

MARINHA BRASIL

HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

ESCOLA DE SAÚDE

AUTOR: 1T(Md) RONALDO COUTINHO VARGAS FILHO

ORIENTADOR: CF(Md) LUIZ FERNANDO COSTA CARVALHO

CO-ORIENTADOR: JOANA CÉS SOUZA DANTAS

HUMANIZAR OS CUIDADOS AO FINAL DE VIDA EM UNIDADES DE
CUIDADOS INTENSIVOS: A MORTE PELA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL
DE SAÚDE

ÍNDICE

Introdução e justificativa	3
Objetivo	7
Metodologia	9
Resultados	13
Discussão	14
Conclusão	16
Termo de Consentimento	17
Referências	18

RESUMO

Este estudo busca avaliar a perspectiva do profissional de saúde, que integra a escala do serviço de unidades de terapia intensiva do Hospital Naval Marcílio Dias, com relação a morte e identificar aspectos relacionados com sua formação acadêmica e a prática clínica em relação a este tema. Seu objetivo é descrever possíveis lacunas no desenvolvimento de habilidades e competências para a gestão dos cuidados ao final de vida. Se trata de um estudo quantitativo, transversal e descritivo, realizado a través de uma plataforma digital gratuita. O questionário distribuído por meio eletrônico aos profissionais de saúde, em todas as unidades de terapia intensiva do Hospital Naval Marcílio Dias. Onde foram realizadas análises descritivas dos dados, com objetivo de estabelecer futuras propostas de ação que contribuam para melhoria de formação mais humanizada dos profissionais de saúde e com ele, buscar uma melhora do bem-estar dos profissionais e da qualidade do processo de morrer no Hospital Naval Marcílio Dias.

Palavras-chave: morte, cuidados ao final de vida, cuidados intensivos, humanização, formação.

ABSTRACT

This study seeks to evaluate the perspective of the health professional, who integrates the service scale of intensive care units at the Hospital Naval Marcílio Dias, regarding death and to describe aspects related to their academic training and clinical practice in relation to this topic. Its objective is to identify possible gaps in the development of skills and competences for managing end-of-life care. This is a quantitative, cross-sectional and descriptive study, carried out through a free digital platform. The questionnaire was distributed electronically to health professionals in all intensive care units at Hospital Naval Marcílio Dias. Where descriptive analyzes of the data were carried out, with the objective of establishing proposals for action that contribute to the improvement of a more humanized training of health professionals and with it, to seek an improvement in the well-being of professionals and the quality of the process of dying at the Hospital Naval Marcílio Dias.

Keywords: death, end-of-life care, intensive care, humanization, training.

INTRODUÇÃO

Desde a Antiguidade até a Idade Média, a morte era vista como um fenômeno natural e as pessoas se comportavam com serenidade diante da possibilidade da morte. Ao longo dos séculos, a morte afastou-se cada vez mais do convívio social e tornou-se um assunto tabu, levando à despersonalização do sujeito doente e à desumanização do processo de morrer, atribuindo dor e sofrimento e gerando desconforto aos que estão próximos. Com o foco na doença, à medida que a medicina avança tecnologicamente, o hospital se reafirma cada vez mais como local de cura e manutenção da vida, e aqueles que estão próximos da morte são percebidos inconscientemente pelos profissionais como símbolo de “impotência”, enfatizando os limites da medicina por não oferecer cuidados adequados às necessidades desses pacientes em fase final de vida (2). A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) representa o que há de mais moderno em tecnologia médica para fornecer suporte vital a pacientes graves. É nesse contexto que nos encontramos diante do desafio de abordar questões relacionadas à finitude. Quando a morte se torna um desfecho próximo e inevitável, são necessários conhecimentos e habilidades para reconhecer os limites técnico-científicos e honrar o compromisso ético do cuidado subjetivo-relacional. A inclusão de estratégias interdisciplinares é essencial para o desenvolvimento conjunto de um plano de cuidado humanizado e individualizado. Independentemente do tempo de sobrevivência, a satisfação do paciente e da família com o cuidado recebido dependerá do bom manejo do sofrimento em todas as suas dimensões(3). Segundo Bueno e La Calle (4), a atenção humanizada à saúde é compreendida por meio de uma abordagem que combina aspectos técnicos e afetivos em prol da dignidade humana em oposição ao conhecimento técnico-científico. O avanço das tecnologias em saúde favorece diagnósticos, tratamentos curativos, procedimentos e medidas para prolongar a vida, ao mesmo tempo em que aumenta a

expectativa de vida da população. A disseminação das discussões sobre o direito à autonomia coloca pacientes e familiares em um novo lugar na relação com os membros da equipe, em oposição ao modelo paternalista, dando novos desafios para os profissionais. O foco do cuidado humanizado é a pessoa e não a doença, considerando os aspectos mais individuais do sofrimento, incluindo a atenção ao processo de luto dos familiares após a morte. Promover o cuidado adequado e aliviar o sofrimento é um indicador de maior satisfação para o profissional de saúde. Nessa perspectiva, a humanização engloba competências e habilidades que permitem uma atitude empática e sensível em relação ao sofrimento humano, equilibrando saberes e sentimentos(5). No contexto hospitalar, as relações interpessoais são influenciadas pela cultura organizacional. Muitas instituições não possuem estrutura para promover o cuidado humanizado, seja por falta de investimento material ou cuidado com recursos humanos, o que leva à fragmentação e despersonalização do cuidado e aumento de problemas no bem-estar de seus profissionais (6).

Além de uma mudança na cultura política e econômica das organizações multidisciplinares, há a necessidade de reconhecer cada pessoa como um ser único que pensa, fala e dá sentido às suas experiências diante da fragilidade da vida e do sofrimento humano. Essa mudança requer reflexão crítica, uma ressignificação do conceito de atenção à saúde e a inclusão de disciplinas que abordem questões de humanização na formação dos profissionais de saúde. Entre as habilidades e competências básicas que os profissionais precisam para prestar o cuidado centrado na pessoa está a comunicação, que auxilia na redução de conflitos entre os membros da equipe, no processo decisório compartilhado e no fortalecimento do vínculo. A comunicação é considerada a pedra angular do cuidado centrado na pessoa, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de todos os envolvidos(4).

O tabu sobre a morte é uma importante barreira cultural para melhorar a assistência ao final da vida no Brasil. No contexto da terapia intensiva, é crescente o aumento das discussões sobre a limitação do suporte de vida. A formação dos profissionais de saúde no Brasil ainda é muito focada na doença, nos aspectos curativos e de sustentação da vida. Algumas barreiras para a implementação de cuidados de fim de vida mais eficientes estão diretamente relacionadas à ausência de tópicos específicos durante a formação dos profissionais de saúde, como: compreensão adequada de termos técnicos (distanásia, ortotanásia, cuidados paliativos, cuidados em fim de vida), bem como os aspectos éticos e legais que envolvem as situações do processo de morrer (7). Quando a cura deixa de ser uma possibilidade e os recursos tecnológicos e farmacológicos para a manutenção da vida tornam-se limitados, o compromisso do profissional de saúde é com a gestão do cuidado no final da vida, exigindo um replanejamento de condutas em prol do conforto e alívio de sofrimento. Os cuidados paliativos devem ser estabelecidos na rotina da UTI desde a admissão do paciente, pois preconizam o bem-estar físico, espiritual e psicossocial do paciente e da família durante todo o processo de adoecimento até o cuidado do luto após a morte do paciente. Essa prática é necessariamente interdisciplinar, inclui uma visão integral, uma equipe integrada e um cuidado holístico. Tendo em vista que a morte continua sendo um tema temido na cultura ocidental, que a formação médica está voltada para ações curativas e que as UTIs possuem uma estrutura que visa manter e sustentar a vida, administrar os cuidados no final da vida, torna-se uma tarefa que requer habilidades e estratégias muito bem definidas (4, 9). Embora as discussões sobre os cuidados de fim de vida em UTI tenham avançado, a formação acadêmica dos profissionais de saúde não acompanham o ritmo, o que dificulta a melhoria da qualidade dos cuidados de fim de vida oferecidos, gerando conflitos éticos, aumentos do nível de estresse profissional, prejudicando a abordagem

interdisciplinar e causa ainda mais sofrimento aos pacientes e familiares(10). Garantir o desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento da morte, conhecimentos, competências e habilidades da assistência ao paciente em cuidados paliativos, no âmbito da formação e desenvolvimento de competências específicas de relacionamento interpessoal de comunicação. Atuar de acordo com princípios e a filosofia dos cuidados paliativos, bem como identificar os critérios de indicação para cuidados paliativos precoces diante do diagnóstico de doença ameaçadora de vida e indicação e manejo de cuidados de fim de vida incluindo, além do controle de sintomas de sofrimento físico, a abordagem de aspectos psicossociais, espirituais e culturais dos cuidados, identificando e prevenindo os riscos potenciais de luto prolongado (resolução CNS 2022), e dinâmicas relacionais é um desafio para o planejamento educacional. É fundamental que se facilite o conhecimento teórico em relação à prática clínica, bem como os aspectos legais, emocionais e éticos envolvidos (11). De acordo com os aspectos revistos acima, este estudo tem como objetivo investigar as perspectivas dos profissionais de saúde em terapia intensiva sobre a morte e avaliar essas atitudes em relação a aspectos de sua formação e prática profissional, com o objetivo de obter uma imagem da realidade que permita detectar áreas de melhoria no desenvolvimento de habilidades e competências nas UTIs do Hospital Naval Marcílio Dias.

HIPÓTESE

A ausência de formação e práticas profissionais humanizadas em relação ao processo de morrer estará relacionada a atitudes frente à morte que são descritivas de maior sofrimento nos profissionais.

OBJETIVOS

Objetivo Geral descrever as atitudes frente à morte por profissionais da saúde que trabalham nas unidades de terapia intensiva do Hospital Naval Marcílio Dias, relacionando esses resultados com possíveis competências e habilidades adquiridas durante sua formação, prática profissional e barreiras percebidas para a humanização do processo de morrer.

Objetivos Específicos

Descrever a presença ou ausência de aspectos formativos em relação à humanização do processo de morrer em profissionais de saúde em terapia intensiva - Descrever a presença ou ausência de ações e protocolos para a humanização do processo de morrer nas UTIs da amostra.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo e transversal.

Escopo do estudo

A pesquisa terá alcance dentro do Hospital Naval Marcílio Dias, será destinada a profissionais de saúde vinculados às unidades de terapia intensiva.

População do estudo

Os sujeitos do estudo são profissionais de saúde em sua esfera multidisciplinar que estejam em íntimo contato com as unidades de terapia intensiva do Hospital Naval Marcílio Dias

Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão:

- Profissionais que integram a equipe multidisciplinar das UTIs do Hospital Naval Marcílio Dias - Estejam trabalhando na UTI no momento da investigação

- Ter preenchido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1)

Critérios de Exclusão:

- Estejam fora do contato e da escala das UTIs no momento da pesquisa

- Não preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Tamanho da amostra

A escala multidisciplinar das UTIs do hospital Naval Marcílio Dias contam com seu total 171 profissionais de saúde distribuídos em escalas simultâneas nas suas 4 unidades de terapia intensiva destinadas ao público adulto. Sendo destes 171, 24 enfermeiros, 61 médicos, 60 técnicos em enfermagem, 1 nutricionista e 25 fisioterapeutas. Amostra deverá contar ao menos com 10% dos profissionais totais, para um intervalo de confiança adequado, sendo destes 3 enfermeiros, 7 médicos, 6 técnicos de enfermagem, 1 nutricionista e 3 fisioterapeutas, totalizando um total de 20 profissionais de saúde, devidamente entrevistado.

Técnica de amostragem

O tipo de amostragem do tipo não probabilístico, consecutivo.

Variáveis de estudo e instrumentos de medição

Variáveis sociodemográficas, acadêmicas e de prática clínica. Por meio de um questionário desenvolvido ad hoc pelo pesquisador principal, composto por questões estruturadas, foram coletadas informações sobre as seguintes variáveis:

I. Variáveis sociodemográficas e trabalhistas: Idade, gênero, anos de profissão, presença de protocolo de cuidados paliativos na unidade, presença de protocolo de cuidados ao final de vida na Unidade.

II. Variáveis acadêmicas e de formação: Capacitação em terapia intensiva, escola pública ou privada e presença de aspectos de formação em relação à humanização do processo de morrer na formação e na especialização.

III. Variáveis relacionadas à prática profissional Condições de trabalho que podem representar barreira ou dificuldade percebida para o gerenciamento do cuidado no final da vida. Atividades que podem representar uma dificuldade pessoal para o profissional em relação ao paciente, à família e a nível pessoal. Perspectivas sobre a morte, as possíveis perspectivas diante da morte avaliadas correspondem às dimensões do instrumento Death Perspective Scales, em sua versão em português validada no Brasil. Esta escala é composta por 43 itens, divididos em 8 escalas, com formato de resposta do tipo Likert de 4 a 6:

- A morte como sofrimento e solidão: itens 1, 2, 3, 4, 5 e 6. - A morte como um recompensa na vida após a morte: itens 7, 8, 9, 10, 11 e 12.

- Indiferença à morte: itens 13, 14, 15, 16 e 17.

- Morte como algo desconhecido: itens 18, 19, 20, 21, 22 e 23.

- A morte como abandono de quem depende de nós (culpa): itens 24, 25, 26, 27 e 28. -

A morte como oportunidade de coragem: itens 29, 30, 31, 32, 33 e 34.

- Morte como fracasso: itens 35, 36, 37, 38 e 39.

- Morte como fim natural: itens 40, 41, 42 e 43.

PROCEDIMENTO

O consentimento informado, a apresentação e explicação da pesquisa e o questionário de avaliação, foram distribuídos por meio da plataforma gratuita de questionário online (SurveyMonkey®), utilizando os contatos da escala e busca do Hospital Naval Marcílio Dias. Os dados foram coletados a partir de um endereço de e-mail do pesquisador principal, transferidos para o Excel.

ASPECTOS ÉTICOS

Foi solicitado formalmente ao CEP vinculado ao Hospital Naval Marcílio Dias a liberação para início e coleta de dados para pesquisa solicitada. O banco de dados foi coletado e alocado na nuvem do pesquisador principal e somente acessado pelo próprio.

DIFICULDADES E LIMITAÇÕES

Ainda são poucos os estudos que identificam um desenvolvimento ideal de habilidades e competências para a humanização da assistência à saúde nas organizações hospitalares brasileiras, bem como as perspectivas dos profissionais diante da morte. Por esse motivo, a seleção de algumas das variáveis do estudo incluídas no questionário ad hoc de variáveis sociodemográficas, laborais e acadêmicas foi determinada pelo autor e deve ser ratificada em estudos posteriores. A definição e representatividade da amostra é uma limitação que deve ser considerada. Embora saibamos o número profissionais de saúde que concorrem à escalada das UTIs do Hospital Naval Marcílio Dias, não é possível definir exatamente a distribuição de horas exatas que os profissionais despendem às UTIs no momento da investigação. Por outro lado, trata-se de um estudo transversal e descritivo que nos permitirá obter uma imagem da realidade, mas não generalizar os seus resultados ou estabelecer conclusões de causa-efeito. Para este último, seria necessário abordar esta questão no futuro de forma prospectiva e longitudinal.

RESULTADOS

Foram respondidos 73 formulários no total

O total de formulários enviados foi de 171, totalidade de profissionais de todas as categorias, que concorrem às escalas das UTIs do Hospital Naval Marcílio Dias. Foram recebidas 42,3% respostas dos formulários enviados, dentre eles 20 técnicos de enfermagem, de um total de 60. 15 enfermeiros, de um total de 24. 30 médicos, de um total de 61. 1 nutricionista, totalizando 100% dos nutricionistas. 7 fisioterapeutas, de um total de 25 fisioterapeutas. Dentre estes um total de 34 homens e 39 mulheres.

72% dos entrevistados referiram terem recebido aulas de humanização em saúde durante sua formação acadêmica em terapia intensiva, porém 79% dos entrevistados não possuem como matéria estudada, ou competência comprovada nos aspectos de multidimensionamento do processo de morte e luto, 48% dos entrevistados não possuem sequer formação ou teve alguma estruturação acadêmica em cuidados paliativos, além destes 67% do total não possui formação em cuidados de fim de vida.

Aproximadamente 58% dos entrevistados referem a organização do tempo na unidade como alguma ou muita dificuldade na gestão para cuidados de fim de vida, 75% referem que a quantidade de trabalho na unidade gera alguma ou muita dificuldade na gestão de para cuidados de fim de vida. Aproximadamente 47% referiram que o relacionamento com colaboradores gera alguma ou muita dificuldade, a comunicação com colegas da equipe multidisciplinar gera alguma ou muita dificuldade, 54% dos profissionais referiram que possuem alguma ou muita dificuldade com a cultura ética da unidade. 49% dos profissionais referiram alguma ou muita dificuldade nos aspectos jurídicos relacionados aos aspectos dos cuidados no fim de vida. 51% dos entrevistados referiram

alguma ou muita dificuldade alguma ou muita dificuldade no atendimento para profissionais pela organização em que trabalha.

36% dos entrevistados referiram alguma ou muita dificuldade na relação com o próprio paciente como dificuldade na gestão dos cuidados de fim de vida. 64% dos profissionais referiram alguma ou muita dificuldade o relacionamento com os familiares como entrave na resolução dos cuidados de fim de vida.

DISCUSSÃO

O Intuito desta pesquisa foi descrever a formação dos profissionais da equipe multidisciplinar do Hospital Naval Marcílio Dias e suas principais dificuldades no manejo dos pacientes em cuidados paliativos e cuidados de fim de vida. A limitação principal enfrentada durante o processo foi a aderência dos profissionais em responder o questionário proposto, tendo sido respondido por aproximadamente 42% da totalidade de todos os formulários enviados. Os resultados encontrados nos formulários preenchidos pelos profissionais de saúde, envolvidos multidisciplinarmente nos cuidados de terapia intensiva do Hospital Naval Marcílio Dias, demonstram que existem dificuldades no manejo do paciente em cuidados paliativos e em cuidados de fim de vida. Durante a formação acadêmica a maioria dos entrevistados respondeu que existe defasagem no aprendizado de um modo geral sobre cuidados paliativos, cuidados de fim de vida, comunicação com paciente grave, e os estudos mais recentes demonstram que quanto mais preparado para abordagens de comunicação, manejos de sintomas dos paciente, como por exemplo dor e medo, que se demonstram como algumas das emoções mais frequentemente expressas pelos pacientes, mostrando que o desconforto experimentado durante a internação inclui aspectos físicos (como frio, calor, sede, dor) e ao mesmo tempo aspectos emocionais (medo, angústia, incerteza) [17], devem receber atenção especial pelos profissionais, na tentativa de tornar o período de internação e

cuidados de fim de vida o menos traumático possível, para o paciente e seus familiares, individualizando caso à caso [18]. Um dos fatores mais preponderantes descritos nesse estudo foi o conflito com familiares como um dos principais entraves nos cuidados paliativos e de fim de vida dos pacientes, sendo este um dos fatores mais estabelecidos como a parte mais difícil e conflituosa no lidar com questões de cuidados de um modo geral, mesmo quando não se trata de cuidados de fim de vida, mas principalmente evidenciadas nessas situações. Segundo Spijkers [19], os profissionais envolvidos no lidar com familiares em cuidados paliativos e em cuidados de fim de vida necessitam de estratégias de abordagem orientadas ao conteúdo, com a condição de que o conflito fosse inequívoco e descomplicado, tornando treinamento, avaliações de métodos e revisões sistemáticas indispensáveis e inerentes à estes profissionais, capacitando periodicamente os mesmos, dando-lhes expertise na mediação de comunicação conflituosa, tornando estas menos frequentes, e quando ocorressem fossem facilmente contornadas, sem danos ao relacionamento equipe-família e principalmente sem danos ao paciente nas condições de fim de vida. O uso de estratégias empáticas merece atenção especial, pois estudos e pesquisas anteriores indicam que são mais eficazes na resolução de conflitos complicados e podem até impedir que surjam.

CONCLUSÃO

A busca constante no aprendizado e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar de uma unidade de terapia intensiva se mostra essencial em todas as esferas do cuidado, no mundo todo se busca cada vez mais a redução de traumas e conflitos durante internação de pacientes em cuidados paliativos e em cuidados de fim de vida, tanto para os pacientes quanto aos seus familiares envolvidos no cuidar, trazendo melhoras na qualidade de atendimento.

Uma equipe coesa, treinada em comunicação, buscando mitigar cada vez mais os sinais e sintomas de sofrimento durante o período de internação, entendendo e individualizando cada paciente como um caso único, se mostrou eficaz na diminuição do estresse no envolvimento da equipe multidisciplinar nos cuidados de fim de vida principalmente.

Unidades de terapia intensiva com protocolos de cuidados paliativos e cuidados de fim de vida bem estabelecidos apresentam melhores resultados na qualidade de atendimento aos seus pacientes, reduzindo procedimentos fúteis e obstinação terapêutica, incorrendo de maneira substancial na redução de eventos de distanásia.

ANEXOS

ANEXO 1. Formulário de consentimento livre e Esclarecido

Humanizando o cuidado no final da vida em unidades de terapia intensiva: a morte na perspectiva do médico

Você está convidado a participar de um estudo realizado no âmbito do Programa de Pesquisa do Centro Coordenador. Este estudo busca compreender a perspectiva do Profissional de saúde em relação à morte, identificando aspectos de sua formação e prática clínica que podem servir como facilitadores ou barreiras percebidas para o gerenciamento dos cuidados de fim de vida em Unidades de Terapia Intensiva.

A participação neste estudo é anônima e voluntária, não requer o fornecimento de dados pessoais de identificação. Você pode se recusar a participar ou desistir do estudo a qualquer momento. Se você concordar em participar deste estudo, você responderá algumas perguntas objetivas sobre o tema. O tempo aproximado para completá-lo é de 10 minutos. Não apresenta risco inerente aos participantes da pesquisa risco da pesquisa envolve possibilidade de quebra de confidencialidade dos dados dos participantes O Sr. (a) será assegurado a assistência integral em qualquer etapa do estudo, encaminhado e acompanhado, caso apresente algum problema. O Sr (a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, garantido acesso a qualquer momento pelo e-mail: ronaldovargasfilho@hotmail.com (Ronaldo Coutinho Vargas Filho, pesquisador responsável)

Li as informações acima e entendo o objetivo deste estudo. Por meio deste, dou

livremente meu consentimento para participar desta pesquisa.

SIM Não

BIBLIOGRAFIA

1. Ariès, P. História da morte no Ocidente: da idade média aos nossos dias. Edición especial. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira; 2012.
2. Foucault, M. Microfísica do poder. 25º edición. São Paulo: Ed. Graal; 2012.
3. Berlin, A. Goals of Care and End of Life in the ICU. *Surgical Clinics of North America*. 2017 Dec; 97(6): 1275-1290.
4. Velasco Bueno JM, La Calle GH. Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2020 Jun; 32(2): 135-147.
5. Nin Vaeza N, Martin Delgado MC, Heras La Calle G. Humanizing Intensive Care: Toward a Human-Centered Care ICU Model. *Crit Care Med*. 2020 Mar; 48(3): 385-390.
6. Gómez-Tello V, Ferrero M. Infraestructura humanizada en las UCI. Un reto a nuestro alcance. *Enferm Intensiva*. 2016 Oct-Dec; 27(4): 135-137.
7. Soares M, Terzi RG, Piva JP. End-of-life care in Brazil. *Intensive Care Med*. 2007 Jun; 33(6): 1014-1017.
8. Cook D, Ricker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2014 Jun 26; 370(26): 2506-14.
9. Soares LGL, Gomes RV, Palma A, Japiassu AM. Quality Indicators of End-of-Life Care Among Privately Insured People With Cancer in Brazil. *Am J Hosp Palliat Care*. 2020 Aug; 37(8): 594-599.
10. Hartog CS, Reinhart K. Staff and family response to end-of-life care in the ICU. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2018 Apr; 31(2): 195-200.

11. Zante B, Schefold JC. Teaching End-of-Life Communication in Intensive Care Medicine: Review of the Existing Literature and Implications for Future Curricula. *J Intensive Care Med.* 2019 Apr; 34(4): 301-310.
12. Scheffer, M. et al. *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo: Ed. FMUSP, CFM, 2020.
13. Spilka, B., Stout, L., Minton, B., Sizemore, D. Death and personal faith: A psychometric investigation. *Journal for the Scientific Study of Religion.* 1977; 16: 169-178.
14. Barros-Oliveira J, Neto F. Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte, 2004. *Análise Psicológica*, 2 (XXII): 355-367
15. Eysenbach G. Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res.* 2004 Sep 29; 6(3): 34.
16. CNE/CES nº 3, de 18 de agosto de 2020, Alteração da Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. - Maurício Eliseu Costa Romão (Presidente), Marília Ancona Lopez e Robson Maia Lins Et. All
17. Humanización de los cuidados intensivos Verónica Rojas MSc abc, *REV. MED. CLIN. CONDES* - 2019; 30(2) 120-125
18. Dying with Dignity in the Intensive Care Unit Deborah Cook, M.D., and Graeme Rocker, D.M, *n engl j med* 370;26 june 26, 2014
19. How doctors manage conflicts with families of critically ill patients during conversations about end-of-life decisions in neonatal, pediatric, and adult intensive care,

Amber S. Spijkers, Aranka Akkermans, Ellen M. A. Smets, *et al.*, *Intensive Care Med*
(2022) 48:910–922