

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO  
PROFISSIONAL INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM  
SAÚDE**

**Erika Souza Garcia Ramos**

**CONHECIMENTO DOS DOCENTES SOBRE O PROCESSO  
FORMATIVO EM RELAÇÃO AOS TEMAS DE CUIDADOS  
PALIATIVOS**

**SÃO CAETANO DO SUL  
2021**

**ERIKA SOUZA GARCIA RAMOS**

**CONHECIMENTO DOS DOCENTES SOBRE O PROCESSO  
FORMATIVO EM RELAÇÃO AOS TEMAS DE CUIDADOS  
PALIATIVOS**

**Trabalho final de curso apresentado ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.**

**Área de concentração: Inovações Educacionais em Saúde Orientada pela Integralidade do Cuidado.**

**Orientadora: Profa. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia**

**SÃO CAETANO DO SUL  
2021**

## FICHA CATALOGRÁFICA

RAMOS, Erika Souza Garcia

Conhecimento dos docentes sobre o processo formativo em relação aos temas de cuidados paliativos / Erika Souza Garcia Ramos. – São Caetano do Sul: USCS, 2021.

99 f.: il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia.

Dissertação (mestrado) – USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde, 2021.

1. Cuidados Paliativos (CP). 2. Finitude/Morte. 3. Ensino em Saúde. 4. Formação de docentes. 5. Formação profissional em saúde. I. Garcia, Rosamaria Rodrigues. II. Título.

**Reitor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul  
Prof. Dr. Leandro Campi Prearo**

**Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa  
Profa. Dra. Maria do Carmo Romeiro**

**Gestor do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no  
Ensino Superior em Saúde  
Prof. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia**

Trabalho Final de Curso defendido e aprovado em 20/12/21 pela Banca Examinadora constituída pelas professoras:

Profa. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia (USCS)

Profa. Dra. Sandra Regina Mota Ortiz (USCS)

Profa. Dra. Ilma Pastana Ferreira (UFPA)

Dedico este trabalho aos meus gatos  
(Guru e Petico) e aos meus alunos.

“No cuidado se encontra o *ethos* fundamental do ser humano” (BOFF, 2011)

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais biológicos, pelo amor e por não me deixarem desistir. Ao meu irmão Hugo que me apoiou, ajudou e revisou minha dissertação.

Aos meus pais do pedal, Arthur e Marta, que me perguntavam semanalmente como estava a tese e me apoiaram durante o processo.

A minha querida orientadora e mestra, Rosamaria Rodrigues, que esteve sempre presente e trouxe leveza para a nossa pesquisa; que me acolheu durante todo o percurso com paciência e carinho.

Ao Dr. Ricardo Tavares que foi o meu primeiro orientador com a maior paciência do mundo!

A minha querida coordenadora, Dra. Dalva Yukie, pela compreensão e carinho.

A minha amiga Célia Kira pelo carinho e revisão da minha primeira dissertação e a atual com críticas construtivas.

As minhas amigas que me apoiaram, em especial a Thais Meneghelli, que me ajudou com a soma das porcentagens e me alimentou durante as aulas das disciplinas.

Ao “Capitão América” pelo apoio, carinho, cuidado e sensibilidade.

A minha psicanalista, Noemi, que me ajudou a elaborar os momentos de sofrimento e angústia e validou cada conquista junto comigo.

Aos meus gatos, Guru e Petico, que me fizeram companhia durante os momentos de dedicação ao trabalho.

A mim, pelo discernimento de escolher me dedicar a pesquisa ao invés de pedalar.

A todos que terão o cuidado de ler esta Dissertação.

## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento populacional e os avanços da medicina moderna contribuíram para o aumento significativo da prevalência de doenças crônicas e degenerativas e, conseqüentemente, na demanda por necessidades múltiplas de cuidado, entre elas os cuidados paliativos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, essa realidade revela a importância da inclusão na formação médica de temas relacionados aos cuidados de fim de vida e ao processo de morrer. **Objetivo:** avaliar o conhecimento e os sentimentos dos docentes na abordagem de temas relacionados aos cuidados paliativos como: finitude, morte e luto do curso de graduação em medicina da Universidade de São Caetano do Sul. **Metodologia:** É uma pesquisa transversal, quantitativa e exploratória com revisão de literatura e aplicação de questionário *online* a todo o corpo docente do curso de graduação de medicina. O instrumento metodológico utilizado foi um questionário de 17 questões com perguntas sobre dados pessoais, características profissionais e conhecimento de temas relacionados aos cuidados paliativos. **Resultados:** Dos 129 professores obtivemos o total de 106 participantes. Por meio dos resultados, observamos que cerca de um terço dos docentes não têm formação na área de cuidados paliativos. **Discussão:** Em relação aos temas de morte e luto, menos de 50% dos docentes tiveram esses conhecimentos na graduação. A pesquisa também revelou que aproximadamente 90% dos docentes conversam com os discentes sobre morte com segurança, em contraste com a literatura em que muitos médicos se sentem receosos ao tratar sobre morte e “paliativismo”, pelo fato de serem mal interpretados. Por outro lado, os docentes consideram importante um curso de atualização para desenvolver conhecimento de cuidados paliativos, comunicação, luto, questões éticas e legais. **Considerações finais:** Diante disso, ressalta-se a relevância de atividades de desenvolvimento docente que consigam contribuir para uma formação ética e humana dos discentes.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos; Garantia da qualidade dos cuidados de saúde; Atenção à saúde; Integralidade em saúde; Atualização docente.

## ABSTRACT

**Introduction:** Population aging and advances in modern medicine have contributed to a significant increase in the prevalence of chronic and degenerative diseases, and consequently in the demand for multiple care needs, including palliative care. According to the World Health Organization, this reality reveals the importance of including topics related to end-of-life care and the dying process in medical education. **Objective:** to assess the knowledge and feelings of teachers in addressing topics related to palliative care such as: finitude, death and grief in the undergraduate medical course at the University of São Caetano do Sul. **Methodology:** It is a cross-sectional, quantitative and exploratory research with literature review and application of an online questionnaire to the entire faculty of the undergraduate medical course. The methodological instrument used was a 17-question questionnaire with questions about personal data, professional characteristics and knowledge of topics related to palliative care. **Results:** Of the 129 teachers, we had a total of 106 participants. Through the results, we observed that about a third of the professors do not have training in the area of palliative care. **Discussion:** Regarding the themes of death and mourning, less than 50% of professors had this knowledge at graduation. The survey also revealed that approximately 90% of professors talk to students about death safely, in contrast to the literature in which many physicians feel fearful when dealing with death and palliative care, because they are misinterpreted. On the other hand, professors consider an update course important to develop knowledge of palliative care, communication, grief, ethical and legal issues. **Final considerations:** In view of this, the relevance of teacher development activities that can contribute to an ethical and human formation of students is highlighted.

**Keywords:** Palliative care; Quality assurance of health care; Health care; comprehensiveness in health; Teacher updating.

## LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 1** - Distribuição dos participantes de acordo com o nível de formação acadêmica sobre a temática de cuidados paliativos e afins **Erro! Indicador não definido.**

**Gráfico 2** - Sentimentos dos docentes na abordagem dos temas **Erro! Indicador não definido.**

**Gráfico 3** - Temas abordados nas atividades acadêmicas das disciplinas ministradas ..... **Erro! Indicador não definido.**

**Gráfico 4** - Metodologias utilizadas nas abordagens dos temas relacionados aos cuidados paliativos ..... **Erro! Indicador não definido.**

**Gráfico 5** - Reação do docente durante conversa sobre morte com aluno ..... **Erro! Indicador não definido.**

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** - Perfil dos docentes .....**Erro! Indicador não definido.**

**Tabela 2** - Reações e sentimentos dos docentes perante a morte**Erro! Indicador não definido.**

**Tabela 3** - Resposta dos participantes justificando falta de interesse em participar do curso de atualização .....**Erro! Indicador não definido.**

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** - Resposta dos participantes sobre os conteúdos considerados importantes para um curso de atualização sobre finitude, morte e luto. ....24

## LISTA DE SIGLAS

|       |   |
|-------|---|
| ANCP  | Academia Nacional de Cuidados Paliativos                |
| CP    | Cuidados Paliativos                                     |
| CEP   | Comissão de Ética e Pesquisa                            |
| DCN   | Diretrizes Curriculares Nacionais                       |
| DP    | Desvio padrão   |
| EAPC  | Associação Européia de Cuidados Paliativos              |
| EC    | Estações clínicas                                       |
| IAHPC | International Association for Hospice & Palliative Care |
| OMS   | Organização Mundial da Saúde                            |
| SDC   | Saúde, doença e cuidado                                 |
| USCS  | Universidade Municipal de São Caetano do Sul            |
| TBL   | <i>Team based learning</i>                              |
| TCLE  | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido              |

# SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 15 |
| <b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....  | 20 |
| 2.1 Cuidados paliativos: conceito, áreas de atuação e realidade no cenário brasileiro ..... | 20 |
| 2.2 Finitude e morte: diálogos possíveis com a área da saúde .....                          | 22 |
| 2.3 Luto e a experiência de produção de sentido com o novo mundo .....                      | 23 |
| 2.4 O enlutamento no contexto médico .....  | 24 |
| 2.5 Diretriz curricular nacional e os cuidados paliativos na graduação médica .....         | 25 |
| <b>3 MÉTODO</b> .....   | 28 |
| <b>4 RESULTADOS</b> .....   | 31 |
| <b>5 DISCUSSÃO</b> .....  | 39 |
| <b>6 PRODUTO - CURSO DE ATUALIZAÇÃO DOCENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS</b> .....                | 45 |
| 6.1 Apresentação.....   | 45 |
| 6.2 Objetivo geral.....   | 46 |
| 6.3 Objetivos específicos .....   | 46 |
| 6.4 Conteúdo do curso .....   | 46 |
| 6.5 Estratégia de ensino .....  | 46 |
| 6.6 Plano de aula.....  | 46 |
| 6.7 Público alvo .....  | 47 |
| 6.8 Carga horária.....  | 47 |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 48 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 50 |
| <b>APÊNDICE A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....                          | 55 |
| <b>APÊNDICE B QUESTIONÁRIO</b> .....  | 58 |
| <b>APÊNDICE C PRODUTO</b> .....   | 63 |
| <b>ANEXO I PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....   | 90 |

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e os avanços da medicina moderna contribuíram para o aumento significativo da prevalência de doenças crônicas e degenerativas e, conseqüentemente, na demanda por necessidades múltiplas de cuidado, entre elas os cuidados paliativos (JACKSON, 2015). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), essa realidade revela a importância da inclusão na formação médica de temas relacionados aos cuidados de fim de vida e ao processo de morrer (CASTRO, 2021).

A definição mais recente de cuidados paliativos foi publicada em 2018 pela *International Association for Hospice & Palliative Care* (IAHPC):

cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo do CP é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores (IAHPC, 2018, p.1).

Para diminuir o sofrimento, Carvalho (2012) menciona ser necessário a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de dimensão física, psicológica, social e espiritual em um trabalho de equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Foram definidos pela OMS como princípios de atuação: promover alívio da dor e outros sintomas responsáveis por sofrimento; afirmar a vida e reconhecer a morte como um processo natural; não antecipar e nem prolongar ou adiar a morte; integrar aspectos psicológicos e espirituais ao cuidado; oferecer um conjunto de cuidados e suporte para ajudar o paciente a viver da maneira mais ativa possível até a morte; oferecer suporte para a família compreender e se organizar durante o processo de doença e de luto; melhorar a qualidade de vida, influenciando positivamente a evolução da doença; dentre outros (CARVALHO, 2012).

Levando em consideração a abrangência dos princípios dos cuidados paliativos, optamos por destacar os temas da finitude, morte e luto. O tema luto foi escolhido a partir de uma formação no assunto, com apresentação de poster em congresso internacional. Enquanto os temas morte e finitude foram escolhidos pelo fato de possuírem relação com luto. Vale ressaltar que a pesquisadora tem formação e atuação em cuidados paliativos. Essa área foi escolhida durante a residência de

clínica médica enquanto presenciou várias mortes sem dignidade. O que também evidencia a pesquisa realizada pela consultoria *Economist Intelligence Unit* na Grã-Bretanha em que o Brasil ficou em antepenúltimo lugar (38º de 40 países) em um ranking de qualidade de morte (UNIT, 2010).

Perante a necessidade de abordagem multidimensional do ser humano, Carvalho (2012) afirma que o cuidado paliativo é considerado uma prática holística ou integral, com análise da dimensão física, psicológica, social e espiritual.

No Brasil, a palavra “paliativo” não honra à importância do termo, como é conceituado pela OMS. Para nós, brasileiros, significa “enganação”, “gambiarra” “quebra-galho” ou “não tem mais nada para fazer”. Entretanto, deriva de *pallium* (lat), que significa manto. Assim, paliativo é tudo aquilo que protege o doente da dor, do sofrimento; tudo aquilo que cobre a sua fragilidade e o torna menos exposto e vulnerável (FIGUEIREDO, 2008).

Na década de 1950, Cicely Saunders, assistente social, enfermeira e médica inglesa, começou a estruturar os Cuidados Paliativos na Inglaterra. Em 1967, definiu o conceito de dor total como a influência de fatores físicos, psíquicos, sociais e espirituais na percepção da dor pelo paciente, bem como seus efeitos na qualidade de vida. Diante disso, é importante valorizar e entender essas dimensões para o controle adequado da dor (CARVALHO, 2018).

Ao longo dos séculos, a intimidade do homem com a morte deu lugar a uma atitude de medo e negação, transformando-a em um tabu social (HERMES, 2013). A pandemia torna novamente visível a morte que nós reprimimos e terceirizamos meticulosamente (HAN, 2021).

Apesar da morte ser reconhecida por alguns como um processo natural, a maioria dos médicos, ainda que possuam diferentes especializações e/ou com alta qualificação profissional, continua tendo dificuldades para lidar com a morte, relatando sentimentos de incômodo e angústia. O que se percebe é que eles lidam com a morte no cotidiano da profissão e, com o passar do tempo, por meio de muito sofrimento, adquirem maturidade profissional e emocional (FALCÃO, 2009).

A morte, continua Falcão (2009), é um fenômeno universal inerente à condição humana, permeada de simbolismos, significados e valores, variando no decorrer da história e entre as diversas culturas. O ser humano tem consciência da sua finitude, mas na maior parte do tempo ignora o assunto. Nossa sociedade vem cada vez mais tentando postergar essa hora e, para isso, conta com a medicina e seus avanços científicos e tecnológicos (KOVÁCS, 2005).

Nesse sentido, o esforço para a manutenção da vida a qualquer custo substitui definitivamente a aceitação da morte como fenômeno natural e necessário à própria valorização e dignidade desta mesma vida. Este critério, para Ariès (1977), é prevalente em toda a sociedade e, dolorosamente, plasma no médico a permissão para o abandono do doente que não “obedece” aos seus esforços de cura.

Segundo Kovács (2005), a grande resistência aos assuntos relativos à morte e a ampla cultura de negação dela são fatores que favorecem repercussões negativas nos médicos. Emocionalmente, o profissional vê a morte de seu paciente como um fracasso, uma grande inimiga, uma derrota, talvez uma angústia frente a sua própria morte (BIFULCO, 2004). Kovács (2005) destaca que entender a morte como parte natural da vida, aceitá-la e auxiliar o enfermo e sua família a admiti-la, pode influenciar positivamente na atitude e prática do profissional da saúde, prevenindo doenças psíquicas e outros agravos.

A formação médica na sociedade contemporânea ocidental é pautada no modelo cartesiano e técnico-científico de valorização da cura em detrimento do cuidado médico. No que diz respeito à cura, visa ao investimento na vida a qualquer preço, na qual a medicina de alta tecnologia se torna presente, e as práticas mais humanistas ficam em segundo plano. Já no paradigma do cuidar, Kovács (2012) aponta que há uma aceitação da morte como parte da condição humana, leva-se em conta a pessoa doente, e não somente a doença.

Curar (e, assim, evitar a morte) na atualidade se afigura mais nobre, mais heroico, mais digno de méritos, mas, acima de tudo, confirma a nossa fantasia de imortalidade. Essa fantasia é preciosa porque nos parece um antídoto eficaz contra a nossa sensação de fragilidade. Poucos de nós lembramos que o sentido original de curar não era, na antiguidade, dissociado do sentido de cuidar. Curar significava

harmonizar o corpo e o espírito e só era possível se o cuidado com o corpo e a alma, com a natureza e consigo mesmo fossem sincrônicos (BOFF, 2011).

Waldow (2009) menciona que são muitos os desafios enfrentados na educação básica dos profissionais de saúde, destacando entre eles: o despreparo dos próprios docentes em lidar com temas mais recentes e o avanço tecnológico que acentua a objetificação, a fragmentação e a padronização de experiências, anulando a subjetividade. Diante disso, percebemos que cuidar no contexto atual é difícil, portanto educar para o cuidar também é desafiante.

O conceito de saúde se torna completo apenas quando tem seu sentido ampliado para além da questão biológica e abrange toda a esfera biopsicossocial e espiritual à qual o indivíduo se insere e se define. Essa complexidade deve ser sempre considerada quando se presta atendimento em saúde, seja curativo ou paliativo. Devido a esta importância, surge a atual tendência de transformação das linhas curriculares formadoras de profissionais da saúde com a inserção de nuances de humanização (OLIVEIRA; FERREIRA; REZENDE, 2013).

A elaboração do currículo acadêmico da graduação em medicina segue as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). A nova Diretriz Curricular Nacional (DCN) de 2014 para os cursos de graduação em medicina, no art. 3º afirma que:

O graduado em Medicina terá formação generalista, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (DCN, 2014, p.1.)

Na mesma linha, a Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), em 2016, estabeleceu como conteúdos curriculares: “processos biológicos, sociais (culturais, éticos, legais, epidemiológicos e ecológicos/ambientais) e psicológicos do processo saúde-doença bem como processos de cuidado: atenção integral à saúde” (USCS, 2016, p.77).

É possível observar que os estudantes de medicina apresentam dificuldade na abordagem da saúde integral e a morte do ser humano, que também são abordados na prática dos cuidados paliativos.

A análise atenta dos currículos das escolas médicas mostra que eles privilegiam apenas o aprendizado das ferramentas de diagnóstico e de cura, e abordam nada ou quase nada sobre como cuidar de quem vai morrer. Além disso, discutem muito pouco com os estudantes sobre os sentimentos envolvidos no processo de morrer do ponto de vista do doente e da família, da mesma forma que não se diz ao aluno que o próprio profissional sente diariamente o impacto do sofrimento e da morte, geralmente sem ter como elaborar os sentimentos provocados em si mesmo pela dor de outro ser humano (KOVÁCS, 2003).

Toledo (2012) constatou um frágil compromisso das escolas médicas brasileiras em relação ao ensino de CP devido às seguintes barreiras: falta de corpo docente especializado, ausência de serviço clínico de CP, reduzido interesse da instituição, verbas insignificantes e escassez de tempo e de material didático apropriado.

Segundo Figueiredo e Stano (2013), as escolas de medicina beneficiariam a formação dos futuros médicos se incorporassem aos seus currículos o ensino de cuidados paliativos, possibilitando complementar o aprendizado da medicina e proporcionando melhores recursos de cuidado na cura e na terminalidade de vida, bem como na assistência geral destinada ao paciente.

Tendo em vista essa discussão inicial, o objetivo desta pesquisa é avaliar o conhecimento e os sentimentos dos docentes na abordagem de temas relacionados aos cuidados paliativos como: finitude, morte e luto do curso de graduação em medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). Além disso, propomos elaborar um material didático e instrucional para um curso de atualização docente sobre temas relacionados a cuidados paliativos por meio de metodologia ativa.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Foi realizada uma revisão de literatura com dois propósitos: a construção da contextualização para o problema e a análise das possibilidades presentes na literatura consultada para a concepção do referencial teórico da pesquisa. (VOSGERAU, 2014).

Optou-se por uma revisão integrativa pelo fato de ser a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, de modo que combina dados da literatura teórica e empírica, além de definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. (SOUZA; SILVA; CARLVALHO, 2010)

A realização de uma revisão integrativa precisa seguir, de acordo com Souza; Silva; Carvalho (2010), os seguintes procedimentos contemplados em seis fases: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

Diante disso, para o levantamento dos artigos na literatura, realizamos uma busca nas seguintes bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo) e *Meidcal Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line* (Medline). Após a definição do repositório dessas duas instâncias acadêmicas, buscamos pelos seguintes descritores: “cuidados paliativos”, “morte”, “luto” e “docentes”.

Os critérios de inclusão dos trabalhos para compor o corpus da revisão foram: artigos publicados em português e inglês; artigos na íntegra que retratassem a temática referente à revisão integrativa e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos dez anos.

### 2.1 Cuidados paliativos: conceito, áreas de atuação e realidade no cenário brasileiro

Os cuidados paliativos consistem, segundo a OMS (2017), em:

uma abordagem que melhora a qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação

impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Enfatizamos que todas essas dimensões não podem ser tratadas e abordadas por um único profissional. Por isso, as equipes de cuidados paliativos são multidisciplinares (ANCP, 2021). Nos estudos apontados por Cruz *et al.* (2016), a equipe multidisciplinar é formada por vários profissionais, sendo mencionados médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistente espiritual, dentistas, dentre outros. No entanto, os autores ressaltam que alguns profissionais não desenvolveram o conhecimento sobre a abordagem dos CP em sua formação acadêmica, tendo participado somente de cursos de atualização focados no processo de comunicação.

Em relação ao público-alvo dos cuidados paliativos, eles são destinados a pacientes com doenças crônicas, tais como as neoplasias, falências orgânicas (insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica por exemplo) e doenças neurodegenerativas, como doença de Alzheimer e de Parkinson, quando não há perspectiva de cura. Neste modelo de cuidado ocorre o deslocamento da atenção na doença para a pessoa doente, bem como sua história de vida, contexto familiar e no processo de adoecimento e morte. (FONSECA, 2013).

Diante da abordagem multidimensional do ser humano, o CP é considerado um cuidado holístico ou integral e pode ser oferecido em diferentes locais como enfermarias, ambulatórios, *hospice*<sup>1</sup> ou atendimento domiciliar (CARVALHO, 2012).

Na mesma linha, tem-se o conceito de cuidado integrado, que pode ser compreendido com um modelo de assistência à saúde, que tem como um dos seus objetivos a melhoria da qualidade de vida de pacientes idosos, portadores de doenças crônicas. O cuidado integrado é também conhecido como: cuidado gerenciado, cuidado integral, cuidado coordenado, dentre outras denominações (FONSECA, 2018).

---

<sup>1</sup> Hospedaria, local de hospedagem de paciente com prognóstico de 6 meses de vida.

As ideias da Cicely Saunders, pioneira do cuidados paliativos na Inglaterra, desembarcaram no Brasil na década de 1980, mas os serviços de cuidados paliativos foram surgindo sem vínculos entre si e sem a elaboração de protocolos ou manuais para sua prática efetiva (SANTOS et al., 2020). Infelizmente, ainda imperam no país um enorme desconhecimento sobre o tema, além disso existe confusão entre atendimento paliativo com eutanásia, havendo um enorme preconceito com relação ao uso de opióides, como a morfina, para alívio de dor (ANCP, 2021).

De acordo com o Atlas dos cuidados paliativos da ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de 2019, o Brasil possui 191 serviços de Cuidados Paliativos, um aumento de quase 8%, comparado com o ano anterior, mantendo a concentração na região sudeste (SANTOS et al., 2020). No panorama nacional, há 188 médicos especialistas em CP distribuídos de forma desigual, sendo 66% na região sudeste, 16% no nordeste, 11% no sul, 5% no centro-oeste e 2% no norte do país. Isso evidencia que os pacientes recebem assistência de cuidados paliativos também de maneira desigual. (ANCP, 2020)

No que diz respeito ao mapeamento mundial, o país deixou a categoria 3a, caracterizada pelo oferecimento de Cuidados Paliativos de maneira isolada, com financiamento fortemente dependente de doações, disponibilidade limitada de morfina e um pequeno número de serviços comparado ao tamanho da população. O Brasil agora ocupa o nível 3b, que engloba países como Gâmbia, Albânia, Bulgária, Colômbia e Panamá. Nesse patamar, a prestação de Cuidados Paliativos é generalizada, há fontes de financiamento, maior disponibilidade de morfina, centros de treinamento e mais serviços à disposição da população, mas ainda não se tem a integração dos serviços aos sistemas de saúde (CLARK, 2019).

## **2.2 Finitude e morte: diálogos possíveis com a área da saúde**

A morte pode ser vista como algo natural que acontece a todo ser humano e confirma a finitude da vida ou pode ser encarada como uma inimiga que precisa ser vencida a todo custo, aquela que é preciso combater. Quando é considerada tema interdito, provoca entraves na comunicação entre pacientes, familiares e profissionais de saúde (KOVÁCS, 2010).

Como argumenta Viorst (2005, p. 21), “torna-se difícil para o ser humano afrontar a própria morte sem medo”. Muitos temem a agonia de uma doença terminal e têm medo de morrer, e não da morte em si. O medo de morrer é natural e instintivo, representado pelo medo da forma como será o processo de morte, enquanto o medo da morte é o medo cultural, criado na convivência diante dos aspectos culturais, sociais e religiosos (ASSUMPÇÃO, 2003). Certamente, é o medo cultural que precisa ser ressignificado e discutido na sociedade, já que morrer é instintivo, ou seja, natural do nosso ser.

Nesse sentido, a morte é uma das experiências emocionais mais profundas que pode ser vivenciada pelos seres humanos. É o que assinalam Pessini e Bertachini (2004, p.125), “nossa condição de ser-homem e nos distingue de objetos, sendo uma das propriedades do ciclo vital do homem e a única certeza que temos e, mesmo assim, fugimos dela”.

Elizabeth (1996) afirma que se pudéssemos ensinar aos nossos estudantes o valor da ciência e da tecnologia, instruindo a um tempo a arte e a ciência do inter-relacionamento humano, do cuidado humano e total ao paciente, sentiríamos um progresso real. Na medida em que lidamos com a realidade da nossa própria morte, poderemos alcançar a paz, tanto a paz interior como a paz entre as nações (KUBLER-ROSS, 1996).

### **2.3 Luto e a experiência de produção de sentido com o novo mundo**

O processo de luto tem início a partir do momento em que é recebido o diagnóstico de uma doença fatal ou potencialmente fatal, pelas perdas, concretas ou simbólicas, que esse diagnóstico traga para a pessoa e sua família (FONSECA, 2004). Como aponta Bowlby (1990), o processo de luto é definido pela perda definitiva de um vínculo afetivo, principalmente de uma figura de apego. Portanto, é um processo esperado de elaboração de qualquer perda e seu enfrentamento proporciona reconstrução de recursos e adaptação a mudanças.

Assim sendo, o significado de luto é uma reação frente à dor advinda da experiência de uma perda muito significativa. Importante ressaltar que não é vinculado apenas a perdas por morte; o luto é possível em perdas como: papéis sociais, ocupações, relacionamentos, aposentadoria, bens materiais, imagem pessoal,

funções corporais, cognitivas, si mesmo/identidade, a própria vida, lar, planos e expectativas de futuro, mudanças em geral etc (PARKES, 1998). Além disso, pode ser descrito como um processo individual de elaboração frente à perda, buscando a reorganização daquele que a sofreu (WORDEN, 1998).

Esse processo também permite revisões de identidade, além de abrir para a experiência de diversos sentimentos e respostas individuais, enfrentamento fundamental na tentativa de reestruturação. O luto, sustenta Franco (2008), convoca o enlutado a construir sentidos e significados para o que foi vivido. Assim, o processo de luto é essencial para darmos sentido ao que aconteceu, também para retomarmos nossas relações com esse novo mundo que se abre e com nós mesmos (CASELATTO, 2015; FRANCO, 2008).

Stroebe e Schut (2010) trazem a ideia de que a experiência da perda convoca para um movimento oscilante. Essa oscilação é descrita pelos autores como um movimento entre pólos opostos: perda e restauração. De modo geral, ao orientar-se para a perda, o enlutado, muitas vezes de forma dolorosa, abre-se para a experiência de entrar em contato com aquilo que foi perdido, colocando-se em direção a viver e olhar para a perda; ao voltar-se para a restauração, abrindo-se tentativas de retomar a vida e se reorganizar nesse mundo que parece ter perdido o significado. Nesse processo dinâmico, o enlutado pode, por meio da oscilação, em alguns momentos, confrontar-se com a perda e, em outros, evitar as árduas experiências que o luto propõe.

Além disso, Parkes (1998) acrescenta que o movimento oscilante é considerado importante para a reorganização da vida e construção de novos sentidos, revisitando e até abandonando algumas concepções antigas sobre o mundo, relacionadas à sua própria existência e àquilo que foi perdido.

## **2.4 O enlutamento no contexto médico**

Importa, neste momento, compreendermos a discussão da morte dentro da área da saúde. Para Kóvacs (2010), os profissionais de saúde, ao escolherem sua profissão, de forma mais ou menos consciente, estarão lidando com os aspectos

relacionados à morte e ao morrer, com sua forma pessoal de lidar com dor e perdas. O modo de lidar com essas questões vai depender de vários fatores:

a) de sua história pessoal de perdas, experiências e elaboração dos processos de luto, ou seja, se já perdeu alguém, como foi sua rede de apoio, como foi lidar com essa perda, o processo de aceitação e ressignificação; b) da cultura em que está inserido, que influencia: as representações de morte, a possibilidade de expressão da dor e como o luto é vivenciado, quer dizer que, a maneira como cada cultura encara e vive a morte e o luto, influenciam como os indivíduos passarão, vivenciarão esse processo de elaboração da perda, que suporte a sociedade é capaz de dar ou não diante dos diferentes tipos de perda que o ser humano pode sofrer; c) da sua formação universitária e capacitação em serviço, em alguns estudantes a busca por conhecimento e a objetividade científica têm a função de aliviar a angústia diante da morte, outros já não conseguem se distanciar completamente, muitos procuram se espelhar nos seus professores (KÓVACS, 2010, p.40).

Conforme os médicos sofrem as perdas dos pacientes e acumulam lutos que não são percebidos nem expressos, a tendência é que isso reflita em seu relacionamento com outros pacientes, interferindo até em suas tomadas de decisões acerca do tratamento, seja insistindo em intervenções e técnicas para não permitir que mais um paciente se vá ou fazendo o caminho contrário, ao ver próxima a morte, ele vai se afastando e desistindo deste paciente (CASELLATO, 2015).

Portanto, o grande desafio dos médicos que lidam rotineiramente com perdas é conseguir, de acordo com Granek (2012), estabelecer uma boa relação médico-paciente de forma que estejam perto o suficiente para oferecerem um cuidado humanizado e verdadeiro, mas distanciados o suficiente para que não sofram quando seu paciente morrer.

## **2.5 Diretriz curricular nacional e os cuidados paliativos na graduação médica**

O currículo pode ser definido, nas palavras de Sacristan (1998), como a composição de práticas, teorias, compartilhamento de fundamentos e reflexões comuns e conjuntas ao professor e aos alunos, contribuindo para a construção ativa do conhecimento, imprescindível ao exercício da profissão escolhida pelo aluno, extrapolando a transmissão de conteúdo e trazendo à tona a função socializadora do currículo.

Até o momento, o modelo brasileiro de educação médica privilegia o modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduzindo as faculdades de medicina a uma visão fortemente reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal e biologicista, Figueiredo (2013) destaca que é reservado pouco ou nenhum espaço às dimensões social, psicológica, espiritual e até mesmo econômica da saúde.

No entanto, durante a graduação do estudante de medicina, espera-se uma relação com o paciente, seus familiares e o contexto no qual está inserido para conhecer a causa ou o progresso de doenças, incluindo fatores biológicos, psicológicos e sociais – conhecido como modelo biopsicossocial. Este modelo prioriza o cuidado da pessoa com a identificação de seus ideais e emoções sobre o adoecer, buscas comuns entre médico e paciente sobre a doença e sua abordagem, para o compartilhamento das decisões (CRUZ, 2013).

No mesmo caminho, estão as competências em CP, com a atenção centrada na pessoa, o respeito à autonomia e a abordagem relacionada à família. Para Castro (2021) essas competências envolvem questões técnicas, culturais e éticas, tais como a diminuição do uso inapropriado de recursos terapêuticos e lidar com o processo de morte na existência humana.

Em 2014, as DCN da medicina inovaram ao propor um currículo baseado em seis competências gerais e vinte e duas habilidades específicas para o egresso, dentre elas:

- comunicação com empatia, sensibilidade e interesse com usuários, familiares e membros das equipes profissionais;
- cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade;
- integralidade e humanização do cuidado;
- construção de projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia, e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde;
- uma ética profissional que considera que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico (DCN, 2014, p. 8-11).

Segundo Mateus (2019), uma das grandes lacunas na formação acadêmica atual é a falta de discussão sobre a morte e o “paliativismo”. O autor afirma que discutir temas como morte, finitude e “paliativismo” podem ajudar na consolidação da

formação do indivíduo como humano, além de médico. Isso vai ao encontro do propósito desta pesquisa.

Além disso, de acordo com os dados da ANCP, a graduação em medicina no Brasil não ensina como lidar com o paciente em fase terminal, como reconhecer os sintomas e como administrar esta situação de maneira humanizada e ativa (ANCP, 2021). Diante de tais lacunas, foram definidas as competências em cuidados paliativos necessárias para a formação do perfil do médico generalista:

1. conhecimento sobre cuidados paliativos;
2. cuidados paliativos na atenção básica;
3. controle de sintomas;
4. trabalho interprofissional;
5. habilidades de comunicação e bioética (QUINTILIANO, 2020, p.23)

Na mesma linha, a Associação Européia de Cuidados Paliativos (EAPC) sugere os seguintes temas centrais da matriz curricular de CP na graduação:

1. noções básicas de cuidados paliativos;
2. controle de dor e outros sintomas;
3. aspectos psicossociais e espirituais;
4. questões éticas e legais;
5. comunicação;
6. trabalho em equipe e autorreflexão (ELSNE, 2013, p.8).

Torna-se perceptível então, as lacunas dos cursos de graduação em medicina no que se refere aos temas finitude, morte, luto e cuidados paliativos, bem como a necessidade de inserção deles nas DCN e no projeto político pedagógico do curso.

### 3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa transversal de caráter quantitativa e exploratória, realizada a partir dos preceitos e etapas do método científico, na qual buscam-se respostas a problemas percebidos na sociedade, delimitados pelo pesquisador e que requerem investigação, sendo, assim, submetidos às etapas do método científico (KOCHE, 2011). Sobre os estudos de natureza exploratória:

Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento ou a descoberta de intuições. Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem: levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado (GIL, 2002, p. 41).

Nesse sentido, a pesquisa envolveu um levantamento bibliográfico, revisão de literatura e aplicação de questionário semi-estruturado, em formato online, a todo corpo docente do curso de graduação em medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), do campus Bela Vista, em São Paulo.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, sob parecer número 4.780.709 e CAAE 471132521600005510 (ANEXO I).

O envio dos questionários foi realizado por e-mail e whatsapp com um convite para participação na pesquisa, após leitura e concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNCICE A).

Foi realizado o cálculo amostral, considerando uma distribuição heterogênea da população, com intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%, sendo obtido o resultado de 97 participantes para representatividade da amostra.

Como instrumento metodológico de pesquisa, foi utilizado um questionário elaborado no Google Forms, com duração de aproximadamente 15 minutos, composto por dezessete questões, sendo dezesseis objetivas e uma questão aberta. O questionário foi produzido pela pesquisadora especificamente para esta finalidade, contendo perguntas sobre dados pessoais (idade e gênero), características profissionais (última titulação acadêmica, tempo de formação, tempo de docência, formação em metodologia ativa, disciplinas lecionadas) e conhecimento de temas relacionados a cuidados paliativos ("Considerando os temas de cuidados paliativos,

identifique se você teve formação e por qual meio”, “identifique como você se sente em aborda-los com os alunos”, “quais são os temas que você aborda nas atividades”, “considerando a(s) disciplina que você leciona”, “qual metodologia utilizada para abordar essa temática”, “se o conteúdo não tem espaço na sua disciplina mas você considera importante esses temas”, “caso um aluno tirasse uma dúvida sobre um familiar ou paciente que encontra-se provavelmente próximo da morte (processo ativo de morte) como você reagiria”, “considerando que no próximo ano você assuma uma disciplina com essa temática quais as suas reações e sentimentos perante a morte”, “você tem interesse em participar de um curso de atualização online para docentes sobre temas relacionados a cuidados paliativos por meio de metodologia ativa”, “na sua opinião, quais conteúdos você considera importante e que não estão disponíveis nas fontes de pesquisa para serem abordados num curso de atualização sobre finitude, morte e luto”) (APÊNDICE B).

O convite individual esclareceu ao candidato participante da pesquisa que, antes de responder às perguntas do pesquisador, disponibilizadas em ambiente não presencial ou virtual (questionário), foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a sua anuência. Enfatizou-se a importância do participante da pesquisa guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico e ao participante foi assegurado o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo, também, retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

Ao participante da pesquisa foi garantido o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento antes de responder às perguntas, para tomada de decisão informada. Além disso, o acesso às perguntas ocorreu somente a sinalização de seu consentimento.

A segurança na transferência e no armazenamento adequado dos dados coletados é de responsabilidade da pesquisadora, bem como os procedimentos para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa. Uma vez concluída a coleta de dados, a pesquisadora responsável realizou o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

Os dados foram organizados em planilha EXCEL com elaboração de gráficos e tabelas por meio de análise estatística não paramétrica, com amostras independentes.

## 4 RESULTADOS

Foram enviados 129 convites individuais ao quadro total de docentes do curso de graduação em Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, do campus Bela Vista, sendo duas tentativas de envio por e-mail, em sistema de cópia oculta, e duas tentativas por WhatsApp no grupo dos docentes; posteriormente, foram realizadas de duas a três tentativas individuais àqueles que não haviam respondido.

Após o envio do questionário a todos os professores, obtivemos um total de 111 (cento e onze) respostas, sendo 05 (cinco) replicadas que estavam exatamente iguais à primeira resposta e, portanto, foram excluídas, totalizando 106 participantes, obtendo-se a representatividade da amostra. O que se segue é uma análise referente ao perfil docente, conhecimentos e sentimentos na abordagem dos temas de cuidados paliativos.

Quanto aos dados demográficos do perfil docente, conforme a tabela 1, a amostra foi constituída por 55 docentes do gênero masculino (51,9%) e 51 do gênero feminino (48,1%), com média de idade de 46,5 anos,  $\pm 10,0$  DP, variando de 27 a 69 anos.

Em relação à formação acadêmica dos docentes, a maioria, 74 dos participantes, possui graduação em medicina (70,0%); 08 são fisioterapeutas (7,5%); 07 enfermeiros (6,6%); 04 dentistas (3,8%); 03 biomédicos (2,8%); 02 farmacêuticos (1,9%); 02 biólogos (1,9%); 02 psicólogos (1,9%); 01 nutricionista (0,9%); 01 fonoaudiólogo (0,9%); 01 médico veterinário (0,9%); e 01 advogado (0,9%).

Com relação ao tempo de formado na graduação, a média foi de 21,9 anos,  $\pm 9,6$  DP, variando de 4 a 46 anos. Considerando a carreira acadêmica, o tempo médio de docência foi de 10,5 anos,  $\pm 9,2$  DP, variando de 1 a 42 anos. No que concerne à titulação acadêmica, 45 possuem doutorado (43,0%); 35 têm mestrado (33,3%); 17 possuem pós-graduação (16,1%); 05 possuem pós-doutorado (4,8%), correspondendo a um biólogo, um dentista, um farmacêutico, um enfermeiro e um biomédico; 02 graduação (1,9%); e 01 livre-docência (0,9%).

No que diz respeito às metodologias ativas de ensino, a maioria dos participantes, 84 (79,25%), possui formação, enquanto 22 (20,75%) ainda não.

**Tabela 1** - Perfil dos docentes

| <b>Perfil dos docentes</b> | <b>Distribuição</b> |
|----------------------------|---------------------|
| Gênero                     |                     |
| Masculino                  | 55 (51,9%)          |
| Feminino                   | 51 (48,1%)          |
| Formação                   |                     |
| Médico                     | 74 (70,0%)          |
| Fisioterapeuta             | 08 (7,5%)           |
| Enfermeiro                 | 07 (6,6%)           |
| Dentista                   | 04 (3,8%)           |
| Biomédico                  | 03 (2,8%)           |
| Farmacêutico               | 02 (1,9%)           |
| Psicólogo                  | 02 (1,9%)           |
| Biólogo                    | 02 (1,9%)           |
| Nutricionista              | 01 (0,9%)           |
| Fonoaudiólogo              | 01 (0,9%)           |
| Veterinário                | 01 (0,9%)           |
| Advogado                   | 01 (0,9%)           |
| Titulação                  |                     |
| Graduação                  | 02 (1,9%)           |
| Pós-graduação Lato Sensu   | 17 (16,1%)          |
| Mestrado                   | 35 (33,3%)          |
| Doutorado                  | 45 (43,0%)          |
| Pós-doutorado              | 5 (4,8%)            |
| Livre-docência             | 1 (0,9%)            |

Fonte: dados de pesquisa (Ramos, 2021)

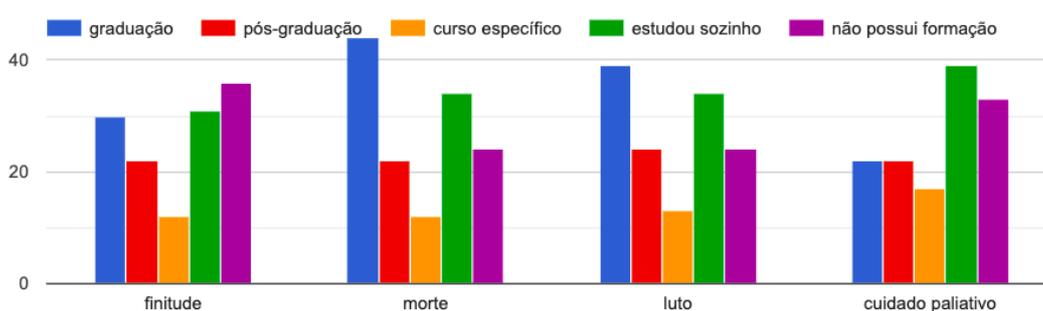
A finalidade do gráfico 1 é apresentar o nível de formação em relação a temática de cuidados paliativos. Vale ressaltar que nessa questão o docente poderia assinalar mais de uma alternativa.

A partir das informações referentes ao gráfico 1, observamos que, considerando o tema de cuidado paliativo, houve predomínio de docentes (39 dos participantes, correspondendo a 36,8%) que estudaram sozinhos, seguidos por 33 (31,1%) que não possuem formação na área, 22 (20,8%) que tiveram a temática na graduação, 22 (20,8%) afirmaram que tiveram na pós-graduação e 17 (16,0%) fizeram

curso específico. Já em relação à finitude, 36 (34,0%) não possuem formação, seguidos por 31 (29,2%) que estudaram sozinhos, 30 (28,3%) estudaram na graduação, 22 (20,8%) na pós-graduação e 12 (11,3%) fizeram curso específico.

No que concerne à temática da morte e de luto, a maioria teve formação durante a graduação (44% e 39%, respectivamente), embora os dois temas também tenham sido estudados individualmente (34% em ambos).

**Gráfico 1-** Distribuição dos participantes de acordo com o nível de formação acadêmica sobre a temática de cuidados paliativos e afins.

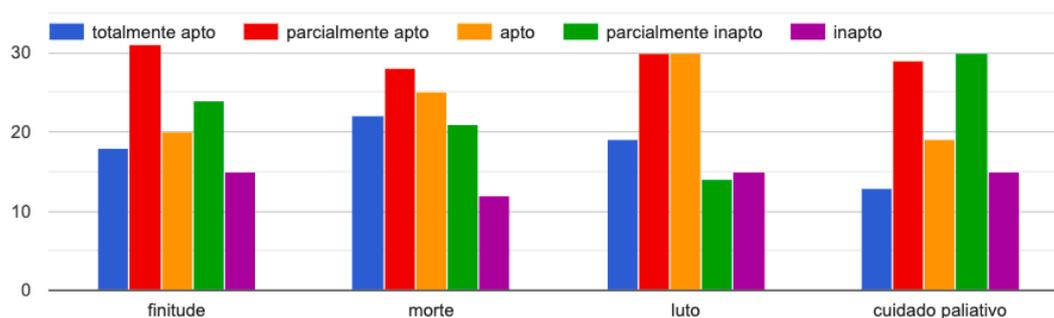


Fonte: dados de pesquisa (Ramos, 2021)

O gráfico 2 apresenta os sentimentos e a percepção dos docentes quanto à abordagem dos temas. A partir das informações referentes ao gráfico, percebemos que, quanto ao tema morte, os docentes se sentem aptos, seguidos por parcialmente aptos (23% e 25%, respectivamente). Enquanto os demais 19% se sentem parcialmente inaptos e 11% inaptos.

Na abordagem do tema luto, há um empate: 30% dos docentes se consideram aptos e 30% parcialmente aptos. Da mesma forma, 31% se consideram parcialmente aptos e 24% parcialmente inaptos em falar sobre finitude. Ressaltamos que, na abordagem do tema cuidados paliativos, 30% se consideram parcialmente inaptos e 29% parcialmente aptos.

**Gráfico 2 -** Sentimentos dos docentes na abordagem dos temas



Fonte: dados de pesquisa (Ramos, 2021)

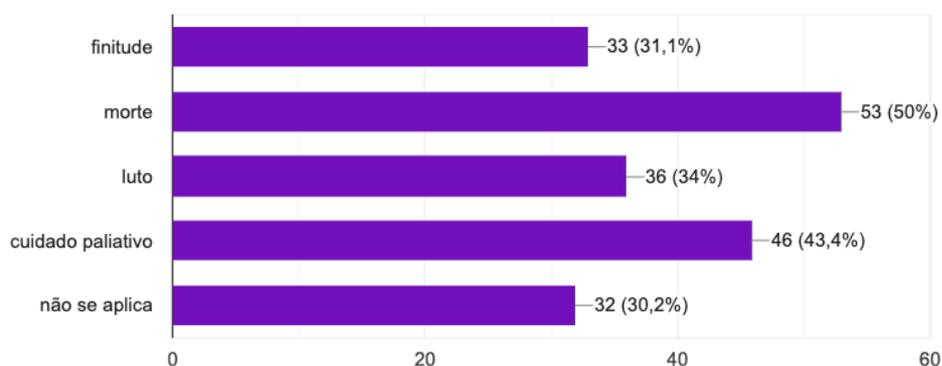
É interessante observar que, quando questionamos sobre as reações e sentimentos perante a morte, apenas 51 docentes (32,2%) se sentem confortáveis; enquanto 06 (3,8%) referiram medo; 17 (10,8%) assinalaram insegurança; 11 (7,0%) angústia; 37 (23,4%) tristeza; 17 (10,8%) ansiedade; 12 (7,6%) despreparo; 07 (4,4%) frustração; dentre outros sentimentos apresentados na tabela 2. Os sentimentos negativos perante a morte somaram 67,8%, observando-se que há predominância em relação ao sentimento de conforto. Vale ressaltar que, nessa questão, o docente poderia assinalar mais de uma alternativa.

**Tabela 2** - Reações e sentimentos dos docentes perante a morte

| Reações e sentimentos | Distribuição |
|-----------------------|--------------|
| Confortável           | (32,2%)      |
| Medo                  | (3,8%)       |
| Insegurança           | (10,8%)      |
| Angústia              | (7,0%)       |
| Tristeza              | (23,4%)      |
| Despreparo            | (7,6%)       |
| Ansiedade             | (10,8%)      |
| Frustração            | (4,4%)       |

Fonte: dados de pesquisa (Ramos, 2021)

O gráfico 3 revela os temas abordados pelos docentes nas atividades acadêmicas das disciplinas ministradas, evidenciando-se morte (50%), seguido por cuidado paliativo (43,4%), luto (34%) e finitude (31,1%). Importante destacar que 32 docentes, o que corresponde a 30,2% da amostra, responderam que esta questão não se aplicava.

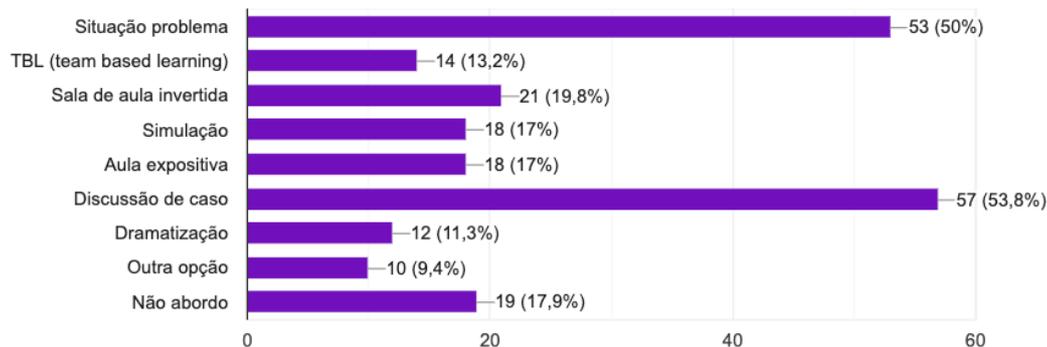
**Gráfico 3** - Temas abordados nas atividades acadêmicas das disciplinas ministradas

Fonte: dados de pesquisa (Ramos, 2021)

O gráfico 4 apresenta as estratégias de ensino utilizadas pelos docentes na abordagem dos temas. Foram observados os seguintes tipos: discussão de caso (53,8%), situação problema (50,0%), sala de aula invertida (19,8%), aula expositiva (17%), simulação (17,0%), *team based learning* (TBL) (13,2%), dramatização (11,3%). Enquanto 19 docentes não abordam tais temas, correspondendo a 17,9% da amostra.

Os temas são abordados nas seguintes disciplinas: Saúde, doença e cuidado (SDC), estações clínicas (EC) e no internato de clínica médica. A disciplina SDC aborda necessidades de saúde por meio de situações-problema, enquanto na EC há realização de histórias de vida, histórias clínicas e exame físico em pacientes simulados, relação médico paciente, raciocínio clínico-epidemiológico e planos terapêuticos frente à identificação de necessidades de saúde. O internato em clínica médica é um estágio intensivo de treinamento em serviço cujo objetivo central é a prática da conduta médica diante de pacientes de alta complexidade, internados em enfermarias de clínica médica e suas subespecialidades.

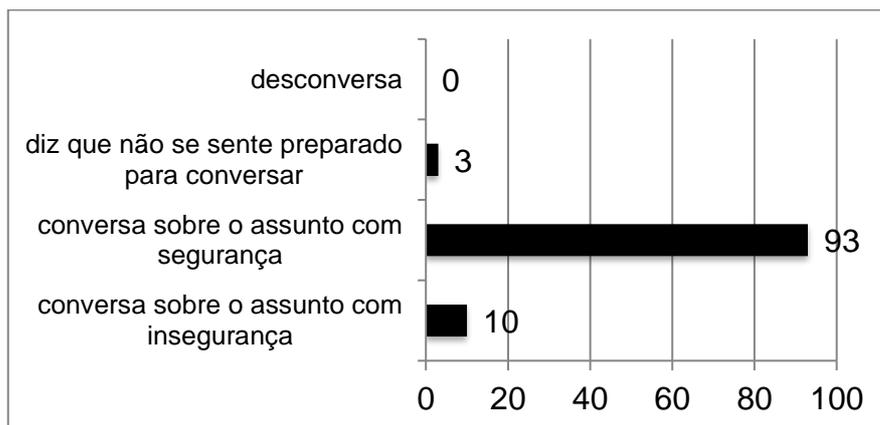
**Gráfico 4** – Estratégias de ensino utilizadas nas abordagens dos temas relacionados aos cuidados paliativos



Fonte: dados de pesquisa (Ramos, 2021)

O gráfico 5 mostra a reação referida pelos docentes durante uma conversa sobre morte com o aluno.

**Gráfico 5** - Reação do docente durante conversa sobre morte com aluno



Fonte: dados de pesquisa (Ramos, 2021)

Pode-se observar no gráfico 5 que 93 (87,7%) dos docentes conversam sobre o assunto com naturalidade, 10 (9,4%) conversam sobre o assunto com insegurança, 03 (2,8%) não se sentem preparados para conversar, contudo nenhum dos docentes desconversa sobre o tema morte.

No que diz respeito ao interesse em participar de curso de atualização sobre a temática de cuidados paliativos, a maioria, 91 (86,0%) docentes, assinalou interesse. A tabela 3 apresenta as justificativas dos 15 docentes (14,0% da amostra) que não tiveram interesse em participar do curso de atualização em cuidados paliativos. Os motivos elencados foram: 02 alegaram falta de disponibilidade na sua carga de trabalho atual, 05 não justificaram e houveram 08 respostas diversas.

**Tabela 3** - Resposta dos participantes justificando a falta de interesse em participar do curso de atualização em cuidados paliativos

| Sujeito | Resposta  |
|---------|---|
| 1       | Há muitos outros assuntos que ainda preciso estudar.  |
| 2       | Neste momento estou com compromissos, os quais não me permitem incluir mais outro.                    |
| 3       | Apesar de considerar o tema importante, acredito que já discuto o suficiente no meu meio de trabalho. |
| 4       | Não estou utilizando nas atividades teóricas nesse ano; não é prioridade                              |
| 5       | Porque sou médica patologista, não lido com cuidados paliativos.                                      |
| 6       | Deve ser abordado em áreas relacionadas ao tema.  |
| 7       | Apesar de achar o tema relevante e importante, não consigo pelo volume de atividades.                 |
| 8       | Tenho uma carga pesada como intensivista e não conseguiria participar por falta de tempo.             |

Fonte: dados de pesquisa (Ramos, 2021)

O objetivo da figura 1 é apresentar os conteúdos considerados importantes para serem abordados num curso de atualização sobre finitude, morte e luto, utilizando a ferramenta nuvem de palavras. As palavras que mais apareceram foram cuidados paliativos, seguida por abordagem familiar, espiritualidade, luto, morte e finitude, entre outros como Bioética, fim de vida e equipe multiprofissional.

**Figura 1** - Resposta dos participantes sobre os conteúdos considerados importantes para um curso de atualização sobre finitude, morte e luto.



Fonte: dados de pesquisa (Ramos, 2021)

A finalidade da tabela 4 é categorizar os conteúdos considerados importantes pelos docentes, de acordo com as temáticas envolvidas.

**Tabela 4** – Categorização dos conteúdos considerados importantes pelos docentes

| <b>Categorias</b>   | <b>Temáticas envolvidas</b>  |
|---------------------|--|
| Cuidados paliativos | dor total, filosofia, terminalidade, extubação paliativa, cuidar, envelhecer, redes de saúde, espiritualidade, religiões, finitude |
| Comunicação         | empatia, abordagem familiar, postura profissional  |
| Luto                | perdas, morte  |
| Bioética            | ética, valores, ortotanásia, distanásia, legislação, suicídio, eutanásia   |

Fonte: dados de pesquisa (Ramos, 2021)

A partir dos resultados obtidos por este estudo será elaborado e implementado um curso de atualização sobre a temática dos cuidados paliativos para os docentes da instituição.

## 5 DISCUSSÃO

Por meio dos resultados, observamos que cerca de um terço dos docentes não têm formação na área de cuidados paliativos. Esse dado também é sinalizado na pesquisa de Caldas (2018) em que o corpo docente possuía baixa capacitação nessa área do conhecimento, gerando um desafio na implementação do ensino de CP.

Em relação aos temas de morte e luto, menos de 50% dos docentes tiveram esses conhecimentos na graduação. Na pesquisa de Bifulco (2009), evidenciou-se uma ausência do tema nos cursos de graduação e os meios utilizados para aquisição dos conhecimentos foram principalmente “cursos”, seguidos por “leitura bibliográfica”, “palestra”, “reportagem” e “vivência profissional”.

Nesta pesquisa, apesar de os docentes sinalizarem o fato de que aprenderam de forma autodidata, isso não implica na incapacidade de lidar com o tema, considerando que se sentem aptos e parcialmente aptos. Por outro lado, não se pode anular a necessidade de realizarem uma formação mais sistematizada e formal.

O discente e o docente lidam com a morte de forma direta ou indiretamente, seja pela perda de um ente querido ou óbito de um paciente, respectivamente. Após a perda, enfrentam o luto. Dessa forma, torna-se evidente a importância desses temas durante a graduação. É o que destaca Franco (2010) ao afirmar que é preciso entrar em contato com a perda para aprender a lidar com as emoções e sentimentos para desenvolver competências e habilidades emocionais visando atingir o envolvimento com o paciente de maneira equilibrada.

A pesquisa também revelou que aproximadamente 90% dos docentes conversa sobre morte com segurança com os discentes, mas quando são questionados sobre os sentimentos em relação a morte, 30% se sentem parcialmente inaptos ou inaptos. Perante esses dados, podemos inferir que se trata de uma conversa superficial.

Em contraste, Mateus (2019) afirma que muitos médicos se sentem receosos ao tratar sobre morte e paliativismo pelo fato de serem mal interpretados. Na pesquisa de Mateus foram analisadas vivências de estágio de acadêmicos do décimo período de um curso de medicina de uma universidade do interior do Estado de Minas Gerais.

Outro dado relevante é que apenas duas disciplinas e um estágio do internato abordam os temas. Encontramos cuidados paliativos nas seguintes atividades curriculares do projeto político pedagógico da USCS:

1- Práticas médicas no SUS na sexta etapa:

Cuidados paliativos: Estadiamento sua base e seu objetivo. Importância dos protocolos, progresso do tratamento pelos resultados obtidos anteriormente, suas falhas, o protocolo e seus resultados positivos. Questões Éticas e Morais – Até onde ir? Como e quando encaminhar seu paciente para os cuidados paliativos? O paciente incurável e seu tratamento (USCS, 2016, p.130).

2- “Cuidado em saúde do idoso e oncologia” no internato:

Já o contexto de oncologia e cuidados paliativos pretende propiciar conhecimentos básicos da epidemiologia, quadro clínicos, substâncias carcinogênicas, estadiamento, formas de tratamento, resultados dos mesmos no tratamentos das principais patologias neoplásicas acompanhadas no Hospital Universitário. Inculcar a visão do paciente como um ser humano com uma doença neoplásica que transforma sua vida e cujo tratamento não pode ser dissociado da visão humanitária (USCS, 2016, p.67).

Apesar de constar apenas em duas atividades curriculares, os alunos possuem oficina de luto na EC do primeiro ano, oficina de comunicação na EC do segundo ano e discutem indicações de cuidados paliativos no SDC do terceiro ano, configurando um *continuum* durante os primeiros anos da faculdade. Essas temáticas também poderiam estar presentes nas disciplinas de antropologia, práticas funcionais, saúde baseada em evidências, morfofuncional e internato de cirurgia. Além disso, sugere-se que essas temáticas possam ser incorporadas no projeto político pedagógico e mais vezes nas situações problemas discutidas no SDC ao longo dos quatro primeiros anos da faculdade.

Uma pesquisa da Unicamp descreveu as disciplinas e metodologias utilizadas entre o primeiro e sexto ano da faculdade e analisou a percepção dos discentes sobre o próprio desenvolvimento pessoal. Também acredita ser necessária a construção de um eixo formativo longitudinal que permeie os seis anos da formação médica para abordar a formação da identidade profissional, a relação médico-paciente e os valores e virtudes relacionados à prática da medicina. Esse processo deve ser explicitado ao estudante para que ele se aproprie da própria formação (SCHEWELLER, 2014). Levando em consideração que a construção do conhecimento é horizontal, o docente deve estar preparado independente da disciplina ou do ano da graduação para abordar tais assuntos.

A pesquisa de Castro (2021) analisou 315 escolas de medicina e verificou que apenas 44 cursos de medicina (14%) dispõem de disciplina de cuidados paliativos e possuem conteúdos programáticos variados, incluindo tanatologia, geriatria, senescência e finitude, humanização, bioética, dor, oncologia e doenças crônicas. Pode-se compreender, assim, que esse aluno se torna um profissional inadequadamente capacitado nessas temáticas, podendo vir a ser um docente com tais deficiências.

Castro (2021) afirma ainda que nos Estados Unidos os temas são ministrados por médicos de diversas especialidades, como geriatras, médicos de família e clínicos. No entanto, o autor aponta que são relatadas dificuldades em estratégias de ensino, ainda predominando táticas de leitura e discussão em pequenos grupos.

Já na Universidade Municipal de São Caetano do Sul os temas são trabalhados com clínicos, cirurgiões e outros profissionais da saúde. Além disso, possuem ampla variedade de estratégias de ensino: discussão de caso (principalmente), situação problema, sala de aula invertida, aula expositiva, simulação, *team based learning* (TBL) e dramatização.

No atual estudo, a faixa etária dos profissionais interessados em participar de um curso de atualização na área de cuidados paliativos variam de 31 a 67 anos. Considerando que os mais jovens e os com maior idade não apresentam interesse, compreendemos que os recém-formados ainda não se atentaram para a importância dos temas, ao passo que o docente mais velho pode não ter interesse por estar próximo de interromper sua rotina de trabalho.

Enquanto isso, valorizando a faixa etária ampla interessada, a motivação parece decorrer da falta dos temas na graduação dos que têm muitos anos de formados, bem como os que são formados há menos tempo, configurando pouca mudança curricular nos últimos anos. Como a formação básica dos profissionais que lidam com pacientes que vivenciam o processo de morte não é suficiente, torna-se necessário o investimento na formação continuada sobre o assunto (ARAÚJO, 2011). Tal constatação evidencia a importância do curso de atualização.

As respostas também enfatizaram que é necessário abordar no curso de atualização os temas de cuidados paliativos, comunicação, luto e bioética, uma vez

que foram os temas de maior interesse dos docentes, confirmando as lacunas dos cursos de graduação, bem como os temas preconizados pela EAPC na matriz curricular das escolas de medicina: noções básicas de cuidados paliativos, controle de dor e outros sintomas; aspectos psicossociais e espirituais; questões éticas e legais comunicação; trabalho em equipe e autorreflexão (ELSNE, 2013).

Também estão de acordo com as competências em cuidados paliativos necessárias para a formação do perfil do médico generalista, que são: conhecimento sobre cuidados paliativos; cuidados paliativos na atenção básica; controle de sintomas; trabalho interprofissional; habilidades de comunicação e bioética (QUINTILIANO, 2020). Com exceção do tema luto que, infelizmente, não é preconizado nessas referências.

Estabelecendo uma comparação entre a matriz curricular brasileira e a europeia, observamos que a europeia é mais detalhada, porém não considera os cuidados paliativos na atenção básica, área essencial na formação do médico generalista. De acordo com Justino et al. (2020), a atenção primária de saúde é um fator de extrema importância para o desenvolvimento dos cuidados paliativos, já que é crucial nas políticas de saúde e amplia o acesso à população.

A literatura sobre o conhecimento dos docentes acerca dos temas morte, luto e finitude é escassa, sendo evidenciado pela literatura antiga. O trabalho de Falcão (2009) salienta que o tema morte permanece institucionalmente invisível, e se reforça justamente a ótica, criticada pelos docentes, da biomedicina, que desconhece ou desconsidera a integridade do paciente. Além de perceberem que a ausência de espaços institucionais de trocas entre si para o enfrentamento dos limites dos procedimentos técnicos, permanecem circunscritos em experiências individuais não compartilhadas.

Diante disso, propõem a criação de espaços institucionais, onde sistematicamente venha a ocorrer o compartilhamento de “ideias, experiências, sentimentos e expectativas” entre médicos docentes e estudantes (FALCÃO, 2009). Diferente da proposta da nossa pesquisa, o curso de atualização possui o intuito de aquisição de conhecimentos e habilidades docentes, conseqüentemente com um melhor compartilhamento com os discentes.

Com relação ao tempo de formado na graduação, apenas um docente médico possui menos de 7 anos de formado, ou seja, o restante dos docentes foram formados antes de 2014. Verificamos, portanto, que aprenderam com as diretrizes curriculares antigas, uma formação predominantemente técnica, que visa a cura em detrimento do cuidado.

Isso vai de encontro com a pesquisa de Falcão (2009), que investigou as concepções, visões e valores de médicos docentes da Clínica médica em relação ao processo de morrer. Os resultados mostraram que esses docentes perceberam sofrimentos em si próprios e nos estudantes. De acordo com o autor, tais sofrimentos estavam associados à formação médica que privilegia a “ótica da biomedicina”, na qual os docentes foram formados e que, continua a ser oferecida aos estudantes até hoje. Além disso, afirma que a biomedicina restringe o papel médico aos procedimentos tecnológicos, desconsiderando os limites da condição da vida humana, acenando para o objetivo de manter o paciente vivo a qualquer custo.

A diretriz curricular nacional estabelece que o graduado em medicina deve ser capaz de avaliar a saúde integral do ser humano, que também são preconizados no projeto político pedagógico da USCS e nos cuidados paliativos, este último reconhecido como uma prática holística ou integral. A partir disso, podemos estabelecer uma triangulação entre cuidado integral, prática holística dos cuidados paliativos e o olhar integral proposto pelas diretrizes curriculares do curso de medicina.

Uma análise mais detalhada da Diretriz Curricular Nacional revelou que a palavra “morte” aparece uma única vez, no seguinte trecho: “compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte)” (DCN, p. 10, 2014).

As palavras “luto”, “finitude” e “cuidados paliativos” não aparecem. É o que corrobora Figueiredo (2013), quando destaca que nas DCN não há nenhuma recomendação explícita no que se refere à atuação do futuro médico quando os seus esforços de cura são inúteis e o paciente se encaminha para a morte. Apesar da diretriz ter sido atualizada em 2014, infelizmente esses temas ainda não estão inseridos de forma obrigatória (DCN, 2014).

Os cursos de formação de profissionais de saúde, concorda Bifulco (2009), carecem de disciplinas que abordem os temas da morte, do luto e do morrer e conseqüentemente disciplinas que possam desenvolver a sensibilidade necessária para uma assistência humanizada, que priorize a dignidade humana. É o que destaca Castro (2021), ao afirmar que o ensino de CP deve estar integrado no currículo da graduação, possibilitando melhor manejo de sintomas, trabalho em equipe e cuidado com foco na pessoa desde as etapas iniciais do adoecimento.

A inclusão da disciplina de cuidados paliativos pode diminuir as distorções ante as limitações terapêuticas curativas, reforçando a relação do cuidado e outras abordagens não curativas de doenças em fase avançada (CASTRO, 2021). Além da abordagem da morte como um fenômeno natural e pertencente ao ciclo da vida, bem como promover qualidade no processo de morte e de morrer.

## 6 PRODUTO - CURSO DE ATUALIZAÇÃO DOCENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

### 6.1 Apresentação

A partir dos resultados, observamos que existe a necessidade de abordar os seguintes temas no curso de atualização: princípios, dimensões e modelos de assistência dos cuidados paliativos; bem como comunicação, luto e bioética. O curso será ministrado pela pesquisadora em formato presencial na USCS. Como estratégia de ensino, optamos pela metodologia ativa.

As metodologias ativas são estratégias de ensino centradas na participação efetiva dos estudantes na construção do processo de aprendizagem, de forma flexível, interligada e híbrida (YAEGASHI, 2017).

Uma das estratégias é o modelo invertido de aprendizagem. Segundo Bergmann (2016), no modelo invertido de aprendizagem os alunos progridem no programa didático respeitando o seu próprio ritmo, por isso que será adotado para o curso. Para realizar essa estratégia pedagógica, procederemos com a disponibilização prévia de vídeos, áudios, textos e outras mídias, para que todos os alunos tenham acesso ao conteúdo antes das aulas. Outra estratégia de ensino é o *role-play*, uma técnica em que os alunos são convidados a encenar em determinado contexto, interpretando papéis específicos. Como resultado da encenação, todos os alunos envolvidos na atividade aprenderão algo sobre a situação, o contexto proposto e/ou os personagens (NESTEL, 2007).

Nestel (2007) afirma, ainda, que o *role-play* é amplamente utilizado como método para aprendizado de comunicação na educação médica. Além disso, é um método de treinamento para aquisição de conhecimentos, atitudes e habilidades em diversas disciplinas e com alunos de diversas idades. Para que a atividade seja efetiva são necessários preparação adequada, alinhamento de regras, tarefas com nível de prática, feedback estruturado e reconhecimento da importância das interações sociais para a aprendizagem.

## 6.2 Objetivo geral

Capacitar os docentes em conhecimentos e habilidades relacionados aos temas de cuidados paliativos.

## 6.3 Objetivos específicos

- Criar condições ao corpo docente para reconhecer a importância de lidar com a finitude, morte e luto;
- Desenvolver conhecimento (noções básicas) de cuidados paliativos, comunicação, luto, questões éticas e legais.

## 6.4 Conteúdo do curso

- Habilidades de empatia, abordagem familiar e postura profissional;
- Noções básicas sobre princípios, dimensões e modelos de assistência dos cuidados paliativos;
- Definições sobre luto e bioética.

## 6.5 Estratégia de ensino

- Sala de aula invertida;
- *Role-play*.

## 6.6 Plano de aula

Como exemplo, o tema de comunicação possui por objetivo desenvolver habilidades de empatia, abordagem familiar (comunicação verbal) e postura profissional (comunicação não-verbal). O material de envio, antes da atividade presencial, será uma aula gravada com conhecimentos técnicos de comunicação; solicitação do preenchimento de um pré-teste por meio do Google Forms. Durante a atividade em sala de aula, como disparador, serão assistidos trechos de filmes em que ocorrem comunicações de más notícias. Na sequência, haverá uma discussão de quais sentimentos foram mobilizados.

Posteriormente, os docentes serão organizados em duplas em que um interpretará o papel de médico e o outro de paciente com casos pré-estruturados, enquanto o restante do grupo assiste a simulação. Ao final, haverá um *feedback*,

primeiro dos participantes, depois dos docentes e, por último, da pesquisadora. A próxima dupla faz a simulação seguido por *feedback*, e assim sucessivamente.

### **6.7 Público alvo**

Formação destinada aos docentes do curso de graduação em medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), do campus Bela Vista, em São Paulo. Organizados em pequenos grupos de no máximo 12 docentes.

### **6.8 Carga horária**

Curso com carga horária de 6 horas a ser realizado em 2 encontros de 3 horas de atividade em cada.

### **6.9 Indicador de desempenho**

Será o feedback das habilidades desenvolvidas durante o curso. A pesquisadora verificará a necessidade de realizar ajustes para a continuidade do curso por meio de um questionário de percepções realizado no Google Forms que será aplicado ao final da formação.

### **7.0 Divulgação**

- Site do BVS;
- Site da Educapes.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, das doenças crônicas, lidar com temas como finitude, morte, luto e o cuidado paliativo se apresentam como uma necessidade na formação médica. Embora não seja ainda uma realidade no cenário brasileiro.

O objetivo principal desta pesquisa foi avaliar o conhecimento e os sentimentos dos docentes na abordagem de temas relacionados aos cuidados paliativos no curso de graduação de medicina da USCS. Percebemos que se consideram com conhecimentos suficientes nessa área, um dado que confirmou nossa hipótese.

Por meio dos resultados, observamos que a maioria dos docentes, infelizmente, não percebem a importância de conhecer os temas relacionados aos cuidados paliativos para lidar com os discentes. Tendo em vista que é um tema que atravessa toda a futura prática clínica do médico.

Outro dado relevante da pesquisa é a importância de um curso de atualização na área de CP. Dessa forma, colocamos como proposta de intervenção na faculdade de medicina da USCS um curso de atualização dos docentes sobre os temas de cuidados paliativos e afins, com a estratégia de metodologia ativa. Tal curso pode ser aplicado posteriormente em outras instituições.

Diante disso, ressaltamos a relevância de atividades de desenvolvimento docente para que consigam estar em consonância com a Diretriz Nacional Curricular e o Projeto Pedagógico da faculdade, e, assim, consigam contribuir para uma formação ética e humana dos discentes.

Acreditamos ser importante o remodelamento na grade curricular das faculdades preocupadas com a formação médica no que diz respeito a lidar com sofrimento humano, morte e luto. Dessa maneira, o profissional estaria habilitado para melhorar o desempenho de sua prática médica. Além disso, e já que este movimento de remodelação é lento e institucional, fica evidente a importância de propostas de intervenção junto aos docentes com intuito de ajudar o profissional, que não recebeu esta preparação na formação, para que este saiba lidar melhor com essas temáticas.

Percebemos que a inclusão desses temas na matriz curricular pode contribuir para a formação médica qualificada e capaz de aliviar o sofrimento, controlar os sintomas e oferecer atenção integral e humanizada.

Que este trabalho possa ser efetivamente conhecido pelos docentes das faculdades de medicina; que atuem com mais sensibilidade às necessidades da população e indivíduo e, conseqüentemente, compartilhem com seus discentes uma abordagem mais humanizada.

Esperamos que, após a realização do curso de atualização em temas relacionados a cuidados paliativos, tenhamos formado docentes mais seguros e sensíveis para trabalhar esses assuntos com os discentes.

A limitação dessa pesquisa se refere ao estudo realizado apenas em uma instituição, restringindo o universo de estudo. Portanto, tem possibilidade de avançar no campo de pesquisa realizando a avaliação da eficácia do curso de atualização nos docentes.

Destacamos a necessidade de desdobramentos desta pesquisa, com objetivo de ampliar as estratégias dos docentes envolvidos e a compreensão dos gestores das faculdades de medicina quanto à importância do ensino de cuidados paliativos e temas relacionados.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Especialistas em medicina paliativa**. ANCP, 2021. Disponível em: ><https://paliativo.org.br/especialistas-em-medicina-paliativa>> Acesso em: 25 de novembro de 2021.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Cuidados paliativos no Brasil**. ANCP, 2021. Disponível em: ><https://paliativo.org.br/especialistas-em-medicina-paliativa>> Acesso em: 25 de novembro de 2021.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **O que são cuidados paliativos**. ANCP, 2021. Disponível em: ><https://paliativo.org.br/especialistas-em-medicina-paliativa>> Acesso em: 25 de novembro de 2021.

ARAÚJO, M. M. T. De. **Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais de saúde**. 2011. 260f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

ARIÈS, P. **O homem diante da morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

ASSUMPÇÃO, E. A. Tanatologia – Ciência da vida e da morte. **Anais do primeiro congresso de tanatologia e bioética**, Belo Horizonte, p.21-36, 2003.

BERGMANN, J.; SAMS, A. **Sala de aula invertida: uma metodologia ativa de aprendizagem**. (Tradução Afonso Celso da Cunha Serra). 1ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 104 p, 2016.

BIFULCO, V. A. Princípios éticos e humanitários no cuidado de pacientes graves. **Revista Meio de Cultura**. 2004;25:19-20.

BIFULCO, V. A., Iochida . C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Rev. Bras Educ Med**. 2009; 33 (1): 92 – 100.

BOFF, L. **Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra**. 17ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 207p.

BOWLBY, J. **Apego e Perda: Apego**. Tradução de Álvaro Cabral, 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990. Título original: Attachment and Loss: Attachment, Londres, 1969.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n.º 3 de 2014**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 23 junh. 2014; Seção 1, p.8-11.

CALDAS, G.H.O., MOREIRA, S.N.T., VILAR, M.J. Cuidados paliativos: uma proposta para o ensino da graduação em Medicina. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. 2018;21(3):269-80.

CARVALHO, Ricardo T.; Souza, Milena Reis B.; Franck, Ednalda Maria; Polastrini, Rita Tiziana Verardo; Crispim, Douglas; Jales, Sumatra M. C. P.; Barbosa, Silvia M. M.; Torres, Simone Henriques B. (eds). **Manual da residência de cuidados paliativos**. BARUERI: Manole, 2018. 1004p.

CARVALHO, Ricardo Tavares; PARSONS, Henrique Afonseca. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. 2.ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012.

CASELLATO, Gabriela. Luto não reconhecido: o fracasso da empatia nos tempos modernos. In: CASELLATO, G. **O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido**. São Paulo: Summus, 2015.

CASTRO, A. A. et al. Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil. **Revista brasileira de Educação Médica**, 45 (2), 2021.

CLARK D, Baur N, Clelland D, Garralda E, López-Fidalgo J, Connor S, Centeno C. Mapping levels of palliative care development in 198 countries: the situation in 2017. **Journal of Pain and Symptom Management**, 2019.

CRUZ, R. A. O.; ARRUDA, A. J. C. G.; AGRA, G.; COSTA, M. M. L.; NÓBREGA, V. K. M. Reflexões Acerca Dos Cuidados Paliativos no Contexto da Formação em Enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.10, n. 8, p. 3101-3107, 2016.

ELSNE, F., CENTENO, C., CETTO, G., CONNO, F., ELLERSHAW, J. et al. **Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the development of undergraduate curricula in palliative medicine at European Medical Schools** [Internet]. [place unknown]: EAPC; 2013.

FALCÃO EBM, Mendonça SB. Formação médica, ciência e atendimento ao paciente que morre: uma herança em questão. **Rev. Bras Educ Med**. 2009;33(3):364-73.

FIGUEIREDO, M. G. M. C.; STANO, R. C. M. O estudo da morte e dos cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n.2, 298-306, 2013.

FIGUEIREDO, M.T.A. Educação em Cuidados Paliativos: uma experiência brasileira. **Revista O Mundo da Saúde**, v. 27, n.1, p.165-70, 2003.

FONSECA, A., GEOVANINI, F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n.1, 120-125, 2013.

FONSECA, A.; JUNIOR, W. M. V.; SILVA, C. M. F. P.; FONSECA, M. J. M. O Modelo de Cuidado Integrado: O impacto na saúde de idosos portadores de doenças crônicas no sistema de saúde privado em uma operadora de saúde da cidade do Rio de Janeiro. **Revista Internacional Em Língua Portuguesa**, (33), 61–74. (2018).

FONSECA, J. P. **Luto Antecipatório**. Livro Pleno, Campinas. 2004.

FRANCO, M. H. P. Luto em Cuidados Paliativos. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Cuidados Paliativos**. São Paulo: CREMESP, 2008, p. 559-570.

- GRANEK, L.; TOZER, R.; MAZZOTTA, P.; RAMJAUN, A.; KRZYZANOWSKA, M et al. **Nature and Impact of Grief Over Patient Loss on Oncologists' Personal and Professional Lives**. Arch Intern Med. Jun. 2012
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- HAN, Byung-Chul. **Sociedade paliativa: a dor hoje**. Editora Vozes, 2021.
- HERMES HR, Lamarca ICA. Palliative care: an approach based on the professional health categories. **Cien Saude Colet**. 2013;18(9):2577-88.
- International Association for Hospice Palliative Care. **Global Consensus-based palliative care definition**. [Internet]. Houston, TX: The International Association for Hospice and Palliative Care; 2018.
- JACKSON, Kate. **Palliative Care and the Global Goal for Health**. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2015. Disponível em: [https://www.virtualhospice.ca/Assets/PC-and-the-Global-Goal-for-Health-Report-Final\\_HR\\_20151222123952.pdf](https://www.virtualhospice.ca/Assets/PC-and-the-Global-Goal-for-Health-Report-Final_HR_20151222123952.pdf)
- JUSTINO, Eveline Treméa et al. Cuidados paliativos en la atención primaria a la salud: scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, 2020.
- KOCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. Petrópolis, RJ : Vozes. 2011.
- KÓVACS, M.J. **Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- KÓVACS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O mundo da saúde**, São Paulo, n. 34(4), p. 420 – 429, 2010.
- KÓVACS, M. J. **Educação para morte. Sugestões de linhas de ações para o psicólogo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.
- KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes**. São Paulo, 1996.
- MAGALHAES, M. V.; MELO, S. C. A. Morte e luto: o sofrimento do profissional de saúde. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 1, n.1, abr/2015.
- MATEUS, A. F.; CREPALDI, J. B.; MOREIRA R. S. Cuidados paliativos na formação médica. **Revista família ciclos de vida e saúde no contexto social**, v.7, n. 4, p. 542-547. 2019.
- MELO, A. G., CAPONEIRO, R. **Cuidados paliativos-abordagem contínua e integral**. P. 257-268, São Paulo. 2009.

National Cancer Control Programmes. **Policies and managerial guidelines**. 2 ed. WHO Library;2002.

NESTEL D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximizing benefits. **BMC Medical Education** 2007; 7:3.

OLIVEIRA, J. R.; FERREIRA, A. C.; REZENDE, N. A. Ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil. **Revista Brasileira de educação médica**, v. 37, n. 2, p. 285-290, 2013.

PARKES, C. M. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. Tradução: Maria Helena Pereira Franco Bromberg. São Paulo: Summus, 1998.

PESSINI, L; BERTACHINI, L (orgs.) **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

QUINTILIANO, K. M. S.; SOARES, F. J. P. Definição de competências em cuidados paliativos na formação do médico generalista. **New Trends in Qualitative Research**, v. 3, p.175–187, 2020.

SACRISTAN J. G. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

SANTOS, A. F. J., Esther Angélica Luiz FERREIRA, Úrsula Bueno do Prado Guirro ; organização Luciana Messa; **Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019** [livro eletrônico] 1. ed. --São Paulo : ANCP, 2020.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein, v. 8, p.102-106, 2010.

STROEBE, M.; SCHUT, H.; BOERNER, K. Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration In: **Clinical Psychology Review**. 30, 259-268, 2010.

SCHWELLER, M.;WANDERLEI, J.; STRAZZACAPPA, M. et al. Metodologias ativas para ensino de empatia na graduação em medicina – uma experiência da Unicamp. **Cadernos ABEM**, v.10, dez /2014.

TOLEDO, A. P., PRIOLLI, D. G. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. **Rev Bras Educ Med**. 2012;36(1):109-17.

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina**. São Paulo, SP: 2016.

UNIT, INTELLIGENCE ECONOMIST. **The quality of death: ranking end-of-life care across the world**. London: Economist Intelligence Unit, 2010.

VIORST, J. **Perdas necessárias**. São Paulo, 2005.

VOSGERAU, D.S. A. R., ROMANOWSKI, J. P. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 14, n. 41, p. 165-189, jan./abr. 2014

WALDOW, V. R. Reflexões sobre educação em enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 33, n.2, 2009.

WORDEN, J. W. **Terapia do luto: Um manual para profissionais da Saúde Mental**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

World Health Organization (WHO). **10 facts on palliative care, 2017**. Disponível em <https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/en> (Acesso 26 nov 2021).

YAEGASHI, S. **Novas tecnologias digitais: reflexões sobre mediação, aprendizagem e desenvolvimento**. Curitiba, 2017, p.23-35.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Conhecimento dos docentes sobre o processo formativo em relação aos temas de cuidados paliativos.”. O objetivo do estudo é compreender a percepção dos docentes do curso de graduação em medicina na abordagem de temas relacionados aos cuidados paliativos como: finitude, morte e luto. O pesquisador responsável por essa pesquisa é Rosamaria Rodrigues Garcia, professora da Universidade de São Caetano do Sul (USCS).

Convidamos você a responder este questionário com duração de aproximadamente 15 minutos, sobre dados pessoais (idade e gênero), características profissionais (última titulação acadêmica, tempo de formação, tempo de docência, formação em metodologia ativa, disciplinas lecionadas) e conhecimento de temas relacionados a cuidados paliativos (“Considerando os temas de cuidados paliativos, identifique se você teve formação e por qual meio”, “identifique como você se sente em aborda-los com os alunos”, “quais são os temas que você aborda nas atividades”, “considerando a(s) disciplina que você leciona”, “qual metodologia utilizada para abordar essa temática”, “se o conteúdo não tem espaço na sua disciplina mas você considera importante esses temas”, “caso um aluno tirasse uma dúvida sobre um familiar ou paciente que encontra-se provavelmente próximo da morte (processo ativo de morte) como você reagiria”, “considerando que no próximo ano você assuma uma disciplina com essa temática quais as suas reações e sentimentos perante a morte”, “você tem interesse em participar de um curso de atualização online para docentes sobre temas relacionados a cuidados paliativos por meio de metodologia ativa”, “na sua opinião, quais conteúdos você considera importante e que não estão disponíveis nas fontes de pesquisa para serem abordados num curso de atualização sobre finitude, morte e luto”). O acesso ao questionário somente ocorrerá após você ter dado o seu consentimento para participar neste estudo. Você poderá contribuir para essa pesquisa ao responder às questões. Contudo, você não deve participar contra a sua vontade. Os dados serão arquivados por 2 anos no computador pessoal do pesquisador responsável.

A pesquisa envolve risco mínimo de possível desconforto ao responder alguma pergunta do questionário proposto. Caso isso ocorra, você tem a liberdade para não responder; interromper a pesquisa; fazer pausas; ou cancelar a sua participação a qualquer momento. Em todos esses casos você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma. Como benefício, essa pesquisa fornecerá subsídios para criar material para atualização dos docentes e pode contribuir com o conhecimento da temática para o docente.

Os resultados do estudo poderão ser apresentados ou publicados em eventos, congressos e revistas científicas. Garantimos que a sua privacidade será respeitada, assim como o anonimato e o sigilo de suas informações pessoais. O pesquisador poderá contar para você os resultados da pesquisa quando ela terminar, se você quiser saber.

Você não receberá pagamentos por ter respondido ao questionário. Todas as informações obtidas por meio de sua participação serão de uso exclusivo para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador responsável. Caso a pesquisa resulte em dano pessoal, o ressarcimento e indenizações previstos em lei poderão ser requeridos pelo participante.

Em caso de qualquer dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável pelo estudo, Erika Souza Garcia Ramos, que pode ser encontrado pelo e-mail: [erika.ramos@online.uscs.edu.br](mailto:erika.ramos@online.uscs.edu.br).

Este estudo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de São Caetano do Sul (USCS). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos e a segurança de participantes de pesquisa. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de São Caetano do Sul, situado na Rua Santo Antonio, 50 – 2º andar, Bairro Centro, São Caetano do Sul (SP), telefone (11) 4239-3282, e-mail:

[cep.uscs@adm.uscs.edu.br](mailto:cep.uscs@adm.uscs.edu.br). Durante a pandemia COVID-19 este atendimento é exclusivo por e-mail.

Caso clique no ícone sobre “aceitar participar da pesquisa”, você responderá o questionário do estudo em questão e permitirá que estes dados sejam divulgados para fins científicos ou acadêmicos, sendo mantido em sigilo a sua identidade. Também declara que está ciente dos propósitos e procedimentos do estudo e que teve oportunidade de avaliar as condições informadas sobre a pesquisa para chegar à sua decisão em participar deste estudo. Caso comprovado que esta pesquisa em questão produza dano pessoal, indenizações e ressarcimentos poderão ser requeridos pelo participante (Resolução CNS nº. 466 de 2012, Art. 17, II).

Você tem o direito a ter acesso aos resultados da pesquisa. Caso queira, basta solicitar através do e-mail: [erika.ramos@online.uscs.edu.br](mailto:erika.ramos@online.uscs.edu.br).

Você poderá baixar cópia deste Termo de Consentimento em caso de interesse ou enviar mensagem direta para [erika.ramos@online.uscs.edu.br](mailto:erika.ramos@online.uscs.edu.br) solicitando o mesmo. Recomendamos que você guarde em seus arquivos uma cópia deste documento. Acesse este link [https://docs.google.com/forms/d/1ZdzOxwFeZ2EpUaWxwSB5k\\_Xet6PdphN0AAI\\_SiSqMjDw/edit](https://docs.google.com/forms/d/1ZdzOxwFeZ2EpUaWxwSB5k_Xet6PdphN0AAI_SiSqMjDw/edit) para o seu download.

Desde já agradecemos!

Aceita participar dessa pesquisa? \*

Sim, li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aceito participar da pesquisa.

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO**

1— Qual a sua idade? \_\_\_\_\_

2— Qual seu gênero?

a) Masculino

b) Feminino

c) Outro

3— Qual a sua formação?

a) Dentista

b) Enfermeiro

c) Fisioterapeuta

d) Médico

e) Psicólogo

f) Outro (favor especificar) \_\_\_\_\_

4 — Qual a sua ÚLTIMA titulação acadêmica?

a) Graduação

b) Pós-graduação *lato sensu*

c) Mestrado

d) Doutorado

e) Pós-doutorado

f) Livre docência

5— Quanto tempo você tem de formado na graduação? \_\_\_\_\_

6- Há quanto tempo você é docente de graduação? \_\_\_\_\_

7— Você tem formação em metodologia ativa?

a) sim

b) não

8— Especifique a(s) disciplina(s) que você leciona no curso de graduação de medicina? Disciplina 1 \_\_\_\_\_

Disciplina 2 \_\_\_\_\_

Disciplina 3 \_\_\_\_\_

Disciplina 4 \_\_\_\_\_

Disciplina 5 \_\_\_\_\_

9- Considerando os temas abaixo, identifique se você teve formação e por qual meio. (pode assinalar mais de uma alternativa)

|                     | Graduação | Pós-graduação | Curso específico | Não possui formação | Estudei sozinho |
|---------------------|-----------|---------------|------------------|---------------------|-----------------|
| Finitude            |           |               |                  |                     |                 |
| Morte               |           |               |                  |                     |                 |
| Luto                |           |               |                  |                     |                 |
| Cuidados paliativos |           |               |                  |                     |                 |

10- Considerando os temas abaixo, identifique como você se sente em abordá-los com os alunos.

|                     | Totalmente apto | Parcialmente apto | Apto | Parcialmente inapto | Inapto |
|---------------------|-----------------|-------------------|------|---------------------|--------|
| Finitude            |                 |                   |      |                     |        |
| Morte               |                 |                   |      |                     |        |
| Luto                |                 |                   |      |                     |        |
| Cuidados paliativos |                 |                   |      |                     |        |

11— Quais são os temas que você aborda nas atividades? (pode responder mais de uma)

- a) finitude
- b) morte
- c) luto
- d) cuidados paliativos
- e) não se aplica

12 - Considerando a(s) disciplina que você leciona, qual metodologia utilizada para abordar essa temática? (pode responder mais de uma)

- a) Tutoria (situação problema)
- b) TBL (team based learning)
- c) Sala de aula invertida
- d) Simulação
- e) Aula expositiva
- f) Discussão de caso
- g) Dramatização
- h) Outra opção \_\_\_\_\_
- i) Não abordo

13- Se o conteúdo não tem espaço na sua disciplina mas você considera importante esses temas?

- a) sim
- b) não (justifique) \_\_\_\_\_
- c) não se aplica

14 - Caso um aluno te procure para elucidar uma dúvida sobre um familiar ou paciente que encontra-se provavelmente próximo da morte (processo ativo de morte), como você reagiria?

- a) conversa sobre o assunto com naturalidade
- b) conversa sobre o assunto com insegurança
- c) diz que não se sente preparado para conversar
- d) desconversa

15- Considerando que no próximo ano você assuma uma disciplina com essa temática, quais são suas reações e sentimentos perante a morte? (pode assinalar mais de uma alternativa)

- a) Medo
- b) Insegurança
- c) Angústia
- d) Tristeza
- e) Despreparo
- f) Ansiedade
- g) Frustração
- h) Confortável
- i) Outro (especifique) \_\_\_\_\_

16- Você tem interesse em participar de um curso de atualização online para docentes sobre temas relacionados a cuidados paliativos por meio de metodologia ativa?

- a) Sim
- b) Não (justifique) \_\_\_\_\_

17- Na sua opinião, quais conteúdos você considera importante e que não estão disponíveis nas fontes de pesquisa para serem abordados num curso de atualização sobre finitude, morte e luto? Por favor, seja o mais completo possível.



**APÊNDICE D – PRODUTO**

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL  
INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

**Erika Souza Garcia Ramos**

**CURSO DE ATUALIZAÇÃO DOCENTE EM CUIDADOS  
PALIATIVOS**

**SÃO CAETANO DO SUL  
2022**

**FICHA CATALOGRÁFICA**

RAMOS, Erika Souza Garcia

Curso de Atualização Docente em Cuidados Paliativos / Erika Souza Garcia  
Ramos – São Caetano do Sul : USCS, 2022.

27 f. : il.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia

Curso de Atualização – USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde, 2022.

1. Cuidados Paliativos 2. Finitude 3. Morte 4. Ensino em Saúde 5. Formação de Docentes 6. Formação Profissional em Saude Título II. Garcia, Rosamaria Rodrigues III. Universidade Municipal de São Caetano do Sul

## Sumário

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1-Apresentação</b> .....   | <b>4</b>  |
| <b>2-Objetivos</b> .....  | <b>5</b>  |
| <b>3-Fundamentação teórica e conteúdo do curso</b> .....                                    | <b>5</b>  |
| 3.1-Cuidados paliativos: conceito, áreas de atuação e realidade no cenário brasileiro ..... | 5         |
| 3.2-Finitude e morte: diálogos possíveis com a área da saúde .....                          | 7         |
| 3.3- Luto e a experiência de produção de sentido com o novo mundo .....                     | 8         |
| 3.4- Bioética e cuidados paliativos .....   | 9         |
| 3.5- Comunicação .....  | 10        |
| 3.6- Conteúdo do curso .....  | 11        |
| <b>4-Estratégia de ensino</b> .....   | <b>11</b> |
| <b>5-Público alvo</b> .....   | <b>14</b> |
| <b>6-Carga horária</b> .....  | <b>14</b> |
| <b>7-Indicador de desempenho</b> .....  | <b>14</b> |
| <b>8-Divulgação</b> .....   | <b>15</b> |
| <b>9-Sequência didática para curso</b> .....  | <b>15</b> |
| <b>10-Referências Bibliográficas</b> .....  | <b>25</b> |

## 1-Apresentação

O produto deste estudo foi desenvolvido a partir da dissertação intitulada “Conhecimentos dos docentes sobre o processo formativo em relação aos temas de Cuidados Paliativos” do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

Foi realizada uma pesquisa transversal, quantitativa e exploratória com revisão de literatura. O instrumento metodológico utilizado foi um questionário *online* de 17 questões com perguntas sobre dados pessoais, características profissionais e conhecimento de temas relacionados aos cuidados paliativos. De um total de 129 docentes do curso de graduação de medicina, obtivemos o total de 106 participantes.

Por meio dos resultados, observamos que cerca de um terço dos docentes não têm formação na área de cuidados paliativos. Portanto, consideram importante um curso de atualização nessa área.

Como produto foi desenvolvido um curso de atualização docente em que serão abordados os seguintes temas: princípios, dimensões e modelos de assistência dos cuidados paliativos; bem como comunicação, luto e bioética. O curso será ministrado pela pesquisadora em formato presencial na USCS. Como estratégia de ensino, optamos pela metodologia ativa.

## 2. Objetivos

- Capacitar os docentes em conhecimentos e habilidades relacionados aos temas de cuidados paliativos.
- Criar condições ao corpo docente para reconhecer a importância de lidar com a finitude, morte e luto;
- Desenvolver noções básicas de cuidados paliativos, comunicação e luto.

## 3. Fundamentação teórica e conteúdo do curso

### 3.1 Cuidados paliativos: conceito, áreas de atuação e realidade no cenário brasileiro

Os cuidados paliativos consistem, segundo a OMS (2017), em:

uma abordagem que melhora a qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Enfatizamos que todas essas dimensões não podem ser tratadas e abordadas por um único profissional. Por isso, as equipes de cuidados paliativos são multidisciplinares (ANCP, 2021). Nos estudos apontados por Cruz *et al.* (2016), a equipe multidisciplinar é formada por vários profissionais, sendo mencionados médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistente espiritual, dentistas, dentre outros. No entanto, os autores ressaltam que alguns profissionais não desenvolveram o conhecimento sobre a abordagem dos CP em sua formação acadêmica, tendo participado somente de cursos de atualização focados no processo de comunicação.

Em relação ao público-alvo dos cuidados paliativos, eles são destinados a pacientes com doenças crônicas, tais como as neoplasias, falências orgânicas (insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica por exemplo) e doenças neurodegenerativas, como doença de Alzheimer e de Parkinson, quando não há perspectiva de cura. Neste modelo de cuidado

ocorre o deslocamento da atenção na doença para a pessoa doente, bem como sua história de vida, contexto familiar e no processo de adoecimento e morte. (FONSECA, 2013).

Diante da abordagem multidimensional do ser humano, o CP é considerado um cuidado holístico ou integral e pode ser oferecido em diferentes locais como enfermarias, ambulatórios, *hospice*<sup>1</sup> ou atendimento domiciliar (CARVALHO, 2012). Na mesma linha, tem-se o conceito de cuidado integrado, que pode ser compreendido com um modelo de assistência à saúde, que tem como um dos seus objetivos a melhoria da qualidade de vida de pacientes idosos, portadores de doenças crônicas. O cuidado integrado é também conhecido como: cuidado gerenciado, cuidado integral, cuidado coordenado, dentre outras denominações (FONSECA, 2018).

As ideias da Cicely Saunders, pioneira do cuidados paliativos na Inglaterra, desembarcaram no Brasil na década de 1980, mas os serviços de cuidados paliativos foram surgindo sem vínculos entre si e sem a elaboração de protocolos ou manuais para sua prática efetiva (SANTOS et al., 2020). Infelizmente, ainda imperam no país um enorme desconhecimento sobre o tema, além disso existe confusão entre atendimento paliativo com eutanásia, havendo um enorme preconceito com relação ao uso de opióides, como a morfina, para alívio de dor (ANCP, 2021).

De acordo com o Atlas dos cuidados paliativos da ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de 2019, o Brasil possui 191 serviços de Cuidados Paliativos, um aumento de quase 8%, comparado com o ano anterior, mantendo a concentração na região sudeste (SANTOS et al., 2020). No panorama nacional, há 188 médicos especialistas em CP distribuídos de forma desigual, sendo 66% na região sudeste, 16% no nordeste, 11% no sul, 5% no centro-oeste e 2% no norte do país. Isso evidencia que os pacientes recebem assistência de cuidados paliativos também de maneira desigual. (ANCP, 2020)

---

<sup>1</sup> Hospedaria, local de hospedagem de paciente com prognóstico de 6 meses de vida.

No que diz respeito ao mapeamento mundial, o país deixou a categoria 3a, caracterizada pelo oferecimento de Cuidados Paliativos de maneira isolada, com financiamento fortemente dependente de doações, disponibilidade limitada de morfina e um pequeno número de serviços comparado ao tamanho da população. O Brasil agora ocupa o nível 3b, que engloba países como Gâmbia, Albânia, Bulgária, Colômbia e Panamá. Nesse patamar, a prestação de Cuidados Paliativos é generalizada, há fontes de financiamento, maior disponibilidade de morfina, centros de treinamento e mais serviços à disposição da população, mas ainda não se tem a integração dos serviços aos sistemas de saúde (CLARK, 2019).

### **3.2 Finitude e morte: diálogos possíveis com a área da saúde**

A morte pode ser vista como algo natural que acontece a todo ser humano e confirma a finitude da vida ou pode ser encarada como uma inimiga que precisa ser vencida a todo custo, aquela que é preciso combater. Quando é considerada tema interdito, provoca entraves na comunicação entre pacientes, familiares e profissionais de saúde (KOVÁCS, 2010).

Como argumenta Viorst (2005, p. 21), “torna-se difícil para o ser humano afrontar a própria morte sem medo”. Muitos temem a agonia de uma doença terminal e têm medo de morrer, e não da morte em si. O medo de morrer é natural e instintivo, representado pelo medo da forma como será o processo de morte, enquanto o medo da morte é o medo cultural, criado na convivência diante dos aspectos culturais, sociais e religiosos (ASSUMPÇÃO, 2003). Certamente, é o medo cultural que precisa ser ressignificado e discutido na sociedade, já que morrer é instintivo, ou seja, natural do nosso ser.

Nesse sentido, a morte é uma das experiências emocionais mais profundas que pode ser vivenciada pelos seres humanos. É o que assinalam Pessini e Bertachini (2004, p.125), “nossa condição de ser-homem e nos distingue de objetos, sendo uma das propriedades do ciclo vital do homem e a única certeza que temos e, mesmo assim, fugimos dela”.

Elizabeth (1996) afirma que se pudéssemos ensinar aos nossos estudantes o valor da ciência e da tecnologia, instruindo a um tempo a arte e a ciência do inter-relacionamento humano, do cuidado humano e total ao paciente, sentiríamos um progresso real. Na medida em que lidamos com a realidade da nossa própria morte, poderemos alcançar a paz, tanto a paz interior como a paz entre as nações (KUBLER-ROSS, 1996).

### **3.3 Luto e a experiência de produção de sentido com o novo mundo**

O processo de luto tem início a partir do momento em que é recebido o diagnóstico de uma doença fatal ou potencialmente fatal, pelas perdas, concretas ou simbólicas, que esse diagnóstico traga para a pessoa e sua família (FONSECA, 2004). Como aponta Bowlby (1990), o processo de luto é definido pela perda definitiva de um vínculo afetivo, principalmente de uma figura de apego. Portanto, é um processo esperado de elaboração de qualquer perda e seu enfrentamento proporciona reconstrução de recursos e adaptação a mudanças.

Assim sendo, o significado de luto é uma reação frente à dor advinda da experiência de uma perda muito significativa. Importante ressaltar que não é vinculado apenas a perdas por morte; o luto é possível em perdas como: papéis sociais, ocupações, relacionamentos, aposentadoria, bens materiais, imagem pessoal, funções corporais, cognitivas, si mesmo/identidade, a própria vida, lar, planos e expectativas de futuro, mudanças em geral etc (PARKES, 1998). Além disso, pode ser descrito como um processo individual de elaboração frente à perda, buscando a reorganização daquele que a sofreu (WORDEN, 1998).

Esse processo também permite revisões de identidade, além de abrir para a experiência de diversos sentimentos e respostas individuais, enfrentamento fundamental na tentativa de reestruturação. O luto, sustenta Franco (2008), convoca o enlutado a construir sentidos e significados para o que foi vivido. Assim, o processo de luto é essencial para darmos sentido ao que aconteceu, também para retomarmos nossas relações com esse novo mundo que se abre e com nós mesmos (CASELATTO, 2015; FRANCO, 2008).

Stroebe e Schut (2010) trazem a ideia de que a experiência da perda convoca para um movimento oscilante. Essa oscilação é descrita pelos autores como um movimento entre pólos opostos: perda e restauração. De modo geral, ao orientar-se para a perda, o enlutado, muitas vezes de forma dolorosa, abre-se para a experiência de entrar em contato com aquilo que foi perdido, colocando-se em direção a viver e olhar para a perda; ao voltar-se para a restauração, abrindo-se tentativas de retomar a vida e se reorganizar nesse mundo que parece ter perdido o significado. Nesse processo dinâmico, o enlutado pode, por meio da oscilação, em alguns momentos, confrontar-se com a perda e, em outros, evitar as árduas experiências que o luto propõe.

Além disso, Parkes (1998) acrescenta que o movimento oscilante é considerado importante para a reorganização da vida e construção de novos sentidos, revisitando e até abandonando algumas concepções antigas sobre o mundo, relacionadas à sua própria existência e àquilo que foi perdido.

### **3.4 Bioética e cuidados paliativos**

A bioética surgiu da necessidade de debater e decidir sobre as questões éticas relacionadas com a pesquisa e os avanços científicos e as conquistas frente aos direitos humanos e os avanços socioculturais. (LEUTÉRIO, 2020)

Há alguns anos, acontece uma dificuldade de entender o fenômeno da morte em diversas situações, principalmente, quando se reconhece que o doente se encontra em fase terminal de vida. A partir disso, tem ocorrido um grande debate que envolve profissionais da área da saúde bem como fora dela. (LEUTÉRIO, 2020) No contexto da terminalidade da vida, é importante diferenciar eutanásia, distanásia e ortotanásia.

Eutanásia, etimologicamente, significa “boa morte”. Com o passar do tempo seu significado foi mudando e atualmente as pessoas fazem associação com antecipação da morte, porém esta é uma impressão errada do termo.

De acordo com Leutério (2020), pode-se dizer que eutanásia é:

“a morte provocada por compaixão, sem qualquer interesse próprio, a pedido de paciente com intenso sofrimento físico, portador de doença grave em fase terminal, porém, capaz e consciente no momento do pedido.”

Enquanto distanásia é o oposto de eutanásia, ou seja, é a utilização de recursos médicos com o objetivo de prolongar, ao máximo, a vida humana à custa de sofrimento e agonia do paciente. Também é chamada de “futilidade médica”, “obstinação terapêutica” e “tratamento fútil”, traduz a derrota sentida pelo médico que “perde” um paciente. (CARVALHO, 2018)

Em relação a ortotanásia, que preconiza a morte natural, o seu autor não pratica nenhuma conduta de ação, não mata o doente, apenas o deixa morrer com conforto e dignidade. Para respaldo médico, é uma conduta prevista na resolução do Conselho Federal de Medicina número 1.805/2006 no artigo 1º :

“é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.”

Em 2009 foi lançada a última revisão do Código de Ética Médica em que o grande avanço refere-se ao reconhecimento da existência de doenças irreversíveis e terminais e do dever do médico em evitar procedimentos fúteis e obstinados para sustentação da vida nesses casos, bem como promover cuidados paliativos para esses pacientes. (CARVALHO, 2018)

### **3.5 Comunicação**

Independente da área de formação básica ou da categoria profissional, os profissionais da saúde têm como base de seu trabalho as relações interpessoais e, por isso, precisam aprimorar suas habilidades de comunicação. O emprego adequado de técnicas e estratégias de comunicação é medida terapêutica comprovadamente eficaz, permitindo ao paciente compartilhar seus medos, dúvidas e sofrimento (CARVALHO, 2012).

A comunicação acontece de maneira verbal e não verbal, sendo essa última na maioria das vezes mais expressiva que a primeira pois permite a demonstração e compreensão dos sentimentos nos relacionamentos interpessoais (CARVALHO, 2012).

Quando nos comunicamos com pacientes e familiares, devemos estar preparados para acionar tanto as suas emoções como as nossas, pois a comunicação empática envolve a influência das emoções no modo de

expressar a mensagem proferida. Podemos resumir como quatro características principais da comunicação empática em saúde: identificar a perspectiva do outro e entendê-la como verdade, não julgar em hipótese alguma, reconhecer as emoções do outro e comunicar ao outro o que percebeu. (CARVALHO, 2018)

### **3.6 Conteúdo**

- Comunicação (empatia, comunicação verbal e comunicação não-verbal);
- Cuidados paliativos (noções básicas sobre princípios, dimensões e modelos de assistência);
- Luto e bioética (definições e relação com cuidados paliativos)

### **4. Estratégia de ensino**

O curso será pautado em metodologia ativa, de acordo com as seguintes estratégias: sala de aula invertida, *role-play* e aprendizagem baseada em problemas.

De acordo com Palmeira (2020), a metodologia ativa:

"é uma concepção educativa que estimula processos construtivos de ação-reflexão-ação, em que o estudante tem uma postura ativa em relação ao seu aprendizado numa situação prática de experiências, por meio de problemas que lhe sejam desafiantes e lhe permitam pesquisar e descobrir soluções aplicáveis à realidade" (PALMEIRA, 2020)

Diante do exposto, o método ativo é uma concepção educativa que estimula processos de ensino e de aprendizagem numa perspectiva crítica e reflexiva, em que o aluno possui papel ativo e é corresponsável pelo seu próprio aprendizado. (DIESEL, 2017)

Dentre os elementos que compõem as metodologias ativas devem-se considerar, conceitualmente, dois atores: o professor e o aluno. O primeiro deixa de ter a função de proferir ou de ensinar, restando-lhe a tarefa de facilitar o processo de aquisição do conhecimento. Enquanto o aluno, passa a receber denominações que remetem ao contexto dinâmico, tais como estudante ou

educando. Tudo isto para deixar claro o ambiente ativo, dinâmico e construtivo que pode influenciar positivamente a percepção de educadores e educandos. (FARIAS, 2014).

Na mesma linha das metodologias ativas de ensino está a pedagogia de John Dewey (1978). O principal ponto de encontro dessas abordagens diz respeito a não haver separação entre vida e educação. Dewey define cinco condições para uma aprendizagem que integra diretamente a vida: só se aprende o que se pratica; mas não basta praticar, é preciso haver reconstrução consciente da experiência; aprende-se por associação; não se aprende nunca uma coisa só; toda aprendizagem deve ser integrada à vida. (DIESEL, 2017).

Uma das estratégias que será utilizada no curso é a sala de aula invertida ou *flipped classroom*. Segundo Bergmann (2016), no modelo invertido de aprendizagem os alunos progridem no programa didático respeitando o seu próprio ritmo, por isso que será adotado para o curso. Os quatro pilares principais são: ambiente flexível, cultura de aprendizagem, conteúdo intencional e professores treinados. (SUBRAMANIAM, 2016)

Há várias versões e pontos de vista sobre as características da sala de aula invertida. As regras básicas para inverter a sala de aula, segundo o relatório *Flipped Classroom Field Guide* de 2014 são: 1) as atividades em sala de aula envolvem uma quantidade significativa de questionamento, resolução de problemas e de outras atividades de aprendizagem ativa, obrigando o aluno a recuperar, aplicar e ampliar o material aprendido online; 2) Os alunos recebem feedback imediatamente após a realização das atividades presenciais; 3) Os alunos são incentivados a participar das atividades online e das presenciais, sendo que elas são computadas na avaliação formal do aluno, ou seja, valem nota; 4) tanto o material a ser utilizado online quanto os ambientes de aprendizagem em sala de aula são altamente estruturados e bem planejados (VALENTE, 2014).

Para realizar essa estratégia pedagógica, procederemos com a disponibilização prévia de vídeos e textos para que todos os alunos tenham acesso ao conteúdo antes das aulas.

A literatura tem destacado que a integração de aulas expositivas, discussões, *role-play* e paciente simulados tem sido efetivas no aprendizado de habilidades de comunicação (ARAUJO, 2020). O *role-play*, é uma técnica em que os alunos são convidados a encenar em determinado contexto, interpretando papéis específicos. Como resultado da encenação, todos os alunos envolvidos na atividade aprenderão algo sobre a situação, o contexto proposto e/ou os personagens (NESTEL, 2007).

Nestel (2007) afirma, ainda, que o *role-play* é amplamente utilizado como método para aprendizado de comunicação na educação médica. Além disso, é um método de treinamento para aquisição de conhecimentos, atitudes e habilidades em diversas disciplinas e com alunos de diversas idades. Para que a atividade seja efetiva são necessários preparação adequada, alinhamento de regras, tarefas com nível de prática, feedback estruturado e reconhecimento da importância das interações sociais para a aprendizagem. O feedback, provavelmente, é a variável mais importante para a promoção de um aprendizado efetivo com simulação (ISSENBERG, 1999).

Também será utilizada como estratégia de ensino, a aprendizagem baseada em problemas (ABP) em que prepara-se um elenco de situações que o aluno deverá saber/dominar para o exercício de sua profissão. Cada tema é transformado em um problema para ser estudado e discutido pelos alunos em grupo. O professor deve garantir que o aluno estude situações suficientes para desenvolver a habilidade de procurar o conhecimento por si mesmo quando se deparar com uma situação problema. Se desenvolve com base na resolução de problemas propostos, com a finalidade de que o aluno estude e aprenda determinados conteúdos. É considerada formativa à medida que estimula uma atitude ativa do aluno em busca do conhecimento. (BERBEL, 2011)

Mitri (2008) afirma que essa estratégia de ensino tem como objetivo alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas.

A ABP oferece diversas vantagens, como o desenvolvimento da autonomia, a interdisciplinaridade, a indissociabilidade entre teoria e prática, o desenvolvimento do raciocínio crítico e de habilidades de comunicação, e a educação permanente. (BORGES, 2014).

### **5. Público alvo**

Destinada aos docentes do curso de graduação em medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), do campus Bela Vista, em São Paulo. Organizados em pequenos grupos de no máximo 12 docentes.

### **6. Carga horária**

Curso com carga horária de 9 horas a ser realizado em 3 encontros de 3 horas de atividade em cada, com intervalo quinzenal, no formato presencial.

### **7. Indicador de desempenho**

No contexto da educação médica, o *feedback* assume uma importância notória para a aquisição de habilidades clínicas. No curso será utilizado como um instrumento formativo, que é definido como uma informação comunicada ao estudante com o objetivo de modificar seu pensamento ou comportamento, com o propósito de melhorar a aprendizagem (ALMEIDA, 2021).

A pesquisadora verificará a necessidade de realizar ajustes para a continuidade do curso por meio de um questionário de percepções realizado no Google Forms que será aplicado ao final da formação (descrito a posteriori).

### **8. Divulgação**

- Site do BVS;
- Site da USCS;
- Site da Educapes.

### **9. Sequência didática para curso**

#### **Etapa 1: Atividade pré-sala de aula**

Envio de um e-mail para os participantes contendo as instruções do curso e com as orientações de leitura prévia e contato inicial com o tema de comunicação que será abordado no primeiro encontro.

## 1- Texto para leitura prévia:

### ESCATATÓRIA

*Rubem Alves*

Sempre vejo anunciados cursos de oratória. Nunca vi anunciado curso de escutatória. Todo mundo quer aprender a falar. Ninguém quer aprender a ouvir. Pensei em oferecer um curso de escutatória. Mas acho que ninguém vai se matricular.

Escutar é complicado e sutil. Diz o Alberto Caeiro que “não é bastante não ser cego para ver as árvores e as flores. É preciso também não ter filosofia nenhuma”. Filosofia é um monte de idéias, dentro da cabeça, sobre como são as coisas. Aí a gente que não é cego abre os olhos. Diante de nós, fora da cabeça, nos campos e matas, estão as árvores e as flores. Ver é colocar dentro da cabeça aquilo que existe fora. O cego não vê porque as janelas dele estão fechadas. O que está fora não consegue entrar. A gente não é cego. As árvores e as flores entram. Mas - coitadinhas delas - entram e caem num mar de idéias. São misturadas nas palavras da filosofia que mora em nós. Perdem a sua simplicidade de existir. Ficam outras coisas. Então, o que vemos não são as árvores e as flores. Para se ver e preciso que a cabeça esteja vazia.

Faz muito tempo, nunca me esqueci. Eu ia de ônibus. Atrás, duas mulheres conversavam. Uma delas contava para a amiga os seus sofrimentos. (Contou-me uma amiga, nordestina, que o jogo que as mulheres do Nordeste gostam de fazer quando conversam umas com as outras é comparar sofrimentos. Quanto maior o sofrimento, mais bonitas são a mulher e a sua vida. Conversar é a arte de produzir-se literariamente como mulher de sofrimentos. Acho que foi lá que a ópera foi inventada. A alma é uma literatura. É nisso que se baseia a psicanálise...) Voltando ao ônibus. Falavam de sofrimentos. Uma delas contava do marido hospitalizado, dos médicos, dos exames complicados, das injeções na veia -

a enfermeira nunca acertava -, dos vômitos e das urinas. Era um relato comovente de dor. Até que o relato chegou ao fim, esperando, evidentemente, o aplauso, a admiração, uma palavra de acolhimento na alma da outra que, supostamente, ouvia. Mas o que a sofredora ouviu foi o seguinte: “Mas isso não é nada...” A segunda iniciou, então, uma história de sofrimentos incomparavelmente mais terríveis e dignos de uma ópera que os sofrimentos da primeira.

Parafraseio o Alberto Caeiro: “Não é bastante ter ouvidos para se ouvir o que é dito. É preciso também que haja silêncio dentro da alma.” Daí a dificuldade: a gente não aguenta ouvir o que o outro diz sem logo dar um palpite melhor, sem misturar o que ele diz com aquilo que a gente tem a dizer. Como se aquilo que ele diz não fosse digno de descansada consideração e precisasse ser complementado por aquilo *que a gente tem a dizer*, que é muito melhor. No fundo somos todos iguais às duas mulheres do ônibus. Certo estava Lichtenberg - citado por Murilo Mendes: “Há quem não ouça até que lhe cortem as orelhas.” Nossa incapacidade de ouvir é a manifestação mais constante e sutil da nossa arrogância e vaidade: no fundo, somos os mais bonitos...

Tenho um velho amigo, Jovelino, que se mudou para os Estados Unidos, estimulado pela revolução de 64. Pastor protestante (não “evangélico”), foi trabalhar num programa educacional da Igreja Presbiteriana USA, voltado para minorias. Contou-me de sua experiência com os índios. As reuniões são estranhas. Reunidos os participantes, ninguém fala. Há um longo, longo silêncio. (Os pianistas, antes de iniciar o concerto, diante do piano, ficam assentados em silêncio, como se estivessem orando. Não rezando. Reza é falatório para não ouvir. Orando. Abrindo vazios de silêncio. Expulsando todas as idéias estranhas. Também para se tocar piano é preciso não ter filosofia nenhuma). Todos em silêncio, à espera do pensamento essencial. Aí, de repente, alguém fala. Curto. Todos ouvem. Terminada a fala, novo silêncio. Falar logo em seguida seria um grande desrespeito. Pois o outro falou os seus pensamentos, pensamentos que julgava essenciais. Sendo dele, os pensamentos não

são meus. São-me estranhos. Comida que é preciso digerir. Digerir leva tempo. É preciso tempo para entender o que o outro falou. Se falo logo a seguir são duas as possibilidades. Primeira: “Fiquei em silêncio só por delicadeza. Na verdade, não ouvi o que você falou. Enquanto você falava eu pensava nas coisas que eu iria falar quando você terminasse sua (tola) fala. Falo como se você não tivesse falado.” Segunda: “Ouvi o que você falou. Mas isso que você falou como novidade eu já pensei há muito tempo. É coisa velha para mim. Tanto que nem preciso pensar sobre o que você falou.” Em ambos os casos estou chamando o outro de tolo. O que é pior que uma bofetada. O longo silêncio quer dizer: “Estou ponderando cuidadosamente tudo aquilo que você falou.” E assim vai a reunião.

Há grupos religiosos cuja liturgia consiste de silêncio. Faz alguns anos passei uma semana num mosteiro na Suíça, Grand Champs. Eu e algumas outras pessoas ali estávamos para, juntos, escrever um livro. Era uma antiga fazenda. Velhas construções, não me esqueço da água no chafariz onde as pombas vinham beber. Havia uma disciplina de silêncio, não total, mas de uma fala mínima. O que me deu enorme prazer às refeições. Não tinha a obrigação de manter uma conversa com meus vizinhos de mesa. Podia comer pensando na comida. Também para comer é preciso não ter filosofia. Não ter obrigação de falar é uma felicidade. Mas logo fui informado de que parte da disciplina do mosteiro era participar da liturgia três vezes por dia: às 7 da manhã, ao meio-dia e às 6 da tarde. Estremeci de medo. Mas obedeci. O lugar sagrado era um velho celeiro, todo de madeira, teto muito alto. Escuro. Haviam abertos buracos na madeira, ali colocando vidros de várias cores. Era uma atmosfera de luz mortífera, iluminado por algumas velas sobre o altar, uma mesa simples com um ícone oriental de Cristo. Uns poucos bancos arranjados em “U” definiam um amplo espaço vazio, no centro, onde quem quisesse podia se assentar numa almofada, sobre um tapete. Cheguei alguns minutos antes da hora marcada. Era um grande silêncio. Muito frio, nuvens escuras cobriam o céu e corriam, levadas por um vento impetuoso que descia dos Alpes. A força do vento era tanta que o velho celeiro torcia e rangia, como se fosse um navio de

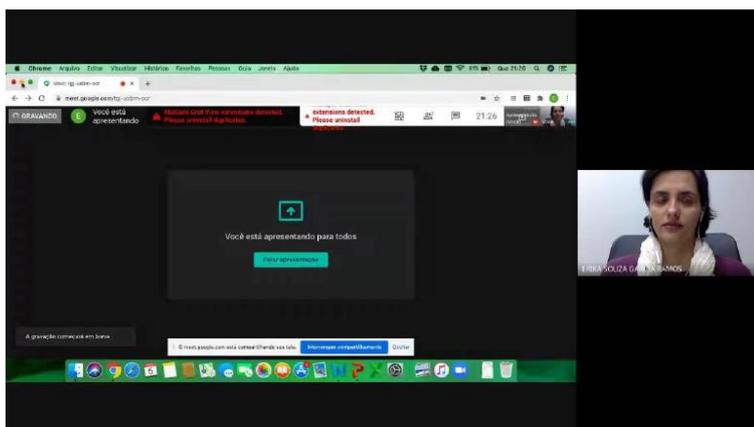
madeira num mar agitado. O vento batia nas macieiras nuas do pomar e o barulho era como o de ondas que se quebram. Estranhei. Os suíços são sempre pontuais. A liturgia não começava. E ninguém tomava providências. Todos continuavam do mesmo jeito, sem nada fazer. Ninguém que se levantasse para dizer: “Meus irmãos, vamos cantar o hino...” Cinco minutos, dez, quinze. Só depois de vinte minutos é que eu, estúpido, percebi que tudo já se iniciara vinte minutos antes. As pessoas estavam lá para se alimentar de silêncio. E eu comecei a me alimentar de silêncio também. Não basta o silêncio de fora. É preciso silêncio dentro. Ausência de pensamentos. E aí, quando se faz o silêncio dentro, a gente começa a ouvir coisas que não ouvia. Eu comecei a ouvir. Fernando Pessoa conhecia a experiência, e se referia a algo que se ouve nos interstícios das palavras, no lugar onde não há palavras. E música, melodia que não havia e que quando ouvida nos faz chorar. A música acontece no silêncio. É preciso que todos os ruídos cessem. No silêncio, abrem-se as portas de um mundo encantado que mora em nós - como no poema de Mallarmé, *A catedral submersa*, que Debussy musicou. A alma é uma catedral submersa. No fundo do mar - quem faz mergulho sabe - a boca fica fechada. Somos todos olhos e ouvidos. Me veio agora a idéia de que, talvez, essa seja a essência da experiência religiosa - quando ficamos mudos, sem fala. Aí, livres dos ruídos do falatório e dos saberes da filosofia, ouvimos a melodia que não havia, que de tão linda nos faz chorar. Para mim Deus é isto: a beleza que se ouve no silêncio. Daí a importância de saber ouvir os outros: a beleza mora lá também. Comunhão é quando a beleza do outro e a beleza da gente se juntam num contraponto... (O amor que acende a lua, pág. 65.)

Fonte:

<http://rubemalves.locaweb.com.br/hall/wwpct3/newfiles/escutatoria.php>

17

**2- Aula gravada:** pela pesquisadora com conhecimentos técnicos de comunicação que pode ser acessada no seguinte link: <https://drive.google.com/file/d/1LQx8PCHUVr4NEtJOeKnZLK5luHEZPCg/view>



## **Etapa 2 - Primeiro encontro: atividade de sala de aula**

Durante a atividade em sala de aula, acontecerá:

1- Acolhida dos participantes, seguida de apresentação oral dos mesmos e da facilitadora.

2- Os participantes responderão um questionário do Google Forms (via link: <https://docs.google.com/forms/d/1KwtG-gmjCD8tuLW-gn9SNplrQxVQ5MNnD2aI2lyEt3E/edit> ) e após discutirão as dúvidas e pontos importantes.

Questionário:

Questão 1 - Um paciente com câncer metastático em fígado e ossos, quando fala sobre a evolução de sua doença, começa a chorar. Sua esposa também chora. Qual a atitude mais conveniente diante desta situação?

- a) Continuar com a conversa explicando o prognóstico e o tratamento imediato.
- b) Transmitir confiança e dizer que tudo vai ficar bem.
- c) **Permanecer em silêncio e permitir o desabafo.**
- d) Pedir que deixem de chorar e dizer que devem pensar positivo.

Questão 2 - A comunicação de más notícias de forma adequada é uma habilidade básica para profissionais e estudantes que lidam com pacientes e familiares em situações de doenças graves. Sobre o protocolo SPIKES, é correto afirmar que:

I – *Set up*: diz respeito ao ambiente e vínculo, a equipe deve se apresentar e procurar um espaço o mais confortável e privado possível.

II – *Perception*: nesta fase, deve-se explicar o porquê da conversa, quanto tempo de conversa será estabelecido e perguntar ao paciente o que ele sabe sobre a sua doença.

III – *Invitation*: não se deve perguntar ao paciente se ele é o tipo de pessoa que quer saber, com detalhes, sobre a sua doença. Essas informações devem vir naturalmente durante a abordagem.

IV – *Knowledge*: nesta etapa, recomenda-se dividir a informação em diagnóstico, prognóstico, indicação ou não de procedimentos específicos e planejamento de cuidados.

V – *Emotions*: as emoções podem surgir a qualquer momento da comunicação, porém não se deve interromper a abordagem, somente se o paciente e familiares pedirem por isso.

VI – *Summarize*: checa-se o entendimento de todo o processo, nem sempre é necessário perguntar se foi entendido, especialmente se isso ficou claro na abordagem.

a) I e III estão corretas

b) II e III estão corretas

c) Todas estão corretas

d) I, II, III e V estão corretas

Questão 3 -Cite 3 exemplos de comunicação não-verbal e explique (no mínimo 3) motivos pelos quais uma comunicação adequada é importante.

**Padrão de resposta:**

**Exemplos:** ouvir reflexivamente, utilizar sorrisos, tom de voz adequado, silêncio, toque afetivo, manter contato visual, identificar emoções e sentimentos nas expressões faciais do outro, manter proximidade física, atentar para a postura corporal.

**Motivos:** detectar necessidades da família, diminuir incertezas, conhecer os problemas, anseios, temores e expectativas do paciente, facilitar o alívio dos sintomas, identificar o que pode aumentar seu bem-estar, reforçar autonomia, detectar necessidades da família, tornar mais direta e interativa a relação

profissional saúde-paciente., conhecer os valores culturais, espirituais e oferecer medidas de apoio.

3- Serão discutidas as percepções sobre o texto “Escutatória”.

4- Serão utilizados como disparadores pequenos excertos dos seguintes vídeos:

CENA 1- Falar e ser compreendido  
[https://www.youtube.com/watch?v=yrg6Cq\\_H4To](https://www.youtube.com/watch?v=yrg6Cq_H4To)

CENA 2- “Golpe do destino”  
<https://www.youtube.com/watch?v=n0tkUL5JWKI>

CENA 3- “Extremis”  
<https://www.youtube.com/watch?v=p6iCAK4KkTE>

CENA 4- Filme “Wit – uma lição de vida”  
<https://www.youtube.com/watch?v=02KFphCrzBk>

5- Na sequência, haverá uma discussão de quais sentimentos foram mobilizados bem como opções possíveis de fazer a comunicação de forma adequada.

6- Posteriormente, dois participantes se voluntariam para interpretar o papel de médico e o outro de paciente (*role-play*) de um caso pré-estruturado, enquanto o restante do grupo assiste a simulação. Ao final, haverá um *feedback*, primeiro dos participantes, depois dos docentes e, por último, da pesquisadora.

#### **Caso pré-estruturado:**

Paciente: vai em uma consulta ambulatorial de retorno, estava investigando uma neoplasia de pulmão, traz os exames e quer saber quais os resultados. Pergunta desesperado ao médico: “mas doutor, você quer me dizer que eu vou morrer?”

Médico: Vai analisar os resultados de exames e comunicar ao paciente que está com neoplasia de pulmão.

#### 7- Feedback do primeiro encontro:

Será feita uma rodada em que cada participante faz sua auto-avaliação, avaliação do grupo e da facilitadora.

#### **Etapa 3: Atividade pós-sala de aula:**

Seguimento da discussão online via google classroom para elucidação de dúvidas.

#### **Etapa 4: Segundo encontro**

Nesse segundo encontro serão desenvolvidas noções básicas sobre princípios, dimensões e modelos de assistência dos cuidados paliativos bem como definições sobre luto e bioética.

Como estratégia de ensino será utilizado o aprendizado baseado em problemas, com as etapas de processamento de acordo com a Universidade de Maastricht da Holanda, especificados no quadro abaixo: (FARIAS, 2014)

| Sete passos para aplicação do PBL<br>(Problem based learning).   |
|--|
| <p><b>Passo 1</b> – Identificar e esclarecer termos desconhecidos apresentados no cenário; fazer uma lista daqueles que permanecem sem explicação após a discussão.</p>  |
| <p><b>Passo 2</b> – Definir o problema ou problemas a serem discutidos. Nesta fase, os alunos podem ter diferentes pontos de vista sobre as questões, mas todos devem ser considerados. Devem-se realizar os registros da lista dos problemas acordados.</p>   |
| <p><b>Passo 3</b> – Realizar uma sessão de <i>brainstorming</i> para discutir o(s) problema(s), sugerindo possíveis explicações com base no conhecimento prévio. Os alunos devem se basear no conhecimento um do outro e identificar as áreas de conhecimento incompleto. Mais uma vez, é necessário registrar toda a discussão.</p> |
| <p><b>Passo 4</b> – Revisar as etapas 2 e 3 e disponibilizar explicações como tentativas de solução. Registrar e organizar as explicações e reestruturá-las se necessário.</p>   |
| <p><b>Passo 5</b> – Formular objetivos de aprendizagem. O grupo chega a um consenso sobre os objetivos de aprendizagem. O tutor garante que os objetivos de aprendizagem sejam focados, realizáveis, abrangentes e apropriados ao caso.</p>  |
| <p><b>Passo 6</b> – Estudo individual (todos os alunos devem reunir informações relacionadas a cada objetivo de aprendizagem).</p>   |
| <p><b>Passo 7</b> – O grupo parte dos resultados do estudo privado (os alunos apontam seus recursos de aprendizagem e compartilham seus resultados) para uma discussão coletiva. O tutor verifica o aprendizado e pode avaliar o grupo.</p>  |
| <p><small>Adaptado de Wood*</small></p>  |

Fonte: (FARIAS, 2014)

### 1- Leitura e processamento da situação problema – “Mas cuidado paliativo não é deixar morrer?”

Os professores do quarto ano da faculdade de medicina estavam na reunião de alinhamento da situação problema que seria discutida em seguida com os alunos.

Após o término da leitura das intencionalidades, os facilitadores se olharam e o coordenador falou: “cuidados paliativos são mais complexos do que eu imaginava, envolve até espiritualidade.”

O facilitador Gervásio intervém: “Mas existe cuidados paliativos ambulatoriais? Pensei que fosse apenas para paciente internado.” Lia diz “não

sei, eu fiquei com dúvida se cuidado paliativo é eutanásia, distanásia ou ortotanásia...”

O Felipe, lança outro questionamento: “mas se o paciente morre, faz sentido a esposa continuar sendo acompanhada pela psicóloga da equipe? E sobre luto, alguém sabe o conceito?”

O grupo faz um silêncio denso, interrompido por Catarina: “ainda bem que temos o curso de atualização sobre temas relacionados aos cuidados paliativos próxima sexta-feira para esclarecer nossas dúvidas antes da atividade com os alunos.” Os facilitadores respiram aliviados.

#### 2- Feedback do segundo encontro:

Será feita uma rodada em que cada participante faz sua auto-avaliação, avaliação do grupo e da facilitadora.

### **Etapa 5: Terceiro encontro**

#### 1- Processamento da nova síntese

Os alunos trazem a pesquisa que fizeram, de acordo com os objetivos de aprendizagem que foram desenvolvidos no encontro anterior com discussão dos temas e elucidação de dúvidas.

#### 2- Feedback do segundo encontro

Será feita uma rodada em que cada participante faz sua auto-avaliação, avaliação do grupo e da facilitadora.

### **Etapa 6: Feedback geral do curso**

Os participantes receberão um link ([https://docs.google.com/forms/d/1X5zqm\\_rpi1CFvoF0KohpbUOJLiJSrJ6EP\\_jxNJqrgGw/edit](https://docs.google.com/forms/d/1X5zqm_rpi1CFvoF0KohpbUOJLiJSrJ6EP_jxNJqrgGw/edit)) para fazer avaliação do curso e da facilitadora.

24

Você considerou adequado o curso em formato presencial? (se a resposta for não, por favor justifique).

Sim

Não \_\_\_\_\_

Você consegue vislumbrar possibilidade de mudança de comunicação com os alunos diante de assuntos como cuidados paliativos, morte, finitude e luto? (por favor, justifique sua resposta).

\_\_\_\_\_

Em relação a facilitadora, por favor escreva um aspecto positivo e uma habilidade que ela pode melhorar:

\_\_\_\_\_

Espaço aberto para sugestões ou críticas que não foram abordados nas perguntas acima.

\_\_\_\_\_

#### **Leitura recomendada**

CARVALHO, Ricardo T.; Souza, Milena Reis B.; Franck, Ednalda Maria; Polastrini, Rita Tiziana Verardo; Crispim, Douglas; Jales, Sumatra M. C. P.; Barbosa, Silvia M. M.; Torres, Simone Henriques B. (eds). **Manual da residência de cuidados paliativos**. BARUERI: Manole, 2018. 1004p.

CARVALHO, Ricardo Tavares; PARSONS, Henrique Afonseca. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. 2.ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012.

## 10- REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **O que são cuidados paliativos**. ANCP, 2021. Disponível em: ><https://paliativo.org.br/especialistas-em-medicina-paliativa>> Acesso em: 25 de novembro de 2021.

ALMEIDA, M. M. G., AMARAL, C. G. Feedback formativo e aprendizagem do aluno de medicina no contexto pediátrico: uma revisão narrativa da literatura. **Interface**, v. 25, 2021.

ALVES, R. Escutatória. <http://www.caosmose.net/candido/unisinis/textos/escutatoria.pdf>

ARAÚJO, D. C. S. A., MENEZES, P. W. S., MESQUITA, A. R., LYRA, J. D. P. Instrumentos para avaliação de habilidades de comunicação no cuidado em saúde no Brasil: uma revisão de escopo. **Interface**, Botucatu, 2020.

ASSUMPÇÃO, E. A. Tanatologia – Ciência da vida e da morte. **Anais do primeiro congresso de tanatologia e bioética**, Belo Horizonte, p.21-36, 2003.

BERBEL, N. A. N. Metodologias ativas e a promoção de autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.

BERGMANN, J.; SAMS, A. **Sala de aula invertida: uma metodologia ativa de aprendizagem**. (Tradução Afonso Celso da Cunha Serra). 1ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 104 p, 2016.

BORGES, M. G., CHACHÁ, S. G. F., QUINTANA, S. M., FREITAS, L. C. G., RODRIGUES, M. L. V., **Aprendizado baseado em problemas**. *Medicina Ribeirão Preto*, v. 47, n.3, p. 301-307. 2014.

BOWLBY, J. **Apego e Perda: Apego**. Tradução de Álvaro Cabral, 2a ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990. Título original: *Attachment and Loss: Attachment*, Londres, 1969.

CARVALHO, R. T., SOUZA, M. R. B., FRANCK, E. M. et al. Manual de residência de cuidados paliativos. São Paulo, 2018.

CASELLATO, Gabriela. Luto não reconhecido: o fracasso da empatia nos tempos modernos. In: CASELLATO, G. **O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido**. São Paulo: Summus, 2015.

CLARK D, Baur N, Clelland D, Garralda E, López-Fidalgo J, Connor S, Centeno C. Mapping levels of palliative care development in 198 countries: the situation in 2017. **Journal of Pain and Symptom Management**, 2019.

CRUZ, R. A. O.; ARRUDA, A. J. C. G.; AGRA, G.; COSTA, M. M. L.; NÓBREGA, V. K. M. Reflexões Acerca Dos Cuidados Paliativos no Contexto da Formação em Enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.10, n. 8, p. 3101-3107, 2016.

DIESEL, A. , BALDEZ, A. L. S. , MARTINS, S. N. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. **Revista Thema**, v. 14, n. 1 , 2017.

FARIAS, P. A. M., MARTIN, A. L. A. R., CRISTO, C.S., Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. **Revista brasileira de educação médica**. 2014.

FONSECA, A., GEOVANINI, F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n.1, 120-125, 2013.

FONSECA, A.; JUNIOR, W. M. V.; SILVA, C. M. F. P.; FONSECA, M. J. M. O Modelo de Cuidado Integrado: O impacto na saúde de idosos portadores de doenças crônicas no sistema de saúde privado em uma operadora de saúde da cidade do Rio de Janeiro. **Revista Internacional Em Língua Portuguesa**, (33), 61–74. (2018).

FONSECA, J. P. **Luto Antecipatório**. Livro Pleno, Campinas. 2004.

FRANCO, M. H. P. Luto em Cuidados Paliativos. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Cuidados Paliativos**. São Paulo: CREMESP, 2008, p. 559-570.

ISSENBERG, S.B., MCGAGHIE, W.C., HART, I.R. et al. Simulation technology for health care professional skills training and assessment. **JAMA**.1999;282:861-6.

KÓVACS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O mundo da saúde**, São Paulo, n. 34(4), p. 420 – 429, 2010.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes**. São Paulo, 1996.

LEUTERIO, A. P., CASTELHANO, A.P.M.S.F., ALMEIDA, J.S.A., Bioética, direito e medicina. São Paulo, 2020.

MITRE, S. M.I, SIQUEIRA, B. R., GIRARDI, DE MENDONÇA, J. M., MORAIS, P., N. M., MEIRELLES, C.A.B., PINTO, P. C., MOREIRA, T., HOFFMANN, L. M. Al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação do profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, 2008.

NESTEL D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximizing benefits. **BMC Medical Education** 2007; 7:3.

PALMEIRA, R. L., SILVA, A. A. R. da, RIBEIRO, W. L. As metodologias ativas de ensino e aprendizagem em tempos de pandemia: a utilização dos recursos tecnológicos na Educação Superior. *Revista Holos*, v.36, n.5, 2020.

PARKES, C. M. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. Tradução: Maria Helena Pereira Franco Bromberg. São Paulo: Summus, 1998.

PESSINI, L; BERTACHINI, L (orgs.) **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

SANTOS, A. F. J., Esther Angélica Luiz FERREIRA, Úrsula Bueno do Prado Guirro ; organização Luciana Messa; **Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019** [livro eletrônico] 1. ed. --São Paulo : ANCP, 2020.

SUBRAMANIAM, S. R., MUNIANDY, B. Concept and characteristics of flipped classroom. **International Journal of emerging trends & technology in computer Science**.2016

STROEBE, M.; SCHUT, H.; BOERNER, K. Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration In: **Clinical Psychology Review**. 30, 259-268, 2010.

VALENTE, J. A. *Blended learning* e as mudanças no ensino superior: a proposta da sala de aula invertida. *Educar em Revista*, Curitiba, Brasil, 2014.

VIORST, J. **Perdas necessárias**. São Paulo, 2005.

WORDEN, J. W. **Terapia do luto: Um manual para profissionais da Saúde Mental**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

World Health Organization (WHO). **10 facts on palliative care, 2017**. Disponível em <https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/en> (Acesso 26 nov 2021).

## ANEXO I

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Cuidados Paliativos e Ensino em Saúde

**Pesquisador:** Rosamaria Rodrigues Garcia

### Área Temática:

**Versão:** 2

**CAAE:** 47132521.6.0000.5510

**Instituição Proponente:** Universidade Municipal de São Caetano do Sul

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.780.709

### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos “Apresentação do projeto”, “Objetivo da pesquisa” e “Avaliação dos riscos e benefícios” foram retiradas do arquivo “Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1715722.pdf, de 19/05/2021 e 02/06/2021) e Projeto Detalhado (projetoCPEnsinoSaude.docx, de 19/05/2021 e 02/06/2021).

### INTRODUÇÃO

O ser humano tem consciência da sua finitude, mas na maior parte do tempo ignora o assunto. Cuidados Paliativos é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes (pediátricos ou adultos) e seus familiares, atuando na prevenção e alívio do sofrimento em pacientes que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida. A formação do profissional de saúde, na sociedade contemporânea ocidental, é pautada no modelo cartesiano e técnico-científico de valorização da cura em detrimento do cuidado em saúde. No que diz respeito à cura, visa ao investimento na vida a qualquer preço, na qual a medicina de alta tecnologia se torna presente, e as práticas mais humanistas ficam em segundo plano. Entender a morte como parte natural da vida, aceitá-la e auxiliar o enfermo e sua família a admitir esta terminalidade, pode influenciar positivamente na atitude e prática do profissional da saúde, prevenindo doenças psíquicas e outros agravos. Esta pesquisa tem por objetivos identificar o conhecimento e a percepção dos docentes e de estudantes de graduação da área da saúde sobre cuidados paliativos e finitude, bem

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep.uscs@adm.uscs.edu.br

Continuação do Parecer: 4.780.709

como elaborar material didático instrucional para capacitação de discentes e docentes sobre Cuidados Paliativos e finitude, a partir das dificuldades percebidas por meio das respostas aos questionários. Trata-se de um estudo transversal, quanti-qualitativo, descritivo, de abordagem exploratória, realizado de forma totalmente remota, com amostra não probabilística, selecionada por conveniência, envolvendo discentes dos últimos dois semestres dos cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Nutrição, Psicologia, Odontologia e Educação Física da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) e docentes do curso de graduação em medicina da USCS, do campus Bela Vista, em São Paulo. A pesquisa cumprirá todas as exigências e preceitos éticos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Será enviado um convite por email ou por aplicativo de mensagens no celular, para discentes e docentes de cursos da área da saúde, convidando-os a participarem do estudo. Caso aceitem, será enviado eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após leitura e anuência, os participantes voluntários receberão o link para preencherem eletronicamente um questionário, confeccionado no Google Forms, com questões objetivos e abertas, sobre o conhecimento e a percepção sobre cuidados paliativos e finitude. Após o término da coleta de dados, o banco de dados gerado pelas respostas será armazenado no computador pessoal da pesquisadora e em seguida, todos os dados serão excluídos do ambiente virtual. Os dados serão armazenados em computador pessoal da pesquisadora responsável durante 5 anos. Os dados quantitativos serão analisados por meio de estatística descritiva e os dados qualitativos serão submetidos à análise de conteúdo, conforme a metodologia proposta por Bardin (2011). A partir das respostas e das dificuldades apontadas, será elaborado material didático instrucional sobre a temática, utilizando-se de abordagem com metodologias ativas de aprendizagem. O material produzido será disponibilizado eletronicamente aos participantes da pesquisa e também será divulgado gratuita e amplamente no site da universidade e nas redes sociais.

#### JUSTIFICATIVA

Considerando-se o cenário ainda incipiente e desintegrado da implantação das práticas de Cuidados Paliativos no Brasil, e diante da carência formativa de profissionais a área da saúde para atuar com finitude e CP, este estudo propõe-se a investigar o conhecimento dos docentes e discentes de cursos de graduação da área da saúde em relação aos temas de cuidados paliativos e finitude.

#### HIPÓTESE

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep.uscs@adm.uscs.edu.br

Continuação do Parecer: 4.780.709

Docentes e discentes dos cursos de graduação da área da saúde da USCS podem ter dificuldades e/ou falta de conhecimento para abordar temas de cuidados paliativos e finitude.

## **Objetivo da Pesquisa:**

### **OBJETIVO PRIMÁRIO**

Identificar o conhecimento e a percepção dos docentes e de estudantes de graduação da área da saúde sobre cuidados paliativos e finitude.

### **OBJETIVO SECUNDÁRIO**

Elaborar material didático instrucional para capacitação de discentes e docentes sobre Cuidados Paliativos e finitude, utilizando-se de abordagens pautadas nas metodologias ativas de aprendizagem.

## **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

### **RISCOS**

A pesquisa envolve risco mínimo de possível desconforto, tanto em relação aos docentes, quanto em relação aos discentes, ao responderem alguma pergunta dos questionários propostos, assim como os participantes poderão se sentir desconfortáveis ou incomodados em dispender tempo para preencher ao questionário. Caso isso ocorra, o participante (discente e/ou docente) tem a liberdade para não responder; bem como poderá interromper a pesquisa; fazer pausas; ou cancelar a sua participação a qualquer momento. Em todos esses casos, o participante não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma.

### **BENEFÍCIOS**

A identificação do conhecimento e da percepção de discentes e docentes em temas relacionados aos cuidados paliativos como: finitude, morte e luto, pode favorecer o apontamento das carências formativas, bem como das principais dificuldades em lidar com a temática nas relações e atividades profissionais, contribuindo deste modo para a elaboração de material educativo, formativo e da proposição de oficinas e cursos de atualização para o público estudado. Outro benefício é a oportunidade de divulgação gratuita do material didático produzido, ampliando largamente a possibilidade de aquisição de conhecimentos por outros discentes e docentes da área da saúde.

## **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de Projeto de Pesquisa, que contará com uma equipe de pesquisa, sob orientação da

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep.uscs@adm.uscs.edu.br

Continuação do Parecer: 4.780.709

Professora Rosamaria Rodrigues Garcia, formada pelas estudantes da graduação em fisioterapia Bruna Gomes da Silva e Paula Martins, e pela estudante de stricto-sensu (mestrado) Erika Souza Garcia Ramos, que utilizará como amostra 500 participantes que estejam envolvidos com o ensino na área da saúde (docentes da graduação em medicina e discentes das graduações da área da saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul), que serão contatados, convidados e responderão questionário estruturado, tudo de forma on-line com auxílio de ferramentas eletrônicas (e-mail e aplicativo de celular, WhatsApp).

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para discentes serão adotados os seguintes critérios de inclusão:

- 1) Discentes com 18 anos ou mais, de ambos os gêneros, regularmente matriculados na Universidade Municipal de São Caetano do Sul, nos dois últimos semestres dos cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Nutrição, Psicologia, Odontologia e Educação Física.
- 2) Discentes que aceitem participar do estudo voluntariamente e que concordem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, enviado de forma remota;
- 3) Discentes que preencham os critérios acima e que tenham acesso ao telefone celular e ao aplicativo de envio de mensagens (WhatsApp), bem como devem saber manuseá-lo.

Para os docentes, serão adotados os seguintes critérios de inclusão:

- 1) docentes do curso de graduação em medicina da USCS, do campus Bela Vista, em São Paulo, com 18 anos ou mais, de ambos os gêneros;
- 2) docentes de graduação em medicina do Campus Bela Vista da USCS, que aceitem participar voluntariamente da pesquisa e que assinem o termo de consentimento livre e esclarecido eletronicamente;
- 3) Docentes que preencham os critérios acima e que tenham acesso ao telefone celular e ao aplicativo de envio de mensagens (WhatsApp), bem como devem saber manuseá-lo.

### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Para os discentes, serão adotados os seguintes critérios de exclusão:

- 1) Discentes menores de 18 anos;
- 2) Discentes que não estiverem regularmente matriculados na Universidade Municipal de São Caetano do Sul, nos dois últimos semestres dos cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Nutrição, Psicologia, Odontologia e Educação Física;

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep.uscs@adm.uscs.edu.br

Continuação do Parecer: 4.780.709

- 3) Discentes que não aceitarem participar do estudo voluntariamente e que não concordarem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- 4) Discentes que não tenham acesso ao telefone celular e/ou ao aplicativo de envio de mensagens (WhatsApp), bem como aqueles que não souberem manuseá-lo.

Para os docentes, serão adotados os seguintes critérios de exclusão:

- 1) docentes com menos de 18 anos;
- 2) docentes que não componham o corpo docente do curso de graduação em medicina da USCS, no campus Bela Vista,
- 3) docentes de graduação em medicina do Campus Bela Vista da USCS, que não aceitarem participar voluntariamente da pesquisa e que não assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido eletronicamente;
- 4) Docentes que não tenham acesso ao telefone celular e ao aplicativo de envio de mensagens (WhatsApp), bem como aqueles que não souberem manuseá-lo.

O estudo será realizado no Brasil, com docentes e discentes da Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Serão convidados a participar 140 docentes e 360 discentes da IES mencionada, todos ligados à cursos da área da saúde. Todos os procedimentos da coleta de dados da pesquisa ocorrerão de forma online.

Data de início: 10/07/2021

Término da pesquisa: 31/01/2022

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

### **Recomendações:**

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- 1) Quanto ao documento Folha de Rosto: os documentos CAEE 47132521.6.0000.5510 submetidos em 19/05/2021 e novamente em 02/06/2021, entre eles o intitulado folharostoCP.pdf, atende satisfatoriamente a todos os requisitos necessários.
- 2) Quanto ao Cronograma: os documentos CAEE CAEE 47132521.6.0000.5510 submetidos em

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep.uscs@adm.uscs.edu.br

Continuação do Parecer: 4.780.709

19/05/2021 e novamente em 02/06/2021, entre eles os intitulados PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1715722.pdf e projetoCPEnsinoSaude.docx, apresentam o cronograma da pesquisa o qual atende satisfatoriamente a todos os requisitos necessários.

3) Quanto ao Orçamento: os documentos CAEE CAEE 47132521.6.0000.5510 submetidos em 19/05/2021 e novamente em 02/06/2021, entre eles os intitulados PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1715722.pdf e projetoCPEnsinoSaude.docx, apresentam o orçamento da pesquisa o qual atende satisfatoriamente a todos os requisitos necessários.

4) Quanto ao documento TCLE: os documentos CAEE CAEE 47132521.6.0000.5510 submetidos em 19/05/2021, apresentam dois modelos de TCLE, cada qual específico para o perfil de participante da pesquisa. Acerca desses documentos:

4.1) O documento TCLEDISCENTECP.pdf, refere-se ao Termo de consentimento livre e esclarecido para os participantes que se enquadram na categoria de estudantes dos cursos da área de saúde da IES onde a pesquisa ocorrerá. Nele, solicita-se:

a) que seja alterado o e-mail da pesquisadora responsável, tendo em vista que o endereço eletrônico fornecido será descontinuado em breve.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

4.2) O documento TCLEDOCENTECP.pdf, refere-se ao Termo de consentimento livre e esclarecido para os participantes que se enquadram na categoria de docentes do curso de medicina da IES onde a pesquisa ocorrerá. Nele, solicita-se:

a) que seja alterado o e-mail da pesquisadora responsável, tendo em vista que o endereço eletrônico fornecido será descontinuado em breve.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

5) Quanto ao Projeto: os documentos CAEE CAEE 47132521.6.0000.5510 submetidos em 19/05/2021 e novamente em 02/06/2021, especificamente nos intitulados PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1715722.pdf e projetoCPEnsinoSaude.docx, solicita-se:

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep.uscs@adm.uscs.edu.br

Continuação do Parecer: 4.780.709

a) solicita-se ao pesquisador a ressubmissão, com os arquivos devidamente paginados, conforme NBR 6023:2018.

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA**

b) que seja esclarecido a este CEP, como os pesquisadores terão acesso aos contatos eletrônicos e telefônicos dos participantes da pesquisa, conforme nos regimenta a Resolução CNS nº 466 de 2012 Seção III, item 2.i, que diz: "As pesquisas, em qualquer área do conhecimento envolvendo seres humanos, deverão observar as seguintes exigências: (...) prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros."

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA**

c) que seja esclarecido a este CEP, o nível de ensino e o programa a que este projeto de pesquisa encontra-se vinculado (se graduação, iniciação científica, pós-graduação, etc.)

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA**

d) nesse sentido, que seja esclarecido a este CEP, de qual curso ou qual a formação da equipe de pesquisa mencionada na Plataforma Brasil (BRUNA GOMES DA SILVA; ERIKA SOUZA GARCIA RAMOS; PAULA MARTINS).

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA**

#### 6) CONSIDERAÇÕES FINAIS:

a) De acordo a Norma Operacional CNS No 001, de 2013, seção 2, item 2.2.E, as pendências devem ser respondidas exclusivamente pelo pesquisador responsável no prazo de 30 dias, a partir da data de emissão na Plataforma Brasil.

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA**

b) Solicita-se que as respostas sejam enviadas de forma ordenada conforme os itens das considerações deste parecer, destacando a localização das possíveis alterações realizadas nos documentos do protocolo, inclusive no TCLE.

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA**

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep.uscs@adm.uscs.edu.br

Continuação do Parecer: 4.780.709

Diante do exposto, o CEP-USCS, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS No 466 de 2012 e na Norma Operacional CNS No 001 de 2013, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa CAEE 47132521.6.0000.5510.

Este CEP ressalta a importância do envio dos relatórios parciais e final, sendo uma responsabilidade assumida pelo pesquisador ao submeter o seu projeto para apreciação. De acordo com a Resolução CNS No 466 de 2012, consta na seção XI, itens XI.1 e XI.2.a até XI.2.h, diz que: "A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos ético e legais quanto a:

- a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa;
- b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parcial e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e a pessoal técnico integrante do projeto;
- h) justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados."

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo deverão ser apresentadas ao CEP-USCS de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEP USCS, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS No 466 de 2012 e na Norma Operacional CNS No 001 de 2013, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Uma vez concluída a coleta de dados, é recomendado ao pesquisador responsável fazer o

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep.uscs@adm.uscs.edu.br

Continuação do Parecer: 4.780.709

download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem", conforme Carta Circular Conep 01/2021.

Este CEP ressalta a importância do envio dos relatórios parciais e final, sendo uma responsabilidade assumida pelo pesquisador ao submeter o seu projeto para apreciação. De acordo com a Resolução CNS No 466 de 2012, consta na seção XI, itens XI.1 e XI.2.a até XI.2.h, diz que: "A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos ético e legais quanto a:

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar os relatórios parcial e final;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- e) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e a pessoal técnico integrante do projeto;
- f) justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados."

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo deverão ser apresentadas ao CEP USCS de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento                            | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                      | Situação |
|---|---|------------------------|----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto            | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1715722.pdf | 02/06/2021<br>17:21:24 |                            | Aceito   |
| Outros                                    | respostasparecerCP.docx                       | 02/06/2021<br>17:20:37 | Rosamaria Rodrigues Garcia | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projetoCPEnsinoSaude02062021.docx             | 02/06/2021<br>17:19:26 | Rosamaria Rodrigues Garcia | Aceito   |
| Outros                                    | TCLEDOCENTECP.pdf                             | 02/06/2021<br>17:19:01 | Rosamaria Rodrigues Garcia | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento /           | TCLEDISCENTECP.pdf                            | 02/06/2021<br>17:18:36 | Rosamaria Rodrigues Garcia | Aceito   |

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep.uscs@adm.uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL  
DE SÃO CAETANO DO SUL -



Continuação do Parecer: 4.780.709

|                           |                      |                        |                               |        |
|---------------------------|----------------------|------------------------|-------------------------------|--------|
| Justificativa de Ausência | TCLEDISCENTECP.pdf   | 02/06/2021<br>17:18:36 | Rosamaria Rodrigues<br>Garcia | Aceito |
| Outros                    | QUESTDISCENTECP.docx | 19/05/2021<br>15:38:01 | Rosamaria Rodrigues<br>Garcia | Aceito |
| Outros                    | QUESTDOCENTECP.docx  | 19/05/2021<br>15:37:40 | Rosamaria Rodrigues<br>Garcia | Aceito |
| Folha de Rosto            | folharostoCP.pdf     | 19/05/2021<br>11:13:44 | Rosamaria Rodrigues<br>Garcia | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CAETANO DO SUL, 15 de Junho de 2021

Assinado por: celi de paula silva (Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep.uscs@adm.uscs.edu.br