Entretanto, as pessoas que consideraram-se saudáveis perceberam como necessário “estar calmo(a), relaxado(a)” (cof 12, $p=0,008$).

Perda familiar recente

Não houve associação entre os fatores ou cofatores da versão reduzida da EPMD e a variável independente *perda familiar recente*.

Morte recente de paciente

Participantes que lidaram recentemente com a morte de um paciente consideraram mais necessário *boa relação com a equipe profissional de saúde* (fator 2, $p=0,006$).

Além disso, essa variável mostrou associação positiva com “ter uma enfermeira com quem se sinta confortável” (cof 19, $p=0,035$).

A análise bivariada relacionada aos fatores, quanto a alta ou baixa necessidade para uma morte digna, e as variáveis independentes, não mostrou diferença estatisticamente significante (teste Qui-quadrado ou teste de Fischer).

Discussão

A percepção dos participantes dessa pesquisa foi abrangente, ao considerarem os seis fatores da versão reduzida da EPMD como de alta necessidade para uma morte digna. Entre esses, os com maior frequência foram *boas relações com a família* (98,9%), *manutenção da esperança e*

prazer (97,8%) e *não ser um fardo para os demais* (92,3%), sendo que o primeiro e o último também apresentaram associação com sexo, idade e religião.

Boas relações com a família demonstra a importância do apoio e convívio familiar, e sua relação com a morte digna, sendo esse achado encontrado em pesquisas prévias, realizadas na China, Coreia e Alemanha (HAISHAN et al., 2014; MORAIS et al., 2016; MEFFERT et al., 2015; YUN et al., 2018). Porém, nos estudos japoneses e norte-americanos, a presença familiar não foi considerada principal, mas sim fatores como *estar livre de dor*, *estar em paz com Deus*, *ser valorizado enquanto pessoa* e *confiar no médico* (MIYASHITA et al., 2015; HAMANO et al., 2017; STEINHAUSER, 2000). Enquanto na cultura brasileira, e de países asiáticos (exceto Japão), a família ocupa um lugar central, nos Estados Unidos da América (EUA), e outras populações ocidentais, o individualismo é mais valorizado, o que justifica o *controle físico e cognitivo* no fim da vida ser mais importante para eles (YUN et al., 2018). Em contrapartida, nessa pesquisa, o valor menos considerado de alta necessidade foi justamente o *controle físico e cognitivo*.

A influência cultural na percepção de morte digna vai desde a diferença quanto aos valores centrais, a preferência pelo local da morte (MIYASHITA et al., 2015). Até dentro de um mesmo país, grupos étnicos diferentes podem apresentar percepções e desejos distintos, como demonstrado por Steinhauser e colab. (2000), ao demonstrarem que os americanos afrodescendentes dão maior importância a receber *todo o tratamento possível* - o que pode estar relacionado a baixa crença na cultura médica branca.

Observou-se associação entre o gênero feminino e *boa relação com a família e equipe*. Esse resultado foi corroborado no estudo de Meffert e colab. (2015), que mostra que mulheres estudantes de medicina dão maior valor a “ter família para quem possa se expressar”, “reconciliar-se com pessoas” e “ter pessoas que a ouçam”, cofatores esses que estão relacionadas com o fator mencionado inicialmente.

Entender o papel do gênero, na tomada de decisão e preferências no final de vida, é importante para adequar a abordagem e a comunicação, visto que homens e mulheres têm percepções diferentes, pois, historicamente, vivem contextos e papéis distintos na sociedade e na família (GERE; HELWIG, 2012). Inclusive, no âmbito da saúde: as mulheres apresentam maior expectativa de vida, mas maior morbidade (física e mental), além de notadamente utilizarem mais os serviços de saúde do que os homens (MAYOR, 2015; BERTAKIS, 2009).

Outro fator fundamental na compreensão dos papéis do gênero, é a diferença da comunicação e interação médico-paciente, na qual as mulheres, quando pacientes, tendem a ter mais questionamentos com seus médicos e consultas mais longas (BERTAKIS, 2009; SHARMA et al., 2014; BERTAKIS; FRANKS; EPSTEIN, 2009; HALL; ROTER, 1995; SAEED et al., 2018). Já na outra ponta da relação médico-paciente, as médicas parecem dedicar mais tempo ao aconselhamento psicossocial, realizar mais atendimentos preventivos e terem maiores índices de satisfação de seus pacientes (BERTAKIS, 2009; BERTAKIS; FRANKS; EPSTEIN, 2009).

Salienta-se, assim, considerar o gênero - e suas implicações sociais, perfil de comunicação, relação médico-paciente e preferências no fim de vida - na percepção de morte digna, para que a abordagem aos pacientes possa ser individualizada.

A morte apresenta significados distintos ao longo da vida, e mudanças epidemiológicas e demográficas tem influenciado as suas causas, bem como a expectativa de vida (MENEZES; BARBOSA, 2013; OMRAN, 2005; POLLOCK; SEYMOUR, 2018).

Observou-se que houve associação entre idade maior do que 45 anos e *não ser uma fardo para os demais*, enquanto os mais jovens (< 45 anos) consideraram importante “contar com pessoas que possam ouvi-lo”. Na Coreia, Yun e colab. (2018) encontraram resultado semelhante, tanto entre a percepção de profissionais de saúde quanto a de pacientes com câncer e cuidadores, sendo que os com idade superior a 50 anos tiveram associação com *não ser um fardo para os demais*, enquanto os com idade inferior consideraram a importância da presença da família.

A diferença entre as faixas etárias podem ser explicadas, em parte, pelo fato de que, para os mais jovens, a morte está distante tanto temporalmente quanto pelo menor número de experiências a ela relacionadas (MEFFERT et al., 2015). Idosos, de maneira geral, já tiveram mais contato com o fim de vida e experienciaram problemas de saúde, o que os deixa mais próximos da finitude, mesmo que ainda de forma figurada e até mesmo inconsciente (MEFFERT et al., 2015; FREUD, 1957).

Segundo Freud, para conseguir lidar emocionalmente com a morte, quando confrontado com ela, o Homem cria formas de negar sua terminalidade (FREUD, 1957).

Por isso, a associação entre maior idade e *não ser um fardo para os demais*- fator que se refere ao desejo de manter-se auto-suficiente, sem gerar problemas à família, tende a corroborar esses fatos

(WANSSA, 2012). Por outro lado, os mais jovens demonstram necessitar mais do contato e apoio familiar, o que parece estar relacionado a necessidade de auxílio sobre o impacto emocional que a morte provoca neste grupo etário.

Além da relação entre o perfil demográfico e a percepção de morte digna, também observou-se associação com a religiosidade, o que é contemplado por consenso na literatura, inclusive na prática médica. (MEFFERT et al., 2015; STEINHAUSER, 2000; COHEN et al., 2008; SEALE, 2010).

As pessoas sem religiosidade mostraram ter mais necessidade de *não ser um fardo para os demais e controle do futuro*, o que tende a uma orientação materialista, guiada por princípios pessoais (WANSSA, 2012). Steinhauser e colab. (2000) também encontraram associação com ‘controlar o tempo e local de morte’ e a não ter religiosidade, em estudos com população de pacientes, familiares e médicos nos EUA. Estudantes de medicina, na Alemanha, que não praticavam nenhuma religião, consideraram mais importante “*não causar problemas aos outros*”, “*ser independente*”, “*viver como sempre*” e “*controlar o tempo como por eutanásia*”, cofatores que se relacionam a *não ser um fardo para os demais e controle do futuro*, corroborando o presente estudo (MEFFERT et al., 2015).

Além da influência na percepção de morte digna, a religiosidade parece, de alguma forma, afetar a prática médica no que compete ao cuidado de pacientes em fim de vida. Cohen e colab. (2008) demonstraram que médicos com religiosidade têm mais dificuldade em aceitar decisões de não-tratar, de realizar terapêuticas que possam acelerar a morte e de administrar drogas com potencial letal. Entretanto, observou-se que, na prática, esses mesmos indivíduos exerciam algumas dessas ações, demonstrando que o caráter ético e humanístico auxiliava a relativizar as suas decisões, e talvez eles mesmos não encarassem suas crenças de forma imperativa. Outros autores, evidenciaram que os médicos sem religiosidade tinham maior probabilidade de concordarem com eutanásia ou medidas que pudessem acelerar a morte (SEALE, 2010).

Desta forma, fica claro que a religiosidade impacta a percepção de morte digna, além de influenciar o exercício clínico da medicina. Entretanto, deve-se considerar que a prática da religião tem influenciado nesse impacto, mas que as crenças religiosas parecem não afetar de forma imperativa o trabalho médico (MEFFERT et al., 2015; COHEN et al., 2008).

A cultura profissional médica, e a experiência no exercício da profissão, modificam a percepção de morte³⁶ e geram discrepâncias entre si e a população geral, embora a literatura aponte que ambos compartilham a maioria das preferências e prioridades (YUN et al., 2018; STEINHAUSER, 2000; COTTRELL; DUGGLEBY, 2016; PAYNE; LANGLEY-EVANS; HILLIER, 1996). Para o aprimoramento da formação médica, e adequação do exercício profissional às necessidades dos pacientes, é necessário entender e explorar essas diferenças, sendo esperado que os médicos tenham uma visão biomédica da morte devido sua formação acadêmica (COTTRELL; DUGGLEBY, 2016).

Segundo Payne e colab. (1996), eles dão maior importância a ‘morte sem dor’, enquanto os pacientes valorizam o ‘morrer enquanto dormem’ e ‘morrer tranquilamente’. Outros autores observaram concordância, maior que 50%, na percepção de morte digna, entre a visão de médicos, cuidadores, familiares e pacientes (STEINHAUSER, 2000). Entretanto, mais do que os médicos, os pacientes valorizaram mais ‘estar mentalmente capaz’, ‘planejar seu funeral’, ‘sentir que a vida foi completa’, ‘não ser um fardo para os demais’, ‘ser capaz de ajudar os outros’ e ‘estar em paz com Deus’. Em uma pesquisa na Coreia, enquanto pacientes com câncer priorizaram *não ser um fardo para os demais e presença da família*, os médicos consideraram mais importante ‘sentir que a vida foi significativa’(relacionado ao fator *manutenção da esperança e do prazer*) e *presença da família* (YUN et al., 2018).

Esses achados negam o caráter estritamente biomédico na percepção de morte, por trazerem uma visão mais humanista, o que difere de estudos norte-americanos, onde o mais importante é estar ‘livre de dor’(YUN et al., 2018). Na amostra estudada, encontrou-se resultados similares ao estudo coreano, o que provavelmente ocorre por terem semelhança cultural em relação ao valor dado a família. Dessa forma pode-se inferir que as crenças e costumes de uma sociedade podem influenciar a percepção de um indivíduo, sobre morte digna, mais do que a cultura profissional.

Por ser um estudo transversal que aborda uma população específica de médicos, que atuam em um hospital de ensino no sul do Brasil, os dados não podem ser extrapolados para a realidade dos profissionais brasileiros. Concomitantemente, temos o caráter continental do país e diferenças culturais entre as suas regiões.

O viés de seleção também deve ser considerado por tratar-se de uma amostra de conveniência. É possível que o caráter humanista dos

participantes, na percepção de morte digna, possa ter sido influenciado por exercerem o seu trabalho em um hospital- escola, onde estão integrados serviço e ensino. Além disso, a mudança curricular recente na formação médica, focada em uma abordagem humana e integral, também pode ter influenciado esse resultado (MOREIRA; DIAS, 2015).

É essencial destacar que as pesquisas que abordam morte digna utilizam metodologias e/ou escalas distintas, o que dificulta a avaliação dos resultados, bem como abordam diferentes populações em países com culturas distintas; por exemplo, nas que utilizaram a escala original de Myashita e colab. (2008), esta foi adaptada ou reduzida por outros pesquisadores, gerando fatores e cofatores distintos.

A literatura sobre morte digna é escassa, especialmente do ponto de vista da percepção médica e do contexto sul-americano e brasileiro. Esse estudo traz sua contribuição ao demonstrar que os resultados obtidos aproximam-se da visão dos países asiáticos, ao mesmo tempo em que distanciam-se do individualismo característico dos EUA e do ocidente.

Salienta-se a importância de considerar o conceito de morte digna como um processo (que se inicia durante o estabelecimento prognóstico, manejo clínico, estabelecimento de vínculo entre médico e paciente e elaboração de diretivas antecipadas) e não como um momento, sendo melhor compreendido em sua longitudinalidade.

Considerando a influência de valores pessoais, culturais e experiências prévias; existe dificuldade em se encontrar um conceito universal de morte digna (HAISHAN et al., 2014). Por isso, os profissionais de saúde precisam compreender essa individualidade, levando em consideração os valores que a influenciam e respeitando a pluralidade de desejos e preferências. A sociedade médica, entidades reguladoras e governo podem prover condições adequadas para que esta pluralidade possa ser viabilizada, garantindo a todos uma morte digna (STEINHAUSER, 2000; SMITH; PERIYAKOIL, 2018).

Conclusão

A percepção de morte digna dos médicos valorizou aspectos sociais, como afetividade e convivência, ao priorizar os fatores *boa relação com a família, manutenção da esperança e do prazer e não ser um fardo para os demais*. Além de demonstrar que médicos com mais de 45 anos valorizaram mais *não ser um fardo para os demais*, que o gênero feminino considerou mais necessário *boa relação com a equipe de saúde e boas relações com a família* e que médicos sem religiosidade

consideraram mais importante *não ser um fardo para os demais e controle do futuro*.

Referências

ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **O que são Cuidados Paliativos**. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

BERTAKIS, Klea D.. The influence of gender on the doctor–patient interaction. **Patient Education And Counseling**, v. 76, n. 3, p.356-360, set. 2009. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.022>. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399109003243?via%3Dihub>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BERTAKIS, Klea D.; FRANKS, Peter; EPSTEIN, Ronald M.. Patient-Centered Communication in Primary Care: Physician and Patient Gender and Gender Concordance. **Journal Of Women's Health**, v. 18, n. 4, p.539-545, abr. 2009. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2008.0969>. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2008.0969>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. **Biblioteca Virtual da Saúde**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html - bibliografia transição demografica, pacientes cronicos brasil>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao>. Acesso em: 10 dez. 2018.

BRASIL. Portaria nº 19, de 03 de Janeiro de 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html>. Acesso em: 19 fev. 2019.

CHOCHINOV, Harvey Max et al. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. **The Lancet**, v. 360, n. 9350, p.2026-2030, dez. 2002. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)12022-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(02)12022-8). Disponível em: <[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736\(02\)12022-8](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736(02)12022-8)>. Acesso em: 11 out. 2018.

CHOCHINOV, Harvey Max. Dignity and the Eye of the Beholder. **Journal Of Clinical Oncology**, v. 22, n. 7, p.1336-1340, abr. 2004. <http://dx.doi.org/10.1200/jco.2004.12.095>. Disponível em: <<http://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2004.12.095>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

CHOCHINOV, Harvey Max. Dignity-Conserving Care - A New Model for Palliative Care. **Jama**, v. 287, n. 17, p.2253-2260, 1 maio 2002. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/194871>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

COHEN, Joachim et al. Influence of physicians' life stances on attitudes to end-of-life decisions and actual end-of-life decision-making in six countries. **Journal Of Medical Ethics**, v. 34, n. 4, p.247-253, 1 abr. 2008. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2006.020297>. Disponível em: <<https://jme.bmj.com/content/34/4/247.long>>. Acesso em: 27 out. 2018.

COTTRELL, Laura; DUGGLEBY, Wendy. The “good death”: An integrative literature review. **Palliative And Supportive Care**, v. 14, n. 06, p.686-712, 6 jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1017/s1478951515001285>. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/good-death-an-integrative-literature-review/87448E4A629A15B05571E68C8B359CA4>>. Acesso em: 27 out. 2018.

FREUD, Sigmund. Thoughts for the times on war and death. In: **The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works**. 1957. p. 273-300.

GERE, Judith; HELWIG, Charles C.. Young Adults' Attitudes and Reasoning About Gender Roles in the Family Context. **Psychology Of Women Quarterly**, v. 36, n. 3, p.301-313, 30 abr. 2012. <http://dx.doi.org/10.1177/0361684312444272>. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0361684312444272>>. Acesso em: 27 out. 2018.

HAISHAN, Huang et al. Preference of Chinese general public and healthcare providers for a good death. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 2, p.217-227, 30 maio 2014. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733014524760>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733014524760?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=neja>. Acesso em: 10 nov. 2018.

HALL, Judith A.; ROTER, Debra L.. Patient gender and communication with physicians: results of a community-based study. **Womens Health**, v. 1, n. 1, p. 77–95,1995.

HAMANO, Jun et al. Trust in Physicians, Continuity and Coordination of Care, and Quality of Death in Patients with Advanced Cancer. **Journal Of Palliative Medicine**, v. 20, n. 11, p.1252-1259, nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2017.0049>. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2017.0049?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=jpm>. Acesso em: 27 out. 2018.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: **Manual de Cuidados Paliativos**. 2009. Disponível em: <http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018.

MAYOR, Eric. Gender roles and traits in stress and health. **Frontiers In Psychology**, v. 6, p.779, 9 jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00779>. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.00779/full>>. Acesso em: 27 out. 2018.

MEFFERT, Cornelia et al. Perceptions of a Good Death Among German Medical Students. **Death Studies**, v. 39, n. 5, p.307-315, 7 abr. 2015. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2014.951496>. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07481187.2014.951496?journalCode=udst20>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MENEZES, Rachel Aisengart; BARBOSA, Patricia de Castro. A construção da "boa morte" em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2653-2662, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900020>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a20.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

MIYASHITA, Mitsunori et al. A Nationwide Survey of Quality of End-of-Life Cancer Care in Designated Cancer Centers, Inpatient Palliative Care Units, and Home Hospices in Japan: The J-HOPE Study. **Journal Of Pain And Symptom Management**, v. 50, n. 1, p.38-47, jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.01.007>. Disponível em: <[https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(15\)00061-5/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(15)00061-5/fulltext)>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MIYASHITA, Mitsunori et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. **Annals Of Oncology**, v. 18, n. 6, p.1090-1097, 10 abr. 2007. <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdm068>. Disponível em: <<https://academic.oup.com/annonc/article/18/6/1090/241498>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MIYASHITA, Mitsunori et al. Good Death Inventory: A Measure for Evaluating Good Death from the Bereaved Family Member's Perspective. **Journal Of Pain And Symptom Management**, v. 35, n. 5, p.486-498, maio 2008. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.07.009>. Disponível em: <[https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(08\)00054-7/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(08)00054-7/fulltext)>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MORAIS, Inês Motta de et al. Perception of “dignified death” for students and doctors. **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, p. 108-117, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241112>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n1/en_1983-8034-bioet-24-1-0108.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MOREIRA, Carlos Otávio Fiúza; DIAS, Maria Socorro de Arújo. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sciences**, v.40, n. 3, 2015. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcs/shs/article/view/811>>. Acesso em: 11 jan. 2019.

NUNES, Luiz Antônio Rizzatto. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: doutrina e jurisprudência**. Editora Saraiva, 2009.

OMRAN, Abdel R.. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p.731-757, 9 nov. 2005. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690264/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

PAYNE, Sheila Alison; LANGLEY-EVANS, Alison; HILLIER, Richard. Perceptions of a 'good' death: a comparative study of the views of hospice staff and patients. **Palliative Medicine**, v. 10, n. 4, p.307-312, out. 1996. <http://dx.doi.org/10.1177/026921639601000406>. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/026921639601000406>>. Acesso em: 27 out. 2018.

PESSINI, Leo; HOSSE, William Saad. Terminalidade da vida e o novo Código de Ética Médica. **Revista Bioethikos**, v. 4, n. 2, p. 127-129, 2010. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/76/127.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

POLLOCK, Kristian; SEYMOUR, Jane. Reappraising 'the good death' for populations in the age of ageing. **Age And Ageing**, v. 47, n. 3, p.328-330, 8 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afy008>. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ageing/article-abstract/47/3/328/4877321?redirectedFrom=fulltext>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

SAEED, Fahad et al. Preference for Palliative Care in Cancer Patients: Are Men and Women Alike?. **Journal Of Pain And Symptom Management**, v. 56, n. 1, p.1-6, jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.03.014>. Disponível em: <[https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(18\)30174-X/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(18)30174-X/fulltext)>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SCHEFFER, Mário et al. **Demografia médica no Brasil 2018**. 2018. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SEALE, Clive. The role of doctors' religious faith and ethnicity in taking ethically controversial decisions during end-of-life care. **Journal Of Medical Ethics**, v. 36, n. 11, p.677-682, 25 ago. 2010. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2010.036194>. Disponível em: <<https://jme.bmj.com/content/36/11/677.long>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

SHARMA, Rashmi K. et al. Male-female patient differences in the association between end-of-life discussions and receipt of intensive care near death. **Cancer**, v. 121, n. 16, p.2814-2820, 14 maio 2015. <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.29417>. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.29417>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

SMITH, Alexander K.; PERIYAKOIL, Vyjeyanthi S. Should We Bury “The Good Death”? **Journal Of The American Geriatrics Society**, v. 66, n. 5, p.856-858, 6 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.15321>. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.15321>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

STEINHAUSER, Karen E.. Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers. **Jama**, v. 284, n. 19, p.2476-2482, 15 nov. 2000. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.284.19.2476>. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/193279>>. Acesso em: 27 out. 2018.

WANSSA, Maria do Carmo Demasi. **Morte Digna e Lugar Onde Morrer**. Universidade do Porto, 2012.

WHO. World Health Organization. Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment throughout the Life Course. **Journal Of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy**, v. 28, n. 2, p.130-134, 29 abr. 2014. <http://dx.doi.org/10.3109/15360288.2014.911801>. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/15360288.2014.911801?journalCode=ippc20>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

YUN, Young Ho et al. Priorities of a “good death” according to cancer patients, their family caregivers, physicians, and the general population:

a nationwide survey. **Supportive Care In Cancer**, v. 26, n. 10, p.3479-3488, 22 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-018-4209-y>.
Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-018-4209-y>>. Acesso em: 27 out. 2018.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção de morte digna dos médicos valorizou aspectos sociais, como afetividade e convivência, ao priorizar os fatores *boa relação com a família, manutenção da esperança e do prazer e não ser um fardo para os demais*, além de demonstrar que idade, sexo e religiosidade podem alterar a percepção sobre este tema.

REFERÊNCIAS

ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **O que são Cuidados Paliativos**. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

BERTAKIS, Klea D.. The influence of gender on the doctor–patient interaction. **Patient Education And Counseling**, v. 76, n. 3, p.356-360, set. 2009. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.022>. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399109003243?via%3Dihub>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BERTAKIS, Klea D.; FRANKS, Peter; EPSTEIN, Ronald M.. Patient-Centered Communication in Primary Care: Physician and Patient Gender and Gender Concordance. **Journal Of Women's Health**, v. 18, n. 4, p.539-545, abr. 2009. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2008.0969>. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2008.0969>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. **Biblioteca Virtual da Saúde**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html - bibliografia transição demografica, pacientes cronicos brasil>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao>. Acesso em: 10 dez. 2018.

BRASIL. Portaria nº 19, de 03 de Janeiro de 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html>. Acesso em: 19 fev. 2019.

CHOCHINOV, Harvey Max et al. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. **The Lancet**, v. 360, n. 9350, p.2026-2030, dez. 2002. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)12022-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(02)12022-8). Disponível em: <[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736\(02\)12022-8](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736(02)12022-8)>. Acesso em: 11 out. 2018.

CHOCHINOV, Harvey Max. Dignity and the Eye of the Beholder. **Journal Of Clinical Oncology**, v. 22, n. 7, p.1336-1340, abr. 2004.

<http://dx.doi.org/10.1200/jco.2004.12.095>. Disponível em:
<<http://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2004.12.095>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

CHOCHINOV, Harvey Max. Dignity-Conserving Care - A New Model for Palliative Care. **Jama**, v. 287, n. 17, p.2253-2260, 1 maio 2002. American Medical Association (AMA).
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>. Disponível em:
<<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/194871>>.
Acesso em: 10 nov. 2018.

COHEN, Joachim et al. Influence of physicians' life stances on attitudes to end-of-life decisions and actual end-of-life decision-making in six countries. **Journal Of Medical Ethics**, v. 34, n. 4, p.247-253, 1 abr. 2008. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2006.020297>. Disponível em:
<<https://jme.bmj.com/content/34/4/247.long>>. Acesso em: 27 out. 2018.

COTTRELL, Laura; DUGGLEBY, Wendy. The “good death”: An integrative literature review. **Palliative And Supportive Care**, v. 14, n. 06, p.686-712, 6 jan. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1017/s1478951515001285>. Disponível em:
<<https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/good-death-an-integrative-literature-review/87448E4A629A15B05571E68C8B359CA4>>. Acesso em: 27 out. 2018.

FREUD, Sigmund. Thoughts for the times on war and death. In: **The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works**. 1957. p. 273-300.

GERE, Judith; HELWIG, Charles C.. Young Adults' Attitudes and Reasoning About Gender Roles in the Family Context. **Psychology Of Women Quarterly**, v. 36, n. 3, p.301-313, 30 abr. 2012.
<http://dx.doi.org/10.1177/0361684312444272>. Disponível em:
<<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0361684312444272>>.
Acesso em: 27 out. 2018.

HAISHAN, Huang et al. Preference of Chinese general public and healthcare providers for a good death. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 2,

p.217-227, 30 maio 2014. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733014524760>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733014524760?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=neja>. Acesso em: 10 nov. 2018.

HALL, Judith A.; ROTER, Debra L.. Patient gender and communication with physicians: results of a community-based study. **Womens Health**, v. 1, n. 1, p. 77–95,1995.

HAMANO, Jun et al. Trust in Physicians, Continuity and Coordination of Care, and Quality of Death in Patients with Advanced Cancer. **Journal Of Palliative Medicine**, v. 20, n. 11, p.1252-1259, nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2017.0049>. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2017.0049?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=jpm>. Acesso em: 27 out. 2018.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: **Manual de Cuidados Paliativos**. 2009. Disponível em: <http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018.

MAYOR, Eric. Gender roles and traits in stress and health. **Frontiers In Psychology**, v. 6, p.779, 9 jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00779>. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.00779/full>>. Acesso em: 27 out. 2018.

MEFFERT, Cornelia et al. Perceptions of a Good Death Among German Medical Students. **Death Studies**, v. 39, n. 5, p.307-315, 7 abr. 2015. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2014.951496>. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07481187.2014.951496?journalCode=udst20>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MENEZES, Rachel Aisengart; BARBOSA, Patricia de Castro. A construção da "boa morte" em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2653-2662, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900020>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a20.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

MIYASHITA, Mitsunori et al. A Nationwide Survey of Quality of End-of-Life Cancer Care in Designated Cancer Centers, Inpatient Palliative Care Units, and Home Hospices in Japan: The J-HOPE Study. **Journal Of Pain And Symptom Management**, v. 50, n. 1, p.38-47, jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.01.007>. Disponível em: <[https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(15\)00061-5/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(15)00061-5/fulltext)>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MIYASHITA, Mitsunori et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. **Annals Of Oncology**, v. 18, n. 6, p.1090-1097, 10 abr. 2007. <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdm068>. Disponível em: <<https://academic.oup.com/annonc/article/18/6/1090/241498>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MIYASHITA, Mitsunori et al. Good Death Inventory: A Measure for Evaluating Good Death from the Bereaved Family Member's Perspective. **Journal Of Pain And Symptom Management**, v. 35, n. 5, p.486-498, maio 2008. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.07.009>. Disponível em: <[https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(08\)00054-7/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(08)00054-7/fulltext)>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MORAIS, Inês Motta de et al. Perception of “dignified death” for students and doctors. **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, p. 108-117, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241112>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n1/en_1983-8034-bioet-24-1-0108.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MOREIRA, Carlos Otávio Fiúza; DIAS, Maria Socorro de Arújo. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sciences**, v.40, n. 3, 2015. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcs/shs/article/view/811>>. Acesso em: 11 jan. 2019.

NUNES, Luiz Antônio Rizzatto. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana**: doutrina e jurisprudência. Editora Saraiva, 2009.

OMRAN, Abdel R.. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p.731-757, 9 nov. 2005. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690264/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

PAYNE, Sheila Alison; LANGLEY-EVANS, Alison; HILLIER, Richard. Perceptions of a 'good' death: a comparative study of the views of hospice staff and patients. **Palliative Medicine**, v. 10, n. 4, p.307-312, out. 1996. <http://dx.doi.org/10.1177/026921639601000406>. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/026921639601000406>>. Acesso em: 27 out. 2018.

PESSINI, Leo; HOSSE, William Saad. Terminalidade da vida e o novo Código de Ética Médica. **Revista Bioethikos**, v. 4, n. 2, p. 127-129, 2010. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/76/127.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

POLLOCK, Kristian; SEYMOUR, Jane. Reappraising 'the good death' for populations in the age of ageing. **Age And Ageing**, v. 47, n. 3, p.328-330, 8 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afy008>. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ageing/article-abstract/47/3/328/4877321?redirectedFrom=fulltext>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

SAEED, Fahad et al. Preference for Palliative Care in Cancer Patients: Are Men and Women Alike?. **Journal Of Pain And Symptom Management**, v. 56, n. 1, p.1-6, jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.03.014>. Disponível em: <[https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(18\)30174-X/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(18)30174-X/fulltext)>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SCHEFFER, Mário et al. **Demografia médica no Brasil 2018**. 2018. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SEALE, Clive. The role of doctors' religious faith and ethnicity in taking ethically controversial decisions during end-of-life care. **Journal Of Medical Ethics**, v. 36, n. 11, p.677-682, 25 ago. 2010.

<http://dx.doi.org/10.1136/jme.2010.036194>. Disponível em: <<https://jme.bmj.com/content/36/11/677.long>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

SHARMA, Rashmi K. et al. Male-female patient differences in the association between end-of-life discussions and receipt of intensive care near death. **Cancer**, v. 121, n. 16, p.2814-2820, 14 maio 2015.

<http://dx.doi.org/10.1002/cncr.29417>. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.29417>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

SMITH, Alexander K.; PERIYAKOIL, Vyjeyanthi S. Should We Bury “The Good Death”? **Journal Of The American Geriatrics Society**, v. 66, n. 5, p.856-858, 6 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.15321>. Disponível em:

<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.15321>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

STEINHAUSER, Karen E.. Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers. **Jama**, v. 284, n. 19, p.2476-2482, 15 nov. 2000.

<http://dx.doi.org/10.1001/jama.284.19.2476>. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/193279>>. Acesso em: 27 out. 2018.

WANSSA, Maria do Carmo Demasi. **Morte Digna e Lugar Onde Morrer**. Universidade do Porto, 2012.

WHO. World Health Organization. Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment throughout the Life Course.

Journal Of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy, v. 28, n. 2, p.130-134, 29 abr. 2014.

<http://dx.doi.org/10.3109/15360288.2014.911801>. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/15360288.2014.911801?journalCode=ippc20>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

YUN, Young Ho et al. Priorities of a “good death” according to cancer patients, their family caregivers, physicians, and the general population:

a nationwide survey. **Supportive Care In Cancer**, v. 26, n. 10, p.3479-3488, 22 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-018-4209-y>.
Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-018-4209-y>>. Acesso em: 27 out. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Formulário Padrão

Versão reduzida da escala de percepção de morte digna (EPMD)
INSTRUÇÕES. A seguir, você encontrará afirmações que podem, em maior ou menor medida, ser empregadas para definir uma “**morte boa**” (digna). Por favor, considere cada uma e circule um número na escala de resposta ao lado para indicar em que medida você considera necessário ou desnecessário o que é enfatizado. Não existe resposta certa ou errada.

Afirmações	Escala de Necessidade						
	Totalmente desnecessário	Desnecessário	Algo desnecessário	Mais ou menos necessário	Algo necessário	Necessário	Totalmente necessário
1) Viver como se estivesse em casa	1	2	3	4	5	6	7
2) Não mudar sua aparência	1	2	3	4	5	6	7
3) Conhecer quanto tempo de vida restará	1	2	3	4	5	6	7
4) Reconciliar-se com as pessoas	1	2	3	4	5	6	7
5) Contar com pessoas que possam ouvi-lo(a)	1	2	3	4	5	6	7
6) Não demonstrar sua fraqueza física e mental à família	1	2	3	4	5	6	7
7) Ser capaz de estar no lugar preferido	1	2	3	4	5	6	7
8) Não ser um fardo para membros da família	1	2	3	4	5	6	7
9) Estar preparado(a) para morrer	1	2	3	4	5	6	7
10) Não ser dependente de equipamentos médicos ou tubos	1	2	3	4	5	6	7
11) Ser mentalmente capaz de tomar decisões, ser lúcido(a)	1	2	3	4	5	6	7
12) Estar calmo(a), relaxado(a)	1	2	3	4	5	6	7
13) Viver positivamente	1	2	3	4	5	6	7
14) Desfrutar tempo suficiente com a família	1	2	3	4	5	6	7
15) Ter a sensação de que vale a pena viver	1	2	3	4	5	6	7
16) Viver em circunstâncias tranquilas	1	2	3	4	5	6	7
17) Ter um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) com quem conversar sobre medos da morte	1	2	3	4	5	6	7
18) Controlar o tempo de vida, como por meio da eutanásia	1	2	3	4	5	6	7
19) Ter uma enfermeira com quem se sinta confortável	1	2	3	4	5	6	7
20) Não ser tratado(a) como um objeto ou uma criança	1	2	3	4	5	6	7
21) Ser independente nas atividades diárias	1	2	3	4	5	6	7
22) Dizer adeus às pessoas queridas	1	2	3	4	5	6	7
23) Acreditar que foram utilizados todos os tratamentos disponíveis	1	2	3	4	5	6	7
24) Não trazer problemas para os demais	1	2	3	4	5	6	7

Questionário Demográfico:

Instruções:

Solicitamos a gentileza de responder as perguntas que seguem. Lembramos que este questionário é tratado com confidencialidade e que não é necessária a sua identificação.

1. Sexo: Feminino () Masculino ()
2. Idade: () anos completos
3. Religião () ou ausência de religião () (descreva):
4. Médico () Aluno () Residente ()
5. Se aluno: 1 ano () 6 ano ()
6. Se, médico, qual sua especialidade médica:
7. Se médico residente, qual a Residência que está realizando:
7. Se médico, escreva o tempo de formado em anos completos:
8. Você se considera saudável? Sim () Não ()
9. Você teve alguma perda familiar recente? Sim () Não ()
10. Você lidou recentemente com a morte de um paciente seu? Sim ()
Não ()

APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de Santa Catarina Hospital Universitário
Polydoro Ernani de São Thiago Campus Universitário - Trindade –
Florianópolis – SC

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Preservar a dignidade do paciente que se aproxima da morte é dever profissional do médico. Os fatores que constituem uma morte digna, no entanto, dependem dos valores de cada indivíduo. Entender a opinião de profissionais e estudantes de medicina sobre esses fatores pode contribuir com o desenvolvimento de projetos que tenham como objetivo melhorar o desenvolvimento das habilidades e atitudes necessárias para uma boa atuação profissional diante da morte de um paciente. Queremos contribuir com esses futuros projetos, e por esta razão estamos elaborando este estudo que está associado aos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) dos acadêmicos de Medicina da UFSC Leonardo Antonio Coimbra Moreira e Luis Augusto Defreyen Tenconi e ao projeto de dissertação de mestrado profissionalizante de Fernanda Zanatta do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Paliativos da UFSC.

Você está sendo **convidado** a participar deste estudo, que segue as diretrizes e normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A sua participação é estritamente **voluntária**. Você poderá retirar o seu consentimento, sem necessidade de fornecer qualquer justificativa, em qualquer etapa do estudo. Ao participar deste estudo você não obterá nenhum benefício direto, já que a legislação brasileira impede qualquer compensação financeira pela sua participação. No entanto, como participante de pesquisa você está coberto por uma série de direitos de acordo com a resolução 466/2012 do CNS, tais como direito a confidencialidade e ressarcimento em caso de prejuízos decorrentes de sua participação.

Este estudo não é um teste de conhecimento. Ele tem como objetivo identificar a **opinião pessoal** dos participantes sobre fatores que contribuem para uma morte digna. Sua resposta será tratada com

rigorosa **confidencialidade**, e para garantir a privacidade de sua identidade o questionário será respondido anonimamente por você. Os resultados poderão ser publicados em encontros ou revistas científicas, que mostrarão apenas os os resultados como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação relacionada a sua privacidade. No caso remoto de quebra de confidencialidade, involuntária ou não intencional de nossa parte, você tem direito a reparações nos termos da legislação vigente.

Durante o preenchimento do questionário estaremos inteiramente disponíveis para esclarecimentos sobre o conteúdo do mesmo caso você nos solicite. Além disso, informamos que em qualquer momento do andamento deste estudo, caso você tenha alguma dúvida sobre o questionário, projeto ou acesso aos seus direitos, você poderá entrar em contato com os pesquisador responsável pelo e-mail ou telefone que estão abaixo. Comprometemo-nos a informar os participantes sobre os desfechos da pesquisa e datas de defesa dos TCCs e dissertação de mestrado profissionalizante associadas ao projeto.

A sua participação nesta pesquisa **não impõe a você nenhum custo financeiro**. No entanto, caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial comprovadamente decorrentes da sua participação neste estudo, você poderá solicitar indenização de acordo com a legislação vigente. Duas vias deste documento estão sendo assinadas por você e um dos pesquisadores. Recomendamos que você guarde cuidadosamente a sua via pois é documento que traz informações sobre seus direitos e contatos tanto do pesquisador responsável como do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC.

Porque o questionário aborda o tema de final de vida, o preenchimento do mesmo pode trazer alguma consternação a alguns participantes, em especial àqueles que já tenham tido experiência pessoal de acompanhar o processo de doença e morte de uma pessoa querida, que estejam emocionalmente fragilizados ou em luto recente. Neste caso, reforçamos o **caráter voluntário da participação**. Estaremos muito gratos por sua atenção ainda que, por qualquer razão, você opte por não participar.

Estaremos à disposição para qualquer esclarecimento,
Lara Patricia Kretzer, Fernanda Naspolini Zanatta, Leonardo Antonio Coimbra Moreira, Luís Augusto Defreyen Tenconi, Lizana Arend Henrique e Ana Maria Nunes de Faria Stamm.

Eu,

_, RG _____, declaro que em ___/___/___ concordei em participar do projeto de pesquisa intitulado **“Morte Digna: Opinião de Acadêmicos de Medicina, Médicos Residentes e Médicos Contratados de uma Instituição de Ensino Superior de Santa Catarina”** após estar devidamente esclarecido(a) sobre os objetivos do trabalho e os termos de minha participação acima referidos. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também por um dos pesquisadores do projeto, sendo que uma destas cópias se destina a mim.

Assinatura do Participante

Pesquisador

Assinatura do

Contatos para maiores esclarecimentos sobre a pesquisa ou direitos dos participantes:

Lara Patricia Kretzer – Responsável pelo estudo

Médica da Comissão de Cuidado Paliativos e Controle da Dor –
HU/UFSC Coordenadora da Residência em Medicina Paliativa –
HU/UFSC Rua Frei Caneca, 14/604 Florianópolis/SC 88025-000
(48) 999737027
larakretzer@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC

Prédio da Reitoria II Rua Desembargador Vitor Lima, 222 – Sala 401
Trindade – Florianópolis/SC (48) 3721-6094
cep.propesq@contato.ufsc.br

APÊNDICE 3 - Relação entre fatores e cofatores

Fator I: Manutenção da esperança e do prazer –

Cofator 1 - Viver como se estivesse em casa

Cofator 13 - Viver positivamente

Cofator 15 - Ter a sensação de que vale a pena viver

Cofator 16 - Viver em circunstâncias tranquilas

Fator II: Boa relação com a equipe profissional de saúde-

Cofator 4 - Reconciliar-se com as pessoas

Cofator 7 - Ser capaz de estar no lugar preferido

Cofator 17 - Ter um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) com quem conversar sobre medos da morte

Cofator 19 - Ter uma enfermeira com quem se sinta confortável

Fator III: Controle físico e cognitivo-

Cofator 2 - Não mudar sua aparência

Cofator 6 - Não demonstrar sua fraqueza física e mental à família

Cofator 11 – Ser mentalmente capaz de tomar decisões, ser lúcido(a)

Cofator 21 - Ser independente nas atividades diárias

Fator IV: Não ser um fardo para os demais –

Cofator 8 - Não ser um fardo para membros da família

Cofator 10 - Não ser dependente de equipamentos médicos ou tubos

Cofator 20 - Não ser tratado(a) como um objeto ou uma criança

Cofator 24 - Não trazer problemas para os demais

Fator V: Boas relações com a família-

Cofator 5 - Contar com pessoas que possam ouvi-lo(a)

Cofator 12 - Estar calmo(a), relaxado(a)

Cofator 14 - Desfrutar tempo suficiente com a família

Cofator 23 - Acreditar que foram utilizados todos os tratamentos disponíveis

Fator VI: Controle do futuro-

Cofator 3 - Conhecer quanto tempo de vida restará

Cofator 9 - Estar preparado(a) para morrer

Cofator 18 - Controlar o tempo de vida, como por meio da eutanásia

Cofator 22 - Dizer adeus às pessoas queridas

ANEXOS

ANEXO 1 - Normas editoriais do periódico Revista Bioética

Normas editoriais

A *Revista Bioética* é uma publicação científica em acesso aberto que disponibiliza na íntegra em português, espanhol e inglês, artigos de bioética e ética médica aprovados em sistema duplo cego. Idealizada pelo Conselho Federal de Medicina para fomentar a discussão multidisciplinar e plural, volta-se à formação acadêmica e ao aperfeiçoamento constante dos profissionais de saúde. Sua linha editorial, composição e a atuação do Corpo Editorial, são completamente independentes da plenária do CFM. Os autores são responsáveis pelas informações divulgadas nos artigos, que não expressam, necessariamente, a posição oficial do CFM.

Crítérios para aceitação de trabalhos

A *Revista Bioética* não cobra pela submissão, edição ou publicação de manuscritos. Serão aceitos, apenas em versão *online*, manuscritos inéditos de natureza conceitual, documental, resultantes de pesquisa ou experiências no campo da bioética ou ética médica, e revisões críticas relacionadas a essas temáticas. Todos os manuscritos serão submetidos ao escrutínio dos editores, do Corpo Editorial e de pareceristas *ad hoc* em sistema duplo cego e devem receber dois pareceres de aprovação.

A *Revista Bioética* recusará manuscritos que contrariem os Princípios Fundamentais da Constituição brasileira e, em específico, os artigos 1o; 3o; e 4o que garantem os direitos humanos e o repúdio ao racismo.

Após recebido, o manuscrito é conferido quanto ao tamanho do texto (máximo de 6.000 palavras) e do resumo (até 150 palavras), bem como formatado e verificado quanto à originalidade no programa de plágio Plagius (Detector de Plágio Profissional). Os resultados apontados pelo programa são criteriosamente analisados para verificar se as indicações referem-se a citações ou a cópias indevidas. Nesta fase são também conferidas as referências, conferindo se estão completas, corretamente numeradas e apresentadas no Estilo Vancouver, em conformidade com as normas editoriais – que podem ser encontradas no site <http://revistabioetica.cfm.org.br>, em português, inglês e espanhol. Caso seja necessária alguma correção ou complementação os autores

terão 30 dias para realizá-la, pois caso contrário o trabalho será **retirado** da pauta editorial.

Se todos esses critérios estiverem atendidos, o manuscrito segue para edição inicial, na qual são observados conteúdo, adequação à linha editorial, aspectos ortográficos e gramaticais, e conferidas as palavras-chave no banco dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O trabalho passa pela primeira avaliação editorial na qual são verificadas a correção das informações no que diz respeito ao uso dos conceitos, lógica, metodologia e adequação de referências.

Caso se identifique a necessidade de alterar ou complementar algum desses aspectos, o manuscrito retornará aos autores para ajustes e estes terão novamente 30 dias para realizá-los. Da mesma forma que na etapa anterior, após esse prazo o trabalho será **retirado** da pauta editorial. Se a quantidade ou característica das alterações identificadas forem consideradas significativas, o manuscrito poderá ser recusado com orientação de possível reapresentação, mediante o cumprimento das especificações indicadas. Se nesta etapa não for necessário realizar nenhuma alteração, inicia-se a fase seguinte do processo editorial.

Após o recebimento da versão inicial retificada, tem início a etapa de avaliação do trabalho pelos pareceristas. Os integrantes do Corpo Editorial e os pareceristas *ad hoc* têm 15 dias após o recebimento do texto para emitir o parecer, que pode ser: aprovação; necessita alterações; deve ser reexaminado após alterações; ou não aprovado. Os critérios considerados nas avaliações são: enquadramento à linha editorial, originalidade das ideias apresentadas, atualidade, clareza do texto, adequação da linguagem, relevância das informações, coerência e lógica conceitual e metodológica. Além desses aspectos, são analisados o título, o resumo, a indicação e o nome das partes do manuscrito, a indicação dos objetivos, o método, a apresentação de resultados, a discussão e as considerações finais. São verificadas ainda as referências, considerando sua adequação e atualização.

O critério para seleção dos pareceristas busca contemplar a mais ampla diversidade analítica possível, em consonância com a interdisciplinaridade do campo da bioética. Cada artigo é enviado para avaliador com formação na área específica do trabalho (especialidades da saúde e biologia, direito, filosofia, ciências sociais etc.), para outro que estude ou já tenha discutido o tema (iniquidades em saúde, direitos humanos, aborto, distanásia, genética, ética em pesquisa etc.) e, ainda, para bioeticista com formação *lato* ou *stricto sensu* em bioética para avaliar a utilização de conceitos e categorias éticas. Para a aprovação final, pode ser necessária nova adequação ou reformulação de partes do

artigo, título ou referências, conforme recomendado no parecer sumulado, ao que os autores deverão responder em até 20 dias.

Em qualquer etapa os editores reservam-se o direito de promover alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical nos textos, com vistas a manter o padrão culto da língua e a melhor compreensão dos artigos, respeitando, porém, o estilo dos autores. Caso os autores decidam pela não publicação do manuscrito, após a edição inicial, a versão editada pela *Revista Bioética* pertencerá à mesma, não podendo ser enviada a outro periódico. A versão final copidescada, com revisão ortográfica e gramatical será submetida aos autores para aprovação. Entretanto, a revisão final do artigo diagramado nos três idiomas bem como as provas de gráfica não serão enviadas aos autores, assim como a tradução dos artigos para o inglês e o espanhol, publicados *online* no sítio da revista e no SciELO.

Requisitos para apresentação de trabalhos

- Serão aceitos manuscritos inéditos, em português, espanhol ou inglês. Trabalhos publicados em repositório institucional não são considerados inéditos.
- Em cada idioma, devem ser seguidas as regras ortográficas correntes. • Os trabalhos apresentados devem ser postados na página da *Revista Bioética* no link: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/abou/submissions#onlineSubmissions em formato *Rich Format Text* (RTF) do Word.
- Não serão aceitos – em hipótese alguma – trabalhos em formato PDF.
- Poderão ser retirados após a submissão os manuscritos nos quais se identificar o uso do recurso “controle de alterações”.
- Os trabalhos não podem ter sido encaminhados concomitantemente a outros periódicos.
- As opiniões e os conceitos apresentados nos artigos, a procedência e a exatidão das citações são de responsabilidade dos autores.
- Serão sumariamente recusados manuscritos que reproduzirem na totalidade ou em partes, sem a devida referência, trabalhos de outros autores, bem como artigo, ou parte substancial deste, já publicado pelo próprio autor.

Identificação de artigos

- Os manuscritos devem ser acompanhados por folha inicial que deve trazer o título do artigo, o nome completo do autor, sua maior titulação acadêmica, endereço eletrônico, vinculação institucional, considerando programa, departamento e faculdade (no caso de estudantes e professores) além de cidade, estado e país.
- Como item separado, informar o nome completo do primeiro autor, o endereço postal, que será publicado no rodapé da página inicial dos artigos, e o número de telefone, que não será publicado e utilizado exclusivamente para troca de informações com a equipe editorial em caráter de urgência. Pede-se ainda o endereço eletrônico de todos os autores, que também serão publicados no rodapé da página inicial.
- Caso o primeiro autor não seja o responsável pelo contato com os demais autores acerca de revisões até a aprovação final do trabalho, especificar nome, telefone e endereço eletrônico do responsável. • As colaborações individuais de cada autor na elaboração do manuscrito devem ser especificadas ao final.
- Em seguida, também ao final, acrescentar o nome dos autores com seus respectivos ORCID.
- Caso o trabalho tenha sido anteriormente submetido a outro periódico e não publicado, deve-se identificar o referido veículo e, se necessário, comprovar que o trabalho não será publicado naquele periódico.

Formatação de artigos

- **Os artigos devem ser formatados em tamanho de página A4, fonte Calibri, tamanho 10, espaço 1,5, margens de 2,5, em alinhamento justificado.**
- Os títulos devem ser **destacados em verde** e escritos na forma corrente, ou seja, somente são grafados em maiúscula a primeira letra da sentença e os nomes próprios. Não deve haver entrada de parágrafo ou qualquer outra marca de formatação que aumente ou diminua a distância entre eles.
- As páginas devem ser numeradas consecutivamente.
- O texto deverá ter até 6.000 palavras. O limite de palavras não inclui as referências, a identificação do trabalho e os resumos nas três línguas, considerados à parte.

- Os artigos em português devem trazer um resumo conciso, com no máximo 150 palavras, além de tradução para espanhol e inglês (*resumen* e *abstract*). O título também deve ser conciso e explicativo (até 10 palavras), apresentado nos três idiomas.
- Cada resumo deve ser acompanhado de no mínimo três e no máximo sete palavras-chave, descritoras do conteúdo do trabalho e que possam auxiliar sua indexação múltipla. As palavras-chave **devem** ser retiradas do banco de Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (<http://www.bireme.br/php/decsws.php>) e listadas ao final dos resumos no idioma original, em espanhol e inglês, grafadas com inicial maiúscula e separadas por ponto.
- Sugere-se que os textos sejam divididos em seções, com títulos e subtítulos, quando necessário. Cada uma dessas partes ou subpartes deve ser destacada em **verde**, nunca por numeração progressiva. Para explicitar um subtítulo dentro de um título, deve ser usado o recurso *itálico*.
- Quando um autor for citado no corpo do texto, colocar unicamente o número da referência ao final da citação, em fonte sobrescrita, conforme exemplo: Potter ¹.
- Tratados internacionais citados no corpo do texto devem ser grafados em itálico (exemplo: *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* ou *Declaração de Helsinki*).
- Não serão aceitos trabalhos com notas de rodapé. Toda e qualquer explicação ou consideração deve ser inserida no corpo do texto.

Artigos de pesquisa

- A publicação de trabalhos de pesquisa envolvendo seres humanos é de responsabilidade dos autores e deve estar em conformidade com as *Normas e Diretrizes para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos* (Resolução CNS 466/12), considerando ainda os princípios da *Declaração de Helsinki* da Associação Médica Mundial (1964 e reformulações subsequentes, anteriores a 2008), além de atender à legislação específica do país onde a pesquisa foi desenvolvida. Pesquisas empreendidas no Brasil devem informar o número do parecer de aprovação no Sistema CEP/Conep, além de anexar, na plataforma de submissão, a cópia do parecer de aprovação.

- A *Revista Bioética* apoia as políticas de registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Internacional Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional em acesso aberto de informação sobre estudos clínicos. Portanto, só serão aceitos artigos de pesquisa sobre ensaios clínicos que tenham recebido número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS/ICMJE, o qual deve ser apresentado ao final do resumo.
- Pesquisas com animais não humanos devem ter a aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais (Ceua), atendendo às recomendações da Diretriz Brasileira para o Cuidado e a Utilização de Animais (DBCA).
- A descrição do método de pesquisa deve ser completa e detalhada. É indispensável identificar quais foram os sujeitos de pesquisa, *como*, *onde* e *quando* foi realizado o estudo, quais técnicas de levantamento e análise de dados foram empregadas, incluindo o nome dos programas utilizados e medidas de mensuração adotadas.
- Quando da aprovação de artigos de pesquisa, os autores devem enviar um termo de responsabilidade referente ao conteúdo do trabalho, atestando, inclusive, a inexistência de conflito de interesse que possa ter influenciado os resultados.

Autorização para publicação

A *Revista Bioética* considera que a sua submissão à análise dos editores e do Corpo Editorial caracterizam a aceitação para publicação. Quando aceito o artigo, todos os autores devem enviar a autorização para publicação da versão final do trabalho por meio eletrônico; o principal autor também deve fazê-lo por escrito, na forma de carta, assinada de próprio punho, endereçada à *Revista Bioética*, conforme modelo enviado pelos editores. Os artigos publicados estarão sob a guarda da *Revista Bioética*, que deve ser citada em caso de reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico.

Referências

- As referências, em sua maioria, seguirão as normas propostas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, no

Estilo

Vancouver:

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

- Só serão aceitos artigos com referências citadas literalmente ou indicadas no corpo do texto. • As referências devem ser indicadas em algarismos arábicos sobrescritos (por exemplo, Potter ²) e numeradas consecutivamente, pela ordem em que forem sendo citadas. Todas as referências devem ser listadas, ao final do artigo, na ordem numérica correspondente.
- Não serão aceitos – em hipótese alguma – artigos com referências feitas por meio de recursos de formatação de programas de edição de texto, como “Controle de alterações”, “Notas de rodapé” e/ou “Notas de fim”.
- Não serão aceitos artigos com referências em ordem alfabética.
- As referências citadas apenas em quadros ou legendas de figuras devem estar de acordo com a sequência estabelecida.
- Todas as citações de outras fontes apresentadas no texto devem fazer parte das referências, incluindo documentos, tratados, reportagens, livros e capítulos de livros.
- Nas referências, artigos com vários autores devem incluir até seis nomes, seguidos de *et al.* quando esse número for excedido.
- Deve-se sempre buscar a referência original que se quer destacar e evitar referência de segunda ordem, ou seja, quando o autor citado está se referindo a outro. Se o *apud* for inevitável, isso deve ser explicitado no texto. Por exemplo: “Analisando o trabalho de Potter, Pessini ³ descreve...”.
- Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. Títulos de livros, local e nome de editoras não devem ser abreviados. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade dos autores.
- **Todos** os artigos de periódico científico devem informar o endereço eletrônico e data de acesso no rol das referências ao final.

Quadros e ilustrações

Cada artigo só pode ser acompanhado de – no máximo – **três** quadros, tabelas ou figuras – formatados no corpo do texto, **abertos**

para a revisão e não copiados em formato de imagem ou PDF. Devem ser numerados sequencialmente e indicar a fonte das informações apresentadas na parte inferior. Nos quadros, identificar as medidas estatísticas de variações, como o desvio padrão e o erro padrão da média.

Exemplos de citação de referências Artigos em periódicos científicos

- Listar até os seis primeiros autores. Mais de seis, listar os seis primeiros e acrescentar “*et al.*”.

Garcia ME, Braggio EF, Martins ABK, Goulart LQ, Rubinsky A, César LO *et al.* Análise de dados dos exames periódicos efetuados nos trabalhadores da Universidade de São Paulo. Rev Med Hosp Univ. 2000;10:28-9.

Tongu MT, Bison SHDF, Souza LB, Scarpi MJ. Aspectos epidemiológicos do traumatismo ocular fechado contuso. Arq Bras Oftalmol. 2001;64:157-61.

Artigo em periódico online

Fortes PAC. A bioética em um mundo em transformação. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2011 ago [acesso 22 dez 2011]; 19(2):319-27. Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/630/657

Artigos de revista

Molven O. O ombudsman do paciente: a experiência norueguesa. Rev Direito Sanit [Internet]. 2007 [acesso 2 out 2017];8(2):105-55. Disponível: <https://bit.ly/2KR74dG>

Livros

Autores individuais

Martin LM. A ética médica diante do paciente terminal: leitura ético-teológica da relação médico-paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica. Aparecida: Santuário; 1993.

Capítulo de livro

Rego S, Palácios M, Schramm FR. Alocação de recursos na assistência materna-infantil. In: Schramm FR, Braz M, organizadores. Bioética e

saúde. Novos tempos para mulheres e crianças?. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 81-104. (Coleção Criança, Mulheres e Saúde).

Atas de conferência, congresso e encontro

Relatório Final da 10a Conferência Nacional de Saúde: 1998 set 2-6; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. [acesso 30 out 2018] Disponível: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_10.pdf

Outras publicações

Artigo de jornal

Schwartzman H. Hipócrates doidão. Maconha não é remédio, é uma droga psicoativa especialmente complexa. Folha de S. Paulo. colunas e blogs; 15 maio 2018 [acesso 17 maio 2018] Disponível: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/helioschwartzman/2018/05/hipocrates-doidao.shtml>

Texto legal – Legislação publicada – NBR 6.028

Brasil. Lei no 8.974, de 5 de janeiro de 1995. Normas para o uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados. Diário Oficial da União. Brasília, v. 403, no 5, p. 337-9, 6 jan 1995. Seção 1.

Dicionário e referências semelhantes

Stedman. Dicionário médico. 25a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996. Apraxia; p. 91.

Texto clássico

The Winter's Tale: act 5, scene 1, lines 13-6. The complete works of William Shakespeare. Londres: Rex; 1973.

Material não publicado/aguardando publicação

Livro

Martins-Costa J. A reconstrução do direito privado: reflexos dos princípios constitucionais e dos direitos fundamentais no direito privado. São Paulo: Editora Jabuticaba; (no prelo).

Artigo

Garrafa V. Reflexões bioéticas sobre ciência, saúde e cidadania. Revista Bioética (no prelo).

Material didático

Ibáñez-Novion MA. O ritual do corpo entre os Nacirema. Brasília: Universidade de Brasília; 1998. [Tradução do original de Minner H para uso restrito em sala de aula]. (mimeo)

Comunicações:

bioetica@portalmedico.org.br

Conselho Federal de Medicina. SGAS 915, Lote 72.

Brasilia/DF, Brasil. CEP 70390-150.

Telefone: +55 (61) 3445.5932

ANEXO 2 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Morte Digna: Opinião de Acadêmicos de Medicina, Médicos Residentes e Médicos Contratados e Concursados de uma Instituição de Ensino Superior de Santa Catarina

Pesquisador: Lara Patricia Kretzer

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71111317.4.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.345.838

Apresentação do Projeto:

O presente estudo tem como objetivo contribuir para a ampliação do debate sobre o papel dos profissionais médicos diante da morte a partir da identificação da opinião de estudantes de medicina, médicos residentes e médicos que atuam tanto a nível ambulatorial quanto a nível hospitalar sobre os fatores que contribuem para uma morte digna. Identificar o conjunto de opiniões sobre o tema e a relação entre estas opiniões e o perfil dos sujeitos estudados pode contribuir com o planejamento de projetos de educação médica dedicados ao desenvolvimento de habilidades e atitudes que facilitem um melhor desempenho dos profissionais médicos diante de pacientes que estão próximos à morte.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar e comparar as opiniões sobre os fatores que contribuem para uma morte digna entre estudantes de medicina da UFSC, médicos residentes do HU/UFSC e médicos vinculados ao HU/UFSC que atuam a nível ambulatorial e hospitalar.

Objetivos secundários: Identificar a opinião de estudantes de medicina de primeiro e de último ano da UFSC sobre os fatores que contribuem para a morte digna e identificar a presença de relação entre estas opiniões, dados demográficos e etapas de curso universitário.

Identificar a opinião de médicos residentes do HU/UFSC sobre os fatores que contribuem para a morte digna e identificar a presença de relação entre estas opiniões, dados demográficos, ano de residência e especialidade em treinamento.

Identificar a opinião de médicos que atuam a nível ambulatorial e a nível hospitalar vinculados ao HU/UFSC sobre os fatores que contribuem para a morte digna e identificar a presença de relação entre estas opiniões, dados demográficos e nível de complexidade em que atuam.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O questionário aborda o tema de final de vida o preenchimento do mesmo pode trazer alguma consternação a alguns participantes, em especial àqueles que já tenham tido experiência pessoal de acompanhar o processo de doença e morte de uma pessoa querida, que estejam emocionalmente fragilizados ou em luto recente.

Benefícios:

Benéfico é a ampliação do debate sobre a morte digna.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante pois possibilitará uma discussão sobre o acompanhamento de pacientes em estágio terminal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pedimos atenção dos pesquisadores ao item —Conclusões ou pendências e listas de inadequações!.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apresentado de forma adequada.

Considerações Finais a critério do CEP: Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

FLORIANOPOLIS, 24 de Outubro de 2017.

**Assinado por YLMAR
CORREA NETO
(Coordenador)**

ANEXO 3 - Comprovante de Submissão do Artigo



REVISTA
Bioética

[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#) [PESQUISA](#) [ATUAL](#) [ANTERIORES](#) [NOTÍCIAS](#) [NORMAS EDITORIAIS](#)
[COLABORAÇÃO AD HOC](#) [ABERTURA](#) [CFM](#)

Capa > Usuário > Autor > **Submissões Ativas**

Submissões Ativas

ATIVO ARQUIVO

ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
2087	02-18	ART	Zanatta, Stamm, Kretzer, Teixeira,....	MORTE DIGNA: A PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DE UM HOSPITAL DE ENSINO	Aguardando designação

1 a 1 de 1 itens

Iniciar nova submissão
 CLIQUE AQUI para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

ISSN: 1983-8034