

## O método *fishbowl* como estratégia para discutir terminalidade da vida na graduação em medicina

*The fishbowl method as a strategy to discuss terminality of life in medical graduation*

Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque<sup>1,2</sup>, Nara Macedo Botelho<sup>1</sup>, José Antonio Cordero da Silva<sup>1</sup>

**Resumo** Discutir a terminalidade da vida deve ser prioridade dos cursos de graduação em saúde. Tal importância crescente se justifica pela experiência ante morte ser algo além de um simples evento biológico. É uma experiência humana radical para quem vive e para quem cuida e acompanha o paciente. Inquestionavelmente é um momento de medo e incerteza, mas também de cuidados, amor e gratidão, e pode ser um ponto de reconciliação, responsabilidade, aprendizado e transformação para todos os envolvidos. Esta experiência teve por objetivo descrever as concepções de graduandos do primeiro ano de medicina acerca da terminalidade da vida, observadas durante atividade de educação em saúde realizada por meio do método *fishbowl*. Concluiu-se que o método *fishbowl* (aquário) trouxe benefícios para a atividade ao estimular alunos menos participativos a debater ao passo que mantinha em estado de atenção e observação aqueles que comumente eram mais exaltados. Evitando interdições prejudiciais ao processo de ensino-aprendizagem. Após a atividade educacional os alunos se mostraram mais confiantes sobre as temáticas abordadas e mudaram condutas no sentido de respeitar a vontade do paciente e inserir a família na tomada de decisões.

**Descritores:** educação em saúde; estudantes de medicina; cuidados paliativos; direito a morrer.

**Summary** Discussing the termination of life should be a priority of undergraduate health courses. Such growing importance is justified by experience before death being something beyond a simple biological event. It is a radical human experience for those who live and care for and accompany the patient. It is unquestionably a time of fear and uncertainty, but also of care, love and gratitude, and can be a point of reconciliation, responsibility, learning and transformation for all involved. The purpose of this experiment was to describe the conceptions of first year medical graduates about the termination of life, observed during health education activities performed using the fishbowl method. It was concluded that the fishbowl method brought benefits to the activity by stimulating less participatory students to debate while keeping in the state of attention and observation those who were commonly more exalted. Avoiding harmful interdictions to the teaching-learning process. After the educational activity, the students were more confident about the topics addressed and changed their behavior in order to respect the patient's wishes and to insert the family in the decision making process.

**Keywords:** medical education; medical students; palliative care; right to die.

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Pará – UEPA, Belém, PA, Brasil

<sup>2</sup>Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA, Belém, PA, Brasil

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Recebido: Janeiro 06, 2019

Aceito: Fevereiro 25, 2019

Trabalho realizado no Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA, Belém, PA, Brasil.

## Introdução

Discutir a terminalidade da vida deve ser prioridade dos cursos de graduação em saúde. Tal importância crescente se justifica pela experiência ante morte ser algo além de um simples evento biológico. É uma experiência humana radical para quem vive e para quem cuida e acompanha o paciente. Inquestionavelmente é um momento de medo e incerteza, mas também de cuidados, amor e gratidão, e pode ser um ponto de reconciliação, responsabilidade, aprendizado e transformação para todos os envolvidos<sup>1</sup>.

Nesse contexto, conceitua-se doente terminal aquela pessoa que está na fase final da vida, cuja doença não responde a nenhuma terapêutica conhecida, encontrando-se ele num processo que conduzirá por fim à morte. Acrescenta-se ainda as considerações da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), que entende como doente terminal a pessoa que tem estimado, em média, de três a seis meses de vida<sup>2</sup>.

A partir dessa definição, pode-se pensar em uma filosofia de cuidados paliativos, a qual especifica alguns princípios fundamentais: a) valorizar a obtenção e a manutenção um nível ótimo de dor e a administração dos sintomas; b) os CP afirmam a vida e encaram o morrer como um processo normal; c) não apressam nem adiam a morte; d) integram aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados do paciente; e) oferecem sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; f) ajudam a família no enfrentamento da doença do paciente e no luto; g) a família é uma unidade de cuidados, juntamente com o paciente; h) os CP exigem uma abordagem inter e multidisciplinar (trabalho em equipe); i) destinam-se a aprimorar a qualidade de vida; j) são aplicáveis no estágio inicial da doença, concomitantemente com as modificações da doença e terapias que prolongam a vida<sup>3</sup>.

Todavia, o cuidado paliativo ainda é pouco compreendido por grande parte dos profissionais da saúde no Brasil devido à falta de incentivo à educação paliativa, o que influencia a formação técnica e a prática profissional. Em sua maioria, os profissionais têm a formação na perspectiva da cura, o que não os torna preparados para lidar com questões como a finitude da vida. Quando ocorre a morte, essa é muitas vezes vista como uma falha, um insucesso<sup>4</sup>.

Cabe considerar, o fato que atualmente no Brasil e em outros países do mundo, parcela significativa dos atendimentos domiciliares são realizados por médicos em início de carreira. Principalmente aqueles que iniciam a vida profissional na atenção básica dentro da estratégia de saúde da família. Isso aponta a necessidade e a importância de aperfeiçoar as questões da terminalidade da vida no ensino da graduação médica<sup>5</sup>.

Sendo assim, a formação e a capacitação do futuro médico nos aspectos ético, bioético e paliativista, que visam garantir sua excelência profissional, são importantes no cenário da atenção aos pacientes com doenças em fase terminal<sup>6</sup>. Neste sentido, este relato pretende demonstrar uma experiência docente com vistas a contribuir com a problematização da terminalidade da vida no contexto de educação em saúde no curso de Medicina.

## Descrição da experiência

Esta experiência teve por objetivo descrever as concepções de graduandos do primeiro ano de medicina acerca da terminalidade da vida, observadas durante atividade de educação em saúde realizada por meio do método *fishbowl*. Foi ministrada uma aula da disciplina do módulo de interação em saúde comunitária de uma instituição privada de ensino superior, cujo tema era a terminalidade da vida.

Essa atividade tinha como objetivos: compreender os principais conceitos referentes à temática, identificar o conhecimento prévio dos alunos sobre os temas e analisar o pensamento crítico e respeito à autonomia do paciente pelos alunos.

A casuística contou com a totalidade de alunos do de um dos módulos de interação em saúde comunitária do curso de medicina de uma instituição privada de ensino superior, totalizando 10 alunos em um universo de 80 alunos que ingressam no curso semestralmente. A escolha se deu de forma intencional, com os discentes de um dos autores da pesquisa.

O tema foi escolhido com base em um caso clínico acompanhado pelos alunos em visita domiciliar durante a disciplina, em que foi feito atendimento de uma idosa com neoplasia avançada e que optou por terminar os seus cuidados em casa ao lado de sua família.

Em um primeiro momento foi distribuído um pequeno questionário fechado com a seguinte pergunta:

1) Quem você acha que deve escolher quais os cuidados a serem adotados ao final da vida?

As respostas possíveis eram: médico, paciente ou família. Sendo que os alunos podiam escolher mais de uma opção. Posteriormente o ambiente de estudo foi organizado conforme a metodologia do *fishbowl* (aquário)<sup>7</sup> em que 5 cadeiras foram posicionadas ao centro e outras 6 ao redor.

De acordo com a metodologia, os alunos do grupo do centro discutiam o caso apresentado enquanto os do grupo de fora apenas observavam a discussão. Sempre era deixado uma cadeira livre no centro para que alguém do segundo grupo pudesse se sentar e entrar no debate. Lembrando que quando isso acontecia, um dos alunos do grupo central deveria se retirar e ingressar no grupo de observação.

Este texto está em consonância com as normas éticas vigentes para publicação de artigos. Foi obtido posteriormente o consentimento livre e esclarecido por escrito dos participantes da atividade, todos maiores de 18 anos, autorizando a divulgação dos resultados do questionário, com garantia de sigilo e confidencialidade da identidade dos participantes e exposição coletiva dos achados.

## Resultados e impacto

Quando perguntados sobre quem deveria decidir as condutas a serem adotadas ao final da vida (Tabela 1), percebeu-se grande divisão dos alunos entre o médico (44%) e o próprio paciente (39%). Poucos alunos (17%) escolheram a família como norteadora das decisões.

**Tabela 1.** Quem você acha que deve escolher os cuidados a serem adotados no fim da vida?

	Alunos (n)	Porcentagem (%)
Médico	8	44
Paciente	7	39
Família	3	17
Total	18	100

Fonte: dados da pesquisa.

Durante a atividade constatou-se que a escolha da maioria pelo médico se deu por acreditarem que este era o profissional mais capacitado para escolher quando iniciar cuidados paliativos, já os alunos que optaram pelo paciente mostraram conhecimento acerca do respeito a autonomia, defendendo que ninguém melhor que o próprio indivíduo para decidir sobre a sua vida e sua morte. Os alunos destacaram ainda que tal decisão dependeria do grau de consciência do paciente e sua capacidade plena de tomar decisões.

Cogo et al.<sup>8</sup> salientam que paralelamente à obsessão da medicina moderna em prolongar a existência, restringindo a liberdade das pessoas em sua última fase da vida, percebe-se o avanço da autonomia pessoal nas últimas décadas, conferindo ao paciente o direito de ser informado, de escolher o tratamento, entre os disponíveis, e a consentir ou a recusar um procedimento ou terapêutica.

Os autores destacam ainda que as diretivas antecipadas de vontade (DAV), usualmente conhecidas no Brasil como Testamento Vital, que tratam sobre os direitos dos pacientes manifestarem suas vontades, enquanto capazes, emergiram como uma das discussões de vanguarda da bioética mundial, apontando dados de que entre 2009 e 2014, o número de documentos do tipo de Testamento Vital registrados em cartórios cresceu 2.000%.

No Brasil, a legislação e os códigos de ética foram recentemente alterados. A constituição brasileira declara que a dignidade humana na morte é um direito primário, o que se alinha com a retirada do suporte de vida. A interpretação da lei assume que ninguém, mesmo em uma situação que ameace a vida, pode ser forçado a aceitar um tratamento médico ou cirurgia.

A resolução número 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) dá suporte à suspensão de tratamentos fúteis para doença terminal incurável, se aceita pelo paciente ou por seu representante legal. A diretiva antecipada de vontade (resolução 1.995/2012 do CFM) é um documento legal e ético que permite aos profissionais de saúde respeitar a vontade de uma determinada pessoa. Este documento permite que alguém faça suas próprias escolhas com relação a futuros tratamentos, como de receber ou recusar um tratamento, caso se encontre incapacitado de comunicar-se ou expressar sua vontade<sup>9</sup>.

Comin et al.<sup>10</sup> ao estudarem pacientes oncológicos identificaram que por um lado, a abrangência dos cuidados paliativos ultrapassa o limite físico e biológico do paciente, alcançando sua singularidade e seu contexto biopsicossocial; por outro, quando o paciente e/ou sua família não são devidamente orientados sobre as consequências da doença e as possíveis condutas para minimizá-las, são impedidos de assumir posicionamento consciente no processo de morte com dignidade.

Os autores concluem que indubitavelmente evidenciou-se que a falta de posicionamento sobre essas questões ocorre principalmente por desconhecimento. Os resultados do estudo corroboraram com a literatura discutida, denotando quase consenso quanto ao melhor lugar para alguém findar seus dias, preferencialmente em casa, próximo aos entes queridos, sendo considerado também o tratamento mais adequado aquele definido pelo trinômio paciente-médico-família. A maioria dos pacientes estudados afirmou que o médico foi cuidadoso ao dar o diagnóstico e informações sobre o câncer, além de ser atencioso com a família e o doente.

Partindo do pressuposto que a melhor decisão é aquela tomada no trinômio paciente-médico-família é importante ressaltar que no presente relato poucos foram os alunos que inseriram a família nessa decisão. Tal achado se mostra preocupante, baseado no conceito de um cuidado integral, cuja proposta assistencial deve abranger não só o paciente acometido pela doença, mas também sua família, que se torna parte da unidade de cuidado. A dimensão do sofrimento associado à doença e à condição terminal gera nos familiares angústias, medos e ansiedades, o que evidencia a vulnerabilidade destes indivíduos nesse contexto<sup>11,12</sup>.

O cuidado prestado à família ainda merece o respeito necessário, tanto no âmbito assistencial quanto no processo formativo dos profissionais. Compreende-se como necessidade humana o fato de a família querer ficar perto do paciente e de ser adequadamente informada sobre a evolução do estado de saúde do paciente.

Uma abundante literatura contemporânea<sup>12-14</sup> evidencia que estratégias assistenciais voltadas para os familiares (englobando não somente os parentes consanguíneos e cônjuges, mas também todos os que fazem parte do círculo afetivo do paciente), como a melhoria da comunicação, prevenção de conflitos de valores e escolhas, e conforto espiritual, somente para lembrar algumas, resultam em maior satisfação e percepção da qualidade da assistência prestada ao paciente.

Fascioli<sup>1</sup> propõe que a “boa morte” abrange o bem-estar dos familiares do paciente, cujos sentimentos de tristeza se bem trabalhados podem resultar em diminuição da dor percebida pelo doente, e em maior integração dos cuidados à pessoa enferma.

Na experiência relatada foi possível observar os benefícios de trabalhar o método do aquário ao invés das tradicionais rodas de conversa ou aulas expositivas. Alunos mais tímidos e pouco participativos se viam mais estimulados a debater em um grupo menor, ao passo que aqueles mais exaltados respeitavam o momento de apenas observar a discussão sem fazer interdições.

## Conclusão

As reflexões oriundas desta atividade podem contribuir para a formação ética dos estudantes de Medicina e, dessa forma, melhorar o atendimento ao paciente, o que implica promover seu acompanhamento psicossocial e apoiá-lo quando se encontra internado, conduta que também se estende a todos os familiares envolvidos nas situações vivenciadas por um doente em estado terminal.

Os cursos, em especial os da área da saúde, devem desenvolver ações de ensino-aprendizagem baseadas em humanidades, incluindo temas de bioética e ética médica, com o objetivo de formar médicos com visão crítica, ética e reflexiva.

Nesse contexto observou-se que o método *fishbowl* (aquário) trouxe benefícios para a atividade ao estimular alunos menos participativos a debater ao passo que mantinha em estado de atenção e observação aqueles que comumente eram mais exaltados. Evitando interdições prejudiciais ao processo de ensino-aprendizagem.

Observou-se que após a atividade educacional os alunos se mostraram mais confiantes sobre as temáticas abordadas e mudaram condutas no sentido de respeitar a vontade do paciente e inserir a família na tomada de decisões.

Esta atividade demonstrou que é possível realizar atividades educacionais sobre a morte com discentes no início da graduação e assim prepará-los para situações que inevitavelmente serão evidenciadas nos espaços de prática das disciplinas de saúde comunitária, ou no internato do curso de medicina e, dessa forma, formar profissionais mais generalistas, humanistas e conscientes das individualidades e nuances indissociáveis não apenas nos aspectos da vida, mas também da morte.

## Referências

1. Fascioli A. Los cuidados paliativos al final de la vida: expresión del reconocimiento del outro. *Enfermeria*. 2016;5(2):46-53.
2. Salles AA. Bioética e processos de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil. *Rev Bioet*. 2014;22(3):397-406. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014223021>.
3. Pessini L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. *Rev Bioet*. 2016;24(1):54-63. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241106>.
4. Costa RS, Santos AGB, Yarid SD, Sena ELS, Boery RNSO. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. *Saúde Debate*. 2016;40(108):170-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080014>.
5. Comin LT, Panka M, Beltrame V, Steffani JA, Bonamigo EL. Percepção de pacientes oncológicos sobre terminalidade de vida. *Rev Bioet*. 2017;25(2):392-401. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252199>.
6. Sutherland R, Reid K, Kok D, Collins M. Teaching a fishbowl tutorial: sink or swim? *Clin Teach*. 2012;9(2):80-4. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-498X.2011.00519.x>. PMID:22405359.
7. Oliveira JR, Ferreira AC, Rezende NA, Castro LP. Reflexões sobre o ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(3):364-73. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01632015>.
8. Cogo SB, Lunardi VL, Quintana AM, Girardon-Perlini NMO, Silveira RS. Challenges to implementation of advance directives of will in hospital practice. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(6):969-76. PMID:27925077.
9. Coelho CBT, Yankaskas JR. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(2):222-30. PMID:28977262.
10. Comin LT, Panka M, Beltrame V, Steffani JA, Bonamigo EL. Percepção de pacientes oncológicos sobre terminalidade de vida. *Rev Bioet*. 2017;25(2):392-401. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252199>.
11. Lima CP, Machado MA. Cuidadores principais ante a experiência da morte: seus sentidos e significados. *Psicol Cienc Prof*. 2018;38(1):88-101.
12. Achury DM, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enferm Univ*. 2016;13(1):55-60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.12.001>.
13. Paiva FCL, Almeida JR JJ, Damásio AC. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Rev Bioet*. 2014;22(3):550-60. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014223038>.
14. Pessini L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. *Rev Bioet*. 2016;24(1):54-63. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241106>.

---

### Autor correspondente

Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque  
Universidade do Estado do Pará – UEPA  
Travessa Perebebuí, 2623, Marco  
CEP 66087-670, Belém, PA, Brasil  
Tel.: (91) 98436-6961  
E-mail: mario-albuquerque@hotmail.com

### Informação sobre os autores

MRTCA é membro titular da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; mestrando em Educação em Saúde na Amazônia pela Universidade do Estado do Pará (UEPA); docente do Módulo de Interação em Saúde Comunitária do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA).

NMB é doutor em Técnicas Operatórias e Cirurgia Experimental pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); docente do mestrado em Educação em Saúde na Amazônia da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

JACS é doutor em Bioética pela Universidade Nacional de Brasília (UNB); docente do mestrado em Educação em Saúde na Amazônia da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

### Contribuição dos autores

MRTCA: Concepção e desenvolvimento (desde a ideia para a investigação ou artigo, criou a hipótese), Desenho metodológico (planejamento dos métodos para gerar os resultados), Supervisão (responsável pela organização e execução do projeto e da escrita do manuscrito), Coleta e tratamento dos dados (organização dos dados), Análise / interpretação (avaliação e apresentação dos resultados), Levantamento da literatura (participou da pesquisa bibliográfica e levantamento de artigos), Redação e revisão final; NMB: Supervisão (responsável pela organização e execução do projeto e da escrita do manuscrito); Revisão crítica (revisei o conteúdo intelectual do manuscrito antes da apresentação final); JACS: Supervisão (responsável pela organização e execução do projeto e da escrita do manuscrito); Revisão crítica (revisei o conteúdo intelectual do manuscrito antes da apresentação final). Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao *Pará Research Medical Journal*.