

# ANÁLISE BIOÉTICA DO USO DE RECÉM-CADÁVERES NA APRENDIZAGEM PRÁTICA EM MEDICINA

ANDRÉIA PATRÍCIA GOMES<sup>1\*</sup>, SÉRGIO REGO<sup>2</sup>, MARISA PALÁCIOS<sup>3</sup>, RODRIGO SIQUEIRA-BATISTA<sup>4</sup>

Trabalho realizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca ( ENSP) – Faculdade Oswaldo Cruz - Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ

## RESUMO

**OBJETIVO.** Realizar, a partir de ampla revisão crítica da literatura nacional e internacional, a discussão sobre o tema.

**MÉTODOS.** Revisão da literatura com pesquisa de artigos entre 1977 e 2007 nos sites de pesquisa (Biblioteca Virtual em Saúde, *PUBMED* e *SCIELO*, utilizando as palavras-chave: newly deceased patients, newly dead patients, simulators, recém-cadáveres, simuladores. Busca complementar em livros da área de ética e bioética. Apreciação e reflexão crítica sobre o assunto.

**RESULTADOS.** A prática da utilização de recém-cadáver para o aprendizado de procedimentos invasivos é muito frequente e pouco admitida. Estes, na maioria das vezes, são realizados às escondidas e sem o conhecimento ou consentimento da família, muitas vezes sem a adequada orientação de um docente. No Brasil, a regulamentação deontológica e legal não respalda tal uso, devendo a eticidade destas práticas ser discutida na formação do profissional durante a graduação.

**CONCLUSÃO.** É essencial que a discussão da eticidade do uso de recém-cadáveres para a aprendizagem de procedimentos invasivos seja realizada pela comunidade acadêmica (docentes e discentes) e estendida para os serviços. A realização dos procedimentos por estudantes deve sempre ser precedida de autorização do familiar, sendo a prática em simuladores o passo inicial do treinamento dos estudantes.

## \*Correspondência:

Av. Alberto Torres, nº 111 –  
Alto Teresópolis – RJ  
CEP: 25964-000  
Tel. (21) 8181-8524

UNITERMOS: Educação Médica. Bioética. Simulação. Cadáver.

## INTRODUÇÃO

A formação do médico é um complexo processo que envolve a aquisição de uma cultura profissional específica, a qual inclui uma base cognitiva especializada, habilidades, competências e valores profissionais<sup>1</sup>. Atualmente, as *Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina*<sup>2</sup> preconizam a diversificação dos cenários de prática com o propósito de proporcionar a formação de um médico capaz de atuar em diversos níveis de assistência, prevenção e vigilância, no esteio das discussões sobre integralidade e interdisciplinaridade.

O processo de treinamento prático, em diferentes cenários, diz respeito à constatação de que a aprendizagem dos saberes próprios da profissão médica não ocorre apenas a partir do que é oferecido nos livros ou nas aulas expositivas, mas existem habilidades técnicas que precisam ser aprendidas em diferentes níveis do sistema<sup>3</sup>. Estas podem ser diferenciadas, inicialmente,

em dois tipos: (1) aquelas que todo médico deve possuir e (2) as que são esperadas apenas dos respectivos especialistas. Embora não haja um consenso formal sobre a discriminação dos dois conjuntos de habilidades específicas, entende-se que procedimentos de reanimação cardiorrespiratória, suturas simples, punções e drenagem de abscessos em geral podem ser reconhecidos, sem grandes discordâncias, como parte do esperado na formação geral do médico, ou melhor dizendo, da formação do médico generalista. Outras habilidades, mais específicas, como a punção pericárdica, a traqueostomia, a punção líquórica - para citar alguns exemplos -, embora precisem ser ensinadas a um bom número de profissionais, podem ou não ser incluídas no rol das habilidades de todos os médicos. Este é um ponto bastante polêmico: afinal, quais são as habilidades necessárias ao egresso da escola médica? Ao médico generalista? Esta deve ser, com certeza, uma discussão a ser realizada nos fóruns próprios de educação médica. Sem dúvida, uma questão

1. Doutoranda em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz - ENSP – FIOCRUZ e Professora Assistente do Departamento de medicina e Enfermagem - DEM pela Universidade Federal de Viçosa - UFV, Viçosa, MG
2. Doutor em Ciências do Instituto de Medicina Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ IMS - UERJ e Pesquisador Titular pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz - ENSP – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ
3. Doutora em Ciências da Engenharia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - COPPE-UFRJ e Professora associada do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - IESC pela Universidade Federal do Rio de Janeiro –UFRJ, Rio de Janeiro, RJ
4. Doutor em Ciências - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz - ENSP – FIOCRUZ, e Professor Adjunto do Departamento de medicina e Enfermagem - DEM da Universidade Federal de Viçosa UFV, Viçosa, MG

especialmente vinculada a este debate diz respeito às práticas empregadas pelos discentes para a aquisição de habilidades, as quais envolvem, comumente, o treinamento em recém-cadáveres. Ou seja, indivíduos para os quais tenha acabado de sobrevir o óbito. Tal prática - usualmente considerada corriqueira e sem maiores dilemas por boa parte dos médicos e dos estudantes de medicina - expõe significativas questões éticas, quando apreciada de modo um pouco mais atento. Desde esta perspectiva, ganha ressonância a indagação central da presente investigação: como proporcionar, no âmbito curricular, as oportunidades para que os estudantes possam desenvolver as habilidades para a competência médica, vinculando os aspectos técnicos aos ético-humanísticos? Refletir sobre estas questões - enfocando, especialmente, os aspectos éticos da utilização dos corpos de indivíduos recém-falecidos na aprendizagem de procedimentos invasivos por estudantes de Medicina - é o objetivo deste artigo.

## MÉTODOS

O caminho percorrido na investigação procurou contemplar as discussões sobre a moralidade da utilização de recém-cadáveres para a aprendizagem de procedimentos invasivos e habilidades inerentes à prática médica. Deste modo, optou-se para a melhor compreensão do artigo pelos leitores, partir da contextualização dos principais aspectos éticos da formação prática em Medicina, ponderando-se, ato contínuo, sobre as questões morais atinentes ao uso de recém-cadáveres na aprendizagem do estudante do curso médico traçando-se, finalmente, considerações sobre situações alternativas para a aquisição das habilidades práticas necessárias.

A condução destas reflexões foi sustentada pela realização de pesquisa bibliográfica nos sites de pesquisa BVS (*Biblioteca Virtual em Saúde*), PUBMED (*U.S. National Library of Medicine*) e SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), buscando-se artigos no período entre 1977 e 2007 (últimos trinta anos) com as seguintes palavras-chave: *newly deceased patients, newly dead patients, simulators, recém-cadáveres, simuladores*. Após análise crítica do resumo e do *abstract* ou título dos artigos obtidos, foram selecionados aqueles que tinham como objeto a eticidade ou a legalidade do ensino-aprendizagem com o recém-cadáver. A partir desta seleção foram consultados artigos apresentados nos *links* como *related articles*, sendo igualmente selecionados, após análise crítica de seu conteúdo, aqueles pertinentes ao tema central. Foi realizada, igualmente, busca em livros e bibliografia complementar específica da área de ética e educação médica, com posterior apreciação crítica sobre o assunto.

## RESULTADOS

Os conteúdos dos textos selecionados na revisão realizada foram coligidos três tópicos principais: (1) *O contexto da formação prática em medicina*, (2) *Aspectos éticos do uso de recém-cadáveres na formação prática em Medicina* e (3) *Buscando soluções: o uso da tecnologia na formação prática em Medicina e a seleção de conteúdos*.

### O contexto da formação prática em Medicina

A inequívoca necessidade de treinamento de habilidades psicomotoras abre a perspectiva para que se reflita historicamente

sobre a prática da Medicina. É sabido que, no passado, as atividades práticas da formação médica ocorriam em hospitais de caridade ou unidades públicas<sup>4,5</sup>. Em um ou em outro ambiente, a população envolvida tinha características comuns: eram pobres e dependentes da assistência pública ou beneficente. Atualmente, a compreensão da assistência à saúde como um direito humano fundamental e constitucional prevalece em nosso país<sup>6</sup>. Cada vez mais os pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde são reconhecidos como sujeitos morais e cidadãos<sup>7</sup>, observando-se a ótica do cuidado<sup>8</sup> e da integralidade, tendo como alicerce o artigo 198 da Constituição brasileira.

Como requisitos essenciais para o aprendizado das técnicas e consequente desenvolvimento das habilidades, encontram-se tanto o conhecimento da fundamentação teórica que ampara e orienta tais procedimentos, quanto à possibilidade deste ser aplicado. Tal questão - como dar conta da formação prática do novo profissional - configura, certamente, um capítulo particular na formação médica. A possibilidade de se desenvolver a aprendizagem de uma técnica corretamente, sem que haja a orientação/supervisão de um docente no momento desta prática é, em geral, bastante duvidosa. Reconhece-se o papel estratégico da função docente como facilitador da aprendizagem e orientador neste processo.

Um aspecto é ainda menos considerado nas reflexões sobre este aprendizado prático: as repercussões e implicações para os indivíduos nos quais essas técnicas são aplicadas. Em quais pessoas são efetuados os primeiros procedimentos? Em que condições isso ocorre? Quando se pensa especificamente no treinamento de procedimentos invasivos e, mais particularmente ainda, em relação àqueles relacionados com o atendimento a pacientes em momentos críticos para vida, que tipo de comprometimento na qualidade do atendimento pode ocorrer e que resultados podemos esperar destes? Uma investigação conduzida na década de 90 encontrou uma incidência de 18% de traumas orais quando da realização de entubação endotraqueal por indivíduos em treinamento<sup>9</sup>. Como, então, atenuar a possibilidade de danos? Como ser, de fato, ético nesta etapa da formação e permitir a capacitação do profissional sem perder a qualidade da atenção à saúde? É pertinente o questionamento sobre a realidade da ocorrência de tratamentos que são, inclusive, considerados fúteis, sem objetivos para determinado paciente serem colocados em prática por conta de solicitações da família ou para aproveitar o momento para o treinamento<sup>10</sup>. Será que todos os estudantes devem aprender todos os procedimentos invasivos? Será que algum estudante deve aprender esses procedimentos inicial e diretamente em seres humanos? Será ético efetuar terapêuticas e procedimentos sem real proveito para o paciente? São questões que se impõem para a reflexão.

Nos últimos anos fortaleceu-se, no Brasil, a preocupação com a formação ética dos novos médicos<sup>5</sup>, trabalhando-se com a lógica da humanização dos serviços e da assistência<sup>11</sup>. Mas, habitualmente, a consideração sobre os problemas éticos diretamente envolvidos no aprendizado prático raramente é feita de forma sistemática durante o curso e nos momentos críticos relacionados com a formação<sup>5</sup>. Tal constatação insta, também, a reconhecer que muitos estudantes, tendo como foco apenas seus interesses imediatos e muitas vezes egoísticos, desprezam,

ignoram ou apenas perdem possibilidades de crescerem em sua competência e sensibilidade moral, como se o bom médico não tivesse necessariamente que ter essas qualidades<sup>12</sup>. Estudos realizados nos Estados Unidos mostram que nem mesmo naquele país - no qual a doutrina do consentimento é consolidada tanto ética como legalmente - estudantes e tampouco hospitais de ensino seguem, efetivamente, a determinação de solicitar ao paciente a autorização da realização de um procedimento<sup>13</sup>. De fato, muitos estudantes não esclarecem seu grau de treinamento e *expertise* na realização do procedimento e outros nem sequer identificam-se como tal, pensando em perder a possibilidade de realizá-lo por recusa<sup>14</sup>. Há um fato ainda mais preocupante com relação ao que estudante pensa sobre a identificação: com o passar do tempo ele não só não se identifica como também passa a achar que é desnecessário, provavelmente considerando-se apto a desenvolver o atendimento dos pacientes, mesmo em situações complexas, sem supervisão de um profissional mais experiente e sem que o paciente o saiba. O fato é que a recusa, entretanto é numericamente inferior ao esperado, e não justifica aquela atitude, como observou Santen<sup>15</sup>, quando 102 de 114 pacientes autorizaram a realização, mesmo conhecendo o *status* de estudante e quando Benfield<sup>16</sup> teve 73% de aceitação dos pais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Pacientes de uma unidade de Emergência, em um estudo realizado por Hemphill<sup>16</sup>, contudo, desconheciam os papéis e as responsabilidades dos estudantes, o que corrobora para a ratificação de atitudes desrespeitosas e antiéticas por parte de discentes, que não esclarecem sua função ou seu estado de formação. Como reverter esta situação, reconhecendo-se a importância do conhecimento por parte do paciente do nível de treinamento de seus médicos como um comportamento que demonstra o devido respeito pelo paciente<sup>18</sup>?

### Aspectos éticos do uso de cadáveres na formação prática em Medicina

O exemplo de prática corriqueira que passa ao largo da reflexão sistemática do processo de formação é a questão do emprego de corpos de pessoas recém-falecidas para o aprendizado de procedimentos invasivos<sup>19, 20, 21</sup>. Esta prática não só é muito frequente nos relatos dos estudantes sobre o comportamento de seus colegas, como pouco admitida como prática pessoal. Não é exclusiva do Brasil e ocorre disseminadamente em diversos locais do mundo<sup>22, 23, 24</sup>. Ademais, é mister considerar, inclusive, que pode ter sido desta maneira que muitos médicos formados aprenderam a realizar procedimentos como a entubação endotraqueal, a punção venosa profunda, a toracotomia, a traqueostomia, a pericardiocentese, a punção lombar ou articular; procedimentos estes realizados às escondidas atrás de um biombo de uma emergência pública. O que pensa a população em geral sobre tais fatos? Esta discussão é feita realmente nas comunidades? Uma pesquisa realizada, em 1998, por Tachakra,<sup>25</sup> demonstra o desejo das pessoas de saberem sobre a realização de tais manobras e procedimentos e ainda de serem consultadas sobre o fato, devendo os procedimentos serem realizados de forma rápida e respeitosa com o recém-morto. Reconhecido o fato e a opinião preliminar dos possíveis envolvidos, passemos à reflexão sobre a moralidade desta prática.

É relevante, inicialmente, caracterizar duas situações diferentes: a situação clínica em que existe uma emergência

e a morte do paciente é iminente e aquela em que o paciente foi a óbito muito recentemente - o recém-cadáver. Deixando de lado a situação específica do aprendiz no momento da parada cardiorrespiratória - quando ainda estão sendo efetuadas as manobras dedicadas à reversão do quadro e do paciente é considerado viável, apesar de se considerar que o momento da inviabilidade e o próprio conceito de morte sejam controversos<sup>26,27</sup> - neste trabalho, a apreciação diz respeito às situações na quais o corpo já está sem vida, esgotadas as tentativas de reanimação. Pode-se enunciar, finalmente, a interrogação proposta da seguinte forma: é correto que se utilize o recém-cadáver como material para a aprendizagem de habilidades motoras, sobretudo de manobras invasivas, da prática médica? Esta avaliação muda se o aprendiz for um aluno de graduação ou um médico já formado?

O primeiro ponto a ser observado é o porquê da existência desta prática. A resposta não é difícil. Em princípio, todo médico deveria saber realizar, ao menos alguns procedimentos que permitam em situações de emergência salvar a vida; dentre estes, sobressai a entubação endotraqueal, necessária quando da realização do suporte avançado de vida<sup>28, 29</sup>. A aprendizagem de tais habilidades e a manutenção da aptidão para realizá-las, é, de fato, um grande desafio da profissão médica<sup>30, 31</sup>. Aprender no paciente vivo, quando ele efetivamente necessita do procedimento traz, em si, riscos explícitos para o bem-estar e sobrevivência do paciente. Naquele momento, tanto a rapidez quanto a qualidade da atenção dispensada são imprescindíveis para o sucesso da terapêutica e esta significa muitas vezes a vida ou a morte. A prática, portanto, por um neófito não adequadamente instrumentalizado para tal ação, certamente incrementa os riscos a que estão submetidos os paciente, como comentado, visto que as oportunidades de realizar procedimentos, tidos como essenciais pelos estudantes, são infrequentes na maioria das vezes em seu período de formação<sup>32</sup>.

Com base na clareza da pertinência da aprendizagem dos procedimentos, pode-se, então, argumentar que aprender em um cadáver não traz, de fato, qualquer dano adicional ao falecido<sup>33, 34</sup>, justificando-se tal uso e embasando-o na tradição da Medicina<sup>35</sup>. Porém, se não existe a possibilidade de ocorrência de novos danos ao corpo morto, sua família pode sofrer com a percepção de que tais procedimentos desnecessários podem representar um desrespeito ao falecido<sup>37, 38</sup>. Por conseguinte, algum dano seria produzido nesses familiares. Pergunta-se então: será que este tipo de dano representa uma interdição moral a esta prática? Haverá alguma regulamentação específica?

Pesquisa na base de dados do Conselho Federal de Medicina não logrou identificar qualquer regulamentação específica sobre a questão, nem no Código de Ética Médica nem em pareceres ou resoluções. Há, todavia, um artigo no Código Penal Brasileiro<sup>39</sup> que necessita ser considerado. No artigo 212, segundo capítulo do quinto título, Dos Crimes Contra o Sentimento Religioso e Contra o Respeito aos Mortos, qualifica-se como crime o vilipêndio a cadáveres ou suas cinzas, com pena de reclusão de um a três anos e multa. A única autorização legal para o uso de cadáveres para aprendizagem está previsto na Lei n.º 8.501, de 30 de novembro de 1992, que não se aplica às especificidades aqui tratadas por se tratar de cadáver destinado a fins científicos com pelo menos trinta dias de falecimento<sup>40</sup>.

Assim, pode ser compreendido que a interdição legal ao uso de cadáveres para o treinamento teria sua origem, no Brasil, no sentimento religioso, como também assinalou Zirkin<sup>43</sup>. Identificar na religião a fonte dessa interdição é razoável, especialmente quando se recorda que as três grandes religiões monoteístas tiveram papel determinante nesta proibição enquanto tiveram poder para tal. É significativo lembrar que na Europa havia uma interdição a abertura de cadáveres até o Renascimento e que esta era fundamentada na crença da ressurreição dos corpos e na compreensão de que o homem era feito à imagem e semelhança de Deus. Ulteriormente, com a paulatina laicização da sociedade europeia, emergiram condições propícias à prática da dissecação, passando-se a reconhecer tal atividade como *essencial* à prática médica, a ponto de se tornar célebre a frase escrita por Bichat em 1801, defendendo a dissecação de cadáveres: “Abram alguns cadáveres: logo verão desaparecer a obscuridade que apenas a observação não pudera dissipar”<sup>42</sup>.

Pode-se indagar, agora, se uma interdição de origem religiosa deve ou deveria ter força de interdição a toda uma sociedade. Em princípio, qualquer interdição religiosa deve valer apenas aos que se associam às religiões de onde elas emanaram. Não pode ser, entretanto, uma regra a ser imposta a toda uma sociedade democrática e laica como é, ou pretende ser, a brasileira. Com efeito, é lícito perguntar se existiria, portanto, uma interdição de fundamento laico ao uso dos recém-cadáveres com este propósito. A primeira referência a ser considerada é a ética kantiana: “sempre trate a humanidade, quando em você ou em outra pessoa, como um fim em si mesma e nunca como um mero meio”<sup>43</sup>. Assim, se suas ações não podem ter como benefício o indivíduo que acabou de falecer, haveria uma interdição ao seu uso como mero meio de treinamento, ainda que em benefício potencial de toda a humanidade. Há que se fazer uma ressalva, porém: o cadáver de um homem seria merecedor das considerações devidas ao ser vivente? Entendendo que ser pessoa implica em capacidade de consciência, um cadáver não deve mais ser considerado uma pessoa e, assim, não seria mais merecedor das considerações devidas às pessoas em geral. Mas, é claro, que a reflexão não pode se esgotar nesse ponto, afinal cada indivíduo falecido teve a sua história, suas relações sociais podendo, sim, merecer o respeito pela pessoa que ele já foi e o que aquele corpo ainda representa para as pessoas com as quais ele se relacionou em vida.

Torna-se útil lembrar, como base para o início dessa abordagem, que a discussão visando a regulamentação da doação de órgãos estabeleceu a doação presumida dos órgãos (todos seriam, em princípio, doadores de órgãos já que o corpo pertenceria ao Estado e não ao indivíduo), ocorreu grande reação na imprensa em geral e no próprio âmbito da corporação médica<sup>44</sup>. Defendeu-se de forma bastante vigorosa o princípio de que é a família a herdeira de todos os direitos de decisão sobre o destino do corpo do recém-falecido. Nada poderia ser feito sem que houvesse a concordância expressa dos familiares. Assim, pode-se afirmar que faz parte do *ethos* da sociedade brasileira esta compreensão a respeito da competência para

decidir sobre o cadáver. Assim, havendo uma interdição legal e a percepção de que esta interdição é considerada como válida pela sociedade em geral, não é razoável que se admita como regra o desrespeito a esta premissa. Ou seja, a aprendizagem em recém-cadáveres não deve ser considerada aceitável ou regular apesar da origem desta interdição estar no sentimento religioso, o que deve ser garantido no âmbito das decisões individuais, não necessariamente coletivas.

A discussão pode, no entanto, ser aberta em termos de uma nova interlocução quando surge a família como sujeito ativo na decisão sobre o futuro do cadáver<sup>47, 45</sup>. Permanece inaceitável a utilização dos recém-cadáveres quando a família consultada previamente autoriza o procedimento, tendo em vista que o consentimento esclarecido é habitualmente utilizado em Medicina, sendo considerado uma das bases da moderna ética médica<sup>46</sup>? Estudos como o de Olsen<sup>47</sup> mostram que, mesmo quando da realização de um procedimento invasivo como a cricotireotomia, 39% das famílias autorizaram a utilização do parente recém-falecido como modelo. Mas ainda assim, permanece a questão: o consentimento da família autoriza a prática no recém-cadáver? Submeter a família ao estresse e ao sofrimento desta solicitação é justificável, mesmo quando da realização de procedimentos como a entubação endotraqueal<sup>48</sup>, ou deve-se ter em mente que a solicitação deva sempre ser feita<sup>49</sup>? Há ainda a proposta de que haja um consentimento presumido para a realização de determinados procedimentos, a menos que a recusa seja colocada anteriormente<sup>50</sup>. E quais seriam os procedimentos permitidos? E como daria a recusa, se a família na maioria das vezes não é consultada e o indivíduo desconhece que tipo de ocorrências podem suceder após a sua morte? Poderia se estabelecer um programa de pré-autorização, assim como ocorre com a doação de órgãos em diversos países, como propõe Morag<sup>51</sup>? Mas para que procedimentos? Quem esclareceria a população?

### **Buscando soluções: o uso da tecnologia na formação prática em Medicina e a seleção de conteúdos**

Um primeiro requisito é o reconhecimento de que existem disponíveis recursos tecnológicos capazes de substituir os humanos e os animais neste aprendizado inicial. Os simuladores médicos foram introduzidos no treinamento de habilidades clínicas em meados dos anos 60<sup>52</sup> e na atualidade pode-se ensinar e aprender eficientemente a maioria dos procedimentos essenciais à prática médica utilizando simuladores<sup>53</sup>. A incorporação de simuladores deve fazer parte do treinamento habitual nos currículos de formação para a graduação médica. Não deve ser a exceção e sim a regra aproximando os estudantes das situações de emergência com fidelidade e capacitando-os para a vida real<sup>54</sup>. É sabido, inclusive que o uso de simuladores não precisaria ser restrito aos graduandos devendo, outrossim, ser estendido aos profissionais em situações de pós-graduação *lato sensu* como a residência médica<sup>54, 55</sup> ou a médicos recém-formados<sup>56, 57</sup>. Postula-se que o uso de simuladores facilitaria a aprendizagem por diversos motivos<sup>58</sup>:

\* Para aprofundamento nesta discussão ver Brasil. Lei 10.211, de 23 de março de 2001. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/lei10211.htm> Por outro lado, a sociedade deseja que seus médicos sejam capazes de realizar todos os procedimentos que são indispensáveis para sua boa atuação técnica. Como conciliar interesses aparentemente conflitantes? Colocam-se, então, os termos para um novo desdobramento desta discussão.

- (1) estudantes podem praticar tantas vezes quanto for a sua necessidade;
- (2) erros podem ser localizados e corrigidos;
- (3) não há qualquer perturbação ou lesão para pessoas (pacientes).

Além disso, é perceptível que os próprios alunos em treinamento acreditam ser melhor que uma técnica seja primeiramente aprendida para depois ser aplicada em um paciente, sendo o uso de simuladores uma ótima maneira de treinar habilidades em grande número de estudantes por um número suficiente de vezes<sup>59</sup>. O treinamento em simuladores passa, então, a ser uma solução apropriada para que os mais novos (na profissão) sejam apropriadamente capacitados<sup>32</sup>.

Mas mesmo com um treinamento prévio em manequins, sempre haverá uma primeira vez em um humano real. Como se sentem os pacientes com relação a tal exposição é um questionamento a ser continuamente pensado. Graeber analisando pacientes em uma Emergência verificou que, dependendo do procedimento a ser realizado, haveria somente um leve declínio na negação da realização do procedimento com o treinamento prévio em simuladores<sup>60, 61</sup>. Fundamental e determinante, no entanto, é a qualidade da prática, que deverá ser estritamente supervisionada por um profissional competente que acompanhará e orientará o aprendiz durante o procedimento, o que exigirá que a supervisão das práticas deixe de ser tão frequentemente apenas formal e transforme-se em uma supervisão de fato. A despeito do que é preconizado pelo Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM nº 663/75 1, que “determina aos médicos que mantenham permanente supervisão dos procedimentos realizados por estudantes de medicina, no trato com os doentes”<sup>40</sup> e igualmente expresso por meio do processo-consulta CFM Nº4.650/96 PC/CFM/ Nº 13/97 que determina que “a responsabilidade pelo ato médico praticado pelo interno do curso de Medicina cabe exclusivamente ao médico preceptor”<sup>62</sup>, a supervisão em estágios extracurriculares é especialmente problemática e demanda das autoridades sanitárias, profissionais e educacionais uma ação concreta a respeito.

Tomando a utilização dos simuladores para treinamento como premissa verdadeira, poderia se banir por completo a prática de aprendizagem no recém-cadáver? É bem possível que não. Pode-se, sim, aceitá-la eticamente, considerando como condição *prima facie* a obtenção do consentimento daqueles que são socialmente reconhecidos como detentores de autoridade para determinar o destino dos corpos dos mortos - seus familiares mais próximos. Fica, então, posta a obrigatoriedade moral de solicitação de autorização à família. Esta se justifica, inclusive, por conta da compreensão da família<sup>63, 64, 65</sup> e do alto percentual de aceitação pelos familiares da realização dos procedimentos<sup>66, 67, 68</sup>.

## CONCLUSÃO

As questões apresentadas no presente artigo estão longe de ser motivo de consenso, demandando, pois, novas investigações teóricas e empíricas para se ampliar as possibilidades de discussão.

Embora, como procuramos demonstrar ao longo do texto, seja razoável que se defenda a adoção da obrigatoriedade de obtenção do consentimento formal da família do paciente que foi a óbito e que se estabeleça uma distinção entre os procedimentos passíveis de serem praticados no recém-cadáver àqueles que não levem à mutilação, outros pontos ainda restam sem resposta. Caso se adote a, aparentemente apropriada, decisão de se limitar a prática estudantil àquela efetuada em manequins, ocorrerá que,

mais da metade dos graduados anualmente nas escolas médicas brasileiras, que não tem acesso a pós-graduação por falta de vaga, poderá vir a ter sua primeira experiência nos procedimentos em humanos diretamente em sua prática profissional e, possivelmente, sem a supervisão de um profissional experiente.

Assim, uma solução razoável é que se restrinja a prática estudantil àqueles procedimentos não-mutiladores, sob estrita supervisão e após o consentimento familiar, preferencialmente após um primeiro treinamento em simuladores e que os procedimentos mais invasivos, mutiladores, fiquem restritos à formação dos especialistas. Destaque-se que, como alertado recentemente<sup>69</sup>, não nos referimos ao conceito de responsável legal, mas de familiares, em um claro paralelo com o preconizado no Brasil para as situações de transplante.

Somente em uma sociedade laica e com base na pluralidade das opiniões e posturas pode-se chegar a - ou pelo menos tentar alcançar - consensos democráticos sobre assuntos nos quais leis e regras não são suficientes como respostas, tal qual o presentemente exposto. Trazer à tona a situação e implementar esta reflexão é o aspecto que deve estar sempre na pauta daqueles que trabalham com a formação humana e profissional.

**Conflito de interesse:** não há

## SUMMARY

### BIOETHICAL ANALYSIS OF THE USE OF NEWLY DEAD PATIENTS IN MEDICAL LEARNING.

*OBJECTIVE.* The purpose of this article is to carry out, a discussion on the subject of bioethics and cadavers based upon a critical review of literature .

*METHODS.* A review of literature, was made with a survey of articles between 1977 and 2007 in the sites "Biblioteca Virtual de Saúde", PubMed and SciELO, utilizing the keywords: newly deceased patients, newly dead patients, simulators,. This was complemented by a critical evaluation of books published in the area of ethics and bioethics

*RESULTS.* The possibility to develop learning without orientation by a supervisor is doubtful.. The utilization of newly dead for learning invasive procedures is very frequent and seldom admitted. These procedures, are usually, carried out secretly, without the knowledge and consent of the family. The ethical aspects of these practices are not discussed in the practical medical education.

*CONCLUSION.* It essential that the ethics of use of recent deceased become a necessary content of graduate education. Performance of these procedures by students should always be authorized by family members. The simulators meet the requirements of training. Discussions about the ethical and bioethical aspects cannot be separated from practical considerations during the students learning time. [Rev Assoc Med Bras 2010; 56(1): 11-6]

**KEY WORDS:** Death. Bioethics. Medical education .Bioethical Issues.

## REFERÊNCIAS

1. Machado MH. Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão [tese]. Rio de Janeiro: IUPERJ; 1996.
2. Brasil. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES n. 4, Brasília (DF), 7 de novembro, 1-6; 2001.
3. Marins JN. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: Marins JN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação médica em

- transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica. 2004.
4. Caponi S. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2000. p.47-61.
  5. Rego STA. A formação ética do médico: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; 2003.
  6. Cohn A. A saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez Editora; 1999.
  7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Brasília. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Brasília; 2004.
  8. Pinheiro R, Ceccim RB. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lappis; 2006.
  9. Chen JJ, Susetio L, Chao CC. Oral complications associated with endotracheal general anesthesia. *Anesthesiology*. 1990;28:163-8.
  10. Kasman DL. When is medical treatment futile? A guide for students, residents and physicians. *J Gen Intern Med*. 2004;19:1053-6.
  11. Rego STA, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética e humanização como temas transversais na educação médica. *Rev Bras Educ Méd*. 2008;32:482-91.
  12. Becker HS. Boys in white: student culture in medical school. 10<sup>th</sup> ed. New Brunswick: Transaction Publishers; 2007.
  13. Silver-Isenstadt A, Ubel PA. Erosion in medical students' attitudes about telling patients they are students. *J Gen Intern Med*. 1999;14:481-7.
  14. Cohen DL, McCullough LB, Kessel RW, Apostolides AY, Heiderich KJ, Alden ER. Informed consent policies governing medical students' interactions with patients. *J Med Educ*. 1987;62:789-98.
  15. Santen SA, Hemphill RR, Spanier CM, Fletcher ND. "Sorry, it's my first time!" Will patients consent to medical students learning procedures? *Med Educ*. 2005;39:365-9.
  16. Benfield DG, Flaksman RJ, Lin TH, Kantak AD, Kokomoor FW. Teaching intubation skills using newly deceased infants. *JAMA*. 1991;265:2360-3.
  17. Hemphill RR, Sally AS, Routree CB, Szmit AR. Patients' understanding of the roles of interns, residents, and attending physicians in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 1999;6:339-44.
  18. Santen SA, Hemphill RR, Prough EE, Perlowiski EE. Do patients understand their physicians' level of training? A survey of emergency department patients. *Acad Med*. 2004;79:138-49.
  19. Steen PA, Enger E. Medical training using newly deceased. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1994;114:1509.
  20. Moore GP. Ethics seminars: the practice of medical procedures on newly dead patients: is consent warranted? *Acad Emerg Med*. 2001;8:389-92.
  21. Oliveira RS, Leite JAD, Patrocínio RMSV, Castro JOA, Santana MG. Modelo experimental de artroscopia do quadril em cadáveres de recém-nascidos. *Acta Ortop Bras*. 2005;13:86-90.
  22. Ginifer C, Kelly AM. Teaching resuscitation skills using the newly deceased. *Med J Aust*. 1996;165:445-7.
  23. Burns JP, Reardon FE, Truog RD. Sounding board: using newly deceased patients to teach resuscitation procedures. *N Engl J Med*. 1994;331:1652-5.
  24. Trindade F, Cane P. The law of torts in Australia. Melbourne: Oxford University Press; 1993.
  25. Tachakra S, Ho S, Lynch M, Newson R. Should doctors practice resuscitation skills on newly deceased patients? A survey of public opinion. *J Roy Soc Med*. 1998;91:576-8.
  26. Schramm FR. Por qué la definición de muerte no sirve para legitimar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido? *Perspect Bioéticas*. 2001;6:43-54.
  27. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9:31-41.
  28. Brattebe G, Wisborg T. Instruction and training in emergency care procedures of recently deceased patients. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1990;110:1380-1.
  29. Ardagh M. May we practice endotracheal intubation on the newly dead? *J Med Ethics*. 1997;23:289-94.
  30. Ashby R. Teaching resuscitation on the newly deceased: do we want to know? *Med J Aust*. 1996; 165:412-3.
  31. Almeida MFB, Guinsburg R, Costa JO, Anchieta LM, Freire LMS. Teaching neonatal resuscitation at public hospital in Brazilian state capital. *J Pediatr (Rio J)* 2005;81:233-9.
  32. Rosenson J, Tabas JA, Patterson P. Teaching invasive procedures to medical students. *JAMA*. 2004;291:119-20.
  33. Iserson KV. Law versus life: the ethical imperative to practice and teach using the newly dead emergency department patient. *Ann Emerg Med*. 1995;25:91-4.
  34. Collier BS. The newly dead as research subjects. *Clin Res*. 1989;37:487-94.
  35. Trainor R. Should the newly dead be used to help the living? An issue in our time. *Linacre Q*. 1989;56:51-63.
  36. Berger JF, Rosnel F, Cassell EJ. Ethics of practicing medical procedures on newly dead and nearly dead patients. *J Gen Intern Med*. 2002;17:774-8.
  37. McNamara RM, Monti S, Kelly JJ. Requesting consent for an invasive procedure in newly deceased adults. *JAMA*. 1995;274:128-9.
  38. Moskop JC. Informed consent and refusal of treatment: challenges for emergency physicians. *Emerg Med Clin North Am*. 2006;24:605-18.
  39. Brasil. Código Penal Brasileiro [citado 27 maio 2007]. Disponível em: [http://www.dji.com.br/codigos/1940\\_dl\\_002848\\_cp/cp.htm](http://www.dji.com.br/codigos/1940_dl_002848_cp/cp.htm).
  40. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 663/75. Diário Oficial União. Brasília (DF), Seção I, parte 2, 12 agosto 1975.
  41. Zirkin HJ. Research and training on the newly dead. *Arch Pathol Lab Med*. 1998;122:213.
  42. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária; 1972. p.149.
  43. Kant I. Fundamentação da metafísica dos costumes. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1964.
  44. Sperling D. Breaking through the silence: illegality of performing resuscitation procedures on the newly-dead. *Ann Health Law*. 2004;13(2):393-426.
  45. Schmidt TA, Abbott JT, Geiderman JM, Hughes JA, Johnson CX, McClure KB. Ethics seminars: the ethical debate on practicing procedures on the newly dead. *Acad Emerg Med*. 2004;11:962-6.
  46. Tay CSK. Recent developments in informed consent: the basis of modern medical ethics. *APLAR J Rheumatol*. 2005;8:165-70.
  47. Olsen J, Spilger S, Windisch T. Feasibility of obtaining family consent for teaching cricothyrotomy on the newly dead on the emergency department. *Ann Emerg Med*. 1995;25:660-5.
  48. Brattebe G, Wisborg T, Oyen N, Iserson KV, Bloom JM. Using newly deceased patients in teaching procedures [Correspondence]. *N Engl J Med*. 1995;332(21):1445-7.
  49. Kerns AF. Better to lay it out the table rather do it behind the curtain: hospitals need to obtain consent before using newly deceased patients to teach resuscitation procedures. *J Contemp Health Law Policy*. 1997;13:581-612.
  50. Goldblatt AD. Don't ask, don't tell: practicing minimally invasive resuscitation techniques on the newly dead. *Ann Emerg Med*. 1995;25:86-90.
  51. Morag RM, De Souza S, Steen PA, Salem A, Harris M. Performing procedures on the newly deceased for teaching purposes. What if we were to ask? *Arch Intern Med*. 2005;165:92-6.
  52. Cooper JB, Taqueti Vr. A brief history of the development of mannequin simulators for clinical education and training. *Qual Saf Health Care* 2004;13:11-8.
  53. Issenberg SB, Scalese RJ. Best evidence on high-fidelity simulation: what clinical teachers need to know. *Clin Teach*. 2007;4:73-7.
  54. Hutton A, Kenealy H, Wong C. Using simulation models to teach junior doctors how to insert chest tubes: a brief and effective teaching module. *Int Med J*. 2008;1:1-5.
  55. Cicarelli DD, Coelho RB, Benseñor FEM, Vieira JE. Importância do treinamento de residentes em eventos adversos durante a anestesia. Experiência com uso de simulador computadorizado. *Rev Bras Anestesiol*. 2005;55: 151-7.
  56. Assis CR. Como salvar a vida de uma criança? Simulação virtual orientada -suporte básico de vida em pediatria [citado 17 jul 2008]. UNIFESP Virtual. São Paulo; 2003. Disponível em: <http://www.virtual.epm.br/material/>.
  57. Cumin D, Merry AF. Simulators for use in anesthesia. *Anaesthesia*. 2007;62:151-62.
  58. Gaiser RR. Teaching airway management skills: how and what to learn and teach. *Crit Care Clinics*. 2000;16:1515-25.
  59. Owen H, Plummer JL. Improving learning of a clinical skill: the first year's experience of teaching endotracheal intubation in a clinical simulation facility. *Med Educ*. 2002;36:635-42.
  60. Graeber MA, Pierre J, Charlton M. Patient opinions and attitudes toward medical student procedures in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2003;10:1329-33.
  61. Graeber MA, Wyatt C, Kasperek L, Xu Y. Does simulator training for medical student change patient opinions and attitudes toward medical student procedures in the emergency department? *Acad Emerg Med*. 2005;12:635-9.
  62. Conselho Federal de Medicina. Processo-consulta CFM Nº4.650/96 PC/CFM/Nº 13/97. [citado 23 out 2008]. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1997/13\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1997/13_1997.htm).
  63. Oman KS, Armstrong JD. Perspectives on practicing procedures on the newly dead. *Acad Emerg Med*. 2002;9:86-7.
  64. Hergenroder GW, Prator BC, Chow AF, Powner DJ. Postmortem intubation training: patient and family opinion. *Med Educ*. 2007;41:1210-6.
  65. Ganes MK, Vassbe K, Forde R. Intubation training on the deceased newborns' opinion. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1999;119:39-41.
  66. Finegold L. Using newly deceased patients in teaching procedures. [Correspondence]. *N Engl J Med*. 1995;332:1445-7.
  67. Baren JM, Mahon M. End-of-life issues in the pediatric emergency department. *Clin Pediatr Emerg Med*. 2003;4:265-72.
  68. Jones JW, McCullough LB, Richman BW. Training on newly deceased patients. *Surgery*. 2004;135:108-9.
  69. Fontana-Rosa JC, Oliveira RA. O responsável legal é de fato o responsável? Um questionamento ético-legal sobre o termo. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54:279-82.

---

Artigo recebido: 09/11/08  
Aceito para publicação: 18/08/09

---