

Ética médica y formación de médicos

Thays Helena Barbosa Sanchez¹, Ipojuca Calixto Fraiz¹

1. Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR, Brasil.

Resumen

El nuevo Código de Ética Médica entró en vigor en 2019 mediante la Resolución CFM 2.217/2018. Este artículo aborda los lineamientos de este documento, buscando identificar si reflejan cambios en la sociedad y cómo los conceptos éticos tratados durante la formación médica impactan la práctica profesional médica. La muestra cualitativa con datos primarios y secundarios constó de 15 entrevistas semiestructuradas, seleccionadas por el criterio "bola de nieve". Los participantes fueron los médicos del Programa de Residencia Médica del Complejo Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná. Los preceptos del código resultaron estar acordes con los derechos humanos y la bioética. Pero es insuficiente la ética que se aborda en la formación. Así, por tener fuerza de ley y fundamentarse en principios morales, el Código de Ética Médica dispone de la regulación de la práctica médica, sin embargo, una conducta médica basada en lineamientos éticos requiere actualización profesional.

Palabras clave: Códigos de ética. Ética médica. Educación médica.

Resumo

Ética médica e formação do médico

O novo Código de Ética Médica entrou em vigor em 2019, por meio da Resolução CFM 2.217/2018. Este artigo aborda as orientações desse documento, buscando identificar se elas refletem mudanças ocorridas na sociedade e como conceitos éticos ensinados durante a formação médica impactam a prática profissional. Com caráter qualitativo de dados primários e secundários, a amostra compôs-se de 15 entrevistas com roteiro semiestruturado selecionadas pelo critério "bola de neve". Os participantes são médicos do Programa de Residência Médica do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Compreendeu-se que os preceitos do código são consonantes aos direitos humanos e à bioética. Ademais, a ética ministrada durante a formação mostrou-se insuficiente para os profissionais. Conclui-se que, por ter força de lei e ser respaldado por princípios morais, o Código de Ética Médica propicia a normatização da atuação médica, no entanto uma conduta médica pautada nas diretrizes éticas requer atualização profissional.

Palavras-chave: Códigos de ética. Ética médica. Educação médica.

Abstract

Medical ethics in medical training

The new Medical Code of Ethics entered into force in 2019, with the Resolution CFM 2.217/2018. This article focusses on the directives of this document, seeking to identify if they reflect changes in the Society and how the ethical concepts taught during training impact the professional practice. Of qualitative character of primary and secondary data, the sample comprised 15 semi-structured interviews selected with by snowball sampling. The participants are doctors of the residency program of the Complex of the Clinical Hospital of the Federal University of Paraná. We understood that the precepts of the code adhere to human rights and to bioethics. Furthermore, the ethics taught during training was insufficient for the professionals. We concluded that, for having force of law and being based on moral principles, the Medical Code of Ethics fosters the normalization of the medical action; however, a medical conduct based on the ethical directives requires a professional update.

Keywords: Codes of Ethics. Ethics, medical. Education, medical.

La actuación médica comprende la relación médico-paciente, la competencia clínico-quirúrgica y la mejora continua del aprendizaje, con el fin de garantizar una atención de calidad, basada en la ética hipocrática, la ética normativa y la ética deontológica¹. Así, la mejora médica, tanto práctica como teórica, es indispensable para una atención holística oportuna.

Por lo tanto, es notorio el mérito de la medicina basada en la evidencia como parámetro de las actuales directrices de conducta médica, ya que las directrices explican la manipulación más adecuada en el cuidado de la salud desde el punto de vista ético. Así, en consonancia con directrices científicas basadas en principios éticos, el Consejo Federal de Medicina (CFM) publicó la última actualización del Código de Ética Médica (CEM) en Brasil.

El nuevo CEM (2018)²⁻⁴ entró en vigor el 1 de mayo de 2019, consolidándose como el documento más actual en su género. Dicho esto, el CEM aclara y regula los derechos y deberes declarados de los médicos, protegiendo tanto a médicos como a pacientes. Con eso, se observa que los principios éticos profesionales son continuamente incentivados a actualizarse para salvaguardar los derechos y deberes profesionales en el contexto social⁵. Así, el CEM asegura la coherencia jurídica y el compromiso con la salud, los derechos humanos y la bioética⁶.

Cabe señalar que los Consejos Regionales de Medicina (CRM) son responsables de supervisar la ética profesional, por lo que las conductas médicas, sin el debido cumplimiento de las normas éticas, están sujetas a la responsabilidad punitiva prevista en la Ley 3.268/1957⁷. Tal responsabilidad incluye desde advertencias hasta la casación del ejercicio profesional. A modo de aclaración, los procesos ético-profesionales están sujetos a los CRM, no obstante las responsabilidades sujetas a sanciones civiles y penales estén sometidas a los Tribunales de Justicia⁸.

En cuanto a la nueva edición del CEM (Resolución CFM 2.217/2018)⁹ aprobada a partir del consenso entre los especialistas más influyentes y representantes de colegios médicos y directivos de los consejos nacionales, cabe destacar un sutil pero sustancial avance en relación al código anterior (Resolución CFM 1.931/2009)¹⁰, en la medida en que el nuevo código fue redactado intencionalmente de forma más clara, precisa y asertiva, proporcionando una reducción del sesgo interpretativo¹¹.

Teniendo en cuenta la relevancia médico-jurídica que trajo la publicación del CEM/2018, esta investigación tiene como objetivo discutir el impacto del conocimiento de las directrices éticas en el contexto de la formación y práctica médica^{3,4}. Así, buscamos reflexionar sobre la calidad de la formación médica en el ámbito de la disciplina ética. Así como, discute si los preceptos presentes en el CEM/2018 están de acuerdo con las exigencias de la sociedad actual. Por lo tanto, analiza la importancia que los médicos recién graduados atribuyen al conocimiento de la ética médica para el buen ejercicio profesional, basado en la relación médico-paciente^{3,4}.

La investigación, de naturaleza cualitativa, aborda el tema de la ética médica y la formación de médicos a partir de entrevistas semiestructuradas con médicos de primer año del Programa de Residencia Médica del Complejo Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná (CHC/UFPR). En principio, el grupo encuestado seleccionado se justifica por la singularidad de ser médicos licenciados por diferentes universidades del país, además de ser la porción “más cercana” a la graduación médica. Así, la verosimilitud del aprendizaje ético teórico construido durante la graduación se contrasta más claramente con el dominio ético de la práctica profesional.

Objetivo

El objetivo de este artículo es evaluar cualitativamente el nivel de conocimiento de los residentes de primer año de las especialidades de clínica médica (CM) y Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) del Programa de Residencia Médica del CHC/UFPR sobre el CEM. Además, con base en una revisión bibliográfica de artículos científicos sobre ética médica, pretendemos ampliar el análisis de los resultados encontrados en el contexto de la educación médica.

Método

El estudio consiste en una investigación aplicada, de carácter cualitativo, con carácter transversal, exploratorio y descriptivo de datos primarios y secundarios. El núcleo del material de estudio fue extraído de encuestas guiadas por un guión semiestructurado¹² que consta de tres temas, a saber:

1) identificación; 2) percepción de la enseñanza de la ética médica; y 3) conocimiento del CEM.

Toda la investigación se llevó a cabo mediante la firma de un formulario de consentimiento libre y informado (FCLI) por parte de los participantes. El guion semiestructurado y el FCLI fueron compilados de manera que el primero encaminara las encuestas a una recolección de datos específica, comprendiendo el análisis central, y que el segundo salvaguardara los derechos de los encuestados.

Considerando que el estudio cualitativo es *sui generis* en sus conclusiones, los resultados presentan un carácter actual, inédito, innovador y, por lo tanto, adecuado al objetivo de la investigación, en la medida en que no se pretende buscar o identificar el fenómeno, sino captar y comprender su significado individual y/o colectivo para la vida de las personas¹³. Así, la investigación interpreta el fenómeno a partir de su significado para los encuestados¹⁴.

Por lo tanto, el modelo cualitativo explora y permite una mayor apertura temática para el encuestado, profundizando en el tema, al explorar elementos que normalmente están involucrados en la investigación cuantitativa. Este estudio va al encuentro de las últimas publicaciones sobre el tema de la ética y agrega contenido inédito, al promover la discusión sobre las nuevas directrices, trayendo relatos, experiencias, conflictos y desafíos éticos de los residentes del CHC/UFPR.

Los participantes de la investigación cursaron necesariamente el primer año en las especialidades CM o MFC del Programa de Residencia Médica del CHC/UFPR. La lista de elegibles para participar en el estudio fue puesta a disposición por el Comité de Residencia Médica (Coreme) del CHC/UFPR. La selección del primer participante se basó en la elección aleatoria de un residente efectivamente matriculado en una de estas dos carreras de medicina.

Posteriormente, el alcance del muestreo siguió el método “bola de nieve”¹⁵. A partir de un guion semiestructurado, todas las encuestas se realizaron de forma presencial y, *a posteriori*, se utilizó el teléfono como medio de comunicación para eventuales aclaraciones, totalizando una sesión informativa individual de intercambio de, en promedio, 40 minutos. En un segundo paso, toda la información recolectada fue subdividida por contenido abordado e identificada por códigos, para luego realizar un análisis dirigido y optimizado. Se trans-

cribieron literalmente los contenidos más relevantes y las respuestas más incidentes de los participantes. A partir de un enfoque semidirectivo y una encuesta comprensiva¹⁶, se extrajo mayor profundidad de contenido de los matices del diálogo, minimizando las respuestas superficiales.

Cabe señalar que la muestra se definió de acuerdo con la saturación teórica para métodos cualitativos¹⁷. Así, desde el momento en que las encuestas permitieron respuestas repetitivas, se infirió la saturación teórica de la muestra, interrumpiendo oportunamente la participación de más encuestados.

La muestra documental estuvo compuesta por 15 encuestados en total, y la participación en la investigación fue voluntaria y facultativa. Sin embargo, dada la existencia de un discurso incoherente y contradictorio en relación al tema y otros dos retiros formales, de retiro del consentimiento, la compilación final de este trabajo consta de 12 encuestas validadas con contenido acorde con el tema. Aunque, en números absolutos, la muestra es pequeña, la ganancia científica se basa en el carácter cualitativo, ya que este reside en la profundidad, no en la extensión¹⁶.

La revisión bibliográfica de artículos científicos con propósito comparativo, para analizar los resultados encontrados, se realizó en las bases de datos electrónicas SciELO, Medline, PubMed, Lilacs y Cochrane, utilizando las palabras clave “Código de ética” (“*Codes of ethics*”), “Ética médica” (“*Ethics, medical*”) y “Educación médica” (“*Education, medical*”) y sus respectivos sinónimos.

Después de una evaluación crítica y sistemática de la consistencia de la evidencia científica, fueron seleccionados artículos que contenían discusiones sobre la formación médica y el respectivo conocimiento ético profesional con base en el CEM, concomitantemente con el uso de una base conceptual y argumentativa de libros publicados en el área de la educación médica.

Evolución de los dictados éticos

En el Ágora clásica de la antigua Grecia, Sócrates (siglo V a.C.) inauguró públicamente el concepto de ética. Debido al método de la mayéutica fundada en el cuestionamiento, el filósofo incitó al proceso de reflexión sobre los valores individuales y los dictados morales imperantes –de virtud y bondad–, pues entendió que el hombre ético no subvierte su moral,

ni por las circunstancias o por capricho de otro, porque tiene dominio sobre sus fundamentos y su fin. Por lo tanto, quien goza de valores morales genuinos es consciente y capaz de pensar activamente, cuestionar y reevaluar sus propias acciones. En definitiva, es dueño de su proceso de toma de decisiones¹⁸.

Además, como señala Neves, según Platón (428 a. C.), *La ética es un hábito, un arte, de hacer el bien, que hace bueno lo que se hace y quién lo hizo*¹. En detalle, se entiende que los preceptos morales son innatos al individuo; y el hábito, a su vez, permite perfeccionarlos. En sus escritos, Platón presupone que una civilización ideal proporcionaría felicidad a todo individuo, ya que constituiría un entorno social en el que cada ciudadano ejercería una actividad profesional acorde con sus virtudes y aptitudes inherentes. Así, la aptitud ética es amplia, pero específica e inseparable del individuo.

En este sentido, la característica idiosincrásica de la ética tiene una correlación intrínseca con la virtud moral, el honor y el carácter. Cabe destacar que los guerreros y los políticos estaban dotados de los más nobles atributos morales y, por otro lado, los esclavos ni siquiera eran merecedores de derechos cívicos. Por lo tanto, es fundamental no separar los conceptos filosóficos del dogma político-social de la época.

En última instancia, la noción griega de justicia social se cumple precisamente cuando se alcanza el estado de armonía entre las diferentes clases sociales –en el que cada atributo ético humano se expresa en beneficio de la sociedad. Así, un excelente e íntegro profesional se comportaba como un caballero y, por lo tanto, sin necesidad de recomendaciones de conducta. Así, la ética no se entendía como se entiende actualmente –dependiendo de acuerdos previos específicos y compilada como normas en un código de ética¹⁸⁻²¹.

Hipócrates, médico griego y contemporáneo de los mismos filósofos, es universalmente reconocido como el padre de la medicina¹. Sin embargo, fue Percival, médico inglés del siglo XVIII, quien publicó el primer código de ética médica^{3,22}. En este contexto, cabe mencionar que la ética es un concepto amplio, referido al comportamiento moral del individuo en sociedad, y la ética médica, a su vez, restringe el foco de atención únicamente al comportamiento moral del médico en su ejercicio profesional.

Sin embargo, fue recién a partir de la segunda mitad del siglo XX que la carrera de medicina se

separó de la ética clásica, mientras que el ejercicio de la ciudadanía como la conciencia del derecho a la decisión compartida en el proceso de la enfermedad ya no requerían de un profesional virtuoso, sino más bien hábil y competente para el adecuado ejercicio de la profesión²³.

En el contexto mundial, paulatinamente, los derechos humanos se han ido consolidando como eje para la construcción de un concepto más universal de ética médica, pues, debido al pluralismo de las naciones, las innumerables referencias culturales y las diferentes tradiciones morales, se hace necesaria una convergencia de concepción ética, a fin de salvaguardar los principios médicos comunes compatibles con la integridad y la dignidad humanas.

Otro destaque es la *Declaración de Ginebra*²⁴, fechada en 1948, una de las políticas más consistentes de la Asociación Médica Mundial (WMA), considerada uno de los documentos centrales de la ética médica, en cuanto apunta a la estructura del juramento médico al ingreso a la profesión. Por lo tanto, se basa en los principios del juramento hipocrático y actualmente se conoce como la versión moderna del compromiso de los médicos con los principios humanitarios de la medicina.

En 2017, el Consejo de la WMA aprobó una versión preliminar de revisión para consulta pública, con el objetivo de editar la próxima actualización de los preceptos éticos reconocidos internacionalmente. Además, la *Declaración de Ginebra* a menudo se incorpora al CEM de diferentes naciones o se utiliza como referencia para compilar dichos códigos.

También vale la pena mencionar que el último Código Internacional de Ética, titulado *57th WMA General Assembly*, contiene artículos sobre conducta médica ética, que comprenden tres grandes temas: 1) los deberes de los médicos en general; 2) deberes de los médicos hacia los pacientes; y 3) deberes de los médicos con sus colegas²⁵.

En pocas palabras, se puede inferir que el CEM valida y asegura la calidad de la atención en salud, ya que, como fuerza de ley y sustentada en principios morales, proporciona la normalización de la práctica médica. Sin embargo, la permanencia de una conducta médica basada en modernas pautas éticas exige que, periódicamente, el CEM se actualice.

A nivel nacional, en 2016, se inició una intensa discusión entre miembros del CFM, el CRM, especialistas y representantes de las Asociaciones

Médicas Brasileñas, entonces participantes de la III Conferencia Nacional de Ética Médica (Conem), que culminó con la aprobación del nuevo Código de Ética Médica en 2018^{3,4}. Esta actualización entró en vigencia el 1 de mayo de 2019, a través de la Resolución CFM 2.217/2018⁹, derogando así el código anterior (Resolución CFM 1931/2009)¹⁰.

Cabe señalar que hay nueve códigos de ética médica editados en Brasil^{3,11,23}. Por lo tanto, los fundamentos éticos médicos se revisan continuamente, basados en la evidencia, reforzando la notoria relevancia de la relación médico-paciente para la sociedad.

En ocasiones, algunos de los principales cambios del CEM/2018^{3,4} se refieren a la incorporación explícita de la protección a la sociedad; el respeto al paciente aún después de su muerte, asegurando mayor protección a la dignidad e integridad del ser humano; determinar la utilización de los mejores medios técnicos y científicos disponibles en el ámbito laboral, tanto para la promoción como para la prevención de la salud; inclusión de un médico con discapacidad en relación con el pleno derecho a ejercer la medicina sin perjuicio de la seguridad del paciente.

Además, el CEM/2018^{3,4} determinó que es deber del médico, cuando sea su obligación, brindar atención en los sectores de urgencia y emergencia. También hubo una inclusión expresa del deber médico con sus compañeros de profesión, garantizando respeto, consideración y solidaridad. Finalmente, el código hizo obligatorio prestar atención a las normas específicas del CFM en cuanto al uso de los canales de comunicación digital⁹⁻¹¹.

Así, esta sección se construye para sustentar el objetivo de este trabajo, que trata, en un primer momento, del CEM y, posteriormente, de la correlación con el aspecto de la formación médica antes del estudio de la ética durante la graduación. Los aspectos únicos de la conceptualización temática complementan los resultados del estudio, haciendo que la clarificación histórica sea crucial para dirigir efectivamente los esfuerzos para analizar la ética médica en la sociedad actual.

Estudio ético

Contexto de la licenciatura médica

En el escenario mundial, en lo que respecta a la formación médica, la WMA recomendó la inclusión

universal de la ética médica y los derechos humanos como contenido obligatorio para la licenciatura médica²⁶, ya que la asociación pretende promover los más altos estándares y comportamiento ético en la profesión médica. La WMA y sus comités revisan continuamente los problemas éticos emergentes, regulando y actualizando las políticas existentes. Por lo tanto, instituye políticas globales dirigidas a cuestiones éticas relacionadas con el profesionalismo médico, la atención al paciente, la investigación con seres humanos y la salud pública.

En línea con los dictados internacionales, el Ministerio de Educación (MEC), organismo del Gobierno Federal de Brasil fundado en 1930²⁷, durante el gobierno de Getúlio Vargas, publicó la Resolución CNE/CES 3/2014²⁸, que establece las Directrices Curriculares Nacionales para Curso de Grado en Medicina. Así, entre las determinaciones de la formación del médico general, se destaca la actuación profesional basada en principios éticos en la perspectiva de la integridad de la asistencia en promoción de la salud, fundamentada en un sentido de responsabilidad social y compromiso con la ciudadanía.

Cabe destacar que las universidades brasileñas tienen la discrecionalidad de montar su propio proyecto pedagógico, sin embargo, deben respetar los lineamientos generales emitidos por el MEC, los cuales se presentan en consonancia con los dictados de la WMA.

Con base en el alcance literario mencionado, finalizan las discusiones sobre las principales resoluciones y decretos que fundamentan la educación médica en Brasil, con base en la calidad de la atención a la salud, principalmente en el campo de la ética profesional. Si bien el estudio de la ética está presente en los cursos de grado, las infracciones éticas permean la realidad de la carrera de medicina.

Programa de residencia médica

En cuanto a la residencia médica, regulada por el Decreto 80.281/1977²⁹, esta se presenta como una modalidad de enseñanza de posgrado destinada a médicos en forma de curso de especialización. Además del decreto, se creó la Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM) para inspeccionar las residencias médicas en Brasil.

Según la CNRM, en 2018, según datos de la Comisión Nacional del Sistema de Residencia Médica (SisCNRM), hubo 26.094 plazas autorizadas para el ingreso al primer año de residencia médica (R1) en Brasil, teniendo en cuenta todas las especialidades médicas³⁰. De estos, en el estado de Paraná, hubo 1.511 vacantes³¹.

En el contexto de la CHC/UFPR, la Coreme, como órgano auxiliar de la CNRM, supervisa y evalúa los programas de residencia médica (PRM) de la institución, cuya gestión se sustenta en las normas de la CNRM, la CHC/UFPR y su reglamento interno. Por lo tanto, como organismo responsable, la Coreme, a través de la Convocatoria PRM de CHC/UFPR 2019, asegura 24 vacantes para R1 en la especialidad CM y 20 vacantes para R1 en MFC³². Por lo tanto, el número total de posibilidades en la muestra de investigación fue de 44 médicos R1 del PRM del CHC/UFPR.

Así, luego de terminado el proceso de contextualización básica en el que se inserta el grupo seleccionado de participantes de este estudio, es posible discutir con más detalle los puntos que son notablemente relevantes para el análisis.

Resultados

El estudio de campo de esta propuesta científica consistió en encuestas, con guión semiestructurado, a 15 médicos residentes efectivamente matriculados en el primer año del PRM en el CHC/UFPR, divididos

entre dos especialidades médicas, medicina interna y medicina familiar y comunitaria. Sin embargo, dada la presencia de un discurso incoherente y contradictorio sobre el tema y dos retiros formales del consentimiento, aún durante la fase de elaboración de este trabajo, el número de encuestas validadas con contenido acorde con el tema se redujo a 12 participantes, identificados con el nombre en clave R01 a R12. De estos, siete médicos pertenecían a la especialidad de CM y cinco a la especialidad de MFC.

Se destaca que el foco del estudio es el conocimiento previo, ya sea adquirido durante la graduación o en la práctica profesional inmediatamente posterior a ella (antes del 1° año de residencia médica en el CHC/UFPR), sobre el CEM y sus actualizaciones. Por lo tanto, no se pretende aquí divulgar datos como el sexo, la edad o la institución de adquisición del título médico de los participantes involucrados, con el fin de preservar su identidad.

A partir de la extracción de contenido de los participantes, la orientación del análisis descriptivo para el análisis explicativo^{33,34} fue concebida por división en cinco categorías, elegidas con base en los patrones más altos de expresiones clave y correlacionadas entre las respuestas expuestas. Ellas son: C1) enseñanza ética a lo largo de la carrera de medicina; C2) desactualizado en el tema del CEM/2018^{3,4}; C3) oportunidad práctica de utilizar los principios CEM gracias al conocimiento previo; C4) necesidad de la participación de preceptores o médicos más experimentados para conducir un caso ético; y C5) posibilidad de comentar una actualización CEM/2018^{3,4} (Tabla 1).

Tabla 1. Categorización de las respuestas de los médicos residentes del primer año del Complejo Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná de las dos especialidades investigadas

ESPECIALIDAD	CM	MFC	TOTAL
CATEGORIZACIÓN	Frecuencia Número de elementos presentes %	Frecuencia Número de elementos presentes %	Resultante Número de elementos presentes %
C1 Entrenamiento médico "Poco bagaje de conocimiento" "La importancia de la ética (...) es subyugada"	42,8	20	33,4
C2 Desactualización CEM/2018 "Realmente no recuerdo" "Desconozco"	28,6	20	25

continúa...

Tabla 1. Continuación

ESPECIALIDAD	CM	MFC	TOTAL
CATEGORIZACIÓN	Frecuencia Número de elementos presentes %	Frecuencia Número de elementos presentes %	Resultante Número de elementos presentes %
C3 Dominio de CEM en la práctica "Expliqué el caso, (...) respeté la decisión del paciente" "Yo tomé la posición contraria (...), por conocer los principios éticos" "Se respetó la confidencialidad del paciente" "Cobré los honorarios dignos"	57,1	40	50
C4 Presencia de otros en la toma de decisiones. "Fui a discutir el caso para asegurar la conducta más adecuada." "No lo decidí solo" "Necesitaba ayuda de un profesional con más experiencia"	14,3	60	33,4
C5 Posibilidad de comentar una actualización de CEM/2018 "Según la última edición (...), uno de los principios fundamentales" "Ítem específico que cita el uso de las redes sociales" "Refuerza la necesidad de respeto y consideración por los compañeros profesionales." "Inclusión del derecho al ejercicio profesional del médico discapacitado"	57,1	80	66,7

CM: clínica médica; MFC: Medicina Familiar y Comunitaria

Los porcentajes de la Tabla 1 se calcularon a partir de la frecuencia de ocurrencia de contenido explícito/número de residentes encuestados. Posteriormente, se registraron en las categorías creadas (con sus respectivos significados), observando también la distribución por especialidades. Por lo tanto, el foco del análisis está en el conocimiento previo y formativo sobre el CEM y su dominio para la práctica del acto médico. Así, se eligió el análisis clave de la formación médica, además de las categorías excluyentes, a saber: actualización versus desactualización del CEM/2018^{3,4}; y dominio del CEM para el manejo clínico versus la necesidad de que otra persona lleve a cabo un caso ético.

Habiendo presentado los principales resultados sobre el dominio del conocimiento ético por parte del grupo encuestado de R1 del CHC/UFPR y sobre el tema en análisis de la familiaridad con el CEM/2018^{3,4}, se procede a la discusión de los resultados destacados.

Discusión

Conocimiento ético en el ámbito médico del CHC/UFPR

En este tema, el núcleo del análisis es la enseñanza ética a lo largo de la carrera de medicina (categorización C1), incluyendo la desactualización temática (categoría C2) y, finalmente, la necesidad de la presencia de un médico con más experiencia para conducir un caso clínico con enfoque ético (categorización C4). Por lo tanto, a partir del análisis de las coocurrencias³⁴, se destaca la cuestión de la ética médica en el contexto de la formación de médicos.

Para comenzar el análisis de los resultados, vale mencionar que, según el Consejo Regional de Medicina del Estado de São Paulo (Cremesp), entre 2001 y 2011, todos los procesos ético-profesionales en ese estado aumentaron en un 302%. A primera

vista, este hecho está asociado a las sanciones, más específicamente a las resultantes de la mala práctica y de la mala formación médica actual³⁵. Los resultados presentados por el CFM en la investigación *Perfil de los Médicos en Brasil* corroboran el desprestigio de la formación y la formación médicas brasileñas. Los datos más expresivos publicados son: 16,5% de los médicos brasileños desconocen la existencia del CEM y 81,5% de los profesionales se muestran escépticos sobre el rumbo de la práctica médica³⁶.

En ese contexto, la investigación de campo realizada presenta informaciones convergentes, tales como: una prevalencia del 25% de respuestas que señalan la desactualización respecto a la normativa CEM/2018^{3,4}. Estos jóvenes médicos, con proposiciones similares, en su totalidad, señalan el hecho como una secuela del limitado aprendizaje de la ética durante el grado médico.

“Sí... no sé el año de la última actualización del Código de Ética. (...) el estudio ético no era una prioridad, ciertamente no era el tema más discutido durante mis años de grado. Había temas que necesitaba dominar antes, pero al final me olvidé de las cuestiones éticas que involucran la práctica médica” (Residente R04/categorización C2).

Confluentemente, un total de 33,4% de los cursos citan la insuficiencia de la enseñanza ética formativa, a pesar de la alta relevancia conceptual para la vida profesional.

“Desde que me gradué, siento una falta de confianza para hablar de ética médica. Creo que por la falta de conocimiento en el área. Aún hoy, con una mayor percepción de la importancia de una buena formación teórica, no tengo un amplio dominio sobre los derechos y deberes profesionales, más allá del secreto básico. Mi tiempo lo dedico a otras actualizaciones” (Residente R01/categorización C1).

“La importancia de la ética en la facultad de medicina es subyugada por los estudiantes y no tan valorada, como en otras disciplinas, por los profesores. Pero este fracaso en la enseñanza solo nos damos cuenta de que lo tenemos en el momento de la vida práctica, cuando hay esa angustia por no saber cómo proceder” (Residente R12/categorización C1).

Las dos categorías anteriores bajo análisis corroboran una frecuencia del 50% de discursos

que manifiestan la necesidad de la presencia de los demás para completar la propia conducta, como se muestra a continuación:

“No solo lo viví, (...) sino que tuve que pedir ayuda a compañeros médicos para que me orientaran en el acto. No lo decidí solo. Los médicos que tienen más años en el servicio terminan ayudando mucho, sobre todo en los momentos de duda” (Residente R05/categorización C4).

“Mira, no fue hace mucho... Fui a discutir el caso para asegurar la conducta más adecuada. Tuve que aprender en la práctica incluso para protegerme. Porque seguro que no es el área médica que más conozco” (Residente R08/categorización C4).

Con base en lo anterior, es posible notar que la falta de preparación médica en el campo ético es un reflejo de años de grado con uso reducido del tiempo dedicado a la discusión y estudio de la disciplina. El déficit de enseñanza-aprendizaje en cuestión obviamente va más allá del ámbito académico y afecta la calidad del desempeño profesional. En este sentido, Neves¹ y Schuh³⁷ discuten, histórica y científicamente, la necesidad de una nueva intervención metodológica para potenciar la calidad de la formación médica, en el ámbito, pues, del área ética y de su relación médico-paciente.

Uso de los preceptos del Código de Ética Médica

Este tópico se centra en discutir experiencias prácticas profesionales que requirieron el uso de los preceptos del CEM (categorización C3), además de las principales menciones de las actualizaciones actuales del CEM/2018^{3,4} (categorización C5). Tal enfoque es necesario para comprender las consecuencias de los dictados éticos en la rutina médica.

Para continuar con el análisis de los resultados, vale la pena destacar la sólida jurisprudencia que entiende los servicios médicos (hospitales/médicos y pacientes) como una relación de consumo, por lo que se rigen por el Código de Protección al Consumidor (Ley 8.078/1990³⁸). Así, según datos publicados en el diario *O Estado de S. Paulo* citados por Macedo³⁹, el número de casos en la Corte Suprema de Justicia relacionados únicamente con errores médicos aumentó un 140% entre 2010 y 2014.

En este contexto, es importante destacar la existencia de la “industria de la indemnización”⁸, en la que, por otro lado, los médicos adoptan la “medicina defensiva”^{40,41}. Afecta tanto a la adquisición de seguros de responsabilidad profesional para médicos como a la solicitud de exámenes, derivaciones, procedimientos o terapias sin indicación específica, como medio de protección ante una posible responsabilidad. Según Woodward⁴¹, conforme a los datos de la American Medical Association (AMA), se estima que el recurso médico protector de solicitudes de exámenes, procedimientos y terapias es responsable del 10% del costo total de los servicios médicos internos en el Estados Unidos.

En vista de lo anterior, es posible señalar que la mala actuación médica puede reflejarse tanto en un proceso administrativo (proceso ético-profesional), en el ámbito de los Consejos Regionales de Medicina, como en un proceso judicial (en el ámbito civil o penal). Por lo tanto, el dominio del derecho médico y de la medicina permite una conducta más cautelosas, oportunas y sustentadas normativamente para un desempeño profesional intachable. El CEM/2018^{3,4}, entonces, se presenta de acuerdo con las demandas y requerimientos cotidianos de la medicina y la sociedad actual.

En esta coyuntura, los comportamientos dependientes de la pericia ética apuntan a la importancia conceptual que cumple con la correcta práctica profesional.

“Explicué el caso, di la información y todas las aclaraciones necesarias (...), incluyendo las opciones procesales, consecuencias y riesgos. Después de aclarar las dudas, respeté la decisión del paciente” (Residente R02/categorización C3).

“Me posicioné en contra de la petición de la paciente de no decirle a la pareja sexual (...), porque conocía los principios éticos de justa causa de violación de la confidencialidad. Confié en la conducta de revelar el diagnóstico a la pareja, con consentimiento escrito, en defensa del riesgo a la salud de un tercero” (Residente R03/categorización C3).

“Era una situación de inicio de una vida sexual (...). Finalmente, la paciente no quería que sus padres lo supieran. Como mi paciente adolescente tenía capacidad de discernimiento para comprender su situación de salud, entonces se respetó la confidencialidad de mi paciente” (Residente R07/categorización C3).

La categoría C3 en discusión sustenta la necesidad de actualización médica respecto a los preceptos del CEM para salvaguardar la relación horizontal entre médicos y pacientes, así como para asegurar la autoridad técnica del profesional. Con respecto a CEM/2018^{3,4}, las referencias a las actualizaciones se encuentran a continuación:

“Según la última edición (...), uno de los principios fundamentales que recuerdo es utilizar todos los medios disponibles para lograr los mejores resultados. La intención es hacer lo mejor para el paciente, sin embargo, reconociendo que las condiciones existentes en este momento pueden limitar nuestro desempeño. Entonces caímos en la realidad de la profesión, en la que lo ideal no siempre es lo posible, pero somos conscientes y apoyados” (Residente R06/categorización C5).

“Hay un ítem específico que menciona el uso de las redes sociales, que deben respetar las reglas del CFM. Por ejemplo, como está pasando hoy en el país. El CFM liberó un reglamento excepcional para la telemedicina que fue dado por resolución específica” (Residente R9/categorización C5).

“(...) un punto que recuerdo es que el nuevo código refuerza la necesidad de respeto y consideración hacia los compañeros de profesión” (Residente R10/categorización C5).

“Leí sobre la inclusión del derecho al ejercicio profesional por parte del médico discapacitado, respetando, por supuesto, sus limitaciones. Lo que demuestra la isonomía del trato con los profesionales médicos” (Residente R11/categorización C5).

Cabe señalar que los extractos proporcionados en este tema son de médicos residentes que afirmaron profundizar en el tema después de graduarse en medicina. Así, la capacidad para explorar el tema se muestra íntimamente ligada a la dedicación al estudio ético posterior a la formación médica estándar. En este contexto, se citaron diferentes fuentes de actualización, como la relectura del CEM/2009¹⁰, la lectura del CEM/2018^{3,4} y la realización de cursos presenciales de ética médica puestos a disposición por los CRM en 2019.

Dicho esto, desde una perspectiva analítica de los hechos, existe, nuevamente, un bajo aprendizaje ético durante la formación médica,

como ya documentó Camargo⁴² en un estudio similar. Además, existe una necesidad común de conocimiento de la ética médica para enfrentar asertivamente los conflictos y desafíos presentes en la práctica médica. Por lo tanto, los residentes con mayor capacidad para discutir el tema representaron un grupo de profesionales que dedicaron tiempo al estudio ético, además de la formación académica.

Así, la categorización C3 presenta una perspectiva de que el conocimiento ético aporta seguridad jurídica al ejercicio de la profesión médica. Por lo tanto, se infiere que el Código de Ética incorpora la condición de material en la práctica médica cotidiana. Además, França⁴⁰ reitera el aprecio por la ética médica, ya que reconoce la deficiencia de formación de la medicina en el país, destacando la caída en la calidad de la clase profesional.

Con eso, es posible notar una convergencia de los resultados con la literatura científica, y la realidad médica demuestra, por lo tanto, un escenario académico de estancamiento didáctico en el campo ético disciplinar. En este contexto, D'Avila⁴³ propone nuevas formas, menos rígidas y más dinámicas, de integrar la ética en la práctica médica a lo largo de los seis años de graduación.

En definitiva, desde la discusión del contenido y el compromiso con una buena educación médica, se pretende que el tema no sea más descuidado, para que el reconocimiento y valoración de la profesión médica ya no sea un privilegio, sino un derecho garantizado⁴⁴.

Correlaciones en el análisis y limitaciones

En este último tema, a partir de un análisis "estructural"³⁴, se entiende que la facilidad para discutir el tema de la ética médica está íntimamente relacionada con la prioridad del estudio ético requerido en las diferentes etapas de la vida médica. Así, la comprensión y el dominio temático son menores durante la graduación y, gradualmente, mayores a lo largo de la vida profesional. Aún en lo que respecta a la CEM/2018^{3,4}, sus preceptos están en consonancia con los derechos humanos y los principios de la bioética⁶, reflejando esencialmente la sociedad actual.

El estudio tiene algunas limitaciones derivadas de la imposibilidad de que todas las categorías bajo análisis sean abordadas por todos los encuestados, ya que muchos se apoyan en el derecho a no opinar. Críticamente, la explicación se debe a la vergüenza que experimentan los encuestados ante la ausencia de articulación sobre el tema o la evasión intencional del contexto, en este caso, de los sujetos a veces más prolijos. Este dato refuerza la dificultad de los encuestados para transponer el estudio académico y, por lo tanto, ampliar el tema, ya sea en una discusión o en la práctica médica.

Otra limitante reside en la propia elección de la muestra mediante la técnica de la "bola de nieve"¹⁵, en la que los participantes se restringían a los grupos de médicos más próximos. Por otro lado, la conexión entre ellos facilitó el contacto del investigador y el compromiso de los encuestados con el estudio. Además, los médicos representan origen académico y, por lo tanto, influencias diferentes a el grado, lo que corrobora la verosimilitud de los resultados con la literatura de educación y salud sobre la ética de la formación.

Este estudio, entonces, se orienta en línea con el compromiso expresado en la *Declaración de Ginebra*²⁴, cuyo texto enfatiza el principio de compartir el conocimiento médico, ya sea en beneficio del paciente o para el avance de la atención en salud. Por lo tanto, el beneficio científico de la investigación radica en la difusión de una compilación actualizada de los nuevos preceptos éticos de la medicina y en la correlación de estas normas con la realidad de la práctica clínica de los residentes de primer año del CHC/UFPR.

Consideraciones finales

El CFM, a través del CEM/2018^{3,4}, publicó los nuevos estándares y principios de conducta profesional médica, discutiendo ampliamente las perspectivas éticas más recientes en el campo médico. En este contexto, este artículo muestra, localmente, que las nuevas guías están en línea con las demandas y necesidades actuales de la medicina y la sociedad.

Además, la realización de esta investigación, a nivel universitario, realizada con una parte de los médicos residentes de primer año del CHC/UFPR, permite verificar que, a pesar de que el grado médico

brasileña dedica tempo exclusivamente a los estudios éticos, sigue existiendo una falta de dominio y seguridad del tema por parte del residente en el ámbito profesional. Esto se debe al poco tiempo dedicado exclusivamente a la comprensión y actualización de los conceptos de ética médica. Además, comparativamente, las perspectivas indican que los años en la profesión están inversamente relacionados con la falta de preparación para discutir los matices de los conceptos éticos en la medicina actual.

A partir de la comprensión de la pertinencia temática, hay, entonces, motivación para la actualización y para emprender otros estudios científicos y mejoras pedagógicas en el área de formación. Progresivamente se destaca la tendencia mundial a valorar la relación médico-paciente en las diversas especialidades de la medicina moderna. Por lo tanto, este estudio es un enfoque prometedor para nuevas perspectivas en el campo de la educación médica.

Referencias

1. Neves NC. Ética para os futuros médicos: é possível ensinar? [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2006 [acesso 3 jun 2022]. Disponível: <https://bit.ly/391MBVU>
2. Fürst H. As principais alterações no Novo Código de ética Médica Brasileiro: parte 2. JusBrasil [Internet]. 2019 [acesso 9 jun 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3NdJicW>
3. Coltri MV, Dantas EVS. Comentários ao Código de Ética Médica. 3ª ed. Salvador: JusPodivm; 2020.
4. França GV. Comentários ao Código de Ética Médica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.
5. Soares FJP, Shimizu HE, Garrafa V. Código de Ética Médica brasileiro: limites deontológicos e bioéticos. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2017 [acesso 9 jun 2021];25(2):244-54. DOI: 10.1590/1983-80422017252184
6. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos [Internet]. Paris: Sessão da Conferência Geral; 2005 [acesso 9 jun 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3wMwmnb>
7. Brasil. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Rio de Janeiro, p. 23.013, out 1957 [acesso 9 jun 2021]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3advmkx>
8. Lino MSB, Lima JB, Munhoz KS, Pena Neto RO, Nascimento EP, Souza LFA *et al.* Avaliação da percepção médica acerca dos aspectos éticos-legais envolvidos no exercício da medicina no Brasil. Colloquium Vitae [Internet]. 2017 [acesso 9 jun 2021]; 9(esp):39-50. Disponível: <https://bit.ly/3m6FyOP>
9. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, n. 211, p. 179, 1 nov 2019 [acesso 9 jun 2021]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3MbOz3i>
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 90, 24 set 2009 [acesso 9 jun 2021]. Seção I. Disponível: <https://bit.ly/3yEGi53>
11. Simonelli O. Novo código de ética médica: Resolução CFM nº 2.217/18: quadro comparativo. Formação Direito Médico [Internet]. 2019 [acesso 20 abr. 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3Ma7TOj>
12. Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.
13. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev. saúde pública [Internet]. 2005 [acesso 9 jun 2021];39(3):507-14. DOI: 10.1590/S0034-89102005000300025
14. Turato ER. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. Rev Port Psicossom [Internet]. 2000 [acesso 9 jun 2021];2(1):93-108. Disponível: <https://bit.ly/3xazZoo>
15. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas [Internet]. 2014 [acesso 9 jun 2021];22(44): 203-20. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977

16. Kaufmann JC. A entrevista compreensiva: um guia para pesquisa de campo. Maceió: Edufal; 2013.
17. Fontanella BJB, Magdaleno R Jr. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicol Estud* [Internet]. 2012 [acesso 9 jun 2021];17(1):1763-71. Disponível: <https://bit.ly/3mr4Wih>
18. Yabiku RM. Ética, Direito e justiça: Sócrates e Platão contra os sofistas. *Revista Jus Navigandi* [Internet]. 2011 [acesso 9 jun 2021];16(3104). Disponível: <https://bit.ly/3MjSprq>
19. Egg RFR. Ética nas organizações [Internet]. Curitiba: Iesde; 2009 [acesso 9 jun 2021]. História da ética; p. 5-12. Disponível: <https://bit.ly/3GLjC4N>
20. Miranda AG. A história dos códigos de ética médica. *Medicina CFM* [Internet]. 2009 [acesso 9 jun 2021];24(177):22-3. Disponível: <https://bit.ly/3xczDOi>
21. Calgaro C, Biasoli LF, Erthal CA, organizadores. Ética e direitos humanos [Internet]. Rio Grande do Sul: Educ; 2016 [acesso 9 jun 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3MdX51P>
22. Medical ethics; or a code of institutes and precepts adapted to the professional conduct of physicians and surgeons. *Prov Med Surg J* [Internet]. 1849 [acesso 9 jun 2021];13(26):711-2. Disponível: <https://bit.ly/397Djr9>
23. Barros EA Jr. Código de Ética Médica comentado e interpretado: Resolução CFM 2.217/2018 [Internet]. Timburi: Cia do eBook; 2019 [acesso 9 jun 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3xcHprx>
24. World Medical Association. WMA Declaration of Geneva. 68th WMA General Assembly. Chicago: United States, October 2017 [acesso 9 jun 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3m8KKBt>
25. World Medical Association. WMA International Code of Medical Ethics [Internet]. Ferney-Voltaire: WMA; 2006 [acesso 20 jun 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3xbYp11>
26. World Medical Association. Medical Ethics Manual [Internet]. 3ª ed. Ferney-Voltaire: WMA; 2015 [acesso 20 jun 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3NfWftT>
27. Brasil. Decreto nº 19.402, de 14 de novembro de 1930. Cria uma Secretária de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. *Diário Oficial da União* [Internet]. Rio de Janeiro, p. 20833, 18 nov 1930 [acesso 20 jun 2021]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3x4mHIU>
28. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3 de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 2014 [acesso 20 jun 2021]. Disponível: <https://bit.ly/37G86uH>
29. Brasil. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 6 set 1977 [acesso 20 jun 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3xdG570>
30. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil 2020 [Internet]. São Paulo: FMUSP. 2020 [acesso 15 jun 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3zRqHQ2>
31. Brasil. Ministério da Educação. Evolução do número vagas de Residência Médica autorizadas no Brasil: 2014 à 2018 (todas as especialidades R1). Brasília: MEC; 2018 [acesso 20 jun 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3NclvtV>
32. Universidade Federal do Paraná, Comissão de Residência Médica. Edital nº 71/2019 [Internet]. Curitiba: UFPR; 2020 [acesso 15 jun 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3O9Giyz>
33. Franco MLPB. Análise de conteúdo. 4ª ed. Brasília: Liber Livro; 2012.
34. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
35. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Ética médica [Internet]. 2012 [acesso 20 jun 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3NqgKwI>
36. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. Código de Ética do estudante de medicina [Internet]. 4ª ed. Brasília: CRMDF; 2006 [acesso 15 jun 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3zM2B9m>
37. Schuh CM, Albuquerque IM. A ética na formação dos profissionais da saúde: algumas reflexões. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2009 [acesso 20 jun 2021];17(1):55-60. Disponível: <https://bit.ly/3x7unvb>
38. Brasil. Lei nº 8.078, de 11 de setembro 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 1, 12 set 1990 [acesso 20 jun 2021]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3NchLZu>

39. Macedo TAA. O veredito. Boletim CBR [Internet]. 2016 [acesso 17 out 2021];(331):29. Disponível: <https://bit.ly/3xblH71>
40. França GV. A evolução social do médico no Brasil [Internet]. In: Resumos da 40ª Convenção Nacional Unimed; 21-24 set 2010; Goiânia. São Paulo: Unimed; 2010 [acesso 20 jun 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3mr95Tn>
41. Woodward C. A medicina defensiva começa no topo dos Estados Unidos. CMAJ [Internet]. 2010 [acesso 20 jun 2021]; 182(8):335-6. DOI: 10.1503/cmaj.109-3236
42. Camargo A, Almeida MAS, Morita I. Ética e bioética: o que os alunos do sexto ano médico têm a dizer [Internet]. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2014 [acesso 20 jun 2021];38(2):182-9. DOI: 10.1590/S0100-55022014000200004
43. D'Avila RL. É possível ensinar ética médica em um curso formal curricular? Bioética [Internet]. 2002 [acesso 20 jun 2021];10(1):115-26. Disponível: <https://bit.ly/3MjWYSA>
44. Nalini JR. Responsabilidade ético-disciplinar do médico: suspensão e cassação do exercício profissional [Internet]. In: Anais do XII Encontro dos CRMs das Regiões Sul e Sudeste. São Paulo: Cremesp [acesso 20 mar 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3m5X9WL>

Thays Helena Barbosa Sanchez – Especialista – thays.sanchez@edu.pucrs.br

 0000-0002-0206-6180

Ipojucan Calixto Fraiz – Doctor – fraiz@uol.com.br

 0000-0002-0366-4297

Correspondencia

Thays Helena Barbosa Sanchez – Rua Quinze de Novembro, 1290, ap. 12, Centro CEP 79002-141. Campo Grande/MS, Brasil.

Participación de los autores

Thays Helena Barbosa Sanchez definió el tema, realizó la revisión bibliográfica, encuestas, análisis de datos, interpretación, redacción científica, edición y formateo del artículo. Ipojucan Calixto Fraiz consideró los aspectos más relevantes en el contexto del tema, acotó el tema y revisó el artículo en su totalidad.

Recibido: 16.4.2020

Revisado: 14.10.2021

Aprobado: 15.5.2022