



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Zanatta, Fernanda Napolini; Stamm, Ana Maria Nunes de Faria; Kretzer, Lara Patrícia; Teixeira, Saskia Pereira; Arruda, Fernanda Wolff da Silva

Morte digna: percepção de médicos de hospital de ensino

Revista Bioética, vol. 28, núm. 1, 2020, Janeiro-Março, pp. 119-127

Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281374>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361570650015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UAEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

PESQUISA

Morte digna: percepção de médicos de hospital de ensino

Fernanda Naspolini Zanatta¹, Ana Maria Nunes de Faria Stamm¹, Lara Patrícia Kretzer¹, Saskia Pereira Teixeira¹,
Fernanda Wolff da Silva Arruda¹

1. Departamento de Clínica Médica, Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis/SC, Brasil.

Resumo

Com o objetivo de identificar a percepção de morte digna de médicos de hospital de ensino, propõe-se estudo transversal, com amostra por conveniência (100 médicos), utilizando a versão reduzida da escala de percepção de morte digna. Todos os fatores do instrumento foram considerados de alta necessidade, enfatizando-se boa relação com a família (98,9%), manutenção da esperança e do 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 um fardo para os demais; e os sem religião, não ser um fardo 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 los médicos de un hospital de enseñanza

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 el 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. Personabilidad. Cuidados paliativos.

Abstract

Dignified death: The perception of doctors in a teaching hospital

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 relationship 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.

Keywords: Death. Right to die. Personhood. Palliative care.

Aprovação CEP-UFSC CAAE 71111317.4.0000.0121

Declaram não haver conflito de interesse.

Com a transição demográfica em decurso no mundo, e mais recentemente no Brasil, a expectativa de vida geral tem aumentado, ampliando também a prevalência de doenças crônicas¹ incuráveis, como câncer e enfermidades degenerativas. A medicina, cada vez mais especializada e focada em tecnologias duras, tem contribuído para que indivíduos acometidos por essas enfermidades vivam por mais tempo.

Neste contexto, os cuidados paliativos têm ocupado o centro das atenções nas políticas de saúde em todo o mundo. Considerando o volume de pacientes que necessitam desses cuidados, a Organização Mundial da Saúde² solicitou aos países-membros, em 2014, o compromisso de desenvolver serviços com boa relação custo-benefício, educação continuada na formação de profissionais de saúde e produção científica para assegurar a excelência em medicina paliativa.

No Brasil, já em 2002 o Ministério da Saúde³ lançou diretrizes sobre cuidados paliativos e tratamento da dor, estabelecendo que essa assistência deve ser realizada de forma coordenada nos três níveis de atenção à saúde para garantir a integralidade e o acompanhamento contínuo. Em 2005 foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos⁴, que atua com o Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina na regulamentação profissional e que estabeleceu critérios de qualidade e legislação pertinentes. Em 2009, os cuidados paliativos foram incluídos no Código de Ética Médica como princípio fundamental⁵.

Seja em âmbito nacional ou internacional, o objetivo dessas medidas é facilitar o acesso a cuidados paliativos de qualidade, visando melhorar a qualidade de vida e controlar sintomas físicos, emocionais, espirituais e sociais²⁻⁴. Para cuidados mais adequados, argumenta-se que preservar a dignidade do paciente é um dos princípios éticos mais básicos⁶.

O conceito de dignidade foi construído e modificado historicamente⁷. Na Antiguidade, por exemplo, estava ligado a posição e reconhecimento social; por sua vez, o estoicismo o posicionava como fator diferenciador entre seres humanos e demais criaturas, principalmente quanto à liberdade individual de construir e guiar o próprio destino. Atualmente a dignidade pertence ao âmbito dos direitos fundamentais de toda pessoa humana, ideia que se configura como valor supremo e consta na Constituição Federal brasileira de 1988⁸, onde é considerada um dos fundamentos da República.

Quando o paciente está sob cuidados paliativos é crucial assegurar sua dignidade, inclusive no momento da morte, sendo necessário considerar que a forma como o indivíduo percebe que é visto pelos demais se relaciona à sua própria percepção de dignidade^{9,10}. No sentido de prover melhor cuidado a esses enfermos e promover fim de vida digno, vários estudos têm procurado estabelecer o que é “morte digna”¹¹⁻¹⁴. Nesse conceito estão incluídos controle de sintomas, não ser um fardo para outros, ter boa relação com familiares e equipe de saúde, escolher o local da morte e manter a dignidade e seu controle no processo de morrer¹¹⁻¹⁴.

Para isso, a escala de percepção de morte digna (EPMD)^{12,13}, elaborada no Japão, validada e simplificada no Brasil, tem sido utilizada em pesquisas que demonstram que essa percepção pode variar de acordo com a população estudada, membros da família enlutados^{11,12,15}, profissionais de saúde¹⁶ e estudantes^{17,18}.

Compreendendo a importância de assegurar morte digna a pacientes sob cuidados paliativos e de legitimar esse conceito entre profissionais de saúde, propõe-se avaliar a percepção de médicos que atuam em hospital público de ensino sobre o tema. Associa-se essa percepção ao perfil demográfico, ao sentimento de perceber-se saudável e à experiência prévia com morte de familiar ou paciente. Espera-se que esta avaliação possa guiar o planejamento da educação e o exercício da profissão médica no país, resultando em cuidado paliativo seguro e eficiente ao propiciar também morte digna⁶.

Método

Trata-se de estudo transversal, com amostra por conveniência inicial de 100 médicos e/ou médicos professores, de um total de 300 (33,3% – 100/300), que atuam em assistência e/ou ensino no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/Ufsc). Utilizou-se formulário-padrão com questionário demográfico, perguntas relacionadas ao tema e a versão reduzida da EPMD. Da amostra inicial, nove médicos foram excluídos por preenchimento incompleto do instrumento, totalizando 91 (30,3% – 91/300) participantes. Para caracterização da amostra, foram consideradas as variáveis independentes sexo (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 paciente seu?”.

A versão reduzida da EPMD foi desenvolvida e validada por Wanssa¹³, após ser adaptada para o contexto brasileiro por Wanssa e colaboradores em 2012, tendo como base a escala original elaborada por Miyashita e colaboradores¹¹ em língua japonesa. É composta por 24 cofatores (COF) associados à morte digna, que se distribuem igualmente em seis fatores de acordo com o domínio específico (*manutenção da esperança e do prazer; boa relação com a equipe profissional de saúde; controle físico e cognitivo; não ser um fardo para os demais; boas relações com a família e controle do futuro*¹⁹). A resposta a cada cofator é expressa e ponderada em escala tipo Likert (1=totalmente desnecessário; 2=desnecessário; 3=algo desnecessário; 4=mais ou menos necessário; 5=algo necessário; 6=necessário; 7=totalmente necessário).

O formulário-padrão foi aplicado por três das cinco autoras e/ou por membros do Comitê de Cuidados Paliativos do HU/Ufsc, com a anuência da direção-geral do hospital. Os participantes foram recrutados em seu local de trabalho para responder à pesquisa entre novembro de 2017 e março de 2018.

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. Observou-se distribuição não normal a partir da aplicação do teste de Shapiro-Wilk, complementado pela avaliação de assimetria e curtose e pela análise de curvas e histogramas²⁰. A variável “idade” foi dividida em dois grupos (≤ 44 e ≥ 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 sete pontos a cada um de seus quatro COF. Assim, eles variaram de no mínimo quatro 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 a partir da média (16) entre baixa necessidade (4 a 16) e alta necessidade (17 a 28) para morte digna.

O teste U de Mann-Whitney foi aplicado para avaliar associação entre fatores/COF e variáveis independentes²¹. Foi considerado nível de significância estatística de 5%, com intervalo de confiança de 95%, e a análise foi realizada no programa Statistical

Package for the Social Sciences para Windows, versão 25.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Ufsc e seguiu as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Resoluções 510/2016²² e 466/2012²³, que regulamentam pesquisas 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 amostra por conveniência composta por 91 médicos de hospital público de ensino, 51,6% dos respondentes eram homens e 48,4%, mulheres, predominando o grupo com idade igual ou superior a 45 anos (53,8% vs. 46,2%) e de pessoas com religião (75,8% vs. 24,2%); entre estas, a maioria se autodeclarou católica (60,8%), seguida por outras religiões não especificadas (24,6%), espíritas (13%) e evangélicos (1,4%). A maior parte considerou-se saudável (93,4%) e declarou não ter tido perda recente de familiar ou paciente (60,4%).

Fatores e cofatores da versão reduzida da EPMD vs. variáveis independentes

Os participantes consideraram todos os seis fatores como de alta necessidade para a morte digna, sendo o mais importante “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” (78%) (Tabela 1).

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

Tabela 1. Distribuição percentual de fatores para morte digna e sua necessidade (Florianópolis/SC, Brasil, 2019)

Fator	Importância (%)	Necessidade	Mediana
1. Manutenção da esperança e do prazer	97,8%	Alta*	25**
2. Boa relação com a equipe profissional de saúde	91,2%	Alta	23
3. Controle físico e cognitivo	78,0%	Alta	19
4. Não ser um fardo para os demais	92,3%	Alta	23
5. Boas relações com a família	98,8%	Alta	25
6. Controle do futuro	90,1%	Alta	22

* Alta necessidade: escores de 17 a 28; baixa necessidade: escores de 4 a 16; ** mediana dos escores: mediana do somatório da pontuação dos quatro cofatores que compõem o fator na escala Likert de sete pontos.

Sexo

As medianas (M) foram maiores no grupo de mulheres na avaliação dos fatores 2 e 5 (respectivamente, M-mulheres=23,5, desvio-padrão (DP)=3,459, M-homens=21, DP=4,188, e M-mulheres=26, DP=2,317, M-homens=24, DP=2,416). Verificou-se associação

significativa entre sexo 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, $p=0,015$). A Tabela 2 expressa os resultados do teste U de Mann-Whitney (nível de significância $p<0,05$; intervalo de confiança 95%).

Tabela 2. Relação entre fatores para morte digna e perfil demográfico, ser saudável e experiência prévia (Florianópolis/SC, Brasil, 2019)

Fator	Sexo	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

Observaram-se valores superiores da mediana no sexo feminino na relação entre o perfil demográfico e os COF 17 e 23 (respectivamente, M-mulheres=6, DP=1,363, M-homens=5, DP=1,781, e M-mulheres=6, DP=1,311, M-homens=5,49, DP=1,249). As mulheres consideraram mais necessários os COF

“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). Os demais COF não apresentaram associação significativa com nenhuma das variáveis.

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

Cofator	Sexo	Idade	Religião	Ser saudável	Perda familiar recente	Morte recente de paciente
5	0,900	0,046	0,53	0,235	0,944	0,728
8	0,553	0,015	0,131	0,987	0,724	0,255
9	0,563	0,846	0,029	0,881	0,949	0,299
11	0,650	0,736	0,034	0,103	0,501	0,932
12	0,125	0,280	0,117	0,08	0,096	0,352
17	0,016	0,951	0,630	0,606	0,937	0,255
18	0,606	0,215	0,003	0,655	0,154	0,824
19	0,314	0,280	0,219	0,711	0,135	0,035
23	0,031	0,882	0,266	0,739	0,621	0,126
24	0,902	0,017	0,066	0,908	0,877	0,679

Idade

Pessoas com idade igual ou maior que 45 anos ($M \geq 45 = 24$, $DP = 3,907$) consideraram mais necessário do que as mais jovens ($M \leq 44 = 22$, $DP = 3,608$) “não ser um fardo para os demais” (fator 4, $p = 0,033$). “Contar com pessoas que possam ouvi-lo(a)” teve associação significativa com o grupo de até 44 anos de idade (COF 5, $p = 0,046$; $média \leq 44 = 6,6$, $DP = 0,798$ vs. $média \geq 45 = 6,33$, $DP = 0,899$, com valor da $M = 7$ para ambos os grupos etários), enquanto o grupo acima de 45 anos considerou mais necessário “não ser um fardo para membros da família” (COF 8, $p = 0,015$; $M \geq 45 = 6$, $DP = 1,685$ vs. $M \leq 44 = 5$, $DP = 1,55$) e “não trazer problemas para os demais” (COF 24, $p = 0,017$; $M \geq 45 = 6$, $DP = 1,58$ vs. $M \leq 44 = 5$, $DP = 1,473$).

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 que tinham crença religiosa (respectivamente, M sem religião = 25, $DP = 2,819$ vs. M com religião = 22, $DP = 3,97$, e M sem religião = 24, $DP = 3,23$ vs. M com religião = 21, $DP = 3,953$).

Também houve associação significativa entre a falta de religião e os COF “estar preparado para morrer” (COF 9, $p = 0,029$); “ser mentalmente capaz de tomar decisões, ser lúcido(a)” (COF 11, $p = 0,034$); e “controlar o tempo de vida, como por meio da eutanásia” (COF 18, $p = 0,003$). As medianas foram maiores no grupo sem religião para esses três COF (respectivamente, $M = 7$, $DP = 0,944$; $M = 7$, $DP = 1,601$; $M = 6$, $DP = 1,826$ para os sem religião vs. $M = 6$, $DP = 1,39$; $M = 6$, $DP = 1,313$; $M = 4$, $DP = 1,753$ para os com religião).

Sentir-se saudável

Não houve associação estatisticamente significativa entre a variável “sentir-se saudável” e cada um dos seis fatores. Entretanto, pessoas que se consideraram saudáveis perceberam como necessário “estar calmo(a), relaxado(a)” (COF 12, $p = 0,008$), com valor da mediana superior aos que não se consideraram saudáveis (respectivamente, M sim = 6, $DP = 0,808$ vs. M não = 5,5, $DP = 1,941$). Não houve associação entre fatores ou COF 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 necessária “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, $p = 0,035$), com valor da média superior ($média$ sim = 5,78, $DP = 1,312$ vs. $média$ não = 5,07, $DP = 1,654$), porém com a mesma mediana (M sim e M não = 6).

Quanto à alta ou baixa necessidade para morte digna, a análise bivariada relacionada aos fatores e às variáveis independentes não mostrou diferença estatisticamente significativa (teste qui-quadrado ou teste de Fisher).

Discussão

A percepção dos participantes desta pesquisa foi abrangente ao considerar os seis fatores da versão reduzida da EPMD como de alta necessidade para morte digna. Entre esses, os fatores com maior frequência foram “boas relações com a família” (98,9%), “manutenção da esperança e do prazer” (97,8%) e “não ser um fardo para os demais” (92,3%). 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 achado também de pesquisas anteriores realizadas na China¹⁶, Coreia do Sul²⁴ e Alemanha¹⁸. Porém, nos estudos japoneses^{25,26} e estadunidenses²⁷, a presença familiar não foi considerada principal, e sim fatores como estar livre de dor, estar em paz com Deus¹², ser valorizado enquanto pessoa²⁵ e confiar no médico²⁶. Enquanto na cultura brasileira e de países asiáticos a família ocupa lugar central, nos Estados Unidos (EUA) e em outras populações ocidentais o individualismo é mais valorizado, o que justifica o fato de o controle físico e cognitivo no fim da vida ser mais importante para eles²⁶. Em contrapartida, nesta pesquisa o fator 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 à preferência pelo local da morte²⁷. Até em um mesmo país, grupos étnicos diferentes podem ter percepções e desejos distintos, como apontado por Steinhauer e colaboradores²⁷ ao demonstrarem que americanos afrodescendentes dão mais importância a receber todos os tratamentos disponíveis – o que pode estar relacionado à baixa crença na cultura médica branca. Neste estudo, observou-se associação entre o sexo feminino e “boa relação com a família” e “com a equipe profissional de saúde”. Esse resultado corrobora o estudo de Meffert e

colaboradores¹⁸, que mostra que mulheres estudantes de medicina dão maior valor a ter família para quem possam se expressar, reconciliar-se com pessoas e ter alguém que as ouça, COF relacionados ao fator de “boa relação com a família”.

Entender o papel do gênero na tomada de decisão e preferências no final da 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 família²⁸. Vale ainda observar, no âmbito da saúde, que mulheres têm maior expectativa de vida, mas maior morbidade (física e mental)²⁹, além de notadamente utilizarem mais serviços de saúde do que os homens³⁰.

Outro fator fundamental na compreensão dos papéis de gênero é a diferença da comunicação e interação entre médico e paciente^{30,31}; mulheres, quando pacientes, tendem a questionar mais seus médicos^{32,33} e a ter consultas mais longas³⁴. Já na outra ponta da relação, as médicas parecem dedicar mais tempo ao aconselhamento psicossocial, realizar mais atendimentos preventivos e ter maiores índices de satisfação de seus pacientes³⁰. Salienta-se, assim, a importância de 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 com os pacientes possa ser individualizada.

A idade também demonstrou ser variável significativa na associação aos fatores, uma vez que indivíduos veem a morte de maneiras distintas ao longo da vida³⁵. Além disso, mudanças epidemiológicas^{36,37} e demográficas¹ têm influenciado as causas de morte e, por consequência, a expectativa de vida³⁷.

Em nosso estudo, observou-se associação entre idade maior do que 45 anos e “não ser um fardo para os demais”, enquanto os mais jovens (≤44 anos) consideraram mais importante “contar com pessoas que possam ouvi-lo”. Na Coreia do Sul, Yun e colaboradores²⁴ encontraram resultado semelhante, tanto na percepção de profissionais de saúde quanto na de pacientes com câncer e cuidadores. No caso, aqueles com mais de 50 anos de idade foram associados a “não ser um fardo para os demais”, enquanto os mais jovens consideraram a importância da presença da família.

Essas diferenças entre 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 relacionadas¹⁸. Idosos, de maneira geral, já

tiveram mais contato com o fim de vida e passaram por problemas de saúde, o que os deixa mais próximos da finitude, mesmo que ainda de forma figurada e até inconsciente^{18,38}.

Segundo Freud³⁸, para lidar emocionalmente com a morte, o ser humano cria formas de negar sua terminalidade, o que parece ser corroborado pela associação entre maior idade e “não ser um fardo para os demais” – fator que se refere ao desejo de manter-se autossuficiente, sem gerar problemas à família¹³. Por outro lado, os mais jovens ressaltaram mais o contato e apoio familiar, o que parece estar relacionado à necessidade de auxílio sobre o impacto emocional que a morte provoca neste grupo etário.

Além da relação entre perfil demográfico e percepção de morte digna, também se constatou associação com a religiosidade, o que é contemplado na literatura^{18,27,39,40} e também na prática médica^{39,40}. As pessoas sem crença religiosa mostraram-se mais preocupadas em “não ser um fardo para os demais” e “controlar o futuro”, revelando orientação materialista, guiada por princípios pessoais¹³. Steinhäuser e colaboradores²⁷ também associaram tempo e local de morte e não ter religião em estudo com população de pacientes, familiares e médicos nos EUA. Na Alemanha, estudantes de medicina que não praticavam nenhuma religião consideraram mais importante não causar problemas aos outros; ser independente; viver como sempre; e controlar o tempo como por eutanásia¹⁸, COF que se relacionam a “não ser um fardo para os demais” e “controle do futuro”, como corroborado por este estudo.

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 colaboradores³⁹ indicam que médicos com crença religiosa têm mais dificuldade em aceitar decisões de não tratar, utilizar terapêuticas que possam acelerar a morte e administrar drogas potencialmente letais. Entretanto, na prática esses mesmos indivíduos exerciam algumas dessas ações, ou seja, o caráter ético e humanístico auxiliava a relativizar suas decisões, e talvez eles mesmos não encarassem suas crenças de forma imperativa.

Do mesmo modo, Seale⁴⁰ evidenciou que médicos sem religião tinham mais probabilidade de concordar com eutanásia ou medidas que pudessem acelerar a morte. Desta forma, fica claro que a religião afeta a percepção de morte digna, além de influenciar o exercício clínico da medicina. Entretanto, apesar desse impacto¹⁸, deve-se considerar que as crenças religiosas parecem não afetar de forma imperativa o trabalho médico³⁹.

A cultura médica e a experiência no exercício da profissão modificam a percepção de morte⁴¹ e geram discrepâncias entre médicos e população geral, embora a literatura aponte que ambos compartilham a maioria das preferências e prioridades^{24,27,41,42}. Para aprimorar a formação médica e adequar o exercício profissional às necessidades dos pacientes, é necessário entender e explorar essas diferenças, sendo esperado que os médicos tenham visão biomédica da morte⁴¹ devido à formação acadêmica.

Segundo Payne, Langley-Evans e Hillier⁴², médicos dão maior importância a morte sem dor, enquanto os pacientes valorizam morrer enquanto dormem e tranquilamente. Outros autores²⁵ observaram que médicos, cuidadores, familiares e pacientes concordaram em mais de 50% sobre sua percepção de morte digna. Entretanto, mais do que os médicos, os pacientes valorizaram 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 Deus²⁵.

Em pesquisa na Coreia do Sul, 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 família²⁴. Esses achados negam o caráter estritamente biomédico da percepção de morte por trazerem visão mais humanista, o que difere de pesquisas estadunidenses, nas quais o mais importante é estar livre de dor²⁷. Na amostra estudada, os resultados foram similares ao estudo coreano, o que provavelmente decorre da semelhança cultural da valorização da família. Dessa forma, pode-se inferir que crenças e costumes sociais influenciam mais a compreensão do indivíduo sobre morte digna do que a cultura profissional.

Apesar disso, por ser estudo transversal que aborda população específica de médicos, os dados desta pesquisa não podem ser extrapolados para a realidade geral dos profissionais brasileiros. Deve-se considerar, sobretudo, o caráter continental do país e as diferenças culturais entre as regiões. O viés de seleção também deve ser considerado por se tratar de amostra por conveniência. É possível que o caráter humanista da percepção de morte digna dos participantes

tenha sido influenciado por exercerem seu trabalho em um hospital-escola, onde serviço e ensino estão integrados. Além disso, a recente mudança curricular na formação médica focada em abordagem humana e integral⁴³ também pode ter influenciado o resultado.

É essencial destacar que as pesquisas que tratam de morte digna utilizam métodos e/ou escalas diferentes, o que dificulta comparar os resultados, e abordam diferentes populações em países com culturas distintas. Por exemplo, há estudos que utilizaram versão da escala de Miyashita e colaboradores¹² adaptada ou reduzida por outros pesquisadores, gerando fatores e COF distintos.

Considerações finais

A literatura sobre morte digna é escassa, especialmente do ponto de vista da percepção médica e do contexto sul-americano e brasileiro. Este estudo contribui com a discussão ao demonstrar que os resultados obtidos se aproximam da visão de países asiáticos, ao mesmo tempo que se distanciam do individualismo característico dos EUA e do mundo ocidental de maneira geral.

Considerando a influência de valores pessoais, culturais e experiências prévias¹⁶, é difícil encontrar conceito universal de morte digna. Por isso, os profissionais de saúde precisam compreender essa individualidade, levando em consideração valores que a influenciam e respeitando a pluralidade de desejos e preferências. A sociedade médica, as entidades reguladoras e o governo podem prover condições adequadas para que esta pluralidade seja viabilizada, garantindo a todos uma morte digna^{25,44}.

A análise dos dados desta pesquisa demonstrou que 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 disso, verificou-se que idade, sexo e religiosidade podem alterar a percepção sobre o tema, apontando para a importância de abordagem mais plural com pacientes próximos ao fim da vida, entendendo suas necessidades caso a caso.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 50-2, 2 abr 2014 [acesso 6 maio 2019]. Seção 1. Disponível: <http://bit.ly/2ToAgkh>

2. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. *J Pain Palliat Care Pharmacother* [Internet]. 2014 [acesso 6 maio 2019];28(2):130-4. DOI: 10.3109/15360288.2014.911801
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 19, de 3 de janeiro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 4 jan 2002 [acesso 6 maio 2019]. Disponível: <http://bit.ly/2TrRD3v>
4. O que são cuidados paliativos. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos* [Internet]. 2017 [acesso 6 maio 2019]. Disponível: <http://bit.ly/2tmRnbp>
5. Pessini L, Hossne WS. Terminalidade da vida e o novo Código de Ética Médica. *Bioethikos* [Internet]. 2010 [acesso 6 maio 2019];4(2):127-9. Disponível: <http://bit.ly/2FRXkQj>
6. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
7. Nunes LAR. O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: doutrina e jurisprudência. 3ª ed. São Paulo: Saraiva; 2009.
8. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, nº 191-A, p. 1-32, 5 out 1988 [acesso 6 maio 2019]. Disponível: <http://bit.ly/2p1MWjW>
9. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *Lancet* [Internet]. 2002 [acesso 6 maio 2019];360(9350):2026-30. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)12022-8
10. Chochinov HM. Dignity and the eye of the beholder. *J Clin Oncol* [Internet]. 2004 [acesso 6 maio 2019];22(7):1336-40. DOI: 10.1200/jco.2004.12.095
11. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* [Internet]. 2007 [acesso 6 maio 2019];18(6):1090-7. DOI: 10.1093/annonc/mdm068
12. Miyashita M, Morita T, Sato K, Hirai K, Shima Y, Uchitomi Y. Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2008 [acesso 6 maio 2019];35(5):486-98. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2007.07.009
13. Wanssa MCD. Morte digna e lugar onde morrer: percepção de pacientes oncológicos e de seus familiares [tese] [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2012 [acesso 6 maio 2019]. Disponível: <http://bit.ly/389RVQP>
14. Chochinov HM. Dignity-conserving care: a new model for palliative care. *Jama* [Internet]. 2002 [acesso 6 maio 2019];287(17):2253-60. DOI: 10.1001/jama.287.17.2253
15. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil 2018 [Internet]. São Paulo: FMUSP; 2018 [acesso 6 maio 2019]. Disponível: <http://bit.ly/3ag1Shp>
16. Haishan H, Hongjuan L, Tieying Z, Xuemei P. Preference of Chinese general public and healthcare providers for a good death. *Nurs Ethics* [Internet]. 2015 [acesso 6 maio 2019];22(2):217-27. DOI: 10.1177/0969733014524760
17. Moraes IM, Nunes R, Cavalcanti T, Soares AKS, Gouveia VV. Percepção da “morte digna” por estudantes e médicos. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2016 [acesso 6 maio 2019];24(1):108-17. DOI: 10.1590/1983-80422016241112
18. Meffert C, Stöbel U, Körner M, Becker G. Perceptions of a good death among German medical students. *Death Stud* [Internet]. 2015 [acesso 6 maio 2019];39(5):307-15. DOI: 10.1080/07481187.2014.951496
19. Wanssa MCD. Op. cit. p. 170.
20. Paes AT. Por dentro da estatística: o que fazer quando a distribuição não é normal? *Einstein: Educ Contin Saúde* [Internet]. 2009 [acesso 20 dez 2019];7(1 Pt 2):3-4. Disponível: <https://bit.ly/2HloOP8>
21. Sullivan GM, Artino AR Jr. Analyzing and interpreting data from Likert-type scales. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2013 [acesso 20 dez 2019];5(4):541-2. DOI: 10.4300/JGME-5-4-18
22. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, nº 98, p. 44, 24 maio 2016 [acesso 17 jan 2020]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/367aLXb>
23. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, nº 12, p. 59, 13 jun 2013 [acesso 17 jan 2020]. Disponível: <https://bit.ly/2KeJPu8>
24. Yun YH, Kim KN, Sim JA, Kang E, Lee J, Choo J *et al.* Priorities of a “good death” according to cancer patients, their family caregivers, physicians, and the general population: a nationwide survey. *Support Care Cancer* [Internet]. 2018 [acesso 6 maio 2019];26(10):3479-88. DOI: 10.1007/s00520-018-4209-y
25. Miyashita M, Morita T, Sato K, Tsuneto S, Shima Y. 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. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2015 [acesso 6 maio 2019];50(1):38-47. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.01.007
26. Hamano J, Morita T, Fukui S, Kizawa Y, Tunetou S, Shima Y *et al.* Trust in physicians, continuity and coordination of care, and quality of death in patients with advanced cancer. *J Palliat Med* [Internet]. 2017 [acesso 6 maio 2019];20(11):1252-9. DOI: 10.1089/jpm.2017.0049

27. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *Jama* [Internet]. 2000 [acesso 6 maio 2019];284(19):2476-82. DOI: 10.1001/jama.284.19.2476
28. Gere J, Helwig CC. Young adults' attitudes and reasoning about gender roles in the family context. *Psychol Women Q* [Internet]. 2012 [acesso 6 maio 2019];36(3):301-13. DOI: 10.1177/0361684312444272
29. Mayor E. Gender roles and traits in stress and health. *Front Psychol* [Internet]. 2015 [acesso 6 maio 2019];6:779. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00779
30. Bertakis KD. The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2009 [acesso 6 maio 2019];76(3):356-60. DOI: 10.1016/j.pec.2009.07.022
31. Sharma RK, Prigerson HG, Penedo FJ, Maciejewski PK. Male-female patient differences in the association between end-of-life discussions and receipt of intensive care near death. *Cancer* [Internet]. 2015 [acesso 6 maio 2019];121(16):2814-20. DOI: 10.1002/cncr.29417
32. Bertakis KD, Franks P, Epstein RM. Patient-centered communication in primary care: physician and patient gender and gender concordance. *J Womens Health* [Internet]. 2009 [acesso 6 maio 2019];18(4):539-45. DOI: 10.1089/jwh.2008.0969
33. Hall JA, Roter DL. Patient gender and communication with physicians: results of a community-based study. *Womens Health* [Internet]. 1995 [acesso 6 maio 2019];1(1):77-95. Disponível: <https://bit.ly/2tnyvck>
34. Saeed F, Hoeger M, Norton SA, Guancial E, Epsein RM, Duberstein PR. Preference for palliative care in cancer patients: are men and women alike? *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2018 [acesso 6 maio 2019];56(1):1-6. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2018.03.014
35. Menezes RA, Barbosa PC. A construção da "boa morte" em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [acesso 6 maio 2019];18(9):2653-62. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900020
36. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Q* [Internet]. 2005 [acesso 6 maio 2019];83(4):731-57. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x
37. Pollock K, Seymour J. Reappraising "the good death" for populations in the age of ageing. *Age Ageing* [Internet]. 2018 [acesso 6 maio 2019];47(3):328-30. DOI: 10.1093/ageing/afy008
38. Freud S. Thoughts for the times on war and death. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Londres: Hogarth Press; 1957. v. 14. p. 273-300.
39. Cohen J, van Delden J, Mortier F, Lofmark R, Norup M, Cartwright C *et al*. Influence of physicians' life stances on attitudes to end-of-life decisions and actual end-of-life decision-making in six countries. *J Med Ethics* [Internet]. 2008 [acesso 6 maio 2019];34(4):247-53. DOI: 10.1136/jme.2006.020297
40. Seale C. The role of doctors' religious faith and ethnicity in taking ethically controversial decisions during end-of-life care. *J Med Ethics* [Internet]. 2010 [acesso 6 maio 2019];36(11):677-82. DOI: 10.1136/jme.2010.036194
41. Cottrell L, Duggleby W. The "good death": an integrative literature review. *Palliat Support Care* [Internet]. 2016 [acesso 6 maio 2019];14(6):686-712. DOI: 10.1017/s1478951515001285
42. Payne SA, Langley-Evans A, Hillier R. Perceptions of a "good" death: a comparative study of the views of hospice staff and patients. *Palliat Med* [Internet]. 1996 [acesso 6 maio 2019];10(4):307-12. DOI: 10.1177/026921639601000406
43. Moreira COF, Dias MSA. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. *ABCS Health Sci* [Internet]. 2015 [acesso 6 maio 2019];40(3):300-5. DOI: 10.7322/abcs.hs.v40i3.811
44. Smith AK, Periyakoil VS. Should we bury "the good death"? *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2018 [acesso 6 maio 2019];66(5):856-8. DOI: 10.1111/jgs.15321


Participação dos autores

Fernanda Napolini Zanatta e Ana Maria Nunes de Faria Stamm foram responsáveis pela redação, revisão final do texto e interpretação e análise dos dados coletados por Saskia Pereira Teixeira e Fernanda Wolff da Silva Arruda. Lara Patrícia Kretze participou da concepção e do desenho da pesquisa, bem como da análise de dados.


Correspondência

Ana Maria Nunes de Faria Stamm – Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Clínica Médica. Rua Roberto Sampaio Gonzaga, s/n, Trindade CEP 88040-970. Florianópolis/SC, Brasil.


Fernanda Napolini Zanatta – Mestre – fernandanz@hotmail.com

 0000-0002-6952-6567


Ana Maria Nunes de Faria Stamm – Doutora – anamnfstamm@gmail.com

 0000-0001-6840-5168


Lara Patrícia Kretzer – Doutora – larakretzer@gmail.com

 0000-0002-3943-9665

Saskia Pereira Teixeira – Graduada – saskiaptexeira@gmail.com

 0000-0002-2187-2794

Fernanda Wolff da Silva Arruda – Graduada – fwsarruda@gmail.com

 0000-0002-5417-6971

Recebido: 18. 2.2019

Revisado: 1º.11.2019

Aprovado: 2.11.2019