

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
Mestrado em Bioética

Edgar Rocha Britto

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E
OBSTETRÍCIA: TREINAMENTO EM CUIDADOS PALIATIVOS UMA
NECESSIDADE BIOÉTICA**

São Paulo
2012

Edgar Rocha Britto

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E
OBSTETRÍCIA: TREINAMENTO EM CUIDADOS PALIATIVOS UMA
NECESSIDADE BIOÉTICA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo, orientada pela Profa. Dra. Margareth Rose Priel, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Bioética.

São Paulo

2012

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Pe. Inocente Radrizzani

Britto, Edgar Rocha

Programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia:
treinamento em cuidados paliativos uma necessidade bioética / Edgar
Rocha Britto. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2012.

37p.

Orientação de Margareth Rose Priel

Edgar Rocha Britto

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E
OBSTETRÍCIA: TREINAMENTO EM CUIDADOS PALIATIVOS UMA
NECESSIDADE BIOÉTICA**

São Paulo,

Professor Orientador (Profa. Dra. Margareth Rose Priel)

Professor Examinador (Prof. Dr. Marcelo Alvarenga Calil)

Professor Examinador (Profa. Dra. Ana Cristina de Sá)

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a minha esposa Patricia,
pessoa fundamental em minha vida,
apoiadora incondicional de todos os meus projetos.*

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Margareth Rose Priel, minha orientadora, que nos momentos decisivos sempre esteve ao meu lado com sua calma e sabedoria.

Ao Prof. Dr. William Saad Hossne, pela sua dedicação e ensinamentos junto ao programa de mestrado e doutorado do Centro Universitário São Camilo.

Aos professores do mestrado, que possibilitaram discussões fundamentais na bioética, oferecendo aos alunos novas perspectivas de entendimento da sociedade como um todo.

Ao Prof. Dr. Marcelo Alvarenga Calil, que desde o início de minha formação participou de maneira decisiva em meu aprendizado.

À Profa. Dra. Ana Cristina de Sá, pela contribuição valorosa durante a qualificação.

À Dra. Maria Goretti Sales Maciel, que me deu a oportunidade de adentrar ao universo paliativista.

À Dra. Ana Maria Sartori, que simplesmente tornou possível meu sonho de tornar-se médico.

A equipe da biblioteca do Centro Universitário São Camilo, liderados pela professora Rosana Drigo, pela presteza e dedicação.

Aos meus familiares, em especial a minha mãe pelo carinho e compreensão. A Patrícia, Tatiana e Thais pela ajuda na elaboração do trabalho.

Aos amigos Elaine, Patrícia, Sara, Marcelo, Eduardo e Fernando, que colaboraram de diversas maneiras durante esta jornada bioética.

Ao meu filho Pedro, que nasceu durante este curso trazendo mais alegria e entusiasmo a nossa família.

EPÍGRAFE

*"Às vezes curar,
geralmente aliviar,
sempre confortar."*

(Autor desconhecido)

BRITTO, Edgar Rocha. **Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia: Treinamento em Cuidados Paliativos uma necessidade Bioética.** 2012. 37f. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2012.

As neoplasias ginecológicas e mamárias são responsáveis por milhares de mortes todos os anos no mundo. A incidência e a prevalência das neoplasias de mama, colo do útero, endométrio e ovário juntos proporcionam um cenário preocupante ao sistema de saúde brasileiro, ao considerarmos que parte das mulheres acometidas não atingirá a cura e necessitarão de cuidados especiais em seu fim de vida. Diante desta, realidade, propõe-se analisar o conteúdo do programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia, no que se refere à abordagem do ensino das técnicas da medicina paliativa pelo ginecologista, assim como a necessidade de um embasamento bioético para enfrentar os inúmeros dilemas que estes profissionais encontrarão no dia a dia da profissão. Após a avaliação minuciosa do programa de residência médica, observou-se que os ginecologistas, não recebem formação adequada sobre os cuidados paliativos, que fazem parte da recomendação do tratamento oncológico preconizado pela Organização Mundial da Saúde. Da mesma forma não fica claro no programa um conteúdo mínimo a cerca dos referenciais bioéticos tão necessários para um atendimento mais completo e humano destas mulheres que se encontram vulneráveis e fragilizadas durante o tratamento oncológico.

Palavras-chave: Residência Médica. Cuidados Paliativos. Bioética. Ginecologia.

BRITTO, Edgar Rocha. **Medical Residency Program in Gynecology and Obstetrics: Palliative Care Training a need Bioethics** 2012. 37f. Dissertation (Master's degree in Bioethics) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2012.

The gynecological and mammary neoplasms are responsible for thousands of deaths every year worldwide. In Brazil the incidence and prevalence of breast, cervix, endometrium and ovary neoplasms together provide a worrying scenario for the Brazilian health system. Given this reality, proposed to analyze the content of residency program in gynecology and obstetrics proposed by the Brazilian Ministry of Education and Culture, as regard the approach to teaching techniques of palliative medicine to the gynecologist, as well as the need for a bioethical basement to face the innumerable dilemmas that these professionals will find day by day of profession. After thorough evaluation of the residency program, it was found that gynecologists do not receive adequate formation about palliative care that are part of the recommendation of the oncologic treatment recommended by the World Health Organization. Likewise it is not clear on the program a minimum content about bioethics references as needed for a more complete and human care of these women that are found vulnerable and fragile during the oncologic treatment.

Keywords: Medical Residency. Palliative care. Bioethics. Gynecology

Lista de siglas

ANCP- Academia nacional de Cuidados Paliativos

FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

CFM – Conselho Federal de Medicina

HPV – Papiloma vírus humano

IARC – Agência Internacional de Pesquisa em Câncer

IASP - Associação Internacional de Estudos da Dor

IBCC – Instituto Brasileiro de Controle do Câncer

INCA – Instituto Nacional

MEC – Ministério da Educação e Cultura

OMS – Organização Mundial da Saúde

PRMGO – Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia

R1 – residente do primeiro ano

R2 – residente do segundo ano

R3 – residente do terceiro ano

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Lista de Siglas

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Motivação para o estudo	10
1.2 Neoplasias Ginecológicas o Cuidado Paliativo e a Bioética.....	12
1.2.1 Neoplasias ginecológicas e mamária	13
1.2.1.1 Neoplasia de mama.....	13
1.2.1.2 Neoplasia de colo do útero	14
1.2.1.3 Neoplasia de ovário.....	14
1.2.1.4 Neoplasia de endométrio.....	15
1.2.2 Medicina Paliativa	16
1.2.2.1Princípios do controle da dor	17
1.3 Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia	19
2 OBJETIVO.....	20
3 METODOLOGIA.....	21
4 Análise do Programa de Residência Médica, a Bioética e os Cuidados Paliativos	23
5 Cuidados Paliativos e a Saúde Pública Brasileira	26
6 Os Cuidados Paliativos a Ginecologia e o Controle da Dor	27
7 Ginecologia e a Bioética.....	29
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32

REFERÊNCIAS.....34

ANEXO 1: Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia –
Ministério da Educação e Cultura (MEC – 2006).

ANEXO 2: Quadros com artigos e autores, resultados da pesquisa bibliográfica.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Motivação para o estudo

No início do curso de medicina, jovens acadêmicos da Universidade de Santo Amaro, enfrentavam a dura realidade do sistema de saúde pública brasileira. Ainda no primeiro ano, frequentávamos a disciplina de Psicossomática, criada e chefiada pelo então professor Willy Kenzler que desejava "formar médicos - seres humanos" para cuidar de pacientes seres humanos, não apenas técnicos – mecânicos do corpo físico. Uma medicina que promove saúde e desenvolvimento não apenas suprimindo sintomas. Com a mesma preocupação Pessotti (1996), temia que os médicos "não tratassem de homens, tratassem de corpos doentes".

Para que tudo isso acontecesse, o então diretor da faculdade de medicina Rubens Monteiro de Arruda com a ajuda do professor Willy e de outros notórios professores, criou um currículo com matérias humanistas (como medicina psicossomática, psicologia médica, psiquiatria dinâmica) permeando do 1º ao 6º ano o currículo clássico.

Com o decorrer da graduação, acabei optando por completar minha formação, cursando a residência médica em ginecologia e obstetrícia. Durante os dois anos da residência médica, entrei em contato direto com o universo feminino, atuando com os opostos da vida. Toda a beleza e o encanto que a obstetrícia proporciona, contrapondo-se as incertezas e muitas vezes ao sofrimento que a oncologia ginecológica e mamária proporciona a tantas mulheres em nosso país.

Ao término da residência médica em ginecologia e obstetrícia, optei por continuar minha especialização, desta vez em um dos maiores centros de oncologia ginecológica e mamária do Brasil, o Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), onde cursei o estágio de oncologia pélvica ginecológica. Nesses anos tive o prazer de conviver com alguns dos melhores cirurgiões oncológicos do Brasil. Entretanto, já no primeiro mês do estágio de enfermagem, percebi que aqueles próximos dois anos mudariam definitivamente minha vida, pois além de completar meu aprendizado cirúrgico oncológico, passei a vivenciar todos os aspectos que envolviam os pacientes e familiares, especialmente das mulheres, cujo tratamento

cirúrgico quimioterápico e radioterápico não haviam sido suficientes para curar ou controlar a sua doença de base. Nesses casos, acompanhávamos diariamente o sofrimento humano daquelas mulheres que apresentavam dores de forte intensidade, dispneia, náuseas e os mais diversos sintomas que a progressão das neoplasias ginecológicas pode gerar. Associado a este sofrimento físico, vivenciávamos o sofrimento emocional que estas pacientes e seus familiares enfrentavam, como a depressão, a necessidade e o medo da despedida, além do luto que muitas vezes prolongava-se pelas circunstâncias pelas quais este processo desenrolava-se. Apesar de estar em um dos maiores centros de referência oncológico do Brasil, não contávamos com uma equipe de cuidados paliativos. Diante deste cenário de descontrol e sofrimento, a direção do IBCC resolveu criar uma equipe de cuidados paliativos chefiada pela então presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), Dra. Maria Goretti Sales Maciel. Foi então formado um pequeno grupo, do qual passei a participar, cujo objetivo era criar um ambulatório de cuidados paliativos, associado a um programa de avaliações nas enfermarias e UTI do IBCC, além de desenvolver uma nova mentalidade no atendimento do pronto socorro, especialmente no atendimento aos pacientes com dores de forte intensidade e no processo natural de morte. Com a presença deste pequeno grupo, foi plantada uma semente, que, lentamente enfrentando inúmeras dificuldades, foi convencendo todos os profissionais do hospital da necessidade da utilização das técnicas da medicina paliativa em pacientes com doença oncológica.

Frente a esta realidade, vivenciada na residência médica de ginecologia e obstetrícia e nos anos que passei no IBCC, passei a refletir sob a necessidade de iniciar o aprendizado sobre a medicina paliativa durante o curso da residência médica em ginecologia e obstetrícia, multiplicando assim o número de profissionais que poderão atender os milhares de pacientes com neoplasias ginecológicas e mamárias espalhadas pelo Brasil, que muitas vezes ainda nos dias de hoje, não recebem o tratamento que a própria Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda, como veremos no decorrer desta dissertação.

1.2 Neoplasias Ginecológicas o Cuidado Paliativo e a Bioética

O câncer é uma das maiores causas de óbito da história da humanidade. A Organização Mundial da Saúde estimou que, no ano 2030, haverá cerca de 27 milhões de casos de câncer, com 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, com câncer (OMS, 2011). No Brasil a estimativa da incidência das neoplasias ginecológicas é assustadora, com cerca de 80 mil novos casos, para os anos de 2012 e 2013 (INCA, 2011).

Tendo em vista este cenário desolador, a busca por medidas de controle e tratamento destas doenças deve gerar uma reflexão em todos os níveis da sociedade, para que possamos alcançar um resultado mais eficiente e principalmente humano para estas pacientes e seus familiares. Diante disto, faz-se necessário à implementação de políticas mais vigorosas para a prevenção destas neoplasias, mais eficiência e agilidade no tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico e, o principalmente desenvolvimento de políticas que contemplem o atendimento paliativista para os milhares de pacientes portadoras de neoplasias ginecológicas que não obtiveram a cura.

A relação entre a bioética e o câncer pode envolver inúmeros aspectos: a relação profissional de saúde-paciente, a prudência na informação do diagnóstico, a confidencialidade, a aplicação dos referenciais bioéticos (HOSSNE, 2006), o paciente terminal e os aspectos socioeconômicos que envolvem a pessoa doente. Portanto, desde a prevenção até os cuidados paliativos, existem vários pontos vulneráveis, os quais podem ser analisados, à luz da bioética. O componente bioético é tão importante nesse contexto, quanto o componente técnico, conseqüentemente, torna-se essencial à integração do conhecimento científico no combate ao câncer ginecológico, além da indispensável competência clínica e da sensibilidade humana do médico, fundamentada na bioética.

1.2.1 Neoplasias ginecológicas e mamárias

1.2.1.1 Neoplasia de mama

O câncer da mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos (OMS, 2011). Cerca de 53000 mulheres, receberão o diagnóstico de câncer de mama no Brasil no ano de 2012. A idade continua sendo o principal fator de risco para o câncer de mama. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta (GARICOCHEA, 2009).

Contudo, outros fatores de risco já estão bem estabelecidos, como, por exemplo, aqueles relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal), história familiar de câncer da mama e alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama). Além desses, a exposição à radiação ionizante, mesmo em baixas doses, também é considerada um fator de risco, particularmente durante a puberdade, segundo Baracat (2006). No Brasil, o exame clínico anual das mamas e o rastreamento são as estratégias recomendadas para controle do câncer da mama.

As recomendações do Ministério da Saúde para detecção precoce e diagnóstica desse câncer baseiam-se no *Controle do câncer de mama: documento de consenso*, de 2004, que considera, como principais estratégias de rastreamento, o exame clínico anual das mamas a partir dos 40 anos e um exame mamográfico, a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos. Para as mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer da mama (com história familiar de câncer da mama em parentes de primeiro grau antes dos 50 anos de idade; história familiar de câncer da mama bilateral ou de ovário em parentes de primeiro grau em qualquer idade; história familiar de câncer da mama masculina; ou mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atípica

ou neoplasia lobular *in situ*), recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos (SO; GUIA; CHERNY, 2011).

1.2.1.2 Neoplasia de colo do útero

O câncer do colo do útero é um importante problema de saúde pública no mundo. As estimativas mundiais apontaram 529 mil casos novos desse câncer em mulheres para o ano de 2008, configurando-se o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres. No Brasil são esperados mais de 17000 novos casos no ano de 2012 (INCA, 2011). Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos. A incidência do câncer do colo do útero manifesta-se a partir da faixa etária de 20 a 29 anos, aumentando seu risco rapidamente até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos. O principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau e do câncer do colo do útero é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) (COELHO; COSTA, 2005).

A vacina contra o HPV é uma promissora ferramenta para o combate a esse câncer (FRAZER; LEGATT, 2011), porém ainda é uma prática distante da realidade dos países de baixa e média renda, em razão de seu alto custo. Sendo assim, o rastreamento organizado é a melhor estratégia para redução da incidência e da mortalidade por essa neoplasia. No Brasil, a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde é o exame citopatológico prioritariamente em mulheres de 25 a 64 anos (BRASIL, 2011).

Faz-se necessário, portanto, garantir a organização, a integralidade e a qualidade dos programas de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes.

1.2.1.3 Neoplasia de ovário

Estimam-se 6.190 casos novos de câncer do ovário para o Brasil no ano de 2012 (INCA, 2011). No ano de 2008 ocorreram 225 mil casos novos de câncer do ovário no mundo. As mais altas taxas de incidência foram observadas na parte ocidental e norte da Europa e na América do Norte. O fator de risco mais importante

para o desenvolvimento do câncer do ovário é a história familiar de câncer da mama ou do ovário. Mulheres que já desenvolveram câncer da mama e são portadoras de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 possuem um risco aumentado para desenvolver câncer do ovário (PRIMO; GARRAFA, 2007). Outra condição genética que também tem um risco aumentado para o desenvolvimento dessa neoplasia é o câncer do cólon hereditário não polipoide (síndrome de Lynch). Outros fatores de risco são a terapia de reposição hormonal pós-menopausa, o tabagismo e a obesidade. Além disso, alguns estudos reportam uma relação direta entre o desenvolvimento do câncer ovariano e a menopausa tardia. A prevenção desse tipo de neoplasia é limitada pelo conhecimento de suas causas, além da falta de disponibilidade de técnicas para diagnósticos precoces (GOFF, 2012). Não existem evidências de que o rastreamento do câncer seja suficientemente efetivo para a população. Geralmente, os diagnósticos são feitos de forma ocasional ou quando o tumor já apresenta sintomas que indicam uma doença mais avançada.

1.2.1.4 Neoplasia de endométrio

O câncer do corpo do útero é o sétimo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, com aproximadamente 320 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de cerca de 90 mil mulheres por ano. As maiores taxas de incidência encontram-se na América do Norte e na Europa Ocidental e são cerca de doze vezes maiores do que nos países em desenvolvimento. O adenocarcinoma de endométrio é considerado a neoplasia mais comum da pelve feminina nos países desenvolvidos e a mais prevalente nos países em desenvolvimento, segundo dados da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC 2011).

Segundo dados da Sociedade Americana de Câncer, em 2010, foi o tumor ginecológico mais incidente na população americana (JEMAL, 2010). Observam-se grandes diferenças na incidência entre populações de áreas urbana e rural. A incidência do câncer do corpo do útero aumenta com o aumento da expectativa de vida populacional. Mais de 90% dos casos encontra-se em mulheres acima de 50 anos (pós-menopausa), atingindo o seu pico aos 65 anos. Observa-se também uma boa sobrevida, desde que seja detectado em estádios iniciais.

Diante deste cenário, extremamente preocupante faz-se necessário o uso das técnicas da medicina paliativa.

1.2.2 Medicina Paliativa

O termo “paliativo” deriva do latim “pallium” que significa manto, uma alusão ao manto utilizado pelos peregrinos na idade média para proteger-lhes da chuva e de outras intempéries. Quanto à conotação médica significa o tratamento usado para proteger o doente dos sintomas inconvenientes de sua doença. Também na idade média proliferaram os *hospices*, que do latim “hospitium” significa o sentimento terno entre um anfitrião, seu convidado e o local onde se experimenta essa relação. No contexto médico *hospice* pode significar local onde se recebem cuidados (CORTES, 1988). Entre os séculos XVII e XIX, a Europa experimentou a proliferação de instituições religiosas cujo intuito era cuidar de doentes pobres. Em Dublin e em Londres, surgiram os *hospices* ou hospícios, destinados aos doentes com câncer ou tuberculose, incuráveis à época. No século XX, a médica inglesa Cicely Saunders, cuja formação inicial era em ciências sociais e enfermagem, inovou ao sistematizar o conhecimento voltado para o alívio da dor e do sofrimento inerentes ao final da vida por meio de abordagem que concilia aspectos orgânicos, emocionais, sociais e espirituais do paciente e daqueles que participam de sua vida (familiares e amigos), dando início ao chamado movimento *Hospice moderno* (PESSINI, 2005).

A medicina paliativa foi reconhecida como especialidade médica no Reino Unido em 1987, e já em 1990 a Organização Mundial da Saúde, a definiu e a recomendou como um dos quatro pilares básicos de atenção ao doente com câncer, que também incluía prevenção, diagnóstico e tratamento.

Em 2002, a própria OMS redefiniu os cuidados paliativos como uma abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, o que requer identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e de outros problemas de natureza física, e espiritual (OMS, 2002).

Maciel (2007) reafirma esta ideia dizendo que “o objetivo principal desse tratamento é melhorar a qualidade de vida para o paciente e familiares, identificar as

necessidades a atuar nelas, não antecipar nem adiar a morte, respeitar o desejo e auxiliar nos caminhos".

Para Lynn (2005) "[...] só não é possível aplicar os princípios da medicina paliativa quando há morte súbita por doença, acidente ou violência."

Apesar das recomendações da OMS, e de constar na própria definição de cuidados paliativos, o controle da dor de forte intensidade, continua sendo uma meta a ser alcançada por nações como o Brasil, cujo programa paliativista em larga escala ainda encontra-se em desenvolvimento.

1.2.2.1 Princípios do controle da dor

Um dos principais pilares do atendimento a pacientes com neoplasias ginecológicas e mamárias, deve ser a oferta de um tratamento de excelência no controle da dor. O conceito de dor usado mundialmente hoje é o da Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) de 1986 (MERSKEY, 1994) o qual afirma que a dor é uma "experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano". Aos profissionais da saúde que realizam avaliações a respeito da dor, a primeira coisa a considerar-se é que se deve acreditar na dor referida pelo seu paciente, pois a sensação de dor resulta da interação de múltiplos fatores (experiência individual, social, de raça, sexo, idade, etc.), não se devendo considerar apenas sensações nociceptiva.

Na década de 1960, a médica inglesa Cicely Saunders, acrescentou ao conhecimento da dor o conceito de dor total, através do qual, admite que uma pessoa sofra não apenas pelos danos físicos que possui, mas também pelas consequências emocionais, sociais e espirituais que a proximidade da morte pode lhe proporcionar (CLARK, 2002). Saunders estabeleceu a importância de uma abordagem multidisciplinar e da presença de uma equipe multiprofissional para que se obtenha o máximo sucesso no tratamento desta pessoa. De fato, ao abordarmos pacientes portadores de doenças evolutivas e sem possibilidade de cura, percebemos muitas vezes que em determinadas situações os medicamentos não são suficientes para proporcionar o completo alívio da dor.

Pessini (2002) realça “[...] a importância e a necessidade da dimensão humana no cuidado da dor e sofrimentos humano no âmbito da saúde”.

Miceli (2002, p. 363-373), refere:

[...] que hoje já existe um consenso quanto ao caráter subjetivo e multifatorial da dor, o que requer uma abordagem de tratamento especializada e multidisciplinar, de modo a identificar e resolver os problemas de comunicação e mensuração da dor e a ampliar os cuidados oferecidos ao paciente e suporte prestado à família e cuidadores, e a equipe de saúde.

As inseguranças e o sofrimento que as neoplasias em progressão geram a estes pacientes proporcionam o desenvolvimento desta chamada dor total.

O sintoma mais frequentemente referido pelas pacientes com neoplasias ginecológicas e mamárias é dor (BLACK, 2012), e cerca de 80 a 90 % dos pacientes com doenças neoplásicas em algum momento durante o tratamento apresentará dor de forte intensidade (HANKS, 2001). Dellaroza (2007) afirma que “[...] pacientes com dor crônica terão sua qualidade de vida comprometida.”

Frente a esta realidade atual e preocupante, a prática da medicina paliativa deve ser estimulada, evitando-se assim outra prática comum a distanásia.

Pessini (2001) define distanásia como “tratamento fútil e inútil”. Para evitar-se esta prática tão comum nas enfermarias de todo o Brasil, bastaria que na prática médica diária aplicássemos os referenciais bioéticos (HOSSNE, 2006) e as técnicas da medicina paliativa. Em agosto de 2011, o Conselho Federal de Medicina tornou a Medicina Paliativa uma área de atuação, possibilitando assim que sejam criados critérios para o reconhecimento dos primeiros paliativistas titulados do país.

Frente a esta realidade, das estatísticas nacionais e mundiais das neoplasias ginecológicas e mamárias, associado ao visível déficit de profissionais com formação paliativista atuando em nosso país, torna-se necessária à avaliação do programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia, acerca do conteúdo em cuidados paliativos e bioética, pois estes profissionais são os responsáveis pelo diagnóstico das neoplasias, assim como o tratamento na maior parte das vezes (quando a mesma não é encaminhada a algum centro de referência). Entretanto, o acompanhamento das pacientes, cujas doenças não responderam ao tratamento

curativo e permanecem em progressão, nem sempre ocorre, deixando as expostas a um processo de vulnerabilidade extremamente importante.

1.3 Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia

O Programa de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia é bastante extenso e abrangente, no que se refere ao conhecimento específico da área. Há quatro anos, o MEC, aumentou a duração do programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia de dois para três anos, com a intenção de possibilitar uma formação mais completa aos médicos que escolheram esta especialidade.

O objetivo do programa de residência médica que avaliaremos a seguir é tornar o médico residente apto a promover a saúde e prevenir, diagnosticar e tratar as afecções relacionadas à mulher, nas diferentes fases da vida, bem como desenvolver habilidades e raciocínio crítico nas sub-especialidades e nas diversas áreas. Hoje no Brasil contamos com inúmeros programas de residência médica, levando centenas de jovens ginecologistas todos os anos para o mercado de trabalho. O residente deve receber capacitação na prevenção e diagnóstico das neoplasias malignas ginecológicas e da mama, e tornar-se apto a estabelecer um planejamento terapêutico adequado particularmente nos estádios iniciais, bem como conhecer a sua evolução prognóstica, oferecendo suporte em todos os estágios da neoplasia. Considerando a alta incidência das neoplasias ginecológicas e mamária, torna-se de extrema importância compreender a visão dos ginecologistas sobre as questões bioéticas e de cuidados paliativos em torno dessa questão.

2 OBJETIVO

Avaliar, o programa de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia proposto pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), quanto aos conteúdos relacionados a formação em bioética e cuidados paliativos, frente a crescente necessidade do atendimento as pacientes com doença oncoginecológica e mamária, à luz dos dilemas enfrentados por estes profissionais e suas pacientes.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, tendo como base a análise do programa de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia proposto pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC). Além disso, foi feita uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, com uso de descritores e fontes selecionadas para o levantamento dos dados de interesse ao tema cuidados paliativos em ginecologia oncológica durante a residência médica.

As fontes de informação para obtenção das referências sobre o tema foram: buscas livres em bases de dados da literatura biomédica (para trabalhos científicos e acadêmicos) e, livros, tanto em português, quanto em inglês e espanhol.

O critério inicial do levantamento dos artigos científicos, para análise nas bases de dados de literatura biomédica, foi utilizando-se os descritores em ciência da saúde (DeCS/MeSH Medical Subject Headings).

Os descritores adotados foram:

- Cuidados paliativos (palliative care)
- Ginecologia (Gynecology)
- Bioética (Bioethics)
- Internato e residência médica (Medical residency)
- Neoplasias do colo do útero (cervical cancer)
- Neoplasias da mama (Breast cancer)
- Neoplasias ovarianas (ovarian cancer)
- Neoplasias do endométrio (endometrial cancer)

A busca em bases de dados foi feita no sítio da NCBI PUBMED e na BVSBIREME (Biblioteca Virtual da Saúde da Biblioteca Regional de Medicina).

Utilizou-se o método *booleano*, agrupando os descritores em trios e pares selecionando artigos dos últimos dez anos.

Os documentos ou artigos abertos à captura foram transferidos e aqueles com direitos, adquiridos diretamente dos sítios das respectivas fontes ou por meio do serviço SCAD da BIREME.

Foram pesquisados também, a partir das mesmas citações, alguns livros textos relacionados ao assunto proposto em busca de conceitos, aspectos gerais ou históricos.

O material obtido foi explorado pela leitura, com o objetivo de verificar se atendia ao estudo pretendido. Em seguida, as informações foram registradas para organização e síntese dos assuntos. As anotações compreenderam o nome da obra, autor, editora, edição e ano, descrição resumida do assunto tratado na obra e indicação da página para transcrições textuais escolhidas durante a leitura de cada obra.

Os resultados da pesquisa realizada são apresentados em capítulos, para melhor compreensão do assunto, contemplando os seguintes eixos temáticos:

- Análise do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, a bioética e os cuidados paliativos
- Cuidados Paliativos e a Saúde Pública Brasileira
- Os Cuidados Paliativos em Ginecologia e o Controle da Dor
- Ginecologia e Bioética
- Conclusões

4. Análise do Programa de Residência Médica, a bioética e os cuidados paliativos.

O Programa de Residência Médica em ginecologia e obstetrícia (PRMGO) proposto pelo MEC, como podemos analisar no anexo 1, é bastante extenso e detalhado tentando deixar claro as atribuições e o conteúdo mínimo que cada residente deverá cumprir nos três anos do programa de residência médica.

Nos objetivos específicos, é descrito que o residente deve receber capacitação na prevenção e diagnóstico das neoplasias malignas ginecológicas e de mama, e tornar-se apto a estabelecer um planejamento terapêutico adequado, particularmente nos estádios iniciais, bem como conhecer a sua evolução prognóstica (item 15 do PRMGO).

No conteúdo programático teórico, são recomendados 31 temas obstétricos e 36 temas ginecológicos incluindo todos os tumores ginecológicos e mamários.

No conteúdo programático prático e teórico prático, no que se refere ao residente do primeiro ano (R1), o mesmo deverá receber uma maior ênfase no treinamento obstétrico, porém iniciará seu treinamento ambulatorial e de urgência em ginecologia. Não há nenhuma menção a respeito do treinamento teórico ou teórico prático acerca dos problemas enfrentados pelas pacientes com doenças ginecológicas crônicas e progressivas.

O residente do segundo ano (R2), deve receber capacitação para o atendimento a doenças oncológicas pélvicas e genitais (diagnóstico, propedêutica de estadiamento das neoplasias, assim como atendimento pré e pós-operatório em cirurgia oncológica ginecológica e mamária). Nesse caso também não há nenhuma menção para o desenvolvimento das técnicas da medicina paliativa, apesar de haver uma recomendação para que haja um estágio em unidade de terapia intensiva (UTI) e semi-intensiva para o acompanhamento de pacientes com doenças graves.

O residente do terceiro ano (R3), deve receber capacitação nas bases científicas do tratamento sistêmico do câncer ginecológico e mamário. Vias de administração dos medicamentos e toxicidade quimioterápica. Indicação e avaliação de radioterapia em oncologia ginecológica. Identificar infecções, síndromes

nefrológicas e hemorrágicas, assim como urgências clínicas e cirúrgicas. Tratamentos paliativos.

No item 4 do programa de residência médica, são apresentados 13 temas de interesse ao conteúdo do Programa, dos quais um se refere à Bioética e outro a ética Médica.

Observamos ainda que o programa de Residência Médica proposto pelo MEC aos futuros ginecologista, só faz uma única menção ao termo Paliativo em seu item (1 b , das atribuições do R3).

Diante da prevalência dos inúmeros casos de neoplasias ginecológicas e mamárias, a falta de um programa teórico e teórico prático descritivo e claro, que conste as definições, a quem se aplica as técnicas, quando deve ser iniciado o atendimento paliativo, a normatização do controle da dor de forte intensidade e dos principais sintomas que as neoplasias ginecológicas geram, dificultará ou até mesmo impossibilitará o desenvolvimento do tratamento paliativo "adequado" proposto pelo programa de residência médica ao residente do terceiro ano. Frente à complexidade do tema, podemos formular um questionamento a respeito da demora em se iniciar o emprego do conhecimento das técnicas paliativas desde o primeiro ano do programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia. Associado a falta de clareza do conteúdo paliativo no programa de residência, a recomendação bioética também poderia ser mais clara e normativa, pontuando a necessidade do ensino dos referenciais bioéticos (HOSNNE, 2006), os quais prestarão enormes serviços durante o atendimento a pacientes com neoplasias ginecológicas e mamárias em progressão que possam evoluir para um processo natural de morte. Fortalecendo a abordagem dos casos que envolvam terminalidade e vulnerabilidade, que afetam tanto as pacientes como familiares e até mesmo a equipe de saúde.

Goold e Stern em 2006, após avaliarem mais de mil residentes nos Estados Unidos, evidenciaram a necessidade de uma maior atenção às questões éticas de final de vida, assim como nas relações com familiares, propondo um aumento da carga horária acerca dos cuidados de fim de vida e das relações bioéticas nos programas de residência médica.

Matthew et al. em 2011, afirma que o ginecologista em treinamento oncológico, deve estar apto na prática diária, no bom entendimento da ética médica assim como nas relações com seus pacientes e familiares, respeitando-se aí as questões bioéticas e de terminalidade.

Onsrud em 2001, após fazer um longo trabalho retrospectivo sobre neoplasias ginecológicas na Noruega, observou que 55 % das pacientes com neoplasias ginecológicas avançadas, evoluirão para o processo de morte internadas, necessitando de atendimento multidisciplinar, porém ressalta a importância da manutenção do atendimento do ginecologista que iniciou o tratamento oncológico.

Mishra em 2011, avaliando pacientes com neoplasias ginecológicas, definiu como importante a relação entre qualidade de vida e a utilização de cuidados paliativos.

Floriani e Schramm em 2008, após fazerem uma revisão sobre os cuidados de final de vida, concluíram sobre a importância da utilização das análises bioéticas sobre questões envolvendo a terminalidade, especialmente no que se refere à autonomia do paciente, fornecendo através destas reflexões um atendimento melhor e mais completo.

5. Cuidados Paliativos e a Saúde Pública Brasileira

O cuidado paliativo criado e desenvolvido pela inglesa Cicely Saunders, já existe como especialidade no Reino Unido há mais de três décadas. Atuando no controle dos mais diversos sintomas de todos os pacientes com doenças crônicas e progressivas. No Brasil, enfrentamos uma realidade muito diferente. O Conselho Federal de medicina (CFM), só reconheceu o cuidado paliativo como área de atuação médica há um ano. Tal fato pode ser analisado de duas maneiras: primeiro mostra a triste realidade do sistema de saúde brasileiro que em pleno século XXI, ainda não conta com equipes multidisciplinares aptas a realizar atendimento paliativo em larga escala; porém cria-se a esperança de ainda nos próximos anos, termos a presença de um maior número de profissionais treinados na área.

Estes novos profissionais enfrentarão além de todas as dificuldades que o atendimento paliativo proporciona pela complexidade de seus casos, todas as amarras que o sistema de saúde pública brasileira (SUS) oferece. Estas amarras vão desde a falta de leitos nos hospitais gerais que se encontram superlotados, a quase que inexistência de hospitais de retaguarda para pacientes com doenças crônicas e progressivas, até a dificuldade de acesso a medicações de uso controlado como no caso dos opióides. Hoje temos em vigência um estímulo a formação de programas de saúde da família, ao quais no futuro poderão prestar serviços muito importantes a população que apresentar doenças crônicas progressivas não apenas as de cunho oncológico, porém para que este sistema funcione adequadamente é necessário o desenvolvimento de projetos que propiciem um treinamento adequado a respeito das técnicas da medicina paliativa. Dessa maneira haverá um fator multiplicador da prática paliativa, tornando possível também o atendimento domiciliar que diminuiria a necessidade de tantas internações prolongadas por motivo social e de falta de estrutura de saúde para segmento ambulatorial.

6. Os Cuidados Paliativos em Ginecologia e o Controle da Dor.

Frente a enorme quantidade de pacientes com doenças neoplásicas ginecológicas e mamárias, o uso de opióides será necessário em quase 80% dos casos em algum momento do tratamento (HERR et al. 2010).

Hoje temos disponível na rede pública paulista, os seguintes opióides: codeína de 30 mg, morfina 10 e 30 mg de ação rápida, morfina LC de 30, 60 e 100 mg, além de apresentações endovenosas, metadona 5 e 10 mg para comprimido além de apresentação endovenosas(fonte Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo). Estas medicações estão disponíveis através do programa de medicações excepcionais. Como podemos observar já há certa variedade de opções para o tratamento das pacientes com dor de média e forte intensidade com doenças crônicas e progressivas. Apesar da existência deste excelente programa de distribuição gratuita de medicações de alto custo, não é raro encontramos pacientes com dificuldades para manter o uso regular destas medicações assim como dos adjuvantes muito utilizados no tratamento da dor oncológica principalmente da de forte intensidade (como a Amitriptilina, carbamazepina e gabapentina). No que se refere a estas dificuldades podemos citar alguns problemas como o desconhecimento por parte das equipes de saúde do fornecimento destas medicações, a insegurança de muitos médicos em se prescrever opióides, a dificuldade de acesso às farmácias de alto custo, que são apenas duas na cidade de São Paulo (Maria Zélia e Várzea do Carmo) excluindo as de uso exclusivo dos hospitais São Paulo ,Clínicas e do Servidor Público Estadual.

Além destas dificuldades, não se observa no programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia nenhuma menção a respeito do controle da dor, que é um dos princípios básicos no atendimento ao paciente com doença oncológica (OMS). A ausência desta fundamentação teórica favorecerá o uso incorreto ou o não uso de opióides por estes jovens ginecologistas que muitas vezes temem efeitos colaterais como a parada respiratória e a dependência ao uso crônico destas drogas. Esta insegurança médica faz com que muitas mulheres continuem a sentir dor de forte intensidade durante o tratamento oncológico, o que é totalmente inaceitável e desnecessário.

Black et al., em 2011, afirma que a intensificação do controle de sintomas, especialmente da dor através da utilização de práticas paliativas tem impacto na qualidade de vida e na diminuição do sofrimento a que estes pacientes possam estar submetidos.

7. Ginecologia e a Bioética

Ginecologia é definida (The Oxford English Dictionary, Editor WEHMEIER,) como, a ciência que se dedica ao estudo morfológico, fisiológico e patológico do organismo feminino e de seu aparelho genital.

Este vasto universo, que abrange o cuidado com a saúde feminina, interrelaciona-se com a Bioética de maneira muito forte. Pois as mulheres podem enfrentar dilemas relacionados à sua saúde, destacando-se aqui as discussões sobre a terminalidade, autonomia e vulnerabilidade no caso das neoplasias ginecológicas e mamárias; assim como questões relacionados ao início da vida que incluem, discussões sobre o aborto e sobre as técnicas de fertilização in vitro e suas implicações éticas morais e até religiosas.

A terminalidade, especialmente no mundo ocidental nos últimos séculos, passou a ser vista como algo a ser vencida, diante do progresso tecnológico que hoje vivenciamos. Entretanto este bem-vindo progresso, também nos trouxe, a chamada Distanásia, que gera o prolongamento da vida, as custas de sofrimento e ausência de qualidade de vida.

Pessini (2001) define distanásia como tratamento fútil e inútil.

A Organização Mundial da Saúde, define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A perda destas características durante a progressão de neoplasia ginecológica e mamária, promoverá diversas reflexões para estas pacientes e seus familiares.

Pessini (2002) avaliando a questão humana questiona se tudo que é tecnicamente possível também sempre é ético, pois algumas decisões podem comprometer a dignidade humana.

Gracia refere “[...] que não há beneficência sem autonomia.”

Barchifontaine (2007) "[...] apesar dos progressos tecnológicos somos mortais".

As equipes médicas incluindo os ginecologistas, devem estar aptos a promover discussões que envolvam o processo natural de morte, a autonomia envolvida no tema, as situações e procedimentos que ocasionem a sensação de vulnerabilidade.

O ginecologista deve ser treinado de maneira cada vez mais completa, para que ele tenha condições de desenvolver práticas que possibilitem uma franca conversa com suas pacientes deixando-as seguras, informadas de suas doenças e ao mesmo tempo amparadas do ponto de vista técnica. Respeitando ainda suas trajetórias de vida e seus desejos futuros, não apenas impondo suas opiniões e propostas de tratamentos.

Hosnne (2006) "[...] é preciso ter humildade para respeitar e levar em conta a opinião do outro."

Esslinger (2004) discute a necessidade de uma maior atenção dos cursos de saúde sobre os temas da morte.

Fernandes (2007) declara que o sistema de ensino deve realizar uma análise crítica a respeito do trabalho que desenvolve, questionar seu significado para os sujeitos que está formando e o que está construindo para a comunidade, visando o próprio compromisso com a mesma.

Frente a este universo que o ginecologista vive diariamente, atuando com questões complexas como a terminalidade, torna-se necessário e urgente uma maior clareza no programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia proposto pelo MEC, acerca das questões bioéticas, definindo o conteúdo básico a ser discutido nos programas de residência médica. Tal medida provavelmente promoverá a diminuição da prática distanásica, assim como os conflitos comuns entre as equipes médicas e os familiares durante o processo natural de morte. Ainda fortalecerá o vínculo entre os pacientes e as equipes, além de facilitar o luto nos casos em que ocorrer a morte. Dessa forma o tratamento ginecológico deixará de ser fragmentado e descontínuo, passando novamente a oferecer um tratamento que respeite o conceito de saúde da OMS de 1946, em que diz que, "saúde não é

apenas ausência de doença, mas sim completo bem estar físico, mental e social, e é um direito humano”.

A análise dos artigos, selecionados com a metodologia proposta, mostrou que a produção científica, através da elaboração de artigos que abordam residência médica, cuidados paliativos e bioética, ainda é muito escassa, não só no Brasil como em todo o mundo (Tabela 1)

Descritores	BVS/ Bireme	Pubmed
bioética, cuidados paliativos, residência médica	0	5
ginecologia, cuidados paliativos, residência médica	0	1
bioética, ginecologia, residência médica	2	10
bioética, cuidados paliativos, neoplasias de mama	2	3
bioética, cuidados paliativos, neoplasias do colo do útero	2	0
bioética, cuidados paliativos, neoplasias do endométrio,	0	0
bioética, cuidados paliativos, neoplasias ovarianas	0	1

Anexo II com os títulos dos artigos e autores

Contraopondo-se a esta escassez científica identifiquei inúmeras situações, infelizmente ainda muito frequente, no atendimento médico ginecológico, que poderiam ser evitadas ou minimizadas através de um maior conhecimento técnico sobre a medicina paliativa, oferecendo assim a esta imensa população feminina que se encontra fragilizada, ansiosa e muitas vezes amedrontada com a possível evolução de suas doenças, uma forma diferente de enfrentar o problema. Através de discussões multidisciplinares mais claras a respeito dos referenciais bioéticos, destacando-se o respeito a autonomia e as medidas que evitem a sensação de vulnerabilidade a que estas pacientes possam estar submetidas. Desta forma, os ginecologistas, poderão oferecer um atendimento mais completo e definitivo. Não mais "abandonando" ou encaminhando suas pacientes quando as mesmas apresentarem o diagnóstico de progressão ou persistência tumoral ou estiverem fora de possibilidade de cura cirúrgica, quimioterapia e ou radioterápica.

Passando a oferecer a suas pacientes e a seus familiares todo o apoio que provavelmente elas esperam, tornando assim o atendimento ginecológico mais completo e humano.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como proposta, avaliar o programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia, recomendado pelo Ministério da Educação e Cultura, revisado pela última vez no ano de 2006. Identificando a proposta de ensino para este elevado número de profissionais que escolhem esta especialidade todos os anos, frente à necessidade da utilização da Medicina Paliativa e de conhecimentos bioéticos, diante das milhares de pacientes que todos os anos enfrentam as neoplasias ginecológicas e mamária.

Diante da análise dos artigos científicos e do conteúdo exigido pelo programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia proposto pelo MEC, acerca das neoplasias ginecológicas e mamárias, assim como os resultados e as perspectivas estatísticas da incidência e da prevalência destas neoplasias no Brasil e no mundo, devemos propor um modelo de reflexão sério e permanente sobre a necessidade do ensino das técnicas de cuidados paliativos, especialmente no manejo de opióides para o controle da dor de forte intensidade, durante os três anos do programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia. Junto à promoção do ensino das técnicas da medicina paliativa, devemos trabalhar para oferecer a estes profissionais um maior acesso ao conteúdo dos Princípios Bioéticos, fornecendo assim ferramentas teóricas mais sólidas para estes profissionais enfrentarem os dilemas tão comuns em sua especialidade.

Uma proposta para melhorar a formação destes futuros ginecologistas, seria rever o programa do Ministério da Educação e Cultura para o programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia que é do ano de 2006, época em que a medicina paliativa ainda não havia sido reconhecida pelo próprio Conselho Federal de Medicina (CFM) como especialidade médica. Além da oficialização do ensino das técnicas da medicina paliativa e dos conceitos bioéticos, através de uma nova normatização do programa do MEC, poder-se-ia criar um programa de educação continuada, utilizando-se como ferramenta o dispositivo digital, pois considero que 100% dos programas de residência médica tenham acesso ao conteúdo eletrônico. Portanto, se houver o entendimento da necessidade do ensino deste novo conteúdo, tanto a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia como a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, poderiam criar juntas um programa nos moldes do

"Pallium Latino América" que consiste em um curso a distância com excelência e alto padrão de qualidade, fortalecendo assim ainda o mais o programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia.

Desta forma, os ginecologistas do futuro terão mais condições técnicas e até mesmo emocionais de evitar práticas distanásicas em pacientes com neoplasias ginecológicas e mamárias.

REFERÊNCIAS

BARACAT, F. F. et al. Cancer de Mama, Etiopatogenia, diagnóstico e estadiamento. In: Abrão, F. S.(org). **Tratado de oncologia genital e mamário**. São Paulo: Revinter, 2006. cap. 33, p. 559-572.

BARCHIFONTAINE, C. P. A dignidade no processo de morrer. In:BARCHIFONTAINE,C. P.; PESSINI, L. (Org.). **Bioética**: alguns desafios. São Paulo: Loyola, 2001.p. 283-296.

Beauchamp TL, Childress JF. **Principles of Bioemdicall Ethics**. 4ed. New York: Oxford, 1994. p. 100-103.

BLACK, B. et al. The relationships among pain, nonpain symptoms, and quality of life measures in older adults with cancer receiving hospice care, **Pain Med**. v. 12, n. 6, p. 880-889, 2011.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>>. Acesso em: jan. 2012.

CLARK, D. C. S. Founder of the Hospice Movement.Selected Letters 1959-1999. **Oxford University Press**, New York, 2002, n. 19, p.397.

COELHO, F. R. G; COSTA, R. L. R. câncer de colo do útero. In:_____. **Padronização em ginecologia oncológica**.1. ed. São Paulo: Tecmed, 2005. cap. 6 p.91-115

CORTES, C. C. "Historia y desarrollode los cuidados paliativos". In : MACIEL, M. G. S., **Cuidado Paliativo, CREMESP**: Definições e Princípios. São Paulo: CREMESP, 2008. p. 16-31.

DELLAROZA, M. S.; PIMENTA C. A. M.; MATSUO T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p.1151-1160, maio. 2007.

ESSLINGER, I. O paciente a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida afinal? um estudo acerca do morrer com dignidade. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (org).

Humanização e cuidados paliativos. São Paulo Loyola: EDUNISC, 2004. cap. 10, p. 149-163.

FRAZER, I. H.; LEGATT, G. R. Prevention and Treatment of papillomavirus-related cancers through immunization. **Annu Rev. Immunol**, v. 29, p.111-138, 2011.

FERNANDES, M. F. P. A ética e a bioética no contexto da educação em enfermagem. In : Malagutti, W. **Bioética e enfermagem**, controvérsias, desafios e conquistas. Rio de Janeiro: Rúbio, 2007. p. 1 -15.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidados paliativos: interface, conflitos e necessidades. **Cien. Saúde Colet**. v. 2. p. 2123-32, 2008.

GARICOCHEA et al. Idade como fator prognóstico no câncer de mama em estágio inicial, **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 33, 2009.

GOFF, B. A. et al, Symptom triggered screening for ovarian cancer : a pilot study of feasibility and acceptability. **Gynecol Oncol**, v. 124, n. 2, p. 230-235, 2012.

GOOLD, S. D.; STERN, D. T. Ethics and Professionalism: What does a resident need to learn? **The American Journal of Bioethics**, v. 6, n. 4, p. 9-17, 2006.

GRACIA, D. Bioética e tomada de decisões no caso de paciente com doença renal crônica. In: **Pensar Bioético: metas e desafios.** São Paulo: Loyola, 2010. cap.14, p. 347-363.

HERR, K. et al, Assessing and treating pain in hospices: current state of evidence-based practices. **J Pain Symptom Manage**, v. 39, n. 5, p. 803-819, maio. 2010.

HOSSNE, W. S. Princípios ou referenciais? **O Mundo da Saude**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 673-676, out./dez. 2006.

HOTTOIS, G 2001. Bioéthique. G. Hottois & J-N. Missa. **Nouvelle encyclopédie de bioéthique. Bruxelles:** De Boeck, p. 124-126

IARC - Incidence of Corpus Uteri Cancer in the World. Lyon, France: **World Health Organization 2009 [updated 2009/10/12; cited 2010 01/01]**. Disponível em: <<http://www-dep.iarc.fr/>>. Acesso em: jan/12.

JEMAL A.; SIEGEL, R.; XU, J.; WARD, E. Cancer statistics, 2010. **CA Cancer J Clin.** Sep/Oct. v. 60, n. 5, p. 277-300, 2010.

LYNN, N. J. living long in fragile health: the new demographics shape end of life care. Improving End of Life Care: why has it been so difficult? **Hastening Center Report Special report**, v. 35, n. 6, p. 14-18, 2005.

MACIEL, M. G. S. Ética e cuidados Paliativos na abordagem de doenças terminais. **A Terceira Idade**, v. 18, n. 38, p. 37-48, 2007.

MATTHEW, P. et al. Ethics consultation na a Gynecologic oncology servisse: An Oportunnity for physician education. **Journal of cancer Education**, v. 26, n. 1,p. 183-187, 2011.

MERSKEY, N. B. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms prepared by the International Association for the Study of Pain. **IASP Press**, Seattle, 2. ed. p.210, 1994.

MICELI, A. V. P. dor crônica e subjetividade em oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 3, p. 363-373, jul.-set. 2002.

MEC - Minisério da Educação e Cultura (Brasil).dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médicas e da providências.Resolução n° 02/2006, de 17 de maio de 2006. Diário oficial da União, poder Executivo, Brasília, D.F.,1905/2006, secção1,p.26-36. [acesso em 2012 abr]. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15776:proposicao-de-conteudo-dos-programas-de-residencia-medica-resolucao-no-2-de-17-de-maio-de-2006&catid=191:sesu

MISHRA, K. Gynanaecological malignancies from paliative care. **Indian Journal of palliative care**, v. 17, n. 4, p. 45 -51, 2011.

ONSRUD, M. et al. Paliative treatment in gynecologic cancer. **Norwegian medical assossiation**. v. 121, n. 16, p. 1896-91, 2001.

PESSINI, L. **Distanásia**: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola; Centro Universitário São Camilo. 2001.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar, **Bioética**, v. 10, n. 2, p. 51-72. 2002.

PESSINI, L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. **Prática hospitalar**, n. 41, p. 107-112. 2005

Pessini, L. *Um tributo à Potter no nascedouro da Bioética!*. **Revista Bioética**. Conselho Federal de Medicina.v.9, n. 2, p. 149-153. 2009.

Potter VR. Bioethics: **Bridge to the future**. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1971.

PRIMO, P.; GARRAFA, V. Comunicação em ciências da saúde, **Fundação de e Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde**, v. 18, n. 3, p. 237-243, jul.-set. 2007

SO, H. C.; GUIA, H.; CHERNY, S. S. Evaluating the heritability explained by know susceptibility variants. A survey of ten complex diseases. **Genet Epidemiol**. v. 35, n.5, p. 310-335. 2011.

WEHMEIER, S. (Ed.). Oxford Advanced Learner's Dictionary. Oxford: Oxford, University Press, 2001.

WHO - The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of life assessment: position paper from the world health organization. **Soc. sci med**,, v. 41, n. 10, p. 1403-1410, 1995.

WHO - World Health Organization. **Cancer Control Programme**. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/en/>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

ANEXO 1 - PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (MEC-2006).

RESIDÊNCIA MÉDICA EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

I. OBJETIVOS

Geral

Tornar o médico residente em Obstetrícia e Ginecologia apto a promover a saúde e prevenir, diagnosticar e tratar as afecções relacionadas à mulher, nas diferentes fases da vida, bem como desenvolver habilidades e raciocínio crítico nas subespecialidades e nas diversas áreas de atuação.

Específicos

1. Conhecer e interpretar os principais aspectos epidemiológicos, demográficos e socioeconômico-culturais que interferem na saúde da mulher.
2. Desenvolver conhecimentos para o adequado entendimento da relação entre alterações psíquicas e distúrbios tocoginecológicos.
3. Praticar assistência pré-natal em todos os níveis.
4. Capacitar na prevenção, diagnóstico e tratamento das principais intercorrências clínicas e obstétricas.
5. Aprimorar o conhecimento e as habilidades para a assistência ao parto e puerpério.
6. Adquirir habilidades para a prática adequada da Obstetrícia operatória (Tocurgia).
7. Diagnosticar e tratar as complicações clínicas e cirúrgicas mais frequentes em Obstetrícia.
8. Diagnosticar e tratar as urgências e emergências obstétricas e ginecológicas.
9. Desenvolver conhecimentos e habilidades em medicina intensiva, relacionados às afecções obstétricas e ginecológicas.
10. Desenvolver conhecimentos em medicina fetal; habituar-se ao diagnóstico ultrassonográfico das principais afecções fetais.
11. Capacitar na prevenção, diagnóstico e tratamento das afecções ginecológicas, incluindo ginecologia infanto-puberal, distúrbios endocrinológicos, DST/AIDS, patologia do trato genital inferior, algia pélvica, endometriose, climatério e doenças da mama.
12. Desenvolver conhecimentos e habilidades em reprodução humana, incluindo planejamento familiar e infertilidade.

13. Adquirir habilidades em cirurgias ginecológicas e mamárias, para o tratamento das doenças benignas e malignas.
14. Adquirir conhecimentos em procedimentos especializados em Ginecologia, como colposcopia, laparoscopia diagnóstica e cirúrgica, histeroscopia diagnóstica e cirúrgica, mamografia, uroginecologia e urodinâmica.
15. Capacitar na prevenção e diagnóstico das neoplasias malignas ginecológicas e da mama, e tornar-se apto a estabelecer um planejamento terapêutico adequado particularmente nos estádios iniciais, bem como conhecer a sua evolução prognóstica.
16. Diagnosticar e tratar as complicações cirúrgicas mais freqüentes em Ginecologia.
17. Desenvolver conhecimentos em diagnóstico por imagem em Obstetrícia e Ginecologia.
18. Desenvolver conhecimentos relacionados a responsabilidade ética e profissional.

II. DESCRIÇÃO DO PROGRAMA

O primeiro ano deve ser mais voltado à formação obstétrica, desenvolvendo uma atuação intensa em Obstetrícia, em particular em pré-natal de baixo risco, pronto atendimento obstétrico, centro obstétrico, neonatologia, alojamento conjunto, ambulatório de revisão puerperal e iniciar a atividade em ultra-sonografia e em ginecologia, nas áreas de ambulatório geral de Ginecologia, planejamento familiar, enfermaria e centro cirúrgico. É recomendável treinamento em cirurgia geral. No segundo ano, a formação contempla mais a área de Ginecologia, com atuação em ambulatórios especializados (ginecologia endócrina, patologia do trato genital inferior, climatério, uroginecologia, ginecologia de adolescentes e infertilidade), pronto atendimento ginecológico e atividades cirúrgicas de Ginecologia (com porte diferenciado de cirurgias). Na área obstétrica o residente de segundo ano atuaria em pré-natal de alto risco, pré-natal de adolescentes e no Centro Obstétrico. Iniciaria também sua formação em Oncologia Ginecológica, freqüentando ambulatórios de Patologia Cervical, de Patologia Mamária, Oncologia Ginecológica e Centro Cirúrgico. Continuará seu aperfeiçoamento em ultra-sonografia. No terceiro ano deve continuar a atuar na área de gravidez de alto risco, participar de ambulatórios especializados de Obstetrícia, frequentar Centro Obstétrico, freqüentar ambulatórios de mastologia e de oncologia pélvica, ter aprendizado em endoscopia ginecológica e complementar sua formação em todos os ambulatórios especializados de

Ginecologia. Deve ter treinamento no atendimento de pacientes graves e concluir seu aprendizado básico de ultra-sonografia. Nesses três anos a formação teórica deve ser feita por meio de aulas expositivas e na forma de reuniões e debates clínicos, bem como em reuniões para discussão de artigos científicos e de revisão de temas e protocolos, que podem ser organizadas e apresentadas pelos próprios residentes, com a presença de integrantes do corpo de ensino do serviço. Os Programas de Residência Médica deverão ter duração mínima de três anos, com possibilidade de anos opcionais na dependência da capacidade do serviço que oferece o Programa, desde que credenciados pela CNRM. O mesmo número de vagas de R1 estará disponível para os residentes de 2º e 3º anos, ocupadas automaticamente pelos que completaram o 1º e 2º ano de residência, respectivamente, sempre que tenham alcançado um rendimento acadêmico considerado adequado, mediante nota que será conferida em cada estágio e através de provas específicas.

a) CONTEÚDO PROGRAMÁTICO TEÓRICO

Deve abranger os tópicos referentes a gravidez normal e patológica, a assistência a parto normal e distócico, assim como a ginecologia geral e especializada, além de temas relacionados aos avanços da especialidade, discussões éticas, bioéticas e da atuação do profissional.

1. Aulas Teóricas em Obstetrícia

Programa teórico em Obstetrícia, abrangendo aulas expositivas sobre Obstetrícia Normal; Aspectos Preventivos Obstétricos; Intercorrências Clínicas na Gestação; Lactação; Anticoncepção Puerperal; Patologias Obstétricas e Puerperais; Cirurgia Obstétrica e Tocurgia; Emergências Obstétricas; Terapia Fetal; Aspectos Éticos e Responsabilidade Médica; Artigos de Atualização.

Recomendação de temas de Obstetrícia para o conteúdo teórico:

01. Embriologia e desenvolvimento fetal
02. Modificações fisiológicas da gestação
03. Endocrinologia do ciclo gravídico-puerperal
04. Diagnóstico da gravidez/Propedêutica clínica e laboratorial
05. Abortamento espontâneo
06. Abortamento habitual
07. Abortamento infectado e choque séptico (de causa obstétrica)
08. Gestação ectópica

09. Doença trofoblástica gestacional
10. Assistência pré-natal normal e alto risco
11. Assistência ao parto
12. Avaliação da idade gestacional e maturidade fetal
13. Avaliação da vitalidade fetal
14. Indução e condução ao parto
15. Assistência ao puerpério
16. Puerpério patológico (infecção, hemorragia, etc.)
17. Distocias mecânicas
18. Prematuridade
19. Gestação prolongada
20. Discinesias
21. Apresentações anômalas
22. Gemelidade
23. Isoimunização ao Fator Rh
24. Sofrimento fetal agudo
25. Ruptura prematura das membranas
26. DPP, Placenta prévia, Ruptura uterina
27. Hipertensão na gestação
28. Avaliação do crescimento fetal e crescimento intra-uterino retardado
29. Coagulopatias
30. Morte fetal intra-útero
31. Diabetes na gestação
32. Infecções pré-natais não viróticas
33. Interrupção da Gestação
34. Infecções pré-natais viróticas
35. Cardiopatias na gestação
36. Terapêutica medicamentosa na gestação
37. Nefropatias na gestação
38. Noções gerais: cardiocotografia, ultra-sonografia e dopplervelocimetria.

2. Aulas Teóricas em Ginecologia

Programa em Ginecologia/Oncologia Ginecológica, abrangendo aulas expositivas sobre Ginecologia Geral; Aspectos Preventivos Ginecológicos e Oncológicos; Planejamento Familiar; Patologia do Trato Genital Inferior, Esterilidade e

Infertilidade; Reprodução Humana Assistida; Ginecologia Endócrina; Climatério; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Cirurgia Ginecológica e Laparoscópica; Mastologia, Oncologia Ginecológica; Terapêutica Oncológica; Cirurgia Oncológica; Artigos de Atualização.

Recomendação de temas de Ginecologia para o conteúdo teórico:

01. Embriologia e anatomia do aparelho urogenital feminino
02. Fisiologia menstrual – controle neuroendócrino
03. Esteroidogênese
04. Semiologia ginecológica
05. Desenvolvimento puberal normal e anormal
06. Malformações genitais
07. Planejamento familiar – Métodos anticoncepcionais
08. Amenorréias
09. Sangramento genital
10. Hemorragia uterina disfuncional
11. Vulvovaginites
12. Doenças sexualmente transmissíveis
13. Doença inflamatória pélvica
14. Dor pélvica crônica
15. Incontinência urinária
16. Miomatose uterina
17. Endometriose
18. Dismenorréia
19. Síndrome Pré-Menstrual
20. Climatério
21. Patologias Benignas da Mama
22. Infertilidade conjugal
23. Sexualidade
24. Doenças malignas da mama
25. Propedêutica mamária
26. Câncer de colo uterino
27. Câncer de endométrio
28. Tumores anexiais
29. Câncer de ovário

30. Câncer de vulva
30. Outros tumores ginecológicos
31. Técnica cirúrgica
32. Complicações pós-operatórias
33. Procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos
34. Endoscopia ginecológica – procedimentos histeroscópicos
35. Endoscopia ginecológica – procedimentos laparoscópicos
36. Técnicas diagnósticas e terapêuticas em uroginecologia

3. Temas de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia

Programa teórico compreendendo temas de revisão, atualização e pesquisa, relacionados à atividade do tocoginecologista, sendo ministrada na forma de reunião semanal. Apresentação de palestras por médicos tocoginecologistas e de outras especialidades, além de profissionais não médicos, abordando temas de interesse à saúde da mulher. Para cumprir tal conteúdo, os programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia poderão utilizar:

- Aulas teóricas
- Discussões de casos clínicos, coordenados pelos preceptores.
- Sessões de treinamento em temas da prática tocoginecológica,
- Seminários
- Reuniões de Revisão Bibliográfica
- Reuniões Clínicas
- Sessões anátomo-clínicas
- Educação à distância
- Participação em eventos científicos e de atualização da especialidade

4. Cursos sugeridos para o Residente de Obstetrícia e Ginecologia

- Bioética e Ética Médica
- Metodologia de Pesquisa, Epidemiologia e Bioestatística
- Controle de Infecção Hospitalar
- Colposcopia
- Técnica Cirúrgica
- AMIU
- Emergências Obstétricas e Ginecológicas
- Sexologia
- Endoscopia ginecológica

- Medicina Baseada em Evidências
- Legislação Trabalhista
- Responsabilidade Médica

5. Outras atividades sob orientação e supervisão

- Discussão com supervisão docente dos casos atendidos nos ambulatórios.
- Discussão didática, em visita às enfermarias, de todos os casos internados.
- Supervisão docente nas cirurgias obstétricas, ginecológicas e oncológicas.
- Participação em pesquisas, com supervisão docente.
- Atividades teóricas em cursos/ congressos/ jornadas/ debates etc., desde que haja comprovação de participação do médico residente.

b) CONTEÚDO PROGRAMÁTICO PRÁTICO E TEÓRICO-PRÁTICO

1. Atendimento em Atenção Primária: atendimento em Obstetrícia e Ginecologia, praticando assistência pré-natal e ao puerpério, atendimento ginecológico, planejamento familiar e atuando em saúde preventiva em Obstetrícia e Ginecologia. Sugere-se oferecer treinamento em gestão e administração em saúde da mulher. Propiciar treinamento em atenção primária em Obstetrícia e Ginecologia. O Programa de Treinamento deverá:

- Preparar o médico residente de primeiro ano para acompanhar a evolução de uma gestação de baixo risco, realizando história clínica, exame físico geral, ginecológico e obstétrico e interpretando exames complementares. Avaliação de vitalidade fetal clínica. Diagnóstico dos desvios de normalidade.
- Preparar o médico residente para o atendimento puerperal tardio com aconselhamento de futuro reprodutivo, orientação clínica e anticoncepcional. Reconhecimento da fisiologia do período puerperal tardio. Involução das modificações gravídicas locais e gerais. Retorno à fertilidade. Amamentação e seu papel na fertilidade. Indicação e prescrição de métodos anticoncepcionais para o puerpério. Inserção de DIU. Acompanhamento de situações anormais durante o puerpério.
- Preparar o médico residente para o atendimento ginecológico geral de diagnóstico e prevenção de afecções genitais femininas clínicas e cirúrgicas. Terapêutica medicamentosa e cirúrgica simples são implementadas com enfoque teórico e prático.

- Capacitar o médico residente em todos os procedimentos relacionados ao uso de métodos contraceptivos, incluindo inserção de DIU e outros dispositivos, administração de injetáveis e hormonais orais assim como métodos de barreira e outros.

- Capacitar o médico residente na prevenção e diagnóstico precoce do câncer ginecológico e mamário, através da realização do exame ginecológico e mamário, interpretação da citologia oncológica, treinamento na realização de exames preventivos, incluindo colposcopia, e na solicitação de exames mamográficos.

2. **Urgência e Emergência:** atendimento às queixas e intercorrências agudas durante o ciclo grávido-puerperal, bem como a situações de urgência e emergência em Obstetrícia e Ginecologia. Capacitar o médico residente no atendimento às queixas comuns das gestantes e puérperas. Avaliação do trabalho de parto e trabalho de parto prematuro. Propedêutica e terapêutica das situações mais comuns de queixas gineco-obstétricas: infecção do trato urinário, sangramento vaginal, abortamento, amniorrexe prematura, alteração de movimentação fetal, gravidez pós-termo, infecções vaginais, violência sexual, dor pélvica, etc. Avaliação e propedêutica de idade gestacional e vitalidade fetal. Diagnóstico do trabalho de parto para internação hospitalar. Atendimento às urgências obstétricas. Avaliação de intercorrências clínicas na gestação que demandem consultas em pronto socorro. Atendimento de distúrbios puerperais tardios.

3. **Unidade de Internação:** prestação de cuidados a pacientes internadas. Capacitar o médico residente na condução do atendimento a mulheres no período puerperal imediato. Puerpério normal. Fisiologia e assistência: conceito e duração, classificação, fenômenos involutivos locais e modificações gerais no puerpério. Assistência ao puerpério normal. Lactação – fisiologia e assistência: Distúrbios da amamentação. Supressão da lactação. Lactação e contracepção. Patologia do puerpério. Infecção puerperal: Abordagem etiológica e sindrômica. Formas clínicas. Diagnóstico e tratamento. Assistência e condução de pós-operatórios complicados. Hemorragias puerperais: diagnóstico e tratamento. Distúrbios tromboembólicos puerperais. Capacitar o médico residente na avaliação dos aspectos clínicos gerais e ginecológicos para indicação de tratamento clínico e/ou cirúrgico. Cuidados pré e pós-operatórios. Distinguir evolução clínica ou cirúrgica normal de complicações.

4. **Centro Obstétrico:** realização de atendimento ao trabalho de parto e parto em situações de baixo risco obstétrico. Capacitar o médico residente no

acompanhamento do trabalho de parto. Condução e assistência ao parto e puerpério imediato de pacientes normais e patológicas. Indução de parto. Procedimentos operatórios (cesáreas, fórceps de alívio e abreviação, laqueaduras). Interpretação de cardiocotografias anteparto e intraparto. Procedimentos relacionados com o atendimento de puérperas. Acompanhamento da assistência ao recém-nascido em sala de parto. Possibilitar ao médico residente de primeiro ano o contato com as intercorrências clínicas dos recém-nascidos, decorrentes de afecções pré-natais, do nascimento e do período neonatal imediato.

5. **Centro Cirúrgico Geral e Ambulatorial:** treinamento em técnica cirúrgica, participação em procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e pequenas cirurgias. Capacitar o médico residente para a realização de procedimentos terapêuticos cirúrgicos gerais e aplicados a doenças benignas do trato genital e trato urinário inferior. Cirurgias vaginais e abdominais eletivas de pequeno e médio porte, incluindo situações de urgência.

6. **Ultra-sonografia:** aprendizado de técnicas e treinamento na indicação e interpretação dos resultados. Iniciar o treinamento nas técnicas de imagem utilizadas em Obstetrícia e Ginecologia, capacitando o residente de primeiro ano a realizar exames ultra-sonográficos de menor complexidade. Discussões teórico-práticas sobre a manipulação de aparelhos relacionados com a atividade do ultra-sonografista. Aspectos teóricos do exame ultrassonográfico nas várias situações relacionadas ao diagnóstico por imagem em Tocoginecologia.

7. **Plantão em Obstetrícia e Ginecologia.** Realização de atividades práticas hospitalares sob supervisão docente em unidades de pronto-atendimento, enfermarias e cirúrgicas. Internação de gestantes em trabalho de parto, acompanhamento e atendimento aos partos normais e operatórios. Prescrição e alta de pacientes internadas. Participação como assistente em cirurgias ginecológicas e oncológicas de urgência/emergência.

Estágios R1 Duração

Atendimento na Atenção Primária/Rede Básica de Saúde 15%

Urgência e Emergência/Capacitação em Pronto Atendimento Obstétrico 15%

Unidade de Internação 10%

Centro Obstétrico 20%

Centro Cirúrgico Geral e Ambulatorial 15%

Ultra-sonografia Básica 5%

Plantão em Obstetrícia e Ginecologia 10%

Atividade Teórica 10%

1. Ambulatórios Especializados e Unidade de Internação:

a) **Obstetrícia:** gestação de alto risco, gravidez na adolescência, revisão puerperal em situações de risco. Capacitar o médico residente na identificação e condução de atendimento pré-natal a gestantes com doenças clínicas intercorrentes e afecções obstétricas. Atendimento interdisciplinar e aconselhamento gestacional. Indicação de exames subsidiários para acompanhamento da saúde materna e fetal. Prescrição de medicamentos e outras terapêuticas clínicas ou cirúrgicas indicadas para cada situação em particular na gestação. Aconselhamento com outros clínicos e especialidades relativas às intercorrências apresentadas durante a gravidez de risco.

Pretende-se:

- Permitir ao médico residente abordagem de atenção integral à grávida adolescente. Acompanhamento da gestante adolescente durante o pré-natal, enfocando a fisiologia do desenvolvimento normal da gestação e do concepto, as necessidades médicas, psicológicas e sociais da adolescente. Diagnóstico precoce, orientação e tratamento das situações anormais mais comuns em gestantes adolescentes. Avaliação do crescimento e vitalidade fetal. Orientação personalizada sobre as alterações fisiológicas, patológicas e psicológicas mais freqüentes na gestação durante a adolescência.
- Capacitar o médico residente para o atendimento puerperal tardio e remoto às adolescentes, com aconselhamento de futuro reprodutivo, orientação clínica e anticoncepcional. Reconhecimento da fisiologia do período puerperal e tardio. Involução das modificações gravídicas locais e gerais. Retorno à fertilidade. Amamentação e seu papel na fertilidade. Indicação e prescrição de métodos anticoncepcionais para o puerpério. Inserção de DIU. Acompanhamento de situações anormais presentes durante a gestação. Internação de patologias clínicas e/ou obstétricas com o puerpério, fertilidade e anticoncepção.
- Capacitar o médico residente no acompanhamento e tratamento das intercorrências clínicas da gestação. Atendimento e acompanhamento das patologias próprias da gestação; distúrbios fetais. Visitas diárias e reuniões científicas semanais, com preparação de artigos científicos a serem apresentados pelos residentes, sob supervisão docente.

b. **Ginecologia:** conhecimentos de patologia do trato genital inferior, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, uroginecologia, ginecologia infanto-puberal, sexologia, endocrinologia ginecológica, climatério, reprodução humana, mastologia. Possibilitar, também, ao médico residente, a compreensão geral e condutas teórico-práticas no atendimento e conhecimento da fisiologia infanto-puberal, modificações fisiológicas da adolescência e problemas ginecológicos da adolescência.

Pretende-se:

- Capacitar o médico residente no atendimento das doenças sexualmente transmissíveis/AIDS e vulvovaginites recorrentes. Abordagem diagnóstica clínico-laboratorial das úlceras e fluxo genital, interpretação microbiológica e sorologia das DST e AIDS. Promover o tratamento medicamentoso/cirúrgico. Acompanhamento à mulher vítima de violência sexual.
- Capacitar o médico residente na manipulação dos procedimentos propedêuticos e terapêuticos em situações de infertilidade conjugal de baixa complexidade.
- Capacitar o médico residente no entendimento da inter-relação hipotálamohipófise ovário. Diagnóstico e tratamento das síndromes endócrinas com repercussões em Ginecologia. Conduta nas disfunções endócrinas e infertilidade.
- Permitir ao médico residente conhecimentos teóricos e práticos de fisiopatologia do climatério, com ênfase nos aspectos clínicos, propedêutica, tratamento e principais complicações e intercorrências próprias do climatério, fornecendo bases sólidas para manejo das pacientes.
- Indicar e interpretar exames de rastreamento e diagnóstico de doenças mamárias (mamografia, ultra-sonografia e interpretação de marcadores biológicos). Diagnosticar doenças benignas e malignas. Indicar e realizar cirurgias de pequeno porte.
- Capacitar o médico residente no atendimento a doenças oncológicas pélvicas e genitais. Diagnóstico e tratamento de afecções benignas no trato genital inferior. Diagnóstico, propedêutica de estadiamento de câncer de colo uterino, vagina, vulva, endométrio e ovário. Avaliação, controle e tratamento de doenças trofoblásticas e coriocarcinoma. Treinamento no diagnóstico de patologias do trato genital inferior. Treinamento em colposcopia.
- Capacitar o médico residente para o atendimento pré e pós-operatório em cirurgia oncológica ginecológica e mamária: estadiamento cirúrgico do câncer de colo, vulva,

endométrio, ovário e mama; diagnóstico diferencial dos tumores ginecológicos e mamários; solicitação e interpretação dos exames complementares.

- Promover ao médico residente a compreensão da cinética miccional normal e patológica. Diagnosticar e propor tratamentos medicamentosos, fisioterápicos e cirúrgicos para correção das distopias genitais e disfunções urinárias.

2. Urgência/Emergência em Obstetrícia e Ginecologia: atendimento às situações de urgência e emergência ginecológicas e obstétricas. Acompanhamento de pacientes graves e indicação de tratamento intensivo. Capacitar o médico residente no atendimento de urgência a pacientes com afecções ginecológicas benignas e malignas. Enfoque prático para distúrbios como: DIP, hemorragia uterina não gestacional, vulvovaginites, traumas ginecológicos, etc. Acompanhamento a casos de maior gravidade em Obstetrícia e Ginecologia em Unidade de Terapia Intensiva ou de Cuidados Intermediários do Hospital. Atuação frente ao doente grave, com aquisição de conhecimentos em métodos propedêuticos e terapêuticos incluindo hemoterapia, tratamento dos vários estados de choque, manejo de antibioticoterapia e parada cárdio-respiratória.

3. Centro Obstétrico: assistência ao trabalho de parto e ao parto normal, com distócias e com complicações clínicas e obstétricas, incluindo a realização de procedimentos tocúrgicos. Capacitar o médico residente no acompanhamento do trabalho de parto. Condução e assistência ao parto de pacientes normais e patológicas. Condução de pacientes obstétricas patológicas apresentando intercorrências relacionadas ou não à sua condição obstétrica (eclâmpsia, cardiopatias, nefropatias, etc). Procedimentos operatórios (cesáreas, fórceps de rotação, partos gemelares, circlagem de colo uterino). Interpretação de cardiotocografias ante e intraparto. Procedimentos relacionados com o atendimento cirúrgico de puérperas complicadas com complicações operatórias.

4. Centro Cirúrgico: participação e realização de cirurgias de pequeno e médio porte em Ginecologia (incluindo uroginecologia e oncologia), eletivas e de urgência, além de cirurgias de pequeno porte em Mastologia; participação em procedimentos vídeo-endoscópicos propedêuticos. Capacitar o médico residente, através de técnicas de complexidade progressivamente maiores, para a realização de procedimentos terapêuticos cirúrgicos aplicados a patologias benignas do trato genital e trato urinário inferior. Cirurgias vaginais e abdominais eletivas e de urgência. Pretende-se:

- Capacitar o médico residente no auxílio de cirurgias para neoplasia maligna de mama: mastectomia radical, modificadas, realização de biópsias de áreas suspeitas de mama, dirigidas por agulhamento estereotáxico. Realização de cirurgias de pequeno porte como exérese de nódulos benignos, de ductos principais, ressecção de tecido mamário ectópico.
- Capacitar o médico residente na indicação de cirurgia em paciente com câncer genital; realização de cirurgia oncológica de pequeno e médio porte.
- Transmitir conhecimentos sobre atuação em procedimentos diagnósticos vídeo-laparoscópicos e vídeo-histeroscópicos.

5. **Propedêutica em Obstetrícia e Ginecologia:** aprendizado de técnicas e treinamento na indicação e interpretação de procedimentos de diagnóstico por imagem em Obstetrícia e Ginecologia e Mastologia. Dar continuidade ao treinamento nas técnicas de imagem utilizadas em Obstetrícia e Ginecologia, capacitando o residente de segundo ano a realizar exames ultra-sonográficos de complexidade média, bem como acompanhar a realização de procedimentos como agulhamento mamário, biópsias guiadas por ultra-som e interpretar mamografias e outros exames relacionados com a propedêutica mamária. Indicar e interpretar avaliação urodinâmica.

6. **Plantão em Obstetrícia e Ginecologia.** Capacitar o médico residente na realização de atividades práticas hospitalares sob supervisão docente em unidades de pronto-atendimento, enfermarias e cirúrgicas. Internação de gestantes em trabalho de parto, acompanhamento e atendimento aos partos normais e operatórios. Prescrição e alta de pacientes internadas. Participação como assistente em cirurgias ginecológicas e oncológicas de urgência/emergência.

Estágios R2 Duração

Ambulatórios Especializados e Unidade de Internação: Obstetrícia 20%

Ambulatórios Especializados e Unidade de Internação: Ginecologia 20%

Urgência/Emergência 15%

Centro Obstétrico 10%

Centro Cirúrgico 10%

Propedêutica em Obstetrícia e Ginecologia 5%

Plantão em Obstetrícia e Ginecologia 10%

Atividade Teórica 10%

1. Ambulatórios Especializados:

a. **Obstetrícia/perinatologia de alto risco.** Identificação e condução de atendimento pré-natal a gestantes com doenças clínicas intercorrentes, patologias obstétricas ou anormalidades do desenvolvimento fetal. Atendimento interdisciplinar e aconselhamento gestacional. Indicação de exames subsidiários para acompanhamento da saúde materna e fetal. Prescrição de medicamentos e outras terapêuticas clínicas ou cirúrgicas indicadas para cada situação em particular na gestação. Preparo e discussão de casos clínicos em reuniões de especialistas. Revisão de literatura pertinente. Enfoque para a área de morfologia fetal. Pretendese:

- Capacitação do médico residente no reconhecimento das principais malformações fetais, identificando grupos de risco para malformações fetais, o diagnóstico sindrômico, anatômico e etiológico, a conduta obstétrica e perinatal. Fisiologia do desenvolvimento fetal, comportamento fetal, avaliação da vitalidade e perfil biofísico fetal. Treinamento no exame ultra-sonográfico morfológico obstétrico; com utilização de dopplervelocimetria.
- Identificar a síndrome antifosfolípídica e alterações auto-imunes de importância para a reprodução.
- Capacitar o médico residente no acompanhamento e tratamento das doenças clínicas da gestação. Atendimento e acompanhamento das intercorrências próprias da gestação; distúrbios fetais. Visitas diárias e reuniões científicas semanais, com preparação de artigos científicos a serem apresentados pelos residentes, sob supervisão docente.

b. **Ginecologia:** atendimento de pacientes com afecções relacionadas a patologia do trato genital inferior, endocrinologia ginecológica, endometriose, oncologia ginecológica, mastologia, reprodução humana, uroginecologia. Possibilitar ao médico residente a compreensão geral e condutas teórico-práticas no atendimento e conhecimento da fisiologia infanto-puberal, modificações fisiológicas da adolescência e problemas ginecológicos da adolescência. Ênfase nos aspectos psicológicos, anticoncepção, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, irregularidades menstruais, distúrbios endocrinológicos, endometriose, vulvovaginites e na prevenção e tratamento de patologias mais comuns dessa faixa etária. Pretende-se:

- Capacitar o médico residente no entendimento das infecções sexualmente transmissíveis/AIDS e vulvovaginites recorrentes. Abordagem diagnóstica clínico-laboratorial das úlceras e fluxo genital, interpretação microbiológica e sorologia das IST e AIDS. Promover o tratamento medicamentoso/cirúrgico.
- Promover ao médico residente a compreensão da cinética miccional normal e patológica. Diagnosticar e propor tratamentos medicamentosos, fisioterápicos e cirúrgicos para correção das distopias genitais e disfunções urinárias. Investigar a disfunção miccional realizando testes de urodinâmica.
- Capacitar o médico residente na manipulação dos procedimentos propedêuticos e terapêuticos da infertilidade conjugal.
- Capacitar o médico residente no entendimento dos aspectos relativos à sexologia.
- Capacitar o médico residente no estudo da inter-relação hipotálamohipófise ovário. Diagnóstico e tratamento das síndromes endócrinas e endometriose. Conduta nas disfunções endócrinas e infertilidade. Abordagem das disfunções ginecológicas secundárias a doenças sistêmicas. Conduta nas disfunções menstruais em pacientes com coagulopatias.
- Permitir ao médico residente conhecimentos teóricos e práticos de fisiopatologia do climatério, com ênfase nos aspectos clínicos, propedêutica, tratamento e principais complicações e patologias próprias do climatério, fornecendo bases sólidas para manejo das pacientes.
- Indicar, realizar e interpretar exames de rastreamento e diagnóstico tais como: palpação, mamografia, punção aspirativa e biópsia de agulha grossa de mama. Diagnosticar doenças benignas e malignas. Indicar e realizar cirurgias de pequeno e médio porte, incluindo cirurgias com localização estereotáxica..
- Capacitar o médico residente no atendimento a doenças oncológicas pélvicas e genitais. Diagnóstico e tratamento de afecções benignas no trato genital inferior. Diagnóstico, propedêutica de estadiamento e tratamento do câncer de colo uterino, vagina, vulva, endométrio e ovário. Avaliação, controle e tratamento de doenças trofoblásticas e coriocarcinoma. Treinamento no diagnóstico de patologias do trato genital inferior. Treinamento em colposcopia.
- Capacitar o médico residente para o atendimento pré e pós-operatório em cirurgia oncológica ginecológica e mamária: estadiamento cirúrgico do câncer de colo, vulva,

endométrio, ovário e mama; diagnóstico diferencial dos tumores ginecológicos e mamários; solicitação e interpretação dos exames complementares.

- Capacitar o médico residente nas bases científicas do tratamento sistêmico do câncer ginecológico e mamário. Vias de administração dos medicamentos. Toxicidade quimioterápica. Indicação e avaliação da radioterapia em oncologia ginecológica. Infecções, síndrome hemorrágica, síndrome nefrológica, urgências clínicas e cirúrgicas. Tratamentos paliativos.

- Capacitar o médico residente na indicação, realização e interpretação de exames de rastreamento e diagnóstico de doenças onco-ginecológicas. Atendimento a pacientes ambulatoriais de oncologia pélvica e patologia cervical, atuação em atividades de centro cirúrgico, incluindo cirurgias pélvicas e agulhamento mamário. Atividades práticas de dissecação e aulas de anatomia.

2. **Centro Obstétrico:** atendimento ao trabalho de parto e ao parto em situações de maior risco materno-fetal, treinamento em procedimentos tocúrgicos de maior complexidade. Capacitar o médico residente no acompanhamento do trabalho de parto. Condução e assistência ao parto de pacientes normais e patológicas. Condução de pacientes obstétricas patológicas apresentando intercorrências relacionadas ou não à sua condição obstétrica (eclâmpsia, cardiopatias, nefropatias, etc).

Procedimentos operatórios (cesáreas, fórceps de rotação, partos gemelares, circlagem de colo uterino). Interpretação de monitorizações ante e intraparto. Procedimentos relacionados com o atendimento cirúrgico de puérperas complicadas com complicações operatórias, como histerectomias, laparotomias, etc.

3. **Centro Cirúrgico:** realização de cirurgias de grande porte em Ginecologia Geral, Oncologia Ginecológica, Uroginecologia e Mastologia, acompanhamento de procedimentos vídeo-endoscópicos propedêuticos e terapêuticos. Capacitar o médico residente, através de técnicas de complexidade progressivamente maiores, para a realização de procedimentos terapêuticos cirúrgicos aplicados a doenças benignas do trato genital e trato urinário inferior. Cirurgias vaginais e abdominais eletivas e de urgência. Pretende-se:

- Capacitar o médico residente no auxílio de cirurgias para neoplasia maligna de mama: mastectomias, realização de biópsias de áreas suspeitas de mama, dirigidas ou não por agulhamento estereotáxico. Realização de cirurgias de pequeno porte

como exérese de nódulos benignos, de ductos principais, ressecção de tecido mamário ectópico.

- Iniciar o aprendizado do médico residente no estadiamento, indicação de tratamento cirúrgico radical, conservador, reconstrução mamária.

Conhecimentos sobre quimioterapia e tratamento complementar nos casos de neoplasia maligna de mama. Realizar seguimento pós-tratamento.

- Capacitar o médico residente na indicação de cirurgia em paciente com câncer genital; realização de cirurgia oncológica de médio porte e auxiliar nas de grande porte. Realizar seguimento pós-tratamento. Conhecimentos sobre tratamento complementar pós-cirurgia: quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia.

- Capacitar o médico residente no conhecimento e indicação de procedimentos cirúrgicos vídeo-laparoscópicos e vídeo-histeroscópicos

- Capacitar o médico residente na investigação de doenças endometriais orgânicas e disfuncionais, envolvendo procedimentos diagnósticos e terapêuticos histeroscópicos. Interpretação das imagens histeroscópicas.

4. **Unidade de Internação:** acompanhamento de pacientes graves internados em tratamento intensivo ou não. Atuação frente ao doente grave, com aquisição de conhecimentos em métodos propedêuticos e terapêuticos incluindo hemoterapia, tratamento dos vários estados de choque, manejo de antibioticoterapia e parada cardiorrespiratória.

5. **Propedêutica em Obstetrícia e Ginecologia:** aprendizado de técnicas e treinamento na indicação e interpretação de procedimentos de diagnóstico e por imagem em Obstetrícia, Ginecologia e Mastologia, incluindo colposcopia, histeroscopia, mamografia e ultra-sonografia. Capacitar o médico residente de terceiro ano a realizar exames ultra-sonográficos em mulheres para diagnóstico de afecções obstétricas, ginecológicas, oncológicas pélvicas e mamárias. Avaliação de gestações normais e de alto risco. Realização de ultra-sonografias em situações de emergência em obstetrícia e ginecologia. Diagnóstico de tumores ginecológicos e mamários. Realização de procedimentos invasivos guiados pelo ultra-som. Conhecimento e realização de exames de dopplervelocimetria.

6. **Plantão em Obstetrícia e Ginecologia.** Capacitar o médico residente na realização de atividades práticas hospitalares sob supervisão docente em unidades de pronto-atendimento, enfermarias e cirúrgicas. Internação de gestantes em

trabalho de parto, acompanhamento e atendimento aos partos normais e operatórios. Prescrição e alta de pacientes internadas.

Participação como assistente em cirurgias ginecológicas e oncológicas de urgência/emergência.

Estágios R3 Duração

Ambulatórios Especializados: Obstetrícia 15%

Ambulatórios Especializados: Ginecologia 20%

Centro Obstétrico 10%

Centro Cirúrgico 25%

Unidade de Internação 5%

Propedêutica em Obstetrícia e Ginecologia 5%

Plantão em Obstetrícia e Ginecologia 10%

Atividade Teórica 10%

III. AVALIAÇÃO

- As instituições mantenedoras dos Programas de Residência Médica devem promover avaliações dos conhecimentos adquiridos pelos médicos residentes.
- As avaliações podem ser rotineiramente feitas ou realizadas eventualmente, sempre que o supervisor do PRM achar necessário, conforme o estabelecido no Regimento Interno da COREME.
- Os critérios de avaliação dos médicos residentes devem constar na admissão dos mesmos e serem de seu pleno conhecimento no momento do ingresso no programa.
- Deve seguir os padrões previstos pela CNRM.

Sugere-se que seja feita da seguinte forma:

- Avaliação a cada passagem dos residentes pelos estágios. Essa avaliação fica a cargo do responsável pela disciplina e dos preceptores envolvidos no treinamento. Recomenda-se avaliação escrita e oral.
- Avaliação por meio de uma prova escrita, ao final de cada semestre.
- Prova diferenciada para R-1, R-2 e R-3.

REQUISITOS MÍNIMOS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

Esses requisitos devem abranger aspectos de formação/informação em termos de qualidade e quantidade. A Instituição deve ser qualificada e capaz de proporcionar à paciente um cuidado amplo à sua saúde, num contexto integral.

Locais de Treinamento:

- Hospitais gerais e maternidades
- Unidades ambulatoriais especializadas
- Unidades básicas de Saúde

Infra-estrutura:

- Centro obstétrico com pré-parto e salas de parto e cesariana (com recursos para realização de cardiotocografia);
- Ambulatório de ginecologia e pré-natal (devem incluir agendas de ginecologia especializada e de gestação de alto risco);
- Centro cirúrgico com horário reservado para atendimento às cirurgias do programa, incluindo possibilidade de treinamento em cirurgia ambulatorial;
- Leitos para internação ginecológica;
- Leitos para internação de gestação de alto risco;
- Leitos para puerpério normal e anormal;
- Setor de Pronto Atendimento para urgências obstétricas e ginecológicas;
- Laboratório de Patologia Clínica, Citopatologia, Anatomia Patológica, próprios ou conveniados;
- Unidade/serviço de radiologia e radiodiagnóstico;
- Unidade/serviço de ultra-sonografia geral e obstétrica;
- Serviço de arquivo médico (SAME) estruturado;
- Comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH);
- Comissão de Ética Médica (CEM);
- Condições para realização de necrópsia nos casos de óbitos (inclusive fetal);
- Biblioteca geral e especializada com acesso à BIREME, INTERNET ou MEDLINE.

ANEXO 2

<p>Bioética ginecologia residencia medica</p>	<p>BIREME</p>	<p>Teaching of bioethics within a residency program in obstetrics and gynecology. Elkins TE; Strong C; Dilts PV</p> <p>Residents' attitudes to training in ethics in Canadian obstetrics and gynecology programs. Chamberlain JE; Nisker JA</p>
<p>bioética cuidados paliativos neoplasias de mama</p>	<p>BIREME</p>	<p>Estudo bioético da informação sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico de pacientes com câncer ginecológico e mamário/ Bioethics study on the diagnosis, treatment and prognostic information of patients with gynecological and breast cancer Pereira Primo, Walquiria Quida Salles; Garrafa, Volnei</p> <p>Uma ação de mudança na organização dos cuidados oferecidos às pacientes com câncer avançado do colo do útero em um hospital do Rio de Janeiro/ An action for change in the organization of care offered to patients with advanced cancer of the cervix at a hospital in Rio de Janeiro Marinho, José Mauro de Azevedo</p>
<p>bioética, cuidados paliativos, neoplasias do colo do útero</p>	<p>BIREME</p>	<p>Bioética da obstinação terapêutica no emprego da hemodiálise em pacientes portadoras de câncer do colo do útero invasor, em fase de insuficiência renal crônica agudizada/ The bioethics of therapeutic obstinacy in the use of hemodialysis in patients with invasive cervical cancer during acute-on-chronic renal failure Silva, Carlos Henrique Debenedito; Schramm, Fermin Roland</p> <p>Uma ação de mudança na organização dos cuidados oferecidos às pacientes com câncer avançado do colo do útero em um hospital do Rio de Janeiro/ An action for change in the organization of care offered to patients with advanced cancer of the cervix at a hospital in Rio de Janeiro Marinho, José Mauro de Azevedo</p>

Bioética cuidados paliativos residência médica	BIREME	NÃO ENCONTRADO
bioética, cuidados paliativos, neoplasias do endométrio	BIREME	NÃO ENCONTRADO
bioética, cuidados paliativos, neoplasias ovarlanas	BIREME	NÃO ENCONTRADO

Quadro1: artigos e autores referentes a pesquisa bibliográfica feita no sítio BVS/BIREME (Biblioteca Virtual da Saúde da Biblioteca Regional de Medicina).

Bioethics palliative care medical residency	PUBMED	<p>Family Medicine residents' knowledge and attitudes about end-of-life care. Burge F, McIntyre P, Kaufman D, Cummings I, Frager G, Pollett A.</p> <p>An approach to educating residents about palliative care and clinical ethics. Fins JJ, Nilson EG.</p> <p>Nurturing humanism through teaching palliative care. Block S, Billings JA.</p> <p>What's legal? What's moral? What's the difference? A guide for teaching residents. Rentmeester CA.</p> <p>A Quebec survey of issues in cancer pain management. MacDonald N, Ayoub J, Farley J,</p>
---	--------	---

		Foucault C, Lesage P, Mayo N.
Gynecology palliative care medical residency	PUBMED	How well do paediatric residency programmes prepare residents for clinical practice and their future careers? Lieberman L, Hilliard RI.
bioethics gynecology medical residency	PUBMED	<p>Changing the way we train gynecologic surgeons. Julian TM, Rogers RM Jr.</p> <p>Deception, discrimination, and fear of reprisal: lessons in ethics from third-year medical students. Caldicott CV, Faber-Langendoen K.</p> <p>[Attitudes and hierarchy of medical values in a gynecology and obstetrics department]. Villanueva LA, Collado Peña S.</p> <p>Self-reported assessment by medical students and interns of unprofessional practice. Rizk DE, Elzubeir MA.</p> <p>An approach to teaching ethical, legal, and psychosocial aspects of gynecologic oncology in a residency program. Strong C, Miller BE, Photopoulos GJ, Smiley LM.</p> <p>Residents' attitudes to training in ethics in Canadian obstetrics and gynecology programs. Chamberlain JE, Nisker JA.</p> <p>The status of ethics education in obstetrics and gynecology. Cain JM, Elkins T, Bernard PF.</p>

		<p>Does obstetric ethics have any role in the obstetrician's response to the abortion controversy?Chervenak FA, McCullough LB</p> <p>Introductory course in biomedical ethics in the obstetrics-gynecology residency.Elkins TE.</p> <p>Teaching of bioethics within a residency program in obstetrics and gynecology.Elkins TE, Strong C, Dilts PV Jr.</p>
bioethics palliative care breast cancer	PUBMED	<p>When patients and families disagree.Erlen JA.</p> <p>Turning from "cure" to "care".Doukas DJ, Doukas MA.</p> <p>Chemotherapy use among Medicare beneficiaries at the end of life.Emanuel EJ, Young-Xu Y, Levinsky NG, Gazelle G, Saynina O, Ash AS.</p>
bioethics palliative care cervical cancer	PUBMED	NÃO ENCONTRADO
bioethics palliative care ovarian cancer	PUBMED	Chemotherapy use among Medicare beneficiaries at the end of life.Emanuel EJ, Young-Xu Y, Levinsky NG, Gazelle G, Saynina O, Ash AS
bioethics palliative care endometrial cancer	PUBMED	NÃO ENCONTRADO

Quadro2: artigos e autores referentes à pesquisa bibliográfica feita no sítio da NCBI PUBMED.